

Capítulo 7: Quién Recibe el Dinero en el Sistema de Salud Ecuatoriano: Un Análisis Integrado desde la Ciencia de la Implementación, la Economía Política y sus Dimensiones Multicausales

7.0 Introducción Reforzada: La Paradoja Persistente y el Enfoque Teórico Integrado

El sistema de financiamiento de la salud en Ecuador presenta una contradicción persistente y preocupante, denominada en esta monografía como la "paradoja del gasto en salud" (1). A pesar de que el país destina una porción considerable de sus recursos públicos a la salud –por ejemplo, el gasto público en salud representó el 5.28% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2021 y el 14.76% del gasto público total en ese mismo año (2)–, los ciudadanos ecuatorianos continúan enfrentando una carga persistentemente alta y onerosa de Gasto de Bolsillo (GDB). Datos recientes indican que el GDB constituyó el 32.8% del Gasto de Consumo Final Total en Salud (GCFTS) en 2023 (3). Esta aparente incongruencia, donde un esfuerzo fiscal notable no se traduce en una protección financiera proporcional para la población, sugiere la presencia de disfunciones sistémicas profundas que han limitado la capacidad del sistema para proteger financieramente a sus ciudadanos de manera efectiva. La persistencia de esta paradoja, incluso frente a incrementos en la inversión pública a lo largo de varios años, subraya la necesidad crítica de un análisis causal que vaya más allá de la descripción de los flujos financieros. Este fenómeno no es meramente una cuestión de cifras o una anomalía estadística; es un indicador fundamental de posibles inequidades en el acceso a la atención sanitaria, ineficiencias en la utilización de los recursos y fallas significativas en la protección financiera, elementos todos que obstaculizan el avance hacia la anhelada Cobertura Universal de Salud (CUS) (4).

Para desentrañar las complejidades de esta paradoja y responder de manera integral a la pregunta central de esta investigación –"¿Quién recibe el dinero?"–, es imperativo adoptar un marco analítico que trascienda el análisis económico tradicional. Un enfoque puramente descriptivo o economicista resulta insuficiente para explicar por qué, a pesar de las políticas y los gastos, la carga financiera sobre los hogares ecuatorianos sigue siendo tan elevada. Por ello, este capítulo se fundamenta en un marco teórico integrador que combina las herramientas conceptuales de la **Ciencia de la Implementación (CI)** con el rigor analítico del **Análisis de Economía Política (AEP)**, específicamente a través del prisma ofrecido por el trabajo de Robert Dahl sobre el poder y la gobernanza (5). La CI nos permitirá entender el *cómo* las políticas de financiamiento se traducen –o, crucialmente, no se traducen– en los resultados observados a nivel de la población y del sistema. Por su parte, el AEP Dahliano facilitará la dilucidación del *porqué* de estas dinámicas, al enfocar la atención en las estructuras de poder, los actores influyentes y sus intereses, que inevitablemente moldean la formulación, asignación y ejecución de los recursos financieros.

Dentro de la Ciencia de la Implementación, se emplearán varios constructos y marcos clave. El **Marco Consolidado para la Investigación en Implementación (CFIR)** servirá como una hoja de ruta para identificar sistemáticamente las barreras y facilitadores que operan a múltiples

niveles (Características de la Intervención, Contexto Externo, Contexto Interno, Características de los Individuos y Proceso de Implementación) y que, en última instancia, afectan la manera en que las políticas de financiamiento se ejecutan y quiénes se convierten en los beneficiarios finales (6). Por ejemplo, el análisis del "Contexto Interno" de instituciones cruciales como el Ministerio de Salud Pública (MSP) o el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), incluyendo su cultura organizacional, la capacidad de liderazgo y la disponibilidad de recursos, será fundamental para comprender su impacto en el flujo y la efectividad de los fondos. Complementariamente, los **Resultados de Implementación propuestos por Proctor et al.** – Aceptabilidad, Adopción, Adecuación, Factibilidad, Fidelidad, Costo de Implementación, Penetración y Sostenibilidad– se utilizarán como métricas esenciales para evaluar el éxito o fracaso de los esfuerzos de implementación de las políticas financieras (7). Una baja "fidelidad" en la aplicación de reglas de asignación equitativa, por ejemplo, tiene como consecuencia directa que los beneficiarios previstos no reciban los fondos o servicios esperados. El **Modelo Lógico de Investigación en Implementación (IRLM)** se considera un metamodelo útil para cartografiar las complejas vías causales que van desde los determinantes contextuales (incluidas las dinámicas de poder) hasta los resultados finales, pasando por las estrategias y mecanismos de implementación (8).

En el ámbito del Análisis de Economía Política, se recurrirá al enfoque de Robert Dahl, particularmente a sus ideas desarrolladas en "¿Quién gobierna?". Este marco permitirá identificar a los **actores** clave que participan e influyen en el sector salud ecuatoriano (tales como el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el MSP, el IESS, la industria farmacéutica, los proveedores privados, las élites políticas y las redes de corrupción, entre otros) (5). Se analizarán sus **recursos de poder** (como el control fiscal, el acceso a información técnica privilegiada, la capacidad de cabildeo o la autoridad legal) (5) y se examinará cómo ejercen su influencia dentro de **arenas de decisión** específicas y críticas (por ejemplo, durante la formulación del presupuesto general del Estado para salud, en la definición de las políticas de inversión del IESS, en la negociación de los tarifarios con la Red Privada Complementaria (RPC), o en el diseño e implementación de las políticas farmacéuticas). Al evaluar los **patrones de influencia** resultantes, se buscará comprender qué preferencias e intereses prevalecen y por qué, lo que a su vez explica las distribuciones financieras observadas. Este análisis se enriquecerá con las extensiones críticas al trabajo de Dahl propuestas por Bachrach y Baratz (sobre el poder de "no decisión" o la capacidad de mantener ciertos temas fuera de la agenda política) y Lukes (sobre la "tercera cara del poder" o la capacidad de moldear las preferencias de otros actores), herramientas conceptuales cruciales para entender la persistencia de problemas como el elevado GDB (9).

Este andamiaje teórico se articulará explícitamente con las dimensiones históricas, sociológicas y filosóficas para ofrecer una comprensión más profunda y contextualizada. La **dimensión histórica** iluminará cómo las dependencias de trayectoria –por ejemplo, la segmentación temprana del sistema de salud entre el MSP y el IESS, o la debilidad fiscal crónica del Estado ecuatoriano (10, 11, 12, 13, 14)– han forjado estructuras institucionales y relaciones de poder duraderas que el AEP y la CI deben considerar como determinantes cruciales del escenario actual. La **dimensión sociológica** permitirá analizar cómo los desequilibrios de poder entre diferentes grupos sociales (definidos por su estatus socioeconómico, ubicación geográfica,

etnia, etc.) configuran la capacidad de influencia de los diversos actores (un elemento central del AEP) y generan resultados de implementación diferenciales y a menudo inequitativos (un foco de la CI). Finalmente, la **dimensión filosófica** enmarcará todo el análisis dentro de un debate normativo sobre la justicia, la equidad y la materialización del derecho a la salud en Ecuador, evaluando las implicaciones éticas de las respuestas a la pregunta "¿Quién recibe el dinero y por qué?".

