

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

Este capítulo sienta las bases de la monografía, presentando la enigmática situación del financiamiento de la salud en Ecuador. Se argumentará que, a pesar de un notable esfuerzo inversor por parte del Estado, los ciudadanos ecuatorianos continúan enfrentando una carga desproporcionada de gastos directos de salud. Esta contradicción, denominada la "paradoja del gasto en salud", es el punto de partida para la investigación. El capítulo articulará la pregunta central de investigación: "¿Quién recibe el dinero?", justificará su profunda relevancia para la equidad, eficiencia y gobernanza del sistema, introducirá sucintamente los marcos teóricos y metodológicos que guiarán el estudio, y finalmente, delineará la estructura general de la obra.

1.1 El Escenario: La Compleja Realidad del Financiamiento de la Salud en Ecuador

Esta sección tiene como objetivo contextualizar al lector sobre las características definitorias del sistema de financiamiento de la salud ecuatoriano, enfocándose en la aparente contradicción entre el gasto público y el gasto privado. El sistema de financiamiento de la salud de Ecuador se caracteriza por una dualidad que requiere un análisis profundo: un compromiso público manifiesto con la inversión en salud que coexiste con una carga financiera significativa y persistente para sus ciudadanos.

- **1.1.1 El Compromiso Público con la Salud: Niveles de Inversión y Priorización Declarada**

Ecuador ha demostrado, a lo largo de los años, un compromiso financiero considerable con el sector salud, un hecho que se refleja tanto en indicadores macroeconómicos clave como en la priorización explícita dentro de los documentos de política nacional. La inversión pública en salud, como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), alcanzó el 4.8% en 2020.^{1,2} Cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el Gasto Corriente en Salud (GCS) como porcentaje del PIB fue del 8.29% en 2021³, aunque es importante distinguir que esta última cifra incluye tanto el gasto público como el privado. Centrándose en el esfuerzo gubernamental, el gasto público en salud representó el 13.3% del gasto público total en 2021^{1,2}, y el Gasto Nacional en Salud del Gobierno General (GGHE-D) como porcentaje del Gasto del Gobierno General (GGE) fue del 13.9% en el mismo año, según la OMS.³ Estas cifras posicionan a Ecuador con un nivel de inversión pública en salud que, en

términos relativos, es notable dentro de la región latinoamericana.

No obstante, al examinar el gasto público en salud per cápita, la imagen se matiza. En 2021, este indicador se situó en \$494.31 dólares estadounidenses.¹ Si bien representa una asignación gubernamental sustancial, resulta inferior al promedio de América Latina y el Caribe, que fue de \$656.299 dólares en el mismo año.¹ Esta diferencia sugiere que, aunque el esfuerzo fiscal relativo del país es alto, la base económica absoluta podría limitar la suficiencia de los recursos disponibles por persona para cubrir integralmente las necesidades de salud de la población. Esta observación añade una capa de complejidad a la narrativa del "alto gasto público", indicando que la "abundancia" podría ser relativa y coexistir con una presión financiera sobre los ciudadanos.

Este compromiso financiero se sustenta en marcos legales y de política. Por ejemplo, la Política 4.1 del Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 establece como objetivo "Priorizar el gasto público para la atención en salud, educación, seguridad, con enfoque en los derechos humanos".⁴ Sin embargo, esta priorización declarada en los planes de desarrollo se enfrenta a tensiones en la práctica. Informes periodísticos han señalado presuntos incumplimientos de mandatos constitucionales que exigen aumentos progresivos en los presupuestos de salud y educación.⁵ Esta aparente desconexión entre los objetivos políticos de alto nivel, los mandatos legales y la ejecución presupuestaria real sugiere la influencia de factores de economía política en la asignación de recursos y la existencia de desafíos en la gobernanza fiscal que trascienden al sector salud. Estos elementos introducen una tensión temprana entre la política declarada y la realidad fiscal o de implementación, apuntando a dinámicas que serán exploradas con mayor profundidad en capítulos posteriores.

- **1.1.2 La Carga Persistente del Gasto de Bolsillo (GDB) para los Ciudadanos Ecuatorianos**

