

La Paradoja del Gasto en Salud: Poder, Implementación y la Lucha por los Recursos en el Sistema Sanitario Ecuatoriano

Capítulo 1: Introducción: La Paradoja del Gasto y la Pregunta Central: "¿Quién Recibe el Dinero?"

1.1 El Escenario: La Paradoja del Gasto en Salud en Ecuador

El sistema de financiamiento de la salud en Ecuador presenta una contradicción sistémica que constituye el núcleo de esta investigación. A pesar de un notable y sostenido esfuerzo inversor por parte del Estado, que se refleja en indicadores macroeconómicos comparativamente robustos en el contexto regional, los ciudadanos ecuatorianos continúan enfrentando una carga desproporcionada y persistentemente elevada de gastos directos en el punto de prestación de servicios. Esta disonancia, que se denominará en esta monografía la "paradoja del gasto en salud", no es una mera curiosidad estadística, sino un síntoma potente de profundas disfunciones en la gobernanza, la equidad y la eficiencia del sistema.¹

El compromiso público con la salud es manifiesto. El Gasto Corriente en Salud (GCS) alcanzó el 8.29% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2021, y el gasto público en salud representó entre el 13.3% y el 13.9% del gasto gubernamental total en el mismo año, cifras que denotan una priorización fiscal significativa.¹ Sin embargo, esta inversión no se ha traducido en una protección financiera proporcional para la población. El Gasto de Bolsillo (GDB), el indicador más directo de la carga financiera sobre los hogares, se ha mantenido en niveles alarmantemente altos, representando el 32.8% del gasto total en salud en 2023.¹ Este nivel sitúa a Ecuador por encima del promedio de América Latina y el Caribe (aproximadamente 28%) y muy por encima del estándar de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que ronda el 20%.¹

La persistencia de esta paradoja a lo largo del tiempo, a pesar de las fluctuaciones económicas y los cambios de gobierno, sugiere que sus causas son estructurales y no coyunturales. Podría interpretarse como una "fuga de efectividad" del gasto público, donde los fondos se ejecutan, pero no logran su objetivo primordial de aliviar la presión económica sobre los ciudadanos.¹ Este fenómeno plantea una pregunta fundamental que va más allá de la contabilidad: si el Estado invierte de manera considerable, ¿por qué la población sigue pagando tanto? La respuesta, como se argumentará a lo largo de esta obra, no reside únicamente en la cantidad de dinero invertido, sino en los complejos mecanismos de poder, las dinámicas políticas y las fallas de implementación que determinan su destino final. La paradoja, por tanto, no es un problema técnico, sino un síntoma de una distribución de poder y recursos que sistemáticamente falla en proteger a sus ciudadanos.

La siguiente tabla, revisada y completada, ilustra la posición anómala de Ecuador en el contexto internacional, proporcionando la evidencia cuantitativa central para la paradoja que esta monografía busca desentrañar.

Tabla 1.1: Indicadores Clave de Financiamiento de la Salud en Ecuador vs. Promedios Regionales y de la OCDE (Revisada y Completada)

Indicador	Ecuador	América Latina y el Caribe (Promedio/Rango)	OCDE (Promedio)	Fuentes Principales (Ecuador)
Gasto Público en Salud (% PIB)	4.8% (2020), 5.4% (2021)	~4-5% (variable por país)	~7-8% (variable)	¹
Gasto Corriente en Salud (GCS) (% PIB)	8.29% (2021)	~7-8% (variable, 2021)	~9-10% (variable, 2021)	¹
Gasto de Bolsillo (% GCS/CHE)	30.6% - 32.8% (2020-2023)	~28% (2021)	~20% (2019)	¹
Gasto en Salud per cápita (USD corrientes)	\$494.31 (2021)	~\$656 (2021)	>\$4,000 (variable)	¹
Población con Gasto Catastrófico >10% del	9% (2017)	9.85% (2019)	Variable, generalmente <5%	¹

ingreso				
---------	--	--	--	--

Nota: Los años de los datos varían según el indicador y la fuente. La tabla ofrece una comparación ilustrativa basada en la información más reciente y comparable disponible. El Gasto de Bolsillo (GDB) se presenta como porcentaje del Gasto Corriente en Salud (GCS) o Current Health Expenditure (CHE) para comparabilidad internacional. El Gasto Catastrófico se refiere a la proporción de la población con gastos de salud que superan el 10% del consumo o ingreso total de su hogar.

1.2 La Pregunta de Investigación Fundamental y su Relevancia

La pregunta central que guía esta investigación es, en apariencia, sencilla: "¿Quién recibe el dinero?". Sin embargo, esta interrogante trasciende un mero ejercicio contable para convertirse en una herramienta de análisis político. Busca desvelar los intrincados mecanismos de asignación, los flujos financieros reales, los actores influyentes y las dinámicas de poder subyacentes que gobiernan la distribución de los recursos dentro del sistema de salud ecuatoriano.¹ El objetivo no es solo identificar hacia dónde fluye el dinero en términos formales, sino también quiénes son los beneficiarios finales de estos flujos y, de manera crucial, quiénes, en consecuencia, soportan la carga financiera residual.

La formulación "¿Quién recibe el dinero?" es deliberadamente provocadora, diseñada para ir más allá de las declaraciones de política y los presupuestos aprobados para examinar la implementación efectiva de las políticas financieras y las realidades operativas del sistema. La respuesta a esta pregunta tiene implicaciones cruciales y de largo alcance para múltiples dimensiones del sistema de salud ecuatoriano:

- **Equidad:** El alto GDB actúa como una barrera de acceso regresiva, afectando desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables. Cuando los ciudadanos deben pagar de su bolsillo, muchos se ven forzados a renunciar a la atención o a elegir tratamientos subóptimos, exacerbando las desigualdades en salud y empujando a los hogares a la pobreza.¹ Investigar quién recibe el dinero permite analizar si la distribución de recursos está sesgada en detrimento de intervenciones que promoverían una mayor equidad.
- **Eficiencia:** La paradoja es, en sí misma, un síntoma de profundas ineficiencias. Plantea la cuestión fundamental de si se está obteniendo el máximo valor en salud por la considerable inversión pública realizada. Las ineficiencias pueden

manifestarse en una asignación de recursos que no se alinea con las prioridades epidemiológicas, en procesos de compra que no garantizan los mejores precios, o en costos administrativos excesivos.¹

- **Gobernanza:** Un GDB elevado a pesar de un gasto público significativo puede ser un signo de fallas en la gobernanza, como la falta de transparencia, mecanismos de rendición de cuentas deficientes, corrupción o la captura del sistema por intereses particulares.¹ Esta investigación busca iluminar estos posibles "puntos ciegos" en los flujos financieros, sentando las bases para una mejor rendición de cuentas.
- **Cobertura Universal de Salud (CUS):** La CUS implica que todas las personas reciban los servicios que necesitan sin sufrir dificultades financieras. El alto GDB en Ecuador socava directamente el pilar de la protección financiera de la CUS.¹ Comprender quién recibe el dinero es un paso indispensable para diseñar reformas que realmente fortalezcan la CUS, asegurando que los beneficios de la inversión pública lleguen a quienes más los necesitan.