La persistencia de la paradoja del gasto en salud en Ecuador no puede atribuirse simplemente a fallos técnicos aislados o a una insuficiencia general de recursos. Más bien, como se argumentará en este capítulo, esta paradoja representa un **equilibrio político-económico** que es activamente mantenido y reproducido por la compleja interacción entre estructuras de poder consolidadas y procesos de implementación consistentemente deficientes. Si la paradoja – caracterizada por un alto GDB y flujos financieros que benefician a ciertos sectores específicos– sirve a los intereses de actores poderosos (por ejemplo, el sector privado que captura una porción significativa del GDB, o el MEF que logra mantener un estricto control fiscal a expensas de las necesidades sanitarias), dichos actores tendrán incentivos y utilizarán sus recursos de poder para resistir cualquier cambio que amenace este statu quo. Las fallas en la implementación, como la corrupción o una gobernanza débil, lejos de ser fenómenos aleatorios, pueden ser explotadas o incluso perpetuadas por estos mismos actores, creando un círculo vicioso. Así, las "disfunciones sistémicas" que se observan no son meros errores, sino el resultado probable de la influencia exitosa de ciertos grupos y de la inercia de procesos de implementación que, en la práctica, sirven a intereses particulares. La paradoja, entonces, se revela no tanto como un "error" del sistema, sino como una característica funcional –aunque no intencionada por la política formal– del arreglo político-económico vigente.

7.1 Revisitando "¿Quién Recibe el Dinero?": Una Síntesis Enriquecida de Flujos, Poder (Dahl) e Implementación (CI)

Esta sección se dedica a construir una respuesta más profunda y teóricamente informada a la pregunta central de la investigación, entrelazando los hallazgos cuantitativos sobre los flujos financieros (Capítulo 4) con los análisis cualitativos sobre las dinámicas de poder (Capítulo 5) y los procesos de implementación (Capítulo 6), ahora explícitamente enmarcados en los conceptos de Dahl y la Ciencia de la Implementación.

7.1.1 Patrones Agregados del Flujo Financiero: Una Relectura Teórica

El análisis cuantitativo previo (15) reveló patrones significativos, como la persistencia de un elevado Gasto de Bolsillo (GDB), que alcanzó el 32.8% del Gasto de Consumo Final Total en Salud (GCFTS) en 2023 (3), siendo particularmente oneroso en rubros como los medicamentos. Desde una **perspectiva Dahliana**, estos flujos no son meros resultados técnicos neutrales, sino el producto de contiendas de poder (5). La pregunta "¿Quién se beneficia del alto GDB en medicamentos?" apunta hacia actores como la industria farmacéutica y las farmacias privadas. Los **recursos políticos** que estos actores podrían emplear incluyen el cabildeo, la influencia en la formulación de políticas y la asimetría de información técnica (5).

Desde la **óptica de la Ciencia de la Implementación**, las fallas en la ejecución de políticas contribuyen directamente a esta situación. Por ejemplo, una baja **fidelidad** a las listas de medicamentos esenciales, una **penetración** deficiente de los programas de cobertura farmacéutica pública, o la corrupción en los procesos de adquisición de medicamentos son todos resultados de implementación que exacerban la carga sobre los hogares (7). La aparente "insuficiencia" del gasto per cápita en salud, a pesar de cifras que pueden parecer robustas en comparaciones regionales superficiales (1), debe ser reinterpretada no solo como un problema de cantidad, sino fundamentalmente como un problema de *distribución de los resultados* de ese gasto, una distribución que es activamente moldeada por las relaciones de poder y la efectividad (o ineffectividad) de los procesos de implementación.

7.1.2 El Rol del Poder y los Actores (Dahl) en la Dirección de los Flujos Financieros

El Capítulo 5 desentrañó cómo actores clave –incluyendo el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), la industria farmacéutica, los proveedores privados y las élites políticas– moldean la asignación de recursos. Aplicando sistemáticamente los conceptos de Dahl, se puede profundizar este análisis.

La preponderancia del **MEF** en la asignación y control del presupuesto del MSP se explica no solo por su "control fiscal", sino por el despliegue de **recursos políticos** específicos: su autoridad legal emanada de la Ley Orgánica de Planificación y Finanzas Públicas (11), su control sobre la información financiera crítica y su posición central e ineludible en la arena de formulación presupuestaria. Las "prioridades fiscales generales del Estado" (5), impulsadas por el MEF, se convierten así en las preferencias que consistentemente prevalecen en esta arena, a menudo en detrimento de las necesidades sanitarias.

Otros actores también ejercen poder mediante diversos recursos y estrategias. La directiva del **IESS**, por ejemplo, puede movilizar conexiones políticas para influir en las transferencias estatales o en la flexibilidad regulatoria. La **industria farmacéutica** utiliza el cabildeo y su experticia técnica (a menudo generando asimetrías de información) para influir en las políticas de precios y adquisición (16). Los **proveedores privados**, agremiados en instancias como la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador (ACHPE) (17), ejercen un poder de negociación significativo en la definición de tarifarios para la Red Privada Complementaria (RPC).

7.1.3 Cómo las Dinámicas de Implementación (CI) Determinan los Beneficiarios Finales

El Capítulo 6, aplicando marcos de la CI, reveló numerosas barreras sistémicas. Estas barreras –gobernanza débil, corrupción, fragmentación institucional, capacidad técnica limitada, inestabilidad política (10, 11, 13, 14)– no son meros "problemas técnicos", sino que, como se argumentó, están intrínsecamente ligadas a las dinámicas de poder.

Utilizando el **Marco CFIR**, se puede entender cómo estas barreras operan (6). Por ejemplo, la "inestabilidad política" (Contexto Externo) y la "capacidad técnica limitada" (Contexto Interno) en el sector público son determinantes clave que obstaculizan la implementación efectiva. La

corrupción, una manifestación extrema de gobernanza débil, puede analizarse como una característica del "Contexto Interno" (e.g., normas y valores que la toleran) o del "Proceso" de implementación (e.g., falta de rendición de cuentas).