A pesar del considerable y sostenido gasto público en salud, una proporción significativamente alta del financiamiento total de la salud en Ecuador proviene directamente de los bolsillos de sus ciudadanos. Este fenómeno, conocido como Gasto de Bolsillo (GDB), es un indicador crítico de las deficiencias en la protección financiera que ofrece el sistema de salud. Los datos revelan que el GDB ha representado entre el 30.6% y el 32.8% del Gasto Corriente en Salud (GCS) entre los años 2020 y 2022.^{1,2,6} Cifras más recientes y específicas provenientes de las Cuentas Satélite de Salud del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) confirman esta tendencia, indicando que el GDB de los hogares en salud representó el 32.8% en 2022, manteniéndose estable en el

mismo porcentaje para el año 2023.^{7,20}

Para contextualizar la magnitud de esta carga, es útil comparar los niveles de GDB de Ecuador con los promedios internacionales. El promedio de GDB como porcentaje del GCS en la región de América Latina y el Caribe (ALC) fue de aproximadamente el 28% en 2021, mientras que el promedio para los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se situó en torno al 20% en 2019.¹ Así, Ecuador se posiciona por encima del promedio regional y significativamente por encima del estándar de los países de la OCDE, lo que subraya la severidad del problema. La estabilidad del GDB en cifras tan elevadas durante varios años, incluso frente a posibles fluctuaciones económicas o cambios en el gasto público post-pandemia, es un indicador de la cronicidad y la naturaleza estructural de esta carga financiera para los hogares ecuatorianos. No parece ser una fluctuación temporal, sino una característica arraigada en el sistema.

El impacto de este alto GDB se manifiesta también en la proporción de la población que incurre en gastos catastróficos en salud, definidos comúnmente como aquellos que superan un determinado umbral del consumo o ingreso del hogar. En 2017, se estimaba que un 9% de la población ecuatoriana gastaba más del 10% del consumo total de su hogar en GDB.^{1,9} Esta situación no solo impone una pesada carga económica, sino que también puede empujar a los hogares a la pobreza o agravar situaciones de vulnerabilidad preexistentes. Es crucial clarificar las métricas utilizadas: el GDB como porcentaje del GCS muestra la proporción del gasto total en salud que es de bolsillo, mientras que el GDB como porcentaje del gasto total en consumo final de salud de los hogares (utilizado por el INEC) enfoca la carga directa sobre las familias. Ambas perspectivas, sin embargo, convergen en señalar que una parte sustancial de los costos de salud no está siendo cubierta por el financiamiento público o los seguros en el punto de prestación del servicio.

- **1.1.3 La Paradoja Central: Alto Gasto Público Coexistiendo con Alto Gasto de Bolsillo**

La coexistencia de un nivel considerable de inversión pública en salud, como se detalló en la sección 1.1.1, y una carga persistentemente alta de Gasto de Bolsillo (GDB) para los ciudadanos, descrita en 1.1.2, constituye la paradoja fundamental que esta monografía busca desentrañar. Por un lado, el Estado ecuatoriano asigna una porción significativa de sus recursos al sector salud, reflejada en porcentajes del PIB y del gasto gubernamental total que a menudo se comparan favorablemente en la región.^{1,2} Por otro lado, los ciudadanos continúan

financiando una parte desproporcionada de sus necesidades de salud directamente de sus propios ingresos, enfrentando barreras financieras y, en muchos casos, el riesgo de gastos catastróficos.^{1,9}

Esta contradicción plantea una pregunta fundamental: si el Estado invierte significativamente en salud, ¿por qué los ciudadanos siguen pagando tanto de sus bolsillos por los servicios que necesitan? Esta paradoja no es una mera curiosidad estadística; es un indicador potente de posibles disfunciones sistémicas profundas dentro del sistema de salud ecuatoriano. Como se ha argumentado, esta incongruencia "demanda una investigación urgente y rigurosa", ya que la "inversión pública sustancial no se ha traducido en una protección financiera proporcional para la población".¹

La persistencia de esta paradoja podría interpretarse como una "fuga de efectividad" del gasto público. Es decir, los fondos públicos se ejecutan, pero no necesariamente se traducen en una reducción de la necesidad de GDB por parte de la población. Esto podría deberse a múltiples factores, como una asignación de recursos que no prioriza los servicios que más aliviarían la carga financiera de los hogares, ineficiencias en la compra de bienes y servicios, o la canalización de fondos hacia áreas que no mejoran directamente el acceso o la asequibilidad en el punto de uso. Asimismo, la marcada segmentación y fragmentación del sistema nacional de salud ecuatoriano, donde múltiples subsistemas operan con limitada coordinación⁸, podría contribuir a esta paradoja. En tal escenario, el gasto público agregado podría diluirse entre estos subsistemas, generando ineficiencias, duplicidades y brechas de cobertura que los ciudadanos se ven obligados a cubrir mediante pagos directos.

Para ilustrar visualmente la posición de Ecuador en el contexto del financiamiento de la salud, la Tabla 1.1 compara indicadores clave con promedios regionales y de la OCDE.