1.3 Un Vistazo al Marco Teórico y la Hoja de Ruta de la Monografía

La complejidad de la pregunta y la naturaleza multifacética de la paradoja del financiamiento en Ecuador exigen un enfoque teórico que integre múltiples perspectivas. Por ello, esta monografía adopta un marco híbrido innovador que combina la **Ciencia de la Implementación (CI)** y el **Análisis de Economía Política (AEP)**.¹ Esta integración es fundamental para responder no solo

dónde va el dinero, sino *cómo* y *por qué* sigue esos caminos.

La CI proporciona las herramientas para abrir la "caja negra" de la implementación, examinando sistemáticamente las barreras y facilitadores que afectan la ejecución de las políticas de financiamiento. El AEP, enriquecido con el enfoque del politólogo Robert Dahl, ofrece el lente para analizar cómo el poder, los intereses y las instituciones configuran el contexto en el que ocurre la implementación.¹

La estructura de la monografía está diseñada para construir progresivamente una respuesta a la pregunta central. Tras esta introducción, el **Capítulo 2** detallará el marco teórico integrado. El **Capítulo 3** explorará el contexto histórico, analizando cómo la **dependencia de la trayectoria** ha moldeado las estructuras actuales. El **Capítulo 4** presentará el análisis cuantitativo de los flujos financieros. El **Capítulo 5**

aplicará el enfoque de Dahl para analizar el poder en "**arenas de decisión**" clave. El **Capítulo 6** examinará las **barreras de implementación** en esas mismas arenas. El **Capítulo 7** ofrecerá una síntesis integradora de todos los hallazgos. Finalmente, el **Capítulo 8** discutirá las contribuciones teóricas, las lecciones universalizables y formulará recomendaciones de política. Este recorrido multifacético permitirá desentrañar la paradoja del gasto en salud en Ecuador, ofreciendo una explicación robusta y matizada de sus causas y consecuencias.

Capítulo 2: Un Marco Analítico Integrado: Poder, Política e Implementación en el Financiamiento de la Salud

2.1 La Insuficiencia de los Enfoques Tradicionales

El análisis del financiamiento de la salud se ha basado tradicionalmente en enfoques normativos y económicos clásicos, como los análisis de costo-efectividad, las evaluaciones actuariales o el marco de las Cuentas Nacionales de Salud. Si bien estas herramientas son indispensables para describir los flujos de recursos en términos agregados o para evaluar la eficiencia teórica de las intervenciones, demuestran ser insuficientes para explicar las persistentes brechas entre la política formulada y los resultados observados en la práctica.¹ Estos modelos a menudo tratan la "implementación" como una "caja negra", asumiendo que las políticas bien diseñadas se ejecutarán fielmente, una premisa que la realidad desmiente con frecuencia. La paradoja del gasto en salud en Ecuador es un ejemplo paradigmático de esta limitación: los números agregados que muestran un alto gasto público no logran explicar por qué la protección financiera de los ciudadanos falla de manera tan sistemática.¹

Una crítica fundamental a estos modelos tecnocráticos es su tendencia a minimizar o ignorar el rol del poder y los intereses de los actores como variables determinantes en la asignación de recursos. Las decisiones de financiamiento no ocurren en un vacío político; son el resultado de negociaciones, conflictos y compromisos entre actores con intereses divergentes, como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas, los gremios profesionales, la industria farmacéutica y las aseguradoras privadas. Sin un

análisis explícito del poder, es imposible comprender por qué persisten arreglos de financiamiento subóptimos o por qué fracasan reformas técnicamente sólidas.¹ La historia de las reformas sanitarias en Ecuador está repleta de ejemplos donde los intereses de grupos específicos, como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) o los proveedores privados, han moldeado el resultado de las políticas de una manera que los modelos puramente económicos no pueden capturar.¹

2.2 La Propuesta de un Marco Híbrido: Ciencia de la Implementación Políticamente Informada

Para superar estas limitaciones, esta monografía propone un marco teórico híbrido que integra la **Ciencia de la Implementación (CI)** y el **Análisis de Economía Política (AEP)**. La justificación de este modelo radica en su capacidad para ofrecer una explicación causal más completa y profunda de la paradoja del gasto. La CI proporciona el "cómo": los marcos y herramientas para abrir la "caja negra" de la implementación, examinando sistemáticamente las barreras y facilitadores que afectan la ejecución de las políticas de financiamiento. Por su parte, el AEP proporciona el "porqué": el lente para analizar cómo el poder, los intereses y las instituciones configuran el contexto en el que ocurre la implementación.¹

La sinergia teórica de este modelo es crucial. El AEP no es un análisis separado, sino que informa y enriquece el análisis de la CI. El poder y los intereses de los actores se conceptualizan como determinantes fundamentales dentro de los marcos de la CI, por ejemplo, como parte del "contexto interno y externo" en el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Las "estrategias de implementación" no son solo técnicas, sino que a menudo son impulsadas por los intereses de los actores que buscan influir en los resultados. Así, se propone una **"Ciencia de la Implementación Políticamente Informada"**, donde el análisis del poder no es un mero factor contextual, sino un prerrequisito para comprender la implementación. Este enfoque permite una explicación causal robusta: el poder (analizado por el AEP) ayuda a explicar por qué surgen ciertas barreras de implementación (analizadas por la CI), y estas barreras, a su vez, explican cómo los flujos financieros se desvían de los objetivos de política, perpetuando la paradoja.¹

2.3 Profundizando en la Ciencia de la Implementación (CI): Herramientas para

Desentrañar el "Cómo"

Para operacionalizar el componente de CI, esta investigación se apoya en tres marcos conceptuales clave:

1. **El Modelo Lógico de Investigación de Implementación (IRLM):** Se utiliza como el "mapa conceptual" que organiza la investigación empírica. Sus componentes permiten trazar la cadena causal desde los determinantes (incluyendo las dinámicas de poder), pasando por las estrategias de implementación y los mecanismos de acción, hasta los resultados de la implementación y del servicio.¹
2. **El Marco Consolidado para la Investigación de Implementación (CFIR):** Se emplea para categorizar de manera sistemática las barreras y facilitadores identificados en el contexto ecuatoriano. Sus cinco dominios (Características de la Intervención, Contexto Externo, Contexto Interno, Características de los Individuos y Proceso de Implementación) proporcionan una estructura exhaustiva para el diagnóstico contextual.¹ Por ejemplo, la fragmentación histórica entre el MSP y el IESS se analiza como una característica del "Contexto Interno" de cada organización y del "Contexto Externo" que rige su interrelación.¹
3. **El Marco de Resultados de Implementación de Proctor et al.:** Es crucial para medir el "éxito" de la implementación de las políticas de financiamiento, mucho antes de poder medir el impacto final en la salud. Se evalúan ocho resultados clave: Aceptabilidad, Adopción, Adecuación, Factibilidad, Fidelidad, Costo, Penetración y Sostenibilidad. Una baja *fidelidad* en la aplicación de una política de compra de medicamentos, por ejemplo, o una baja *penetración* de los servicios públicos en zonas rurales, son resultados de implementación que explican directamente la persistencia del GDB.¹

