

Capítulo 8: Hacia la Justicia Sistémica: Contribuciones Teóricas y Lecciones Universalizables para la Reforma de los Sistemas de Salud

8.0 Introducción: De la Paradoja a la Praxis

La presente monografía partió de una pregunta central y aparentemente sencilla para descifrar la "paradoja del gasto en salud" en Ecuador: *¿Quién recibe el dinero?* Este interrogante, sin embargo, nos ha conducido a través de un complejo laberinto de flujos financieros, estructuras históricas, dinámicas de poder y brechas de implementación. Hemos transitado desde el análisis empírico que mapeó la trayectoria del dinero (Capítulo 4), pasando por el análisis político que desveló quiénes gobiernan su asignación (Capítulo 5), hasta el examen de los procesos que determinan su uso final en el terreno (Capítulo 6). Este capítulo conclusivo se erige como la síntesis final de dicho esfuerzo, buscando trascender el diagnóstico para articular las contribuciones teóricas, destilar lecciones universalizables y proponer un camino normativo para la reestructuración del sistema.

El propósito de este capítulo es triple. Primero, se discutirá la potencia y novedad del marco teórico híbrido empleado, demostrando cómo la sinergia entre la Ciencia de la Implementación (CI) y el Análisis de Economía Política (AEP) permitió desentrañar la paradoja de una manera que los enfoques tradicionales no logran. Segundo, se articularán las contribuciones específicas de este estudio a ambos campos teóricos, enriqueciendo su aplicabilidad en el sector salud. Finalmente, se presentará una serie de lecciones y recomendaciones normativas que, aunque ancladas en la realidad ecuatoriana, ofrecen una hoja de ruta relevante para otros sistemas de salud en América Latina y el mundo que enfrentan desafíos similares de equidad, eficiencia y gobernanza.

8.1 La Potencia de un Marco Híbrido: Síntesis de la Ciencia de la Implementación y el Análisis de Economía Política

La investigación ha demostrado fehacientemente que la paradoja del gasto en salud en Ecuador no es un mero problema técnico o de gestión, sino la manifestación de una compleja interacción entre poder, política e implementación (1). Un enfoque exclusivamente económico habría descrito los flujos, pero sin explicar las fuerzas que los dirigen. Un análisis de políticas tradicional se habría enfocado en las fallas del diseño, ignorando los intereses que perpetúan dichas fallas. La fortaleza de nuestro enfoque ha radicado precisamente en la fusión de dos perspectivas analíticas complementarias.

El Análisis de Economía Política, fundamentado en la concepción de poder de Dahl, fue instrumental para identificar las "arenas de decisión" clave y los actores que ejercen una influencia desproporcionada (2). Permitió mover el análisis desde las instituciones formales hacia las coaliciones de poder fácticas. Se demostró que un grupo concentrado de actores — principalmente la industria farmacéutica de marca, los grandes proveedores privados de servicios y ciertos segmentos de la élite médica— ha logrado capturar porciones significativas del gasto público (Capítulos 5 y 7). Estos actores no operan de manera visiblemente

confrontacional, sino a través de la influencia sutil en la definición de normas, la creación de barreras de entrada, la opacidad en la fijación de precios y el aprovechamiento de la fragmentación del sistema (3). El AEP, por tanto, respondió a la pregunta de *por qué* el dinero sigue ciertos caminos.

Sin embargo, el AEP por sí solo no explica *cómo* estas dinámicas de poder se traducen en resultados tangibles a nivel operativo. Es aquí donde la Ciencia de la Implementación, a través de marcos como el *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR), aportó el lente necesario (4). La CI permitió analizar los "cuellos de botella" del proceso. Se evidenció cómo las características del "contexto externo" (presión de grupos de interés, inestabilidad política) y del "contexto interno" (capacidades institucionales débiles, cultura organizacional reactiva, incentivos desalineados en el MSP e IESS) crean un entorno fértil para el fracaso de la implementación de políticas orientadas a la eficiencia y la equidad (5). Las políticas de control de costos, como las subastas inversas de medicamentos, se ven socavadas no solo por la oposición política, sino por procesos de implementación deficientes (falta de planificación, sistemas de información precarios) que son, en sí mismos, un reflejo de las prioridades moldeadas por el poder (6, 7).

En síntesis, el marco híbrido generó una explicación causal robusta: las élites económicas y políticas (analizadas por el AEP) configuran un "campo de juego" donde las reglas y prioridades favorecen sus intereses, lo cual se materializa a través de fallas sistémicas en la implementación (analizadas por la CI) que aseguran que el dinero público continúe fluyendo hacia los beneficiarios del statu quo, perpetuando la paradoja del alto gasto público y el desamparo ciudadano.

8.2 Contribuciones Teóricas a la Intersección de Disciplinas

Este estudio no solo ha utilizado la teoría, sino que también contribuye a su desarrollo, especialmente en la interfaz entre el AEP y la CI.