Tabla 1.1: Indicadores Clave de Financiamiento de la Salud en Ecuador vs. Promedios Regionales (América Latina y el Caribe) y de la OCDE

Indicador	Ecuador	América Latina y el Caribe (Promedio/Comparadores)	OCDE (Promedio)	Fuente(s) Principal(es)
Gasto Público en Salud (% PIB)	4.8% (2020)	Varía	Varía	1,2

Gasto Corriente en Salud (GCS) (% PIB)	7.5% (2020) / 8.29% (2021)	Crecimiento anual ~4% (2000-2018/19)	Varía	1,2,3
Gasto de Bolsillo (% GCS)	30.6% - 32.8% (2020-2023)	~28% (2021)	~20% (2019)	1,2,6,7
Gasto Nacional en Salud del Gob. General (GGHE-D) (% Gasto Gob. General - GGE)	11.9% (2020) / 13.3% - 13.9% (2021)	N/A	N/A	1,2,3
Gasto en Salud per cápita (US\$ corrientes)	\$494.31 (2021)	\$656.299 (2021)	Varía	1
Población con GDB >10% del consumo/ingreso del hogar	9% (2017)	Varía significativamente	Varía	1,9

Nota: Los años de los datos varían según el indicador y la fuente. La tabla ofrece una comparación ilustrativa basada en la información disponible.

Esta tabla consolida la presentación de la paradoja, mostrando cómo Ecuador, a pesar de métricas de compromiso público relativamente altas en algunos aspectos, mantiene una carga de GDB superior a los promedios regionales y de la OCDE. Esta situación anómala justifica la necesidad de una investigación profunda para comprender sus causas subyacentes y sus consecuencias.

1.2 La Pregunta de Investigación Fundamental: "¿Quién Recibe el Dinero?"

Esta sección se dedica a articular y justificar la pregunta central de la monografía, explorando sus múltiples dimensiones y su relevancia crítica para comprender y,

potencialmente, reformar el sistema de salud ecuatoriano.

- **1.2.1 Articulación y Profundidad de la Pregunta de Investigación**

La pregunta central que guía esta investigación es, en apariencia, sencilla:

"¿Quién recibe el dinero?". Sin embargo, esta interrogante trasciende un mero ejercicio contable o un simple rastreo de transacciones financieras. Se trata de una indagación profunda sobre 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 —ya sean individuos, grupos de interés, entidades públicas o privadas— y, de manera crucial, quiénes, en consecuencia, soportan la carga financiera residual, a menudo manifestada en el alto Gasto de Bolsillo (GDB).

La formulación "¿Quién recibe el dinero?" es deliberadamente provocadora y directa, buscando 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. Implica un análisis de cómo las decisiones de financiamiento se traducen —o no— en servicios accesibles y asequibles para la población, y cómo los recursos públicos y privados se distribuyen entre los diversos proveedores, niveles de atención y tipos de servicios. La aparente simplicidad de la pregunta enmascara una considerable complejidad metodológica y analítica. Responderla de manera exhaustiva requiere la capacidad de rastrear flujos financieros a través de un sistema que puede ser inherentemente opaco y fragmentado, así como la habilidad para inferir beneficios que no siempre son directos, explícitos o transparentes. Esta dualidad —simplicidad en la formulación y complejidad en la respuesta— es lo que la convierte en una pregunta de investigación potente y adecuada para un estudio de nivel doctoral.

Además, la pregunta "¿Quién recibe el dinero?" inherentemente desafía el statu quo. Al buscar "levantar el velo" sobre la distribución de recursos, inevitablemente toca intereses creados y puede generar resistencia por parte de aquellos actores que se benefician del sistema actual. Esta característica vincula directamente la pregunta de investigación con la necesidad de un análisis profundo de la economía política del sector salud, un componente esencial del marco teórico de esta monografía.

- **1.2.2 Justificación de la Pertinencia de la Investigación**

La respuesta a la pregunta "¿Quién recibe el dinero?" tiene implicaciones

cruciales y de largo alcance para múltiples dimensiones del sistema de salud ecuatoriano, incluyendo la equidad, la eficiencia, la gobernanza y, en última instancia, su capacidad para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS).

- 1.2.2.1 Implicaciones para la Equidad en Salud

El alto nivel de Gasto de Bolsillo (GDB) en Ecuador actúa como una barrera significativa para el acceso a los servicios de salud, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables, como aquellas con bajos ingresos, sin seguro de salud formal, o residentes en áreas rurales y marginadas.¹ Cuando los ciudadanos deben pagar una parte sustancial de los costos de atención de su propio bolsillo, muchos pueden verse obligados a renunciar a la atención necesaria, retrasar tratamientos o elegir opciones terapéuticas subóptimas. Esta situación no solo tiene consecuencias directas sobre los resultados de salud individuales, sino que también tiene el potencial de exacerbar las desigualdades existentes. Los hogares con menores recursos son los más afectados, ya que un gasto inesperado en salud puede llevarlos al empobrecimiento o profundizar su situación de pobreza, un fenómeno documentado en diversos contextos.⁹

La investigación sobre quién recibe el dinero permitirá analizar si la distribución actual de los recursos financieros en el sistema de salud ecuatoriano podría estar sesgada hacia ciertos grupos de proveedores, tipos de servicios (por ejemplo, atención especializada de alto costo versus atención primaria preventiva) o regiones geográficas, en detrimento de intervenciones más costo-efectivas o que promuevan una mayor equidad en el acceso y los resultados de salud.