2.4 Profundizando en el Análisis de Economía Política (AEP): Desvelando el "Porqué" con Dahl

Para el componente de AEP, se adapta la metodología empírica de Robert Dahl de su obra seminal *¿Quién gobierna?* para estudiar el poder en acción. Este enfoque se aleja de las teorías abstractas del poder y se centra en el análisis de decisiones concretas.¹ La adaptación sigue cuatro pasos:

1. **Identificar "Arenas de Decisión" Clave:** El poder se estudia no en general, sino

en decisiones específicas que determinan "quién recibe el dinero". Para esta monografía, las arenas seleccionadas son: a) la asignación presupuestaria al MSP, b) las políticas de inversión y gasto del IESS, c) la definición del tarifario para la compra de servicios al sector privado, y d) las políticas de adquisición y precios de medicamentos.¹

2. **Mapear a los Actores Participantes:** Se identifican todos los individuos y grupos que intentan influir en esas decisiones.
3. **Analizar sus "Recursos de Poder":** Se evalúan los recursos que cada actor moviliza (autoridad formal, control financiero, información técnica, conexiones políticas, capacidad de movilización social).
4. **Examinar los Patrones de Influencia:** Se determina quién inicia propuestas, quién las veta y quién prevalece consistentemente, revelando así la estructura de poder real.

Este enfoque se enriquece con el concepto de las **"tres caras del poder"** de Lukes para un análisis más profundo. La primera cara (poder decisional de Dahl) se centra en quién gana en las negociaciones. La segunda cara (poder de agenda o "no-decisión") analiza la capacidad de controlar qué temas se discuten y cuáles se mantienen fuera de la agenda (por ejemplo, por qué una reforma fiscal progresiva para la salud rara vez se debate seriamente). La tercera cara (poder ideológico) examina la capacidad de moldear las percepciones para que el statu quo, como la normalización del GDB, se acepte como "inevitable".¹

2.5 Síntesis del Modelo Híbrido: Conectando Poder e Implementación

El modelo híbrido CI-AEP propuesto transforma una pregunta aparentemente contable ("¿Quién recibe el dinero?") en una profunda investigación sobre la gobernanza, el poder y la práctica en el sistema de salud de Ecuador. El AEP, a través del análisis de poder de Dahl, informa el dominio de los "Determinantes" en el IRLM. Es decir, el análisis del poder explica la presencia y la fuerza de barreras de implementación específicas. Por ejemplo, un "contexto interno" resistente al cambio se explica por los intereses creados de ciertos actores; un "liderazgo" débil se entiende a la luz de la presión política externa.

Estas barreras, a su vez, explican por qué las "Estrategias de Implementación" de financiamiento (como un nuevo sistema de pago) fallan o se distorsionan, llevando a malos "Resultados de Implementación" (como baja fidelidad o baja sostenibilidad).

Este fallo en la implementación es lo que, en última instancia, perpetúa la paradoja del alto gasto público y el alto gasto de bolsillo. El modelo no solo identifica a los receptores finales de los fondos, sino que explica *cómo* los procesos de implementación y *por qué* las estructuras de poder permiten que esos actores específicos se beneficien, a menudo a expensas de la protección financiera de la población general.¹

Capítulo 3: El Legado Institucional: Dependencia de la Trayectoria y la Configuración Histórica del Poder

3.1 Hitos Fundacionales y la Segmentación Original

La configuración actual del sistema de financiamiento de la salud en Ecuador y las intrincadas relaciones de poder que lo definen no son fenómenos recientes, sino el producto de una larga secuencia de decisiones históricas. El concepto de **dependencia de la trayectoria** (*path dependency*) es fundamental para comprender cómo los arreglos institucionales del pasado generan inercias que condicionan las opciones futuras y explican la persistencia de problemas estructurales.¹

La "coyuntura crítica" fundamental en la historia del sistema de salud ecuatoriano fue la creación, durante la primera mitad del siglo XX, de dos subsistemas paralelos con lógicas y fuentes de financiamiento distintas. Por un lado, se fue consolidando una estructura de salud pública, culminando con la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1967, financiada con impuestos generales y destinada a la población general. Por otro lado, y de forma casi simultánea, emergió el sistema de seguridad social, con la creación de la Caja de Pensiones en 1928, que evolucionaría hasta convertirse en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), financiado por contribuciones de trabajadores y empleadores y dirigido a la población del sector formal.¹

Esta segmentación original, resumida en la Tabla 3.1, no fue un accidente, sino el reflejo de las concepciones políticas de la época. Sin embargo, esta decisión fundacional estableció una dualidad estructural que ha demostrado ser

extraordinariamente resiliente. Creó dos grandes burocracias con culturas organizacionales, bases de poder e intereses creados distintos, lo que ha dificultado enormemente cualquier intento posterior de integración o coordinación, como el propuesto con la Red Pública Integral de Salud (RPIS).¹

3.2 Reformas, Contrarreformas y la Génesis de la Deuda Estatal

El período entre mediados del siglo XX y la década de 1990 estuvo marcado por la inestabilidad política, intentos de expansión de la cobertura (como la creación del Seguro Social Campesino) y crisis financieras recurrentes en la seguridad social. Fue en este contexto que se gestó una de las dependencias de trayectoria más perniciosas: la **deuda histórica del Estado con el IESS**.¹ El incumplimiento sistemático de las obligaciones estatales con la seguridad social no solo comprometió la sostenibilidad financiera del IESS, sino que también lo convirtió en un actor políticamente dependiente de las transferencias (o la ausencia de ellas) del gobierno central, particularmente del Ministerio de Finanzas. Esta deuda se transformó en una herramienta de control fiscal y político que socava la autonomía teórica del IESS hasta el día de hoy.¹

La "década perdida" de los años 80 y la influencia de los Programas de Ajuste Estructural (PAE) del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial profundizaron estas dinámicas. Los recortes en el gasto público debilitaron la capacidad del MSP, mientras que la promoción de la liberalización de mercados creó un entorno favorable para la expansión del sector privado. Este sector creció para llenar los vacíos dejados por un sistema público deteriorado, consolidándose como una nueva capa de dependencia. Una vez que una parte de la población, especialmente la de mayores ingresos, se habituó a los servicios privados, se volvió políticamente más complejo fortalecer al sector público de manera que pudiera competir eficazmente.¹

3.3 El Siglo XXI: La Promesa de la Universalidad y la Persistencia de la Paradoja

La Constitución de 2008 representó un hito, consagrando la salud como un derecho y estableciendo la creación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) para superar la fragmentación histórica.¹ Amparado en este marco, se realizaron inversiones

significativas en infraestructura y talento humano, y se impulsaron políticas para mejorar el acceso a servicios y medicamentos. A pesar de estos esfuerzos y de un notable incremento de la inversión pública, la paradoja del gasto persistió. El GDB, aunque se redujo desde los niveles previos a 2008, se estabilizó en cifras elevadas, en torno al 30-33%.¹

Esta persistencia demuestra la fuerza de las dependencias de trayectoria. La tensión entre el MSP y el IESS continuó, agudizada por la creciente deuda estatal, que para noviembre de 2024 se estimaba en más de 24 mil millones de dólares.¹ El sector privado no solo se consolidó, sino que diversificó su articulación con el sector público a través de la Red Privada Complementaria (RPC). Crisis recientes, como las políticas de austeridad fiscal y la pandemia de COVID-19, tendieron a exacerbar estas vulnerabilidades estructurales en lugar de catalizar un cambio fundamental.¹

3.4 Análisis de la Dependencia de Trayectoria

El análisis histórico demuestra que las dependencias de trayectoria son el arquitecto de las arenas de poder contemporáneas. La segmentación histórica MSP-IESS no solo creó fragmentación, sino que definió las **arenas de decisión** distintas que se analizan en esta monografía, cada una con sus propios actores y reglas. La debilidad fiscal crónica del Estado no solo generó deuda, sino que consolidó el poder del Ministerio de Finanzas sobre todo el sector. El debilitamiento histórico del sector público no solo dejó vacíos, sino que creó el mercado que empoderó al sector privado.