Los **resultados de implementación de Proctor et al.** ayudan a explicar cómo estas barreras se traducen en flujos financieros desviados o ineficaces (7). La corrupción, por ejemplo, conduce a una baja **fidelidad** (los fondos no se utilizan para los fines previstos) y a un incremento en el **costo de implementación** (a través de sobrepagos o desvíos directos) (18, 19, 20). Una gobernanza débil puede resultar en una baja **aceptabilidad o adopción** de reformas necesarias, una **penetración** insuficiente de los servicios de salud a las poblaciones vulnerables, y una falta de **sostenibilidad** de cualquier cambio positivo que se logre introducir (1).

Es crucial reconocer que los actores que logran explotar estas debilidades sistémicas – funcionarios corruptos, intermediarios, contratistas ineficientes que se benefician de procesos de compra laxos– se convierten en "beneficiarios de facto" de los fondos públicos. La fase de implementación, por lo tanto, no es un simple despliegue técnico de políticas, sino una arena continua donde el poder sigue operando y donde se redefine, en la práctica, quién realmente "recibe el dinero" (1).

7.1.4 Síntesis Específica por Arena de Decisión Crítica (Integrando Dahl y CI)

A continuación, se presenta una síntesis que integra explícitamente los marcos de Dahl y la CI para cada arena de decisión clave:

- **Presupuesto del MSP:**
 - **Análisis Dahliano:** El MEF emerge como el actor dominante, cuyas preferencias por la austeridad fiscal prevalecen consistentemente debido a sus superiores **recursos políticos**: un mandato legal robusto (Ley Orgánica de Planificación y Finanzas Públicas (11)) y el control directo sobre los desembolsos financieros. El MSP, en contraste, posee recursos limitados para disputar estas prioridades (17). En efecto, las "prioridades fiscales generales del Estado", encarnadas por el MEF, se constituyen en los "primeros receptores" de los fondos que, de otro modo, podrían destinarse a necesidades sanitarias.
 - **Análisis de CI (CFIR/Proctor):** El "Contexto Externo", caracterizado por las presiones fiscales impuestas por el MEF, y el "Contexto Interno" del MSP, marcado por una capacidad de gestión limitada y procesos presupuestarios rígidos, actúan como barreras significativas (constructos del CFIR) (6). Esta confluencia de factores resulta en una baja **fidelidad** de la asignación presupuestaria a las necesidades reales de salud pública, una **penetración** limitada de programas preventivos y de promoción esenciales, y, en última instancia, en que la población reciba beneficios de salud limitados debido a la subejecución crónica o a la reorientación de fondos hacia fines no prioritarios desde una perspectiva sanitaria (resultados de Proctor). Informes de la

Contraloría General del Estado han señalado debilidades en la gestión que afectan la correcta utilización de estos recursos (21).

- **Políticas de Inversión y Gasto del IESS:**

- **Análisis Dahliano:** Esta arena se caracteriza por la presencia de múltiples actores con intereses frecuentemente contrapuestos: el Consejo Directivo del IESS (a menudo con tensiones internas), la Dirección General, el propio Estado (a través de la influencia del MEF y la deuda crónica que mantiene con el IESS (22)), los sindicatos de trabajadores y los proveedores de servicios y medicamentos. La deuda estatal no es solo una cifra financiera; funciona como un poderoso **recurso de poder** para el Estado (MEF), que puede condicionar las decisiones del IESS, convirtiendo indirectamente a los acreedores del Estado en "receptores" de los flujos financieros del seguro social. Adicionalmente, la influencia política en el nombramiento de los directivos del IESS moldea las preferencias y prioridades de la institución.
- **Análisis de CI (CFIR/Proctor):** El "Contexto Externo", marcado por la inestabilidad política y la presión de la deuda estatal, junto con un "Contexto Interno" plagado de problemas de gobernanza, denuncias de corrupción (23) y una capacidad administrativa deficiente (barreras CFIR), conducen a una baja **fidelidad** respecto a los planes de inversión estratégicos, un bajo **alcance** (penetración) efectivo de los servicios a los afiliados, y altos **costos de mala implementación** (despilfarro, ineficiencia) (resultados de Proctor). Como consecuencia, son los afiliados quienes sufren las consecuencias, viéndose obligados a recurrir al GDB a pesar de sus contribuciones obligatorias (17).

- **Definición del Tarifario para la Compra de Servicios a la RPC:**

- **Análisis Dahliano:** Esta es una clara arena de negociación donde los proveedores privados, a menudo agrupados en gremios como la ACHPE (17), utilizan su **poder de negociación colectivo** (un recurso político clave) para confrontar las posiciones del MSP y el IESS, que actúan como compradores de servicios. Si la influencia de los proveedores privados es preponderante, o si los mecanismos de control son débiles, las tarifas pueden resultar infladas o los términos contractuales pueden ser desproporcionadamente favorables al sector privado, generando un beneficio "desproporcionado".
- **Análisis de CI (CFIR/Proctor):** Las "Características de la Intervención" (la complejidad inherente a la fijación de tarifarios justos y eficientes) y el "Proceso" de negociación mismo (constructos del CFIR) son determinantes. Problemas de implementación, como la lentitud y burocratización de los procesos de pago por parte del sector público (1), pueden ser tanto una táctica de negociación como el resultado de ineficiencias administrativas, afectando la **sostenibilidad** de la colaboración con la RPC. Un control de calidad insuficiente sobre los servicios comprados apunta a una baja **fidelidad** en el aseguramiento del valor por el dinero público invertido.

- **Políticas de Adquisición y Fijación de Precios de Medicamentos:**

- **Análisis Dahliano:** Se observa una fuerte y persistente influencia de la industria farmacéutica, que despliega **recursos de poder** como el cabildeo, el control de información técnica especializada (generando asimetrías) y la influencia en redes de decisión, para moldear la fijación de precios y los procesos de compra pública, incluyendo la Subasta Inversa Corporativa de Medicamentos (SICM) (24). Las preferencias de la industria (precios más elevados, mayor cuota de mercado para productos específicos) a menudo prevalecen sobre los objetivos de garantizar el acceso asequible y universal a medicamentos esenciales.
- **Análisis de CI (CFIR/Proctor):** El "Contexto Externo", dominado por la influencia de la industria, y el "Contexto Interno" de las entidades reguladoras y compradoras (MSP, SERCOP), que pueden enfrentar problemas de corrupción, capacidad técnica limitada para la evaluación y negociación, y complejidad en la gestión de la cadena de suministro (25) (barreras CFIR), son cruciales. Estas dinámicas conducen a una baja **fidelidad** en la aplicación de políticas de precios justos, un bajo **alcance** (penetración) de medicamentos asequibles para la población, y situaciones crónicas de desabastecimiento en la red pública (26, 27) (resultados de Proctor). Este desabastecimiento y los altos precios en el sector privado impulsan directamente el GDB en medicamentos.