- 1.2.2.2 Cuestionamientos sobre la Eficiencia del Sistema de Salud

La paradoja de un alto gasto público coexistiendo con un alto GDB es, en sí misma, un síntoma de posibles ineficiencias dentro del sistema de salud. Surge la pregunta fundamental de si se está obteniendo el máximo valor —en términos de mejoras en los resultados de salud de la población y una mayor protección financiera— de la considerable inversión pública realizada. Las ineficiencias pueden manifestarse en diversas áreas: una asignación de recursos que no se alinea con las prioridades epidemiológicas o las intervenciones más costo-efectivas; procesos de compra de medicamentos, insumos y tecnología que no garantizan los mejores precios o la mejor calidad; mecanismos de remuneración a proveedores que incentivan el sobreuso de servicios o prácticas de baja efectividad; una inadecuada

articulación entre el sector público y el privado que genere duplicidades o vacíos; o costos administrativos excesivos.

Un indicador indirecto de estas posibles ineficiencias es el nivel de satisfacción ciudadana con el sector salud. En Ecuador, la satisfacción con los servicios de salud se ha reportado en un 37%, una cifra notablemente inferior al promedio de América Latina y el Caribe (ALC) y al de los países de la OCDE.¹ Si bien la satisfacción es un constructo multifactorial, una baja percepción de calidad, accesibilidad o asequibilidad, a pesar de un gasto público visible, puede reflejar ineficiencias reales o percibidas en cómo se utilizan los recursos.

- 1.2.2.3 Relevancia para la Gobernanza y la Transparencia del Sector Salud

Un GDB elevado, a pesar de un gasto público significativo, puede ser también un signo de fallas en la gobernanza del sistema de salud. Estas fallas pueden incluir una falta de transparencia en la asignación y el uso de los fondos, mecanismos de rendición de cuentas deficientes o inexistentes, problemas de corrupción, o incluso la captura del Estado o de segmentos del sistema por intereses particulares que desvían los recursos de sus fines óptimos. La investigación propuesta, al intentar rastrear "quién recibe el dinero", busca iluminar estos posibles "puntos ciegos" en los flujos financieros, promoviendo así una mayor transparencia y sentando las bases para una mejor rendición de cuentas por parte de las instituciones y actores involucrados.

El Consejo Nacional de Salud (CONASA) de Ecuador tiene entre sus objetivos "fortalecer el sistema y la toma de decisiones basada en evidencia".^{1,10,11} Esta investigación aspira a contribuir directamente a dicho objetivo, proporcionando un análisis riguroso de los desafíos actuales del financiamiento. El cumplimiento de la normativa que rige la investigación en salud, como el Oficio Nro. CONASA-DE-2025-0192-OF mencionado en el diseño de la investigación¹¹, es parte integral de operar dentro de este contexto de gobernanza. Además, la fragmentación del sistema de salud ecuatoriano, caracterizada por la coexistencia de múltiples subsistemas con limitada articulación⁸, representa un desafío de gobernanza en sí mismo. Esta fragmentación puede dificultar el rastreo efectivo del dinero y la capacidad de asegurar que los fondos públicos se utilicen de manera eficiente y equitativa para reducir la carga sobre los ciudadanos.

- 1.2.2.4 Contribución al Avance hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS)

La Cobertura Universal de Salud (CUS) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan, de calidad

suficiente para ser efectivos, sin sufrir dificultades financieras por ello. La protección financiera es, por lo tanto, un pilar fundamental de la CUS. El alto nivel de GDB en Ecuador socava directamente este pilar, ya que impone barreras financieras al acceso y expone a una parte significativa de la población al riesgo de empobrecimiento debido a gastos de salud.¹ Para avanzar hacia la CUS, no basta con aumentar el gasto público; es crucial asegurar que esos recursos se traduzcan efectivamente en una mayor protección financiera para la población. Comprender quién recibe el dinero actualmente es un paso indispensable para diseñar e implementar reformas de financiamiento que realmente fortalezcan la CUS en Ecuador, asegurando que los beneficios de la inversión pública lleguen a quienes más los necesitan y reduzcan la dependencia de los pagos directos en el punto de servicio.