Por lo tanto, el análisis histórico no es un mero contexto de fondo; es la explicación causal de la existencia y naturaleza de las estructuras de poder que gobiernan el financiamiento de la salud en Ecuador hoy. El pasado no es simplemente un prólogo; es un actor activo y determinante en el presente financiero del sistema. Comprender esta historicidad es crucial para desentrañar la paradoja del gasto y para identificar los puntos de apalancamiento necesarios para impulsar una transformación real hacia un sistema más equitativo y eficiente.¹

Capítulo 4: El Mapa de los Recursos: Un Análisis Cuantitativo de los Flujos Financieros

4.1 Metodología: El Marco del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011)

Este capítulo constituye el pilar cuantitativo de la monografía, dedicado a mapear los flujos financieros del sistema de salud ecuatoriano para el período aproximado 2010-2023. El análisis se estructura siguiendo el marco del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011), un estándar internacional que permite una clasificación sistemática y comparable del gasto. La fuente principal de datos 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 contextualización y comparaciones internacionales.¹

El marco SHA 2011 analiza el gasto a través de tres dimensiones clave:

- **Esquemas de Financiamiento (HF):** ¿Quién paga? (Gobierno, hogares, seguridad social, etc.).
- **Proveedores de Atención Médica (HP):** ¿Quién provee los servicios? (Hospitales públicos, clínicas privadas, farmacias, etc.).
- **Funciones de Atención Médica (HC):** ¿Qué se consume? (Atención curativa, prevención, medicamentos, etc.).

Este marco proporciona la estructura para responder cuantitativamente a la pregunta "¿Quién recibe el dinero?".

4.2 Tendencias Agregadas del Gasto en Salud (2010-2023)

El análisis de las tendencias agregadas revela la magnitud de la paradoja del gasto. El Gasto Corriente en Salud (GCS) como porcentaje del PIB se situó en un notable 8.29% en 2021.¹ El gasto público en salud también refleja un esfuerzo fiscal significativo, representando el 5.4% del PIB y el 14.76% del gasto gubernamental total en 2021.¹ El gasto en salud per cápita también ha mostrado un incremento, alcanzando los \$494.31 en 2021.¹

Sin embargo, este considerable esfuerzo inversor coexiste con un Gasto de Bolsillo (GDB) persistentemente elevado. Los datos del INEC y la OMS muestran que el GDB se ha mantenido en un rango del 30.6% al 32.8% del gasto total en salud entre 2020 y 2023.¹ Esta persistencia, a pesar del aumento del gasto público, es el hallazgo cuantitativo central que confirma la existencia de la paradoja y sugiere que los problemas radican en la asignación y eficiencia del gasto, más que en su volumen absoluto.

4.3 Desglose por Esquemas de Financiamiento (HF) y Proveedores (HP)

El análisis por esquemas de financiamiento (HF) muestra que el sector público (gobierno y seguridad social) financia la mayor parte del gasto, alrededor del 61-63% en años recientes. No obstante, el financiamiento de los hogares (principalmente GDB) sigue representando más de un tercio del total, lo que refuerza la paradoja.¹

El desglose por proveedores (HP) revela una dinámica público-privada compleja. Aunque los hospitales públicos del MSP son los mayores productores de servicios en términos de valor (generando \$1,581 millones en 2023), los hospitales privados les siguen de cerca con \$1,346 millones. Los centros ambulatorios privados también tienen una producción significativa (\$1,189 millones).¹ La coexistencia de una producción privada tan robusta con un GDB elevado sugiere que una porción considerable de los pagos directos de los hogares se canaliza hacia este sector, ya sea por elección o por deficiencias en la red pública. Esto indica que el sector privado no actúa meramente como un complemento, sino como un receptor central de fondos directos de los hogares, una pieza clave para entender "quién recibe el dinero".

4.4 Desglose por Funciones (HC): La Priorización de lo Curativo

El análisis por funciones (HC) ofrece una visión de las prioridades reales del sistema. Los datos revelan una concentración abrumadora del gasto en **atención curativa** (servicios ambulatorios y con internación), tanto en el gasto público como en el de los hogares. En contraste, la inversión en **servicios de prevención y salud pública (HC.6)** es consistentemente baja, representando solo el 3.3% del gasto de consumo

final del gobierno en 2022.¹

Este patrón de inversión tiene profundas implicaciones. La subinversión crónica en prevención puede considerarse una "falsa economía", ya que conduce a una mayor carga de enfermedad evitable, lo que a su vez incrementa la demanda de servicios curativos, que son generalmente más costosos. Si el sistema público no logra cubrir esta mayor demanda, la presión sobre el GDB se exacerba. Por lo tanto, esta asignación de recursos, que puede parecer una decisión técnica o presupuestaria, está intrínsecamente ligada a la perpetuación de la paradoja del gasto.

Los datos cuantitativos presentados en este capítulo no son meramente descriptivos; son las **huellas cuantitativas** de las dinámicas de poder y las fallas de implementación que se analizarán en los capítulos siguientes. El alto GDB en medicamentos es la huella del poder de la industria farmacéutica y de las fallas en la cadena de suministro pública. La baja inversión en prevención es la huella de la falta de un lobby poderoso para la salud pública y de la dificultad para implementar programas cuyos resultados son a largo plazo y menos visibles políticamente. Este capítulo, por lo tanto, mapea el "qué" y el "cuánto", estableciendo los enigmas empíricos que los análisis cualitativos posteriores se encargarán de resolver.