7.1.5 Conclusión Parcial Reforzada: Una Respuesta Matizada y Teóricamente Fundamentada a "¿Quién Recibe el Dinero?"

La investigación, enriquecida con los marcos explícitos de Dahl y la CI, demuestra que no existe un único "receptor" del dinero en el sistema de salud ecuatoriano. Más bien, se identifica una multiplicidad de actores e intereses que se benefician de los patrones actuales de financiamiento, a menudo a expensas de la población y de los objetivos de equidad y eficiencia del sistema. Los "receptores" del dinero incluyen:

1. **Actores estatales con poder fiscal (principalmente el MEF):** Estos "reciben" la capacidad de dirigir el gasto público general, determinando los recursos disponibles para el sector salud. Este beneficio se materializa a través de su posición dominante en la arena presupuestaria y el uso efectivo de sus recursos de poder (control normativo, manejo de la caja fiscal), como lo analiza el enfoque Dahliano (1).
2. **Proveedores privados (clínicas, industria farmacéutica, laboratorios, entre otros):** Capturan una porción significativa tanto del gasto público (a través de contratos con el MSP, IESS y la RPC) como, de manera crucial, del Gasto de Bolsillo de los hogares. Su capacidad para beneficiarse se deriva de su poder de negociación y cabildeo (analizado por Dahl) y de las brechas existentes en la implementación de regulaciones efectivas y procesos de compra transparentes y eficientes (analizado por la CI) (14).
3. **Actores corruptos e ineficientes:** Estos actores desvían recursos públicos o inflan costos, convirtiéndose en beneficiarios ilegítimos. Se aprovechan de una gobernanza débil y de una baja fidelidad en los procesos de implementación (fallas identificadas por

la CI), a menudo operando bajo la protección o con la facilitación de redes de poder (dinámicas de AEP) (21).

4. **Segmentos de la burocracia estatal y del IESS:** A través de salarios y gastos operativos que no siempre se traducen en servicios de salud efectivos y de calidad para la población. Esto puede ser resultado de una implementación deficiente de los programas y servicios (CI) y, potencialmente, de la influencia de intereses creados que resisten reformas orientadas a mejorar la eficiencia y la rendición de cuentas (AEP) (1).

Es fundamental enfatizar que, en este esquema de distribución, la **población ecuatoriana, y en particular los grupos más vulnerables**, a menudo "recibe" servicios de salud insuficientes, inoportunos o de baja calidad, mientras "paga" una parte desproporcionada de los costos a través del persistente y elevado GDB (18). Esta situación se interpreta no solo como un resultado financiero adverso, sino como un fracaso fundamental tanto en la distribución equitativa del poder dentro del sistema (perspectiva de Dahl) como en la implementación efectiva de políticas diseñadas para proteger la salud y el bienestar de todos los ciudadanos (perspectiva de la CI).

7.2 La Economía Política de la Persistencia: Un Análisis Causal Robusto de la Paradoja del Gasto en Salud

Esta sección profundiza en las razones estructurales y dinámicas que explican la persistencia de la paradoja del gasto en salud en Ecuador, utilizando explícitamente el lente integrado de la economía política y la ciencia de la implementación, y articulando las dimensiones históricas, sociológicas y filosóficas.

7.2.1 Desentrañando la Persistencia del Alto Gasto de Bolsillo: Una Explicación Teóricamente Integrada

La persistencia de la paradoja –alto gasto público coexistiendo con alto GDB– se debe a una compleja interacción entre una asignación de recursos fuertemente influenciada por relaciones de poder y fallas sistémicas y crónicas en la implementación de las políticas de financiamiento (1).

Desde una **perspectiva Dahliana**, la explicación radica en que actores con **recursos políticos** dominantes (como la autoridad fiscal y normativa del MEF, o la capacidad de cabildeo y el control de información técnica por parte de la industria farmacéutica y otros grandes proveedores privados) logran que las decisiones clave sobre asignación de recursos (e.g., definición de techos presupuestarios para el MSP, políticas de precios de medicamentos, condiciones de contratación con la RPC) se alineen prioritariamente con sus intereses (que pueden ser la consolidación fiscal, la maximización de ganancias, o la captura de rentas) en lugar de orientarse exclusiva o principalmente hacia las necesidades de salud pública o los objetivos de reducción del GDB y mejora de la protección financiera de la población. Estas decisiones no son meras "influencias" casuales, sino el resultado predecible de contiendas de poder que se desarrollan en arenas específicas, donde ciertos actores consistentemente logran que sus preferencias prevalezcan.

Desde la **Ciencia de la Implementación**, se detalla cómo fallas específicas en los procesos de ejecución impiden que los fondos públicos se traduzcan efectivamente en una reducción del GDB. Utilizando el **CFIR**, se identifican barreras cruciales (6):

- **Características de la Intervención:** Las políticas de financiamiento pueden ser excesivamente complejas, ambiguas o carecer de la flexibilidad necesaria para adaptarse a contextos locales variados, dificultando su aplicación efectiva.
- **Contexto Interno:** Factores como la falta de liderazgo transformador, una cultura organizacional resistente al cambio o con incentivos perversos, la insuficiencia de recursos humanos y tecnológicos calificados dentro del MSP o el IESS, y sistemas de información deficientes, obstaculizan una ejecución eficiente y equitativa de los fondos.
- **Proceso:** Una planificación deficiente de la implementación, la escasa o nula participación de actores clave (especialmente de las poblaciones vulnerables y sus representantes) en el diseño y monitoreo de las políticas, y mecanismos inadecuados de seguimiento y evaluación de las estrategias de protección financiera, contribuyen a su fracaso.
- Estos determinantes se traducen en **resultados de implementación** (Proctor et al.) deficientes: baja fidelidad en la ejecución de los programas (e.g., los fondos no llegan a los beneficiarios previstos o se usan para fines distintos), una penetración insuficiente de los beneficios, especialmente hacia aquellos grupos que más los necesitan, una falta de sostenibilidad de las medidas que podrían ofrecer protección financiera, y un alto costo de implementación debido al despilfarro, la ineficiencia y la corrupción (20).

7.2.2 El Legado Histórico y las Dependencias de Trayectoria como Moldeadores Estructurales de la Paradoja

Los problemas actuales de financiamiento y la persistencia de la paradoja están profundamente arraigados en la historia del sistema de salud ecuatoriano, tal como se detalló en el Capítulo 3. El concepto de **dependencia de trayectoria** (path dependency) es crucial para entender cómo decisiones y configuraciones del pasado continúan ejerciendo una influencia poderosa en el presente (10).