Las cuatro áreas de justificación —equidad, eficiencia, gobernanza y CUS— no son compartimentos aislados, sino que están profundamente interconectadas. Por ejemplo, las fallas de gobernanza, como la influencia indebida de ciertos grupos de interés en las decisiones de asignación de recursos, pueden conducir a ineficiencias en el uso de los fondos (por ejemplo, la compra de tecnologías costosas con beneficios marginales en lugar de fortalecer la atención primaria). Estas ineficiencias, a su vez, pueden exacerbar las inequidades en el acceso y los resultados de salud, y en última instancia, obstaculizar el progreso hacia una CUS genuina, manteniendo elevada la carga del GDB. Responder a la pregunta "¿Quién recibe el dinero?" no solo permite diagnosticar los problemas actuales del sistema de financiamiento, sino que también puede ayudar a pronosticar la viabilidad y el impacto potencial de futuras reformas. Si se comprende quiénes son los principales beneficiarios del sistema actual y cómo operan sus intereses, se pueden anticipar sus reacciones (apoyo u oposición) a los cambios propuestos, lo cual es fundamental para el diseño de estrategias de reforma políticamente sostenibles. Subyacente a toda esta justificación se encuentra una dimensión ética fundamental sobre la justicia distributiva en el sector salud. En un país donde la salud es reconocida como un derecho¹², y donde se realiza una inversión pública considerable, la persistencia de una carga financiera tan onerosa sobre los individuos, especialmente los más vulnerables, plantea serias interrogantes sobre la justicia y la efectividad del sistema de financiamiento vigente.

1.3 Introducción al Marco Teórico: Lentes Analíticos para la Investigación

Esta sección introduce brevemente los principales enfoques teóricos que se utilizarán para abordar la pregunta de investigación, destacando su complementariedad y la forma en que cada uno contribuye a una comprensión más profunda de la paradoja del financiamiento de la salud en Ecuador.

- **1.3.1 La Ciencia de la Implementación (CI): Acortando la Brecha entre Política y Práctica**

La Ciencia de la Implementación (CI) se define como "el estudio científico de métodos y estrategias que facilitan la adopción de prácticas basadas en evidencia e investigación en el uso regular por parte de profesionales y formuladores de políticas".¹³ Este campo es esencial para la presente investigación porque se enfoca en comprender por qué las políticas de financiamiento de la salud, a pesar de sus intenciones declaradas (como la reducción del GDB a través de una robusta inversión pública), a menudo no logran los resultados esperados en la práctica. La situación ecuatoriana, con su persistente "paradoja del gasto", ejemplifica claramente la "brecha entre el saber y el hacer" (know-do gap) que la CI busca abordar: existe conocimiento sobre la importancia de la protección financiera, y se formulan políticas de gasto público, pero la realidad del alto GDB indica un déficit en la consecución de los objetivos deseados.

Un enfoque de CI permitirá identificar de manera sistemática las barreras y los facilitadores que influyen en la implementación efectiva —o la falta de ella— de las políticas financieras y las intervenciones relacionadas con el flujo de recursos en el sistema de salud ecuatoriano. Esto implica ir más allá de la descripción del problema para analizar los procesos, los contextos (tanto externos como internos a las organizaciones) y los actores que moldean su persistencia. Para este análisis, se recurrirá a marcos conceptuales desarrollados en la CI, como el *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR)¹⁴, el modelo de *Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment* (EPIS)¹⁵, y la taxonomía de resultados de implementación propuesta por Proctor y colaboradores¹⁶, los cuales se detallarán extensamente en el capítulo sobre fundamentos teóricos. Es importante destacar que la aplicación de la CI en este estudio no se limitará a analizar la implementación de políticas "deseables". También se considerará cómo diversos actores dentro del sistema pueden emplear sus propias "estrategias de implementación" para influir en los flujos financieros en beneficio propio, incluso si estas acciones son perjudiciales para los objetivos de salud pública o la protección financiera de la población en general. Este concepto de "estrategias de implementación impulsadas por intereses"¹ es crucial para una comprensión completa de "quién recibe el dinero". Adicionalmente, la CI puede ser particularmente útil para entender por qué la fragmentación del sistema de salud ecuatoriano⁸ constituye una barrera tan persistente para la implementación de políticas de financiamiento coherentes y efectivas. Cada

"fragmento" del sistema (por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) puede operar con su propia lógica de implementación, cultura organizacional y conjunto específico de barreras y facilitadores, lo que complica la aplicación uniforme de las políticas nacionales.