Capítulo 5: Las Arenas del Poder: Un Análisis Dahliano de la Gobernanza del Gasto en Salud

5.1 Arena 1: El Presupuesto del Ministerio de Salud Pública (MSP)

La formulación y aprobación del presupuesto del MSP constituye una arena de decisión fundamental donde se manifiestan con claridad las tensiones entre las necesidades sanitarias y las restricciones fiscales. Aplicando el marco de Robert Dahl, el análisis revela que el **Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)** emerge como el actor que consistentemente "gobierna" esta arena. Su poder no deriva únicamente de su autoridad formal, sino del control de recursos políticos clave: el monopolio sobre la información fiscal global, la autoridad legal para establecer techos presupuestarios y

el respaldo político del Ejecutivo.¹

Las preferencias del MEF, orientadas hacia la disciplina fiscal y el control del déficit, suelen prevalecer sobre las solicitudes del MSP, que se basan en necesidades de salud. Este patrón de influencia tiene consecuencias directas: si las áreas que podrían reducir el GDB (como la atención primaria o el abastecimiento de medicamentos) son vistas como "gastos" a contener en lugar de "inversiones", es probable que sufran recortes. En este sentido, el MEF y las prioridades fiscales del gobierno central se convierten en los primeros "receptores" del dinero, al determinar el monto global disponible para la salud.¹

5.2 Arena 2: Las Políticas de Inversión y Gasto del IESS

La arena del IESS se caracteriza por un poder más fragmentado, pero igualmente problemático. La autonomía financiera del Instituto, consagrada en la Ley de Seguridad Social, es socavada en la práctica por la crónica deuda estatal, que funciona como una herramienta de poder para el MEF.¹ Internamente, el Consejo Directivo es un espacio de disputa entre representantes del Ejecutivo, empleadores y afiliados. A esto se suma la inestabilidad directiva y los recurrentes escándalos de corrupción y mala gestión.¹

En este contexto, es difícil que prevalezcan los intereses de los afiliados. Las decisiones de inversión y gasto pueden ser influenciadas por consideraciones políticas de corto plazo, la presión de proveedores o la captura de rentas por parte de redes corruptas. El resultado es que los fondos de los afiliados no se optimizan para su beneficio, lo que los obliga a incurrir en GDB a pesar de sus contribuciones. La deuda estatal no pagada significa que los "receptores" indirectos del dinero son los acreedores generales del Estado, cuyas obligaciones se priorizan sobre las del IESS.¹

5.3 Arena 3: El Tarifario de la Red Privada Complementaria (RPC)

Esta arena es un claro ejemplo de negociación entre un comprador poderoso (el Estado, a través del MSP y el IESS) y vendedores organizados (los proveedores privados, representados por gremios como la ACHPE). El resultado de esta

negociación determina el flujo de dinero público hacia el sector privado. El poder de los proveedores privados reside en su capacidad instalada, su oferta de servicios especializados que el sector público necesita y su capacidad de negociación colectiva.¹

Si los proveedores logran negociar tarifas elevadas o condiciones contractuales ventajosas, se convierten en importantes "receptores" del dinero público. Esto puede ser necesario para garantizar el acceso, pero si los precios son excesivos o los controles de calidad son laxos, se produce un uso ineficiente de los recursos públicos, lo que limita la capacidad del Estado para fortalecer su propia red o para comprar un mayor volumen de servicios. El resultado es un equilibrio de poder negociado, pero uno que tiene implicaciones directas sobre la eficiencia del gasto y, potencialmente, sobre la carga financiera que recae en los ciudadanos si la red pública sigue siendo insuficiente.¹

5.4 Arena 4: Las Políticas de Adquisición y Fijación de Precios de Medicamentos

En esta arena, la influencia de la **industria farmacéutica** es preponderante. A través de un sofisticado uso de recursos de poder —como la asimetría de información técnica, el lobbying intenso y el conocimiento del mercado global—, la industria logra a menudo que sus preferencias por precios altos y menor competencia prevalezcan.¹ Aunque el Estado ha implementado mecanismos como la Subasta Inversa Corporativa de Medicamentos (SICM) para aumentar su poder de compra, su efectividad se ve limitada por las debilidades en la capacidad regulatoria y de negociación del Estado, y por la influencia de la industria.¹

La persistencia de precios elevados y el alto componente de medicamentos en el GDB son la evidencia más clara de quién "gobierna" esta arena. "Reciben el dinero" las empresas farmacéuticas y los distribuidores, que capturan una porción significativa tanto del gasto público como del gasto de bolsillo de los hogares. Esta dinámica es un motor central de la paradoja del gasto en salud.¹

5.5 Análisis Comparativo Transversal

El análisis comparativo de las cuatro arenas revela un modelo de poder que puede describirse como **"pluralismo segmentado"** o **"poliarquía limitada"**. No existe una única élite que controle todo el sistema. En cambio, diferentes actores dominan en nichos específicos: el MEF en el presupuesto macro, la industria farmacéutica en su sector, y los proveedores privados en la negociación de sus servicios. Sin embargo, este pluralismo no es equitativo; los actores con mayores recursos económicos, organizativos y de información tienden a tener una ventaja sistemática.¹

Un hallazgo crucial es la brecha entre las reglas institucionales formales y los mecanismos informales de influencia. Las decisiones clave a menudo no se toman en los espacios formales, sino a través de negociaciones "tras bastidores", redes personales y lobbying. La persistencia de la paradoja del gasto, a pesar de un marco legal progresista, es la prueba de que estas "reglas no escritas del juego" pueden ser más determinantes que las leyes formales.¹ El análisis cualitativo del poder, por lo tanto, "levanta el velo" sobre los mecanismos que explican por qué el dinero fluye de la manera en que lo hace, conectando directamente las dinámicas de poder con los patrones financieros.

Tabla 5.5.A: Análisis Comparativo de la Influencia de Actores y Dinámicas de Poder a Través de las Arenas de Decisión

Arena de Decisión	Actores Dominantes/Decisivos	Nivel de Concentración de Poder	Mecanismos de Influencia Predominantes	Implicación Principal para "¿Quién Recibe el Dinero?"
1. Presupuesto del MSP	MEF, Presidencia.	Alto (en el Ejecutivo/MEF).	Formal (autoridad fiscal, proceso presupuestario), Informal (negociación política, directrices presidenciales).	El MEF y las prioridades del Ejecutivo determinan el monto global, afectando la capacidad del MSP para financiar servicios que reduzcan el GDB.
2. Políticas de Inversión y Gasto del IESS	Consejo Directivo del IESS, MEF (por	Medio (disputado; influencia	Formal (votaciones Consejo),	Restricciones por deuda estatal y

	deuda estatal), Dirección General IESS.	estatal fuerte).	Informal (influencia política en nombramientos, presiones, posible corrupción).	dinámicas internas pueden llevar a que fondos del IESS no se optimicen para afiliados, quienes pueden terminar pagando de bolsillo.
3. Tarifario para la Compra a la RPC	MSP/IESS (compradores), Gremios de Proveedores Privados (ej. ACHPE).	Medio (negociación entre partes con poder).	Formal (mesas de negociación), Informal (lobbying).	La negociación de tarifas determina el flujo de dinero público a privados, impactando la eficiencia del gasto y el acceso.
4. Políticas de Adquisición y Precios de Medicamentos	Industria Farmacéutica, MSP, Consejo Fijación Precios, SERCOP.	Medio-Alto (fuerte influencia de la industria).	Formal (SICM, regulación de precios), Informal (lobbying, asimetrías de información).	La industria farmacéutica puede capturar una porción significativa del gasto (público y de bolsillo) si logra precios altos o limita la competencia.