- **La segmentación temprana del sistema de salud** en subsistemas paralelos – principalmente el MSP para la población general sin seguro y el IESS para los trabajadores formales y sus familias (28)– representa una "coyuntura crítica" fundamental. Esta decisión histórica estableció una dualidad estructural que ha demostrado ser extraordinariamente resiliente. Creó fronteras institucionales rígidas, flujos de financiamiento separados, culturas organizacionales distintas y, crucialmente, grupos de interés con bases de poder y agendas propias vinculadas a cada subsistema. Esta fragmentación inherente complica enormemente la formulación e implementación de políticas de financiamiento unificadas y equitativas, y genera continuas oportunidades para la competencia por recursos y la influencia política entre los diferentes segmentos. La dependencia de trayectoria no solo moldea las instituciones, sino que también cultiva y asigna diferencialmente "recursos políticos" y define las "arenas" de decisión que se vuelven centrales para el análisis de poder Dahliano. Por

ejemplo, la existencia de procesos presupuestarios distintos para el MSP y el IESS crea arenas separadas donde diferentes actores ejercen influencia utilizando distintos tipos de experticia y mecanismos de control.

- **La debilidad fiscal crónica del Estado ecuatoriano y su consecuente deuda histórica con el IESS** (22) es otra dependencia de trayectoria con profundas implicaciones. Este patrón histórico no solo limita la capacidad financiera general del Estado para invertir adecuadamente en salud, sino que también refuerza el poder del MEF en la toma de decisiones fiscales y presupuestarias, y restringe la autonomía financiera y operativa del IESS. La deuda estatal con el IESS no es meramente un dato financiero; es un **recurso político** para el MEF, que puede usarlo como palanca de negociación, y una restricción significativa para el poder y la capacidad de acción del IESS. Esto impacta directamente la habilidad del IESS para proveer servicios de calidad y reducir el GDB de sus afiliados, perpetuando la paradoja.
- **El rol creciente y a menudo insuficientemente regulado del sector privado** en la provisión de servicios de salud (14) también constituye una dependencia de trayectoria. A medida que el sector privado se ha expandido, a menudo en respuesta a las deficiencias percibidas o reales del sector público, se ha convertido en una "vía" establecida y legitimada para la búsqueda de atención médica, especialmente para aquellos con capacidad de pago. Esto ha institucionalizado y normalizado el GDB como un componente principal del financiamiento de la salud, dificultando los esfuerzos por fortalecer alternativas públicas robustas y universales.

Desde una **dimensión filosófica**, estas trayectorias históricas pueden interpretarse como el reflejo de valores sociales subyacentes o de distribuciones de poder tempranas que, quizás, no priorizaron suficientemente el universalismo, la solidaridad o la construcción de un sistema público fuerte y equitativo desde los inicios del desarrollo del sistema de salud.

7.2.3 Intereses Creados, Redes de Poder (Dahl) y Resistencia al Cambio: Obstáculos Político- Económicos para la Resolución de la Paradoja

La persistencia de la paradoja del gasto se explica también, de manera crucial, por la existencia de actores y grupos que se benefician del statu quo y cuyos **intereses creados** generan una formidable resistencia a cualquier reforma que amenace sus posiciones o beneficios. Aplicando explícitamente los conceptos Dahlianos, se puede analizar cómo estos actores (e.g., la industria farmacéutica interesada en mantener precios elevados, ciertos segmentos de proveedores privados que se benefician del GDB y de contratos con la RPC, o actores involucrados en redes de corrupción que explotan las fugas del sistema) poseen y movilizan **recursos políticos** (financieros, informativos, organizativos, de cabildeo) y operan dentro de **redes de influencia** para bloquear o diluir las reformas.

El poder de estos intereses creados puede manifestarse no solo en una oposición abierta y visible a propuestas de cambio, sino también, y quizás de manera más insidiosa, a través de la "no toma de decisiones" (concepto de Bachrach y Baratz) (9). Es decir, su influencia puede ser tan efectiva que logran mantener ciertas reformas fundamentales –como la implementación de controles de precios de medicamentos verdaderamente estrictos, la creación de mecanismos

de compra pública altamente transparentes y eficientes, o un fortalecimiento masivo y estratégico del sector público que pudiera reducir significativamente la demanda de servicios privados costosos— permanentemente fuera de la agenda política real o tan diluidas durante el proceso de formulación que su impacto potencial se neutraliza. La persistencia de la paradoja es, en este sentido, también el resultado de una serie de "no decisiones" estratégicas.

Desde una **dimensión sociológica**, es importante notar que estos grupos de interés poderosos a menudo representan a segmentos élite de la sociedad, con mayor capacidad de organización y acceso a los centros de decisión. En contraste, los costos difusos de la paradoja del gasto (alto GDB, acceso inequitativo) son soportados por la población general, que está menos organizada y tiene menos recursos para ejercer presión política efectiva, especialmente los grupos más vulnerables. Esta asimetría de poder, una característica sociológica fundamental del contexto ecuatoriano, es un elemento clave para entender la economía política de la paradoja.

El "equilibrio político subóptimo" que caracteriza al sistema de financiamiento de la salud ecuatoriano se mantiene precisamente porque la **distribución de los recursos políticos** (en el sentido Dahliano) favorece a aquellos actores que se benefician de la paradoja, en detrimento de aquellos que sufren sus consecuencias. Por lo tanto, resolver la paradoja no es simplemente un desafío técnico o de diseño de mejores políticas; es, fundamentalmente, un desafío político que requiere una reconfiguración de estos equilibrios de poder. Las "fallas de implementación" identificadas por la CI a menudo no son accidentales, sino que constituyen los mecanismos a través de los cuales los intereses creados (identificados por el AEP) logran sostener sus beneficios y resistir el cambio. Por ejemplo, si los procesos de adquisición de medicamentos son opacos y carecen de **fidelidad** a los principios de eficiencia y transparencia (una falla de implementación), esto permite que la industria farmacéutica o intermediarios corruptos se beneficien (un interés analizado por el AEP). En este caso, la "falla" de implementación es, de hecho, funcional para ciertos intereses. De manera similar, si la capacidad regulatoria del Estado es débil (otra falla de implementación), esto permite a los proveedores privados operar con menor supervisión o negociar tarifarios más favorables. Por ende, mejorar la implementación —por ejemplo, fortaleciendo la gobernanza, reduciendo la corrupción, aumentando la transparencia— no es solo una solución técnica, sino un desafío directo a relaciones de poder establecidas y a flujos de ingresos consolidados para ciertos actores, lo que explica la intensa resistencia política que suelen enfrentar tales mejoras "técnicas".