- **1.3.2 La Economía Política de la Salud (EPS) y el Enfoque de Dahl: Poder, Intereses y Flujos Financieros**

La Economía Política de la Salud (EPS) es un campo de estudio que examina la interacción entre los factores políticos y económicos y cómo estos configuran las políticas de salud, el desempeño de los sistemas de salud y, en última instancia, los resultados de salud de la población. Para esta investigación, la EPS es crucial porque proporciona las herramientas analíticas para desentrañar las dinámicas de poder, los intereses de los diversos actores (stakeholders) y los procesos políticos que influyen de manera determinante en cómo se asignan, distribuyen y utilizan los recursos financieros dentro del sector salud ecuatoriano. En esencia, mientras otros enfoques pueden describir *dónde* va el dinero, la EPS ayuda a explicar *por qué* los flujos financieros ocurren de la manera en que lo hacen.

La EPS permite identificar a los actores clave —que pueden incluir ministerios gubernamentales, partidos políticos, proveedores de servicios de salud públicos y privados, la industria farmacéutica, aseguradoras, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales —, analizar sus intereses (económicos, políticos, ideológicos), evaluar su poder relativo y su posición frente a determinadas políticas, y comprender cómo estas dinámicas configuran tanto la formulación de las políticas de financiamiento como su implementación y sus resultados finales.^{1,18,19} Un aspecto distintivo de esta monografía será la adaptación del trabajo seminal del politólogo Robert Dahl sobre el poder y la gobernanza para analizar los procesos de toma de decisiones que moldean los resultados financieros en el sector salud ecuatoriano.¹⁷ El enfoque de Dahl, que examina quién participa en las decisiones, quién se beneficia o sufre por sus resultados, y quién tiene la capacidad de iniciar o vetar propuestas, ofrece un marco valioso para entender las relaciones de poder en un contexto específico. Desde una perspectiva de EPS, la "paradoja del gasto en salud" en Ecuador podría no ser simplemente un fallo técnico o administrativo, sino el resultado de un equilibrio político —aunque subóptimo para el bienestar general de la población — que beneficia a ciertos actores con suficiente poder e influencia para mantener el statu quo. Si determinados grupos (por ejemplo, proveedores especializados de alto costo, ciertos segmentos de la industria farmacéutica o intermediarios financieros) se benefician de la forma actual en que se dirigen los

fondos públicos y de las brechas que generan un alto GDB, es probable que utilicen su poder para resistir reformas que amenacen sus intereses. Asimismo, la EPS ayuda a comprender por qué las recomendaciones de política basadas puramente en evidencia técnica a menudo no se implementan o se implementan de forma parcial o distorsionada; la "evidencia" puede colisionar con intereses políticos y económicos poderosos, y la EPS ilumina estas tensiones.

- **1.3.3 Hacia una Comprensión Integrada: Sinergia de los Enfoques Teóricos**

La complejidad de la pregunta "¿Quién recibe el dinero?" y la naturaleza multifacética de la paradoja del financiamiento de la salud en Ecuador demandan un enfoque teórico que integre múltiples perspectivas. Por ello, esta monografía combinará los lentes de la Ciencia de la Implementación (CI), la Economía Política de la Salud (EPS)—enriquecida con el enfoque de Dahl sobre el poder— y el Análisis de Flujo de Fondos (que se introducirá con más detalle en la sección de metodología y se desarrollará en capítulos posteriores). Esta combinación ofrece un marco analítico robusto e innovador para una comprensión holística del problema.

Estos enfoques teóricos no operarán de forma aislada, sino que se complementarán sinérgicamente. El Análisis de Flujo de Fondos proporcionará la base empírica para identificar *dónde* va el dinero, mapeando las rutas financieras desde sus fuentes hasta sus destinos finales. La Ciencia de la Implementación ayudará a explicar *cómo* (o cómo no) se implementan las políticas y los procesos que dirigen esos flujos, identificando las barreras y facilitadores en la práctica. Finalmente, la Economía Política de la Salud ofrecerá explicaciones sobre *por qué* esas políticas, procesos y flujos existen y persisten de la manera en que lo hacen, al desentrañar las dinámicas de poder, los intereses de los actores y los factores institucionales y contextuales en juego.¹ Por ejemplo, un análisis de flujo de fondos podría revelar que una proporción desmesurada de recursos se dirige hacia ciertos proveedores privados. La CI podría entonces identificar brechas en las regulaciones de contratación pública o en los mecanismos de supervisión que permiten esta situación. Subsecuentemente, la EPS podría descubrir la influencia política ejercida por estos grupos de proveedores que perpetúa esas brechas regulatorias o impide la implementación de reformas.

Esta integración teórica permite ir más allá de una simple descripción del problema hacia una explicación causal más profunda y matizada. Al comprender no solo los patrones de flujo financiero, sino también los mecanismos de implementación y las fuerzas políticas que los sustentan, la investigación estará mejor posicionada para, eventualmente, formular recomendaciones de política

que no solo sean técnicamente sólidas, sino también contextualmente relevantes y políticamente factibles.