Capítulo 6: La Brecha entre Política y Práctica: Un Análisis de la Implementación

6.1 a 6.4: Análisis de Implementación por Arena

Este capítulo se adentra en el análisis de *cómo* las políticas de financiamiento, moldeadas por el poder, se traducen (o no) en la práctica. Aplicando sistemáticamente el marco **CFIR** y los resultados de **Proctor et al.** a las mismas cuatro arenas de decisión, se identifican las barreras y los resultados que explican la brecha entre la política formulada y el impacto real.¹

El análisis revela un patrón consistente de fallas en la implementación. En la arena del **presupuesto del MSP**, la rigidez burocrática y los retrasos en las transferencias del MEF (barreras del "Proceso" y "Contexto Externo" del CFIR) conducen a una baja *fidelidad* a las prioridades originales y un bajo *alcance* de los programas preventivos. En el **IESS**, la inestabilidad directiva y la corrupción (barreras del "Contexto Interno") amenazan la *sostenibilidad* de cualquier inversión y limitan el *alcance* efectivo de los servicios para sus afiliados. En la **compra a la RPC**, la desconfianza interinstitucional y los pagos atrasados (barreras del "Contexto Interno") minan la *sostenibilidad* de la colaboración. Y en las **políticas farmacéuticas**, la influencia de la industria y la limitada capacidad regulatoria estatal (barreras del "Contexto Externo" e "Interno") resultan en una baja *fidelidad* a los procesos de compra competitiva y un bajo *alcance* de medicamentos asequibles.¹

Un elemento central que emerge de este análisis es la conexión explícita entre el poder (Capítulo 5) y las barreras de implementación (Capítulo 6). Las dinámicas de poder no son un mero telón de fondo; son la causa directa de muchas de las barreras identificadas. El poder fiscal del MEF se materializa como una barrera de "Presiones Políticas/Económicas" en el CFIR. El poder de lobby de la industria farmacéutica se convierte en una barrera de "Contexto Externo" que socava la implementación de políticas de control de precios. Esto demuestra que la implementación no fracasa en un vacío, sino que es activamente moldeada y, a menudo, socavada por las mismas estructuras de poder que definen la asignación de recursos.

6.5 Análisis Transversal y Lecciones Aprendidas

El análisis transversal de las cuatro arenas permite identificar barreras sistémicas que son comunes a todo el sistema de financiamiento de la salud. La **gobernanza débil y la corrupción** emergen como el factor más penetrante, distorsionando la asignación de recursos en todas las arenas. La **fragmentación institucional**, la **inestabilidad política**, la **limitada capacidad técnica del sector público** y las **restricciones fiscales crónicas** son otras barreras transversales que configuran un entorno hostil

para la implementación efectiva de políticas.¹

Una lección fundamental es que las "fallas" de implementación pueden ser, desde la perspectiva de ciertos actores poderosos, "éxitos" de implementación. Si ciertos grupos se benefician de la ineficiencia o de la opacidad, la "falla" en implementar procesos eficientes y transparentes puede ser un resultado deseado. Esto se alinea con el concepto de **"implementación de la no-reforma"** o **"implementación de la ineficiencia"**. Las barreras no son siempre obstáculos pasivos; pueden ser el producto del ejercicio activo del poder por parte de actores que se benefician del statu quo.¹

Otra lección crucial es la tensión entre el diseño técnico de las políticas y la realidad política de su implementación. Ecuador posee un andamiaje de leyes y mecanismos técnicos (como la SICM), pero su efectividad es mermada si no se abordan las causas raíz de los problemas de implementación, que a menudo residen en factores contextuales profundos relacionados con el poder, los intereses y la debilidad institucional.¹

Tabla 6.5.A: Comparativa de Barreras y Facilitadores Clave a Través de las Arenas de Decisión

Factor Transversal	Manifestación como Barrera en las Arenas	Manifestación como Facilitador en las Arenas	Evidencia Clave (Ejemplos de la Monografía)
Gobernanza Débil y Corrupción	Distorsión presupuestos MSP; mala gestión/fraude IESS; favoritismo RPC; sobrepagos/desvío medicamentos.	(Ausencia de corrupción sería un facilitador)	Informes Contraloría ¹ , KIs, noticias.
Fragmentación Institucional/Falta Coordinación	MSP vs. IESS en planificación; MSP-MEF-SERCOP en compras; RPIS-RPC descoordinada.	(Coordinación efectiva sería un facilitador)	Análisis histórico ¹ , KIs sobre procesos interinstitucionales.
Inestabilidad Política / Alta Rotación Directivos	Interrupción políticas MSP; cambios constantes en IESS;	(Estabilidad sería un facilitador)	Datos rotación ministerial/directiva ¹ , KIs.

	falta continuidad en todas las arenas.		
Capacidad Técnica/Gestión Limitada (Sector Público)	Dificultad MSP/IESS en planificación/negociación/M&E; SERCOP en gestión SICM.	(Alta capacidad sería un facilitador)	KIs sobre competencias; informes evaluación. ¹
Restricciones Fiscales Crónicas	Presupuesto MSP insuficiente; deuda estatal con IESS; limita capacidad compra RPC y medicamentos.	(Bonanza fiscal podría ser facilitador temporal)	Datos macroeconómicos; informes deuda IESS. ¹
Asimetrías de Información/Poder	Estado vs. Industria Farmacéutica; Estado vs. Grandes Proveedores Privados.	(Mayor transparencia y capacidad estatal serían facilitadores)	KIs; análisis de negociaciones.
Marco Legal/Constitucional	(Incumplimiento es barrera)	Prioriza salud; establece derechos; base para abogacía.	Constitución Ecuador ¹ , leyes de salud.
Disponibilidad Datos/Información Pública	(Uso deficiente es barrera)	Informes INEC ¹ , Contraloría ¹ pueden informar decisiones.	Publicaciones oficiales.
Presión Sociedad Civil/Organizaciones Pacientes	(Fragmentación o debilidad es barrera)	Demanda transparencia, rendición cuentas, políticas receptivas.	Comunicados; KIs sociedad civil.

Capítulo 7: Síntesis de Hallazgos: Una Respuesta Integrada a "¿Quién Recibe el Dinero?"

7.1 La Matriz de la Paradoja: Integrando Flujos, Poder e Implementación

Este capítulo culmina el análisis empírico de la investigación, integrando los hallazgos de los tres subestudios precedentes para articular una respuesta integral y matizada a la pregunta central de la monografía. La Tabla 7.1, presentada a continuación, es la herramienta central de esta síntesis, demostrando cómo los flujos financieros (Capítulo 4), las dinámicas de poder (Capítulo 5) y las fallas de implementación (Capítulo 6) interactúan sinérgicamente en cada arena de decisión para producir y perpetuar la paradoja del gasto.¹

La síntesis revela que los "receptores" del dinero no son únicamente los proveedores finales o la población, sino una multiplicidad de actores e instituciones. Un punto de gran relevancia que emerge es la **interconexión de las arenas de decisión y el "efecto dominó"** que las disfunciones en una arena generan sobre las otras. Por ejemplo, una asignación presupuestaria insuficiente en el MSP (Arena 1), producto del poder fiscal del MEF, reduce la capacidad de la red pública. Esta deficiencia incrementa la presión sobre el IESS (Arena 2) y la necesidad de derivar a la RPC (Arena 3), y obliga a los pacientes a comprar medicamentos en farmacias privadas (Arena 4), impulsando directamente el GDB. Se crea así una compleja red de incentivos, a menudo perversos, que mantiene la paradoja y dirige los flujos financieros de manera subóptima.¹

Tabla 7.1: Matriz de Síntesis: Flujos Financieros, Poder e Implementación en Arenas Clave