7.3 Implicaciones de los Patrones de Distribución Financiera para la Equidad en Salud: Una Mirada Crítica y Multidimensional

Los patrones de financiamiento y la consiguiente distribución de recursos en el sistema de salud ecuatoriano, moldeados por las dinámicas de poder y los procesos de implementación analizados, tienen consecuencias profundas y negativas para la equidad en salud. Estas implicaciones se examinan a continuación, integrando las dimensiones sociológica, filosófica e histórica.

7.3.1 Acceso a Servicios para Grupos Vulnerables y Reducción de Barreras Financieras: El Prisma Sociológico y Filosófico

El alto Gasto de Bolsillo (GDB) actúa como una barrera financiera formidable que afecta de manera desproporcionada el acceso a los servicios de salud para los grupos más vulnerables de la sociedad ecuatoriana (18). Desde una **perspectiva sociológica**, es crucial analizar cómo esta barrera impacta diferencialmente a poblaciones específicas: aquellos con bajos ingresos, residentes de áreas rurales o remotas, comunidades indígenas y afroecuatorianas, y trabajadores del vasto sector informal que carecen de la cobertura contributiva del IESS (1). Estos grupos, a menudo caracterizados por una menor capacidad de pago y una mayor carga de enfermedad, enfrentan un racionamiento de facto de la atención médica, donde la necesidad clínica queda supeditada a la posibilidad económica. La falta de poder político organizado entre estas poblaciones (un aspecto central del análisis Dahliano) limita su capacidad para demandar efectivamente cambios en las políticas de financiamiento que alivien su carga.

Desde una **dimensión filosófica**, esta situación representa una clara contravención del **derecho a la salud**, consagrado en la Constitución ecuatoriana (12) y en instrumentos internacionales, así como una violación de los principios de **justicia distributiva** y equidad. Cuando el GDB se convierte en el principal mecanismo de asignación de la atención, el sistema opera en contradicción con los compromisos éticos de universalismo y acceso basado en la necesidad, no en la capacidad de pago.

La conexión con la **Ciencia de la Implementación** es directa: las fallas en la **penetración** y el **alcance** efectivo de los servicios públicos de salud y de los programas de protección financiera (resultados de implementación según Proctor et al.) son causas fundamentales de estas inequidades (7). Si las políticas diseñadas para proteger a los vulnerables no se implementan con fidelidad o no llegan a quienes deben llegar, el GDB emerge como la consecuencia inevitable. Las inequidades, por tanto, no son meras "implicaciones" pasivas de los patrones financieros, sino que son activamente *producidas y reproducidas* por la interacción del poder (AEP) –que puede dirigir recursos lejos de las necesidades de los vulnerables– y las dinámicas de implementación (CI) –que fallan en protegerlos–.

7.3.2 Carga Financiera sobre Diferentes Estratos Socioeconómicos y Riesgo de Gasto Catastrófico: La Injusticia Estructural

La magnitud del GDB y su composición (con un peso importante del gasto en medicamentos (15)) afectan de manera diferenciada a los hogares según su nivel socioeconómico. Para los de menores ingresos, incluso gastos de salud aparentemente modestos pueden representar una proporción significativa de su presupuesto familiar, incrementando sustancialmente el riesgo de incurrir en gastos catastróficos, definidos como aquellos que superan un umbral determinado de la capacidad de pago del hogar y que pueden empujar a las familias a la pobreza o agravar su situación de exclusión (18).

Desde una **lente sociológica**, el carácter regresivo del GDB es un mecanismo que perpetúa los ciclos de pobreza y profundiza la desigualdad social. La enfermedad, en lugar de ser atendida por un sistema solidario, se convierte en un factor de empobrecimiento. Desde una

perspectiva filosófica, esto plantea serias interrogantes sobre la solidaridad social y la responsabilidad primordial del Estado de proteger a sus ciudadanos contra la ruina financiera causada por problemas de salud. Un sistema que permite o incluso facilita el gasto catastrófico está fallando en su mandato ético fundamental de protección financiera. El concepto mismo de "vulnerabilidad" adquiere una nueva dimensión: no se trata solo de grupos inherentemente vulnerables, sino que el propio sistema de financiamiento, a través de sus fallas de poder e implementación, puede *crear o exacerbar* vulnerabilidades. Por ejemplo, la falta de acceso al IESS debido al empleo informal (una característica estructural de la economía ecuatoriana, y por tanto un factor sociológico) hace que un gran segmento de la población sea vulnerable al GDB. Esta no es una característica intrínseca de estos individuos, sino una consecuencia del diseño del sistema de protección social y de las políticas económicas.

7.3.3 Distribución Geográfica y por Niveles de Atención de los Recursos: ¿Respondiendo a las Necesidades o al Poder?

La equidad en salud también se ve comprometida por la distribución geográfica de los recursos y la priorización entre niveles de atención. La evidencia sugiere una concentración de fondos, infraestructura y personal especializado en las grandes ciudades y en los niveles secundario y terciario de atención, en detrimento de las áreas rurales y de la Atención Primaria de Salud (APS) (1).

Desde una **perspectiva Dahliana**, cabe preguntarse si esta distribución es el resultado de una planificación sanitaria racional, basada en perfiles epidemiológicos y necesidades poblacionales, o si más bien refleja la mayor influencia política (recursos de poder, capacidad de cabildeo, representación en instancias de decisión) de los centros urbanos, los hospitales de alta complejidad y los grupos médicos especializados, en comparación con las comunidades rurales dispersas y los defensores de un modelo centrado en la APS.

Desde la **Ciencia de la Implementación (CFIR)**, factores del "Contexto Externo" como el cabildeo de grupos de interés urbanos o del "Contexto Interno" como la inercia de los presupuestos hospitalarios ya establecidos (una forma de dependencia de trayectoria) pueden actuar como barreras significativas para una reasignación de recursos más equitativa y orientada hacia la APS. Históricamente, el desarrollo de la infraestructura sanitaria en Ecuador ha tendido a privilegiar los centros urbanos y la atención especializada (29), creando una dependencia de trayectoria difícil de revertir.

Sociológicamente, esta concentración genera profundas inequidades espaciales en el acceso a la salud, marginando aún más a las poblaciones rurales, indígenas y remotas. Filosóficamente, un énfasis desproporcionado en la atención curativa y especializada, en detrimento de una APS integral y con enfoque preventivo y promocional, puede reflejar una concepción predominantemente biomédica de la salud, en lugar de un enfoque basado en los determinantes sociales o en el derecho a la salud en su concepción más amplia.

7.4 Implicaciones de los Patrones de Distribución Financiera para la Eficiencia del Sistema de Salud: Un Análisis Estructural y de Implementación

La forma en que se asignan, gestionan y gastan los recursos financieros en el sistema de salud ecuatoriano no solo tiene implicaciones para la equidad, sino también profundas consecuencias para la eficiencia general del sistema. La persistencia de la paradoja del gasto sugiere que el sistema podría no estar obteniendo el máximo valor sanitario y social por el dinero invertido.