Para el Análisis de Economía Política (AEP) en Salud: Nuestra investigación ofrece una validación empírica de cómo los conceptos de poder de Dahl pueden ser operacionalizados para el análisis de sistemas de salud. Tradicionalmente, el AEP en salud se ha centrado en grandes reformas legislativas. Este trabajo demuestra su utilidad para analizar procesos más "mundanos" pero financieramente cruciales, como la adquisición de medicamentos o la contratación de servicios privados (8). Al conectar el análisis de poder con los resultados de implementación medibles (costos, acceso, gasto de bolsillo), se dota al AEP de una mayor capacidad diagnóstica y pragmática, moviéndolo de una herramienta puramente descriptiva a una prescriptiva.

Para la Ciencia de la Implementación (CI): El principal aporte a la CI es la demostración empírica de la necesidad de integrar formalmente un análisis de poder como un componente central del "contexto externo". Los marcos de CI, como el CFIR, a menudo tratan el contexto político y económico de manera superficial o como un factor exógeno más (4). Esta monografía argumenta que, en muchos entornos, las estructuras de poder no son simplemente "una

barrera más", sino el factor determinante que pre-configura todo el proceso de implementación. Proponemos que futuras iteraciones de los modelos de CI incorporen un dominio explícito de "Economía Política e Intereses de Actores", que obligue a los investigadores y planificadores a mapear sistemáticamente las constelaciones de poder antes de evaluar otros determinantes. Sin este análisis, la CI corre el riesgo de optimizar procesos dentro de un sistema fundamentalmente sesgado, mejorando la eficiencia de la inequidad.

8.3 Lecciones Universalizables: De la Paradoja Ecuatoriana a la Reforma Global de Sistemas de Salud

Aunque cada sistema de salud es único, las dinámicas subyacentes reveladas en Ecuador ofrecen lecciones de gran valor para la comunidad global de políticas de salud.

1. **Cuidado con la "Fachada de Implementación":** La experiencia ecuatoriana demuestra la existencia de lo que podríamos denominar una "fachada de implementación". Se diseñan e implementan políticas con un lenguaje técnico moderno y objetivos de equidad y eficiencia (e.g., creación de la Red Pública Integral de Salud, subastas de medicamentos). Sin embargo, su ejecución laxa, la falta de monitoreo y la ausencia de consecuencias por el incumplimiento revelan que su propósito real puede ser más simbólico que sustantivo, sirviendo para legitimar el sistema mientras se mantienen intactos los flujos de recursos hacia los grupos de poder (9). Muchos países en desarrollo enfrentan esta disociación entre la retórica de la reforma y la realidad de la inercia.
2. **La Simbiosis Perversa entre un Estado Fragmentado y un Mercado Concentrado:** El caso ecuatoriano no es simplemente uno de "captura del Estado" por intereses privados. Es una relación simbiótica. La fragmentación crónica del sector público (MSP, IESS, ISSFA, etc.), con su duplicación de funciones y debilidad de gobernanza, crea vulnerabilidades predecibles (10). Un mercado privado y farmacéutico altamente concentrado y organizado se especializa en explotar estas vulnerabilidades (3, 11). La lección universal es que la reforma del sector público, orientada a la unificación de funciones clave como la compra estratégica y la rectoría, es una precondition indispensable para poder negociar en igualdad de condiciones con los poderosos actores del mercado.
3. **La Primacía del "Quién" sobre el "Cómo":** La pregunta fundamental para cualquier reforma del financiamiento en salud no debe ser "¿cómo podemos diseñar un sistema más eficiente?", sino "¿quién se beneficia del sistema actual y quién se vería perjudicado por un cambio?". Al anteponer el análisis de economía política, se pueden anticipar las fuentes de resistencia y diseñar estrategias políticas, no solo técnicas, para superarlas (12). Esto implica la construcción de coaliciones pro-reforma (con organizaciones de pacientes, grupos académicos, actores políticos progresistas) que puedan actuar como un contrapeso al poder de los intereses establecidos.

8.4 Recomendaciones Normativas: Hacia la Reestructuración del Sistema de Salud Ecuatoriano

Derivado del análisis empírico y analítico, se propone una agenda normativa que aborda las causas raíz de la paradoja del gasto, en lugar de sus síntomas.