Arena de Decisión	Principales Patrones de Flujo Financiero (Síntesis Cap. 4)	Actores Dominantes y sus Mecanismos de Influencia (Síntesis Cap. 5)	Resultados Clave de la Implementación que Moldean el Flujo Final (Síntesis Cap. 6)	Beneficiarios Principales (Directos e Indirectos) del Flujo en Esta Arena
1. Presupuesto del MSP	Gasto significativo en personal, medicamentos, compra a RPC. Subejecución variable. Persistente GDB asociado.	MEF (control fiscal), Presidencia. MSP con influencia limitada. Asamblea con rol formal.	Rigidez presupuestaria, retrasos MEF, burocracia, baja fidelidad a prioridades, alcance limitado programas preventivos,	MEF (control fiscal), personal de salud (salarios), proveedores RPC/medicamentos (parcial). Población recibe beneficios

			posible corrupción.	limitados por ineficiencias.
2. Políticas de Inversión y Gasto del IESS	Alto volumen de gasto en red propia y compra de servicios/medicamentos. Afectado por deuda estatal y liquidez.	Consejo Directivo (tensiones internas), Dirección General, MEF (por deuda e influencia), sindicatos, proveedores.	Deuda estatal crónica, inestabilidad directiva, corrupción, capacidad técnica deficiente. Baja fidelidad inversión, bajo alcance efectivo.	Acreedores del Estado (indirecto), actores corruptos, proveedores con contratos ventajosos. Afiliados sufren por acceso limitado y pueden incurrir en GDB.
3. Definición del Tarifario para la Compra a la RPC	Flujo de fondos públicos (MSP/IESS) hacia proveedores privados por servicios complementarios.	MSP/IESS (compradores), Gremios de Proveedores Privados (ej. ACHPE, poder de negociación).	Pagos lentos/burocráticos, deudas públicas con RPC, insuficiente control de calidad/pertinencia, sostenibilidad cuestionada.	Proveedores privados RPC. Si tarifas altas o controles laxos, beneficio desproporcionado. Pacientes se benefician si acceden, pero el costo para el Estado puede limitar el volumen.
4. Políticas de Adquisición y Precios de Medicamentos	Alto componente de gasto en medicamentos en GDB y gasto público. Precios variables.	Industria farmacéutica (lobby, info. asimétrica), MSP (rectoría), Consejo Fijación Precios (regulación), SERCOP (SICM).	Complejidad técnica, influencia de la industria en SICM/regulación, corrupción, problemas de planificación/distribución. Baja fidelidad a precios justos, bajo alcance, desabastecimiento.	Industria farmacéutica (productores, importadores, distribuidores), farmacias privadas (por GDB). Población paga altos precios o sufre desabastecimiento.

7.2 La Economía Política de la Persistencia

La persistencia de la paradoja del gasto puede interpretarse como el resultado de un **equilibrio político subóptimo**. Este equilibrio se mantiene porque los actores que se benefician del statu quo (o que no pierden significativamente con él) poseen suficiente poder para bloquear o desviar cambios fundamentales, mientras que la población general, principal afectada, carece del poder organizado para forzar una transformación.¹ Los intereses creados, como los de la industria farmacéutica o ciertos proveedores privados, se benefician de las fallas de implementación (procesos de compra opacos, regulación laxa) y, por lo tanto, tienen incentivos para resistir reformas que promuevan la transparencia y la eficiencia. Las fallas de implementación no son, por tanto, meros errores técnicos, sino mecanismos funcionales que sostienen este equilibrio de poder y los flujos de recursos asociados.

Este análisis está profundamente arraigado en el legado histórico. Las dependencias de trayectoria, como la segmentación MSP-IESS y la debilidad fiscal crónica del Estado, han creado las estructuras y las relaciones de poder que hoy perpetúan la paradoja. Resolverla no es solo un desafío técnico, sino fundamentalmente un desafío político que requiere alterar este equilibrio de poder heredado.¹

7.3 Implicaciones para la Equidad y la Eficiencia

Los patrones de distribución financiera tienen consecuencias devastadoras para la **equidad**. El alto GDB actúa como una barrera financiera regresiva, afectando desproporcionadamente a los grupos más vulnerables y aumentando el riesgo de gasto catastrófico. Desde una perspectiva filosófica, esto representa una violación del derecho a la salud y de los principios de justicia distributiva.¹ La concentración de recursos en centros urbanos y en atención especializada, en detrimento de las áreas rurales y la Atención Primaria de Salud (APS), refleja una distribución que responde más al poder de ciertos grupos que a las necesidades de la población.

En términos de **eficiencia**, la paradoja del gasto es un claro indicador de que el sistema no está obteniendo "valor por dinero". La fragmentación, la corrupción y las debilidades de gobernanza generan ineficiencias masivas que reducen el impacto real de la inversión pública. La asignación de recursos no parece seguir criterios de costo-efectividad, sino que es el resultado de la contienda de poder. Superar estas

ineficiencias requiere no solo mejores herramientas técnicas, sino también estrategias políticas para contrarrestar la influencia de los intereses que se benefician de ellas.¹

Capítulo 8: Conclusiones: Contribuciones Teóricas, Lecciones Políticas y Recomendaciones para la Reforma

8.1 Contribuciones Teóricas: Hacia una Ciencia de la Implementación Políticamente Informada

Esta monografía realiza una contribución teórica significativa al demostrar empíricamente la necesidad de integrar formalmente el Análisis de Economía Política (AEP) en los marcos de la Ciencia de la Implementación (CI). Los marcos de CI, como el CFIR, a menudo tratan el contexto político como un factor exógeno más. Esta investigación argumenta que, en entornos como el ecuatoriano, las estructuras de poder no son simplemente "una barrera más", sino el factor determinante que pre-configura todo el proceso de implementación.¹

Se propone el concepto de una **"Ciencia de la Implementación Políticamente Informada"**, que exige un mapeo sistemático de las constelaciones de poder como paso previo al análisis de otros determinantes. Además, se introducen conceptos como la **"implementación de la no-reforma"** o la **"implementación de la ineficiencia"**, donde las fallas de implementación no son accidentes, sino el resultado deseado por actores poderosos que se benefician del statu quo. Estas "anti-estrategias" de implementación, impulsadas por intereses, son una manifestación tangible del poder y explican por qué sistemas técnicamente deficientes pueden ser tan resilientes al cambio.¹

8.2 Lecciones Universalizables para Sistemas de Salud

Aunque anclados en el caso ecuatoriano, los hallazgos ofrecen lecciones de gran

valor para otros países de ingresos bajos y medianos que enfrentan desafíos similares:

1. **Cuidado con la "Fachada de Implementación":** Muchos sistemas de salud adoptan políticas con un lenguaje técnico moderno y objetivos de equidad (e.g., redes integradas, compras estratégicas). Sin embargo, su ejecución laxa y la falta de monitoreo revelan que su propósito real puede ser más simbólico que sustantivo, sirviendo para legitimar el sistema mientras los flujos de recursos hacia los grupos de poder se mantienen intactos.¹
2. **La Simbiosis Perversa entre un Estado Fragmentado y un Mercado Concentrado:** El caso ecuatoriano no es de simple "captura del Estado". Es una relación simbiótica donde la fragmentación y debilidad de gobernanza del sector público crean vulnerabilidades que un mercado privado y farmacéutico altamente concentrado y organizado explota sistemáticamente. La lección es que la reforma del sector público, orientada a unificar funciones clave como la compra estratégica, es una precondition para negociar en igualdad de condiciones con los actores del mercado.¹
3. **La Primacía del "Quién" sobre el "Cómo":** La pregunta fundamental para cualquier reforma no debe ser "¿cómo diseñamos un sistema más eficiente?", sino "¿quién se beneficia del sistema actual y quién se vería perjudicado por un cambio?". Anteponer el AEP permite anticipar la resistencia y diseñar estrategias políticas, no solo técnicas, para superarla, incluyendo la construcción de coaliciones pro-reforma.¹

8.3 Recomendaciones para la Reforma Sistémica en Ecuador

Las siguientes recomendaciones se derivan directamente del análisis y están diseñadas para ser políticamente conscientes, abordando las causas raíz de la paradoja del gasto al intentar reconfigurar las dinámicas de poder.