7.4.1 Optimización del Gasto Público: El Desafío del "Valor por Dinero" en un Contexto de Poder e Implementación Deficiente

La coexistencia de un gasto público considerable con resultados subóptimos en términos de protección financiera y, potencialmente, de salud poblacional, apunta a que el sistema no está alcanzando un nivel adecuado de "valor por dinero". Las ineficiencias pueden surgir de múltiples fuentes interrelacionadas: una asignación de recursos que no se alinea con las prioridades de salud pública o con las intervenciones más costo-efectivas, procesos de compra de bienes y servicios (especialmente medicamentos e insumos) deficientes y vulnerables a la captura, y fallas generalizadas en la implementación de programas y políticas (18).

Desde la **Ciencia de la Implementación**, estas ineficiencias son, en esencia, fracasos en alcanzar resultados de implementación deseables. Por ejemplo, una asignación subóptima puede reflejar una baja **fidelidad** a criterios de costo-efectividad o necesidad epidemiológica. Las compras deficientes pueden llevar a un **costo de implementación** inflado debido al despilfarro o a la adquisición de tecnologías innecesarias o a precios excesivos (20).

Desde una **perspectiva Dahliana**, la "asignación subóptima" de recursos puede ser el resultado directo de la influencia de grupos de interés poderosos (e.g., la industria farmacéutica promoviendo medicamentos de alto costo pero de beneficio marginal, o ciertos grupos de proveedores impulsando la inversión en tecnologías sofisticadas antes que en APS) que logran que las decisiones de asignación se orienten hacia intervenciones menos costo-efectivas pero más rentables para ellos. Las "compras deficientes" pueden estar vinculadas a la corrupción o a la captura de los procesos de contratación pública por parte de actores con intereses particulares, que se benefician de la falta de transparencia o de controles laxos. El "impuesto oculto" que representa la ineficiencia sobre el gasto público no es, por tanto, un fenómeno aleatorio o puramente técnico, sino que a menudo es una consecuencia directa de estas dinámicas político-económicas y de las fallas de implementación que estas generan o explotan.

7.4.2 Impacto de la Fragmentación (Histórica), Corrupción (PEA/CI) y Debilidades de Gobernanza (CI) en la Eficiencia

La eficiencia del sistema de salud ecuatoriano se ve menoscabada por factores estructurales y de gobernanza profundamente arraigados:

- **La fragmentación del sistema** es una fuente estructural de ineficiencia. Esta fragmentación, con múltiples subsistemas (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, sector privado) operando con lógicas, financiamiento y poblaciones objetivo parcialmente superpuestas pero escasamente coordinadas, conduce a la duplicación de esfuerzos, la subutilización de recursos en algunas áreas mientras otras sufren carencias, barreras administrativas para los usuarios y dificultades para una planificación sanitaria integral. Es importante

vincular explícitamente esta fragmentación a la **dependencia de trayectoria histórica** (10, 11, 29, 12, 13, 14, 30, 31). No es una característica casual, sino el resultado de decisiones tomadas en el pasado que han creado una estructura resiliente a la integración. Desde la **CI**, la fragmentación actúa como una barrera significativa en el "Contexto Externo" (específicamente en lo referente a las redes interorganizacionales y la colaboración) para la implementación de políticas coordinadas y eficientes.

- **La corrupción endémica** desvía recursos significativos que podrían destinarse a la prestación de servicios efectivos (21). Desde una **perspectiva Dahliana**, la corrupción puede analizarse como una manifestación extrema de **captura del Estado** o de sus instituciones por parte de actores que utilizan su poder e influencia para desviar recursos en beneficio privado. Desde la **CI**, la corrupción representa una falla crítica de implementación, evidenciando una baja **fidelidad** a las normas y objetivos, y un colapso de los mecanismos de rendición de cuentas y control.
- **Las debilidades generales de gobernanza** –como la falta de transparencia en la toma de decisiones, mecanismos de rendición de cuentas deficientes o meramente formales, alta rotación de personal directivo y técnico, y politización de los nombramientos (32)– también contribuyen de manera sustancial a un uso ineficiente de los recursos. Utilizando los constructos del **CFIR**, estas debilidades pueden localizarse en el "Contexto Interno" de las organizaciones de salud (e.g., un clima de implementación no propicio, falta de liderazgo efectivo y comprometido con la eficiencia, recursos inadecuados para la gestión y el monitoreo) y en el "Proceso" de implementación (e.g., planificación deficiente, escasa participación de actores relevantes en la supervisión). Estas debilidades de gobernanza son, a menudo, síntomas de una inestabilidad política más amplia o de la captura de las instituciones por intereses particulares.

Es relevante considerar que el concepto de "eficiencia" no es políticamente neutral. Lo que resulta "eficiente" para un actor (por ejemplo, para el MEF, alcanzar las metas de austeridad fiscal puede ser considerado un logro de eficiencia) puede ser altamente "ineficiente" desde la perspectiva de otro actor o del sistema en su conjunto (por ejemplo, para el MSP, los recortes fiscales pueden traducirse en una incapacidad para satisfacer las necesidades de salud de la población, una clara ineficiencia sanitaria). Las disputas sobre la eficiencia son, con frecuencia, luchas encubiertas sobre intereses y prioridades contrapuestas, una idea central del AEP. Lograr una "eficiencia del sistema de salud" que beneficie a la población requiere alinear las definiciones y los incentivos de los actores poderosos con los objetivos de salud pública.

7.4.3 Hacia una Asignación de Recursos Más Estratégica y Basada en Evidencia: Superando Barreras de Poder e Implementación

Los hallazgos de esta investigación subrayan la necesidad imperiosa de transitar desde el modelo actual de asignación de recursos, fuertemente influenciado por el poder y plagado de ineficiencias de implementación, hacia un modelo más estratégico, que priorice intervenciones costo-efectivas y se fundamente en evidencia epidemiológica robusta y en una evaluación continua de las necesidades de salud de la población. Esto requiere un fortalecimiento significativo de la capacidad técnica para la planificación estratégica, la evaluación económica

de tecnologías y programas, y el monitoreo y evaluación del desempeño dentro de las instituciones del sector público, especialmente en el MSP y el IESS (1).

No obstante, este tránsito enfrenta desafíos considerables. Desde una **perspectiva Dahliana**, la pregunta clave es cómo lograr una asignación más estratégica cuando actores poderosos pueden resistir activamente cualquier reasignación que amenace sus intereses o flujos de ingresos actuales. Esto implica la necesidad de desarrollar estrategias políticas que busquen reequilibrar el poder, construir coaliciones a favor de la reforma, o encontrar escenarios de "ganar-ganar" que puedan neutralizar la oposición.