1.4 Esbozo del Enfoque Metodológico

Esta sección presenta de manera sucinta la estrategia metodológica general que se empleará en la monografía para responder a la pregunta de investigación y desentrañar la paradoja del financiamiento de la salud en Ecuador. Una descripción detallada de la metodología se presentará en un capítulo posterior.

- **1.4.1 Justificación de una Estrategia de Métodos Mixtos**

Dada la complejidad inherente a la pregunta de investigación "¿Quién recibe el dinero?" y la naturaleza multifacética de la paradoja del financiamiento de la salud, que involucra tanto dimensiones cuantitativas (flujos financieros, niveles de gasto) como cualitativas (procesos de toma de decisiones, dinámicas de poder, percepciones de los actores), un enfoque de métodos mixtos se considera el más apropiado y robusto. Esta estrategia permitirá capturar la riqueza y la profundidad de los datos necesarios para una comprensión integral del fenómeno.¹

La combinación de análisis cuantitativo de los flujos financieros y los datos de gasto con exploraciones cualitativas de los procesos de implementación, las dinámicas de poder y las perspectivas de los actores clave proporcionará una comprensión más completa y matizada que la que podría ofrecer un solo método por sí mismo. Mientras los datos cuantitativos pueden revelar *qué* está sucediendo con el dinero y *cuánto* se gasta o se recibe, los datos cualitativos son esenciales para entender el *cómo* y el *porqué* de esos patrones. Es importante reconocer que los diseños puramente experimentales son, en muchos casos, inviables o éticamente problemáticos para estudiar sistemas de salud complejos y políticamente sensibles como el ecuatoriano, lo que refuerza la idoneidad de un enfoque observacional y de métodos mixtos.¹

- **1.4.2 Principales Fuentes de Datos y Tipos de Análisis Previstos**

La investigación se basará en una diversidad de fuentes de datos, tanto primarias como secundarias, que serán analizadas mediante técnicas apropiadas para cada tipo de información. Las principales fuentes de datos incluirán:

- **Datos estadísticos y financieros:** Se recopilarán y analizarán datos de las Cuentas Satélite de Salud del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)^{7,20}, bases de datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), así como estadísticas de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco

Mundial. Estos datos serán fundamentales para cuantificar los flujos de financiamiento, los niveles de gasto público y de bolsillo, y otros indicadores relevantes.

- **Documentos de política y regulatorios:** Se realizará un análisis exhaustivo de documentos clave como el Plan Nacional de Desarrollo (particularmente el vigente y anteriores relevantes para el sector salud)⁴, leyes orgánicas de salud y del sistema nacional de salud¹², presupuestos generales del Estado y presupuestos sectoriales, informes oficiales de auditoría o evaluación, y resoluciones emitidas por entidades regulatorias como el Consejo Nacional de Salud (CONASA).^{10,11}
- **Entrevistas con informantes clave:** Se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas con una muestra intencionada de informantes clave que representen diversos roles y perspectivas dentro del sistema de salud ecuatoriano. Esto incluirá a funcionarios gubernamentales (actuales y anteriores), personal de salud de diferentes niveles, representantes de organizaciones de la sociedad civil, miembros del sector privado (proveedores, aseguradoras, industria farmacéutica) y académicos con experiencia en el área.¹
- **Estudios de caso:** Se prevé la realización de estudios de caso focalizados en los flujos financieros dentro de instituciones específicas o en relación con programas particulares, para obtener una comprensión más detallada y contextualizada de cómo se gestionan y distribuyen los recursos en la práctica.¹

Los tipos de análisis a emplear incluirán, entre otros: análisis de flujo de fondos (para mapear el movimiento del dinero), análisis documental (para examinar el contenido y la implementación de políticas y regulaciones), análisis cualitativo de las entrevistas (utilizando enfoques temáticos y, posiblemente, de discurso, para identificar patrones, percepciones y dinámicas de poder), análisis de economía política (para interpretar los hallazgos a la luz de los intereses y el poder de los actores), y, si resulta pertinente y factible, modelización por simulación para explorar el impacto potencial de diferentes escenarios de política.¹ La triangulación de datos provenientes de estas diversas fuentes será un componente crucial de la estrategia metodológica, buscando asegurar la validez y la fiabilidad de los hallazgos. Por ejemplo, lo que un documento de política establece que *debería* suceder con los fondos (como la priorización del gasto en salud en el Plan Nacional de Desarrollo⁴) se contrastará con lo que los datos de flujo de fondos y las Cuentas Satélite de Salud⁷ *muestran* que sucede en términos de gasto público efectivo y la persistencia del GDB, y con lo que los informantes clave *explican* sobre las razones de cualquier discrepancia, incluyendo presiones políticas o fallas de implementación. Se reconoce