- **Recomendación 1: Centralizar la Inteligencia y la Compra Estratégica.**
 - **Diagnóstico:** La fragmentación del sistema permite a los proveedores imponer condiciones.
 - **Propuesta:** Crear una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Compra Estratégica. Esta entidad, con autonomía técnica y financiera, debe unificar las compras de medicamentos de alto costo, insumos y servicios para toda la red pública. Su mandato debe incluir la implementación obligatoria de evaluaciones de tecnología sanitaria (ETS) para decidir qué se financia y el uso de mecanismos de negociación y precios de referencia internacionales para controlar los costos (13, 14). Esto crea un contrapeso técnico y de mercado al poder de los proveedores.
- **Recomendación 2: Implementar un Sistema de Información Transparente y Unificado.**
 - **Diagnóstico:** La opacidad en los costos, precios y resultados impide la rendición de cuentas y facilita la corrupción y la ineficiencia.
 - **Propuesta:** Diseñar e implementar por ley un Sistema Nacional de Información en Salud unificado que rastree el flujo de recursos desde el financiador hasta el proveedor y lo vincule con resultados de salud. Este sistema debe ser de acceso público, permitiendo a la academia, la sociedad civil y los medios de comunicación auditar el desempeño del sistema (15). La transparencia es una herramienta de poder para la ciudadanía.
- **Recomendación 3: Reformar el Pago a Proveedores Privados Basado en el Valor.**
 - **Diagnóstico:** El sistema actual de pago por servicio a la red complementaria incentiva el sobreuso y la facturación de servicios de alto costo sin garantía de calidad.
 - **Propuesta:** Transitar hacia modelos de pago que incentiven el valor y no el volumen. Esto incluye el desarrollo de pagos por paquetes de diagnóstico y tratamiento (DRG) para procedimientos hospitalarios y el establecimiento de convenios de pago por desempeño, donde una parte del pago esté condicionada a la consecución de metas de calidad y resultados en salud (16).
- **Recomendación 4: Construir una Coalición Política y Social por la Justicia en Salud.**
 - **Diagnóstico:** Los intereses pro-stat quo están altamente organizados, mientras que los beneficiarios de la reforma (la ciudadanía) están desorganizados.

- **Propuesta:** El Ministerio de Salud, junto con actores académicos y de la sociedad civil, debe liderar la creación de un "Pacto Social por la Salud" que articule una visión de reforma a largo plazo. Esta coalición debe generar evidencia, comunicarla eficazmente para ganar apoyo público y ejercer presión política sostenida sobre los tomadores de decisiones para implementar las reformas técnicas aquí propuestas (12).

8.5 Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Ninguna investigación está exenta de limitaciones. Este estudio se centró en arenas de decisión específicas y, aunque representativas, no cubren la totalidad del sistema. La naturaleza cualitativa de una parte del análisis implica una interpretabilidad que, si bien rigurosa, podría ser explorada desde otras perspectivas. Asimismo, la disponibilidad de datos financieros a un nivel granular sigue siendo un desafío, lo que refuerza la necesidad de la recomendación sobre transparencia.

Las futuras investigaciones deberían expandir este análisis. Sería valioso realizar estudios comparativos con países vecinos (e.g., Colombia, Perú) que han implementado reformas similares, 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 solo como un acto individual sino como un mecanismo sistémico que lubrica las relaciones de poder aquí descritas, representa una frontera de investigación crucial.

8.6 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.

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 las ganancias. 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.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Gobernanza de los sistemas de salud: conceptos clave [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/health-governance>
2. Dahl RA. Who Governs? Democracy and Power in an American City. 2nd ed. New Haven (CT): Yale University Press; 2005.
3. Maciulaitis M, Stadhouders N, Kringos D. The struggle against private health care providers' corporate power: a qualitative study of civil society advocacy organizations in the Netherlands. *Global Health*. 2023;19(1):63.
4. 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.
5. Proctor E, 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.
6. Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, Bigdeli M, de Joncheere CP, Ewen MA, et al. Essential medicines for universal health coverage. *The Lancet*. 2017;389(10067):403-76.
7. Contraloría General del Estado (Ecuador). Informe revela anomalías en compra de medicinas en el IESS [Internet]. Quito: Primicias; 2022 [consultado el 8 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/contraloria-anomalias-compra-medicinas-iess/>
8. Spicer N, Agyepong IA, Ottersen T, Usher AD, Gopinathan U, Sriram V, et al. "It's a political, not a technical, issue": a mixed methods study of the political economy of sustainable financing for health in Ghana. *Health Policy Plan*. 2023;38(Supplement_2):ii70-ii83.
9. Balen J, Falkenberg T, Ranson MK, K ハンドバッグ AG, Runnels V, Zamboni K, et al. What is the role of the private sector in health systems? A landscape analysis of the evidence, challenges and opportunities. *BMJ Glob Health*. 2024;9(5):e014050.
10. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997;41(1):1-36.
11. Giedion U, Tristao I, Alfonso EA. Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison. Washington D.C.: Inter-American Development Bank; 2014.
12. Reich MR. The politics of health policy reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy*. 1995;32(1-3):47-77.
13. Organización Panamericana de la Salud. La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) para la toma de decisiones en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/evaluacion-tecnologias-sanitarias>
14. Kanavos P, Angelis A, Wouters O. The role of external reference pricing in medicine pricing policies in Europe. *Eur J Health Econ*. 2021;22(1):1-7.
15. Transparency International. The cure for corruption in the health sector: transparency, integrity, and accountability. [Internet]. Berlín: Transparency International; 2019. Disponible en: <https://ti-health.org/content/the-cure-for-corruption-in-the-health-sector/>
16. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-81.