Tabla 8.3: Matriz de Recomendaciones Clave para el Sistema de Salud Ecuatoriano

Objetivo Estratégico	Recomendación Específica	Actor(es) Principal(es) Responsable(s)	Justificación/Evidencia de la Monografía	Indicador de Éxito Potencial
----------------------	--------------------------	--	--	------------------------------

			(Capítulos)	
Fortalecer Gobernanza y Transparencia	1. Publicación detallada y accesible de presupuestos de salud (asignados y ejecutados) por programa, nivel y unidad.	MSP, MEF, IESS	Poder discrecional MEF, subejecución, falta de alineación con prioridades (Cap. 5, 6, 7).	Aumento en disponibilidad y uso público de información presupuestaria detallada.
	2. Fortalecer independencia y capacidad de ARCSA y SERCOP; implementar sistemas de denuncia protegidos y sanciones efectivas contra la corrupción en compras.	Presidencia, Asamblea, ARCSA, SERCOP, Fiscalía, Contraloría	Influencia de la industria farmacéutica, fallas en la SICM, informes de la Contraloría (Cap. 5, 6, 7).	Reducción de denuncias de corrupción; procesos de adquisición más competitivos y transparentes.
	3. Crear/fortalecer plataformas de decisión conjunta (MSP, IESS, MEF) con mandatos claros para planificación y ejecución del gasto.	CONASA, Presidencia	Fragmentación institucional como barrera (Cap. 3, 6, 7).	Acuerdos interinstitucional es formalizados y operativos sobre prioridades de gasto.
Promover Asignación Equitativa y Eficiente	4. Establecer metas presupuestarias progresivas y protegidas para la Atención Primaria de Salud (APS) integral.	MEF, MSP, IESS	Concentración del gasto en niveles superiores y atención curativa (Cap. 4, 7).	Incremento porcentual del gasto público en salud destinado a APS.

	5. Ampliar cobertura efectiva de medicamentos esenciales gratuitos; fortalecer la regulación de precios en el sector privado; promover genéricos de calidad.	MSP, Consejo Fijación Precios, ARCSA, SERCOP	Alto GDB en medicamentos, problemas en la política farmacéutica (Cap. 4, 5, 6, 7).	Reducción del GDB en medicamentos; aumento de disponibilidad y uso de medicamentos esenciales en la red pública.
	6. Incorporar criterios de equidad explícitos en fórmulas de asignación presupuestaria y mecanismos de pago a proveedores.	MSP, MEF, IESS	El GDB afecta desproporcionadamente a los vulnerables (Cap. 7).	Reducción de brechas en indicadores de acceso y utilización entre diferentes grupos poblacionales.
Fomentar Rendición de Cuentas	7. Desarrollar y publicar informes periódicos de indicadores de desempeño del financiamiento (equidad, protección financiera, eficiencia, calidad).	CONASA, MSP, INEC	Falta de M&E robusto (Cap. 6).	Sistema nacional de M&E del financiamiento de la salud con informes públicos periódicos.
	8. Crear y apoyar espacios formales para la participación ciudadana y el control social en la planificación y monitoreo del gasto en salud.	CONASA, MSP, Gobiernos Autónomos Descentralizados	Falta de transparencia y rendición de cuentas; participación ciudadana limitada (Cap. 6, 7).	Número y actividad de veedurías ciudadanas y consejos de participación en salud.

8.4 Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Esta investigación, aunque exhaustiva, tiene limitaciones. Se centró en cuatro arenas de decisión que, si bien son críticas, no cubren la totalidad del sistema. La naturaleza cualitativa de una parte del análisis implica una interpretabilidad que, aunque rigurosa, podría ser explorada desde otras perspectivas. La disponibilidad de datos financieros a un nivel granular sigue siendo un desafío, lo que refuerza la necesidad de la recomendación sobre transparencia.¹

Las futuras líneas de investigación deberían expandir este análisis. Serían valiosos los estudios comparativos con países vecinos que han implementado reformas similares (e.g., Colombia, Perú) para entender mejor la influencia de los contextos políticos específicos. Investigaciones longitudinales que sigan el impacto de futuras reformas en Ecuador, utilizando el marco aquí propuesto, podrían validar o refinar las conclusiones. Finalmente, un análisis más profundo sobre el rol de la corrupción, no como un acto aislado sino como un mecanismo sistémico que lubrica las relaciones de poder aquí descritas, representa una frontera de investigación crucial.¹

8.5 Conclusión: Más Allá de la Paradoja, Hacia la Justicia Sistémica

Al final de este recorrido, la respuesta a "¿Quién recibe el dinero?" es clara: lo reciben, desproporcionadamente, actores con el poder suficiente para moldear las reglas del juego a su favor, a menudo a expensas de la protección financiera de la ciudadanía. La paradoja del gasto en salud no es un accidente, sino el resultado lógico de un sistema cuya gobernanza ha sido capturada por intereses particulares.¹

Sin embargo, el objetivo de esta monografía no es inducir al cinismo, sino empoderar a través del conocimiento. Al iluminar las causas profundas del problema mediante un marco analítico robusto, se sientan las bases para una acción transformadora. Superar la paradoja no requiere únicamente de más dinero o mejores gerentes; exige una reconfiguración fundamental del poder en el sector salud. Las recomendaciones propuestas no son meras soluciones técnicas, sino intervenciones políticas diseñadas para democratizar el sistema, fortalecer la rectoría del Estado y colocar las necesidades de los pacientes por encima de los beneficios particulares. La lucha por

un sistema de salud equitativo y eficiente en Ecuador, y en todo el mundo, es, en última instancia, una lucha por la justicia sistémica.¹

Works cited

1. Capítulo 8_ Hacia la Justicia Sistémica_ Contribuciones Teóricas y Lecciones Universalizables para la Reforma de los Sistemas de Salud.pdf
2. Health spending as percent of GDP in Latin America | TheGlobalEconomy.com, accessed June 25, 2025,
https://www.theglobaleconomy.com/rankings/health_spending_as_percent_of_gdp/Latin-Am/
3. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%) Data by World Bank income group - World Health Organization (WHO), accessed June 25, 2025,
<https://apps.who.int/gho/data/view.searo.GHEDOOPSCHESHA2011WBv?lang=en>
4. 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>
5. 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>