Desde la **Ciencia de la Implementación**, el desafío reside en cómo asegurar que las nuevas políticas de asignación basadas en evidencia sean efectivamente implementadas con alta **fidelidad**, logren una **penetración** adecuada para alcanzar a las poblaciones objetivo (especialmente las más vulnerables), y se vuelvan **sostenibles** en el tiempo, resistiendo la erosión por intereses contrarios o por la inercia burocrática. Esto exige una planificación de la implementación robusta y explícita, que anticipe y aborde las barreras identificadas a través del CFIR, y que monitoree continuamente los resultados de implementación definidos por Proctor et al (7). Muchas "ineficiencias" observadas pueden ser síntomas de una falta de **adecuación** (appropriateness) o **factibilidad** (feasibility) de las políticas propuestas dentro del contexto político e institucional existente (analizado mediante el "Contexto Externo" e "Interno" del CFIR). Por lo tanto, mejorar la eficiencia requiere no solo un mejor diseño técnico de las políticas, sino también asegurar que estas sean contextualmente adecuadas e implementables, lo que inevitablemente implica abordar las dinámicas de poder y los determinantes de la implementación.

7.5 Conclusiones del Capítulo Refinadas: Hacia un Entendimiento Causal Integral y Bases para Recomendaciones Futuras

La investigación acometida en esta monografía, y sintetizada en este capítulo a través de un lente teórico integrado, permite articular una respuesta compleja y multifactorial a la pregunta central: "¿Quién recibe el dinero en el sistema de salud ecuatoriano?". Lejos de identificar un único beneficiario o una causa singular para los patrones de financiamiento observados, el análisis revela una intrincada red de actores, instituciones históricamente configuradas, procesos de implementación deficientes y dinámicas de poder persistentes, a través de los cuales los recursos fluyen, se distribuyen y, con preocupante frecuencia, se desvían de sus propósitos originales o se utilizan de manera ineficiente (1).

En definitiva, la forma en que se toman las decisiones y quién tiene el poder de tomarlas es tan importante, o incluso más, que la cantidad total de dinero que se gasta en salud. El poder moldea los flujos financieros y, por lo tanto, es un factor explicativo central de la paradoja investigada.

Referencias

1. Hallazgos del Capítulo 1 de la presente monografía (Introducción).

2. Ecuador - WHO Data - World Health Organization (WHO). [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en: <https://data.who.int/countries/218>
3. República del Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Cuentas Satélite de Salud (CSS) 2023: Presentación de resultados. [Internet]. Quito: INEC; 2024 [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2023/PPT_Cuentas_Satelite_Salud_2023.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de País - Ecuador. Salud en las Américas+ 2023. [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2023 [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>
5. Dahl RA. Who Governs? Democracy and Power in an American City. New Haven (CT): Yale University Press; 1961.
6. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50.
7. Proctor EK, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health.* 2011 Mar;38(2):65-76.
8. Smith JD, Li DH, Rafferty MR. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implement Sci.* 2020;15(1):84.
9. Lukes S. Power: A Radical View. 2ª ed. Londres: Palgrave Macmillan; 2005.
10. Hallazgos del Capítulo 3 de la presente monografía sobre Contexto Histórico y Político.
11. República del Ecuador. Ley Orgánica de Planificación y Finanzas Públicas. Registro Oficial Suplemento 306 de 22-oct-2010.
12. República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 de 20-oct-2008.
13. Luzuriaga-Abad C, Ponce-Lleví J, Echeverría-Cadena S, Hermida-Montenegro P, Yépez-Montúfar M, Cisneros-Larrea F. Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica Mex.* 2011;53 Suppl 2:s177-87.
14. Rojas-Andrade, R., et al. (Aplicación del marco CFIR en sistemas de salud de América Latina).
15. Hallazgos del Capítulo 4 de la presente monografía sobre Flujos Financieros.
16. ALAMES Ecuador. Políticas neoliberales de salud en el gobierno de Correa Por Xavier Maldonado, Érika Arteaga y Juan Cuvi. [Internet]. 2017 [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en: <https://rebelion.org/docs/226924.pdf>
17. Hallazgos del Capítulo 5 de la presente monografía sobre Poder, Actores y Toma de Decisiones.
18. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M, Chepynoga K, Buisman L, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health.* 2018 Feb;6(2):e169-79.
19. La Hora. La deuda que enferma al Ecuador: ecuatorianos pagan de su bolsillo las ineficiencias del IESS. [Internet]. 22 de abril de 2024 [consultado el 7 de junio de 2024].

20. Hallazgos del Capítulo 6 de la presente monografía sobre Dinámicas de Implementación.
21. Contraloría General del Estado. Informes de Auditoría. [Internet]. Quito: CGE. [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://www.contraloria.gob.ec/Consultas/InformesAprobados>
22. Primicias. A esta cifra asciende la deuda del Estado con el IESS en Ecuador. [Internet]. 2 de mayo de 2024 [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://www.elcomercio.com/actualidad/negocios/esta-cifra-asciende-deuda-estado-con-iessecuador/>
23. Primicias. Contraloría halla anomalías en compra de medicinas en el IESS. [Internet]. 8 de mayo de 2024 [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/contraloria-anomalias-compra-medicinas-iesse/>
24. Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP). Subasta Inversa de Medicamentos. [Internet]. [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://subastademedicamentos.compraspublicas.gob.ec/>
25. El Universo. 'Hay que comprar desde la gasa hasta el suero': la queja en hospitales públicos por falta de insumos se repite y el Gobierno reconoce un problema estructural. [Internet]. 26 de abril de 2024 [consultado el 7 de junio de 2024].
26. Plan V. El desabastecimiento de medicamentos de la red pública, la historia sin fin. [Internet]. 18 de septiembre de 2023 [consultado el 7 de junio de 2024].
27. Primicias. "Tenemos que pedir a los pacientes que compren hasta gasas", dicen médicos. [Internet]. 12 de enero de 2024 [consultado el 7 de junio de 2024].
28. Sistema de salud de Ecuador - SciELO México. [Internet]. 2011 [consultado el 7 de junio de 2024]. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013
29. Scribd. (Historia de la salud pública en el Ecuador). [consultado el 7 de junio de 2024].
30. Social-Protection.org. (Evaluación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) Ecuador).
31. Oleas Montalvo, J. (Ecuador 1980-1990: crisis, ajuste y cambio de régimen de desarrollo).
32. Revistas Divulgación UCE. (Evolución histórica de la seguridad social en Ecuador).