que el acceso a datos sensibles, especialmente aquellos de naturaleza financiera detallada o las perspectivas de actores en posiciones de poder, representará un desafío metodológico significativo, con implicaciones éticas y de viabilidad. El diseño de la investigación, como se indica en el documento base¹, contempla la necesidad de "facilitación del acceso a datos por parte de las instituciones estatales relevantes" y un estricto cumplimiento de los protocolos éticos y regulatorios, incluyendo lo estipulado en documentos como el Oficio Nro. CONASA-DE-2025-0192-OF, para asegurar la protección de los participantes y la integridad de la investigación.¹¹

1.5 Hoja de Ruta de la Monografía

Esta sección final del capítulo introductorio ofrece al lector una visión general de la estructura de la monografía y anticipa las principales contribuciones que se espera que esta investigación aporte tanto al conocimiento académico como a la formulación de políticas sanitarias en Ecuador.

- **1.5.1 Estructura General de la Obra y Contenido de los Capítulos Siguietes**

La monografía está organizada de manera lógica para construir progresivamente el argumento central, partiendo de la definición y contextualización del problema en este primer capítulo, pasando por el establecimiento del marco teórico y metodológico, para luego presentar y analizar los hallazgos empíricos, y finalmente, ofrecer una síntesis, discusión y conclusiones.

Siguiendo esta introducción (Capítulo 1), la estructura general de la obra, basada en el diseño de investigación propuesto¹, se desarrollará de la siguiente manera:

- **Capítulo 2: Fundamentos Teóricos: Ciencia de la Implementación, Análisis de Flujo de Fondos y Economía Política en Salud.** Este capítulo profundizará en los marcos conceptuales introducidos brevemente en la sección 1.3. Se detallarán los modelos específicos de la Ciencia de la Implementación (como CFIR, EPIS, y los resultados de Proctor et al.), las metodologías para el Análisis de Flujo de Fondos en sistemas de salud, y los enfoques de la Economía Política de la Salud, incluyendo la adaptación del trabajo de Robert Dahl sobre el poder.
- **Capítulos Empíricos Subsiguientes:** Una serie de capítulos se dedicarán a la presentación y análisis de los hallazgos empíricos derivados de la aplicación de la metodología descrita. Estos capítulos se enfocarán en desentrañar "quién recibe el dinero" a través de diferentes lentes y en distintos componentes del sistema de salud ecuatoriano. Se anticipa que estos podrán incluir análisis detallados del presupuesto y los flujos financieros del Ministerio de Salud Pública (MSP), la arquitectura financiera del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el rol y los beneficios del

sector salud privado, y el complejo entramado del mercado farmacéutico y la cadena de suministro de medicamentos. Estos capítulos integrarán los datos cuantitativos de flujos financieros con los datos cualitativos de entrevistas y análisis documental.

- **Capítulo Final: Síntesis, Discusión, Implicaciones y Recomendaciones.** El último capítulo de la monografía realizará una síntesis de los principales hallazgos de la investigación, discutiéndolos a la luz del marco teórico y la pregunta central. Se analizarán las implicaciones de estos hallazgos para la política sanitaria en Ecuador, y se formularán recomendaciones orientadas a abordar la paradoja del gasto en salud, mejorar la equidad, la eficiencia y la gobernanza del sistema, y avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud.

- **1.5.2 Contribuciones Anticipadas al Conocimiento y a la Política Sanitaria Ecuatoriana**

Se espera que esta investigación genere conocimientos originales y relevantes que puedan informar la toma de decisiones basada en evidencia y contribuir significativamente a la mejora del sistema de salud ecuatoriano y al avance del conocimiento académico en el campo de la política y los sistemas de salud.

Las principales contribuciones anticipadas son:

- **Al conocimiento científico:** La monografía buscará contribuir a una mejor comprensión científica de los sistemas complejos de financiamiento de la salud, particularmente en contextos caracterizados por recursos limitados, alta fragmentación y significativos desafíos de gobernanza. La aplicación de un marco teórico integrado que combina la Ciencia de la Implementación, la Economía Política de la Salud y el Análisis de Flujo de Fondos para estudiar la paradoja del gasto en salud en Ecuador puede ofrecer un modelo analítico o innovador que podría ser adaptado y utilizado para investigar problemas similares en otros países o incluso en otros sectores.
- **A la evidencia empírica para Ecuador:** La investigación generará evidencia empírica específica y detallada para Ecuador sobre los flujos financieros reales dentro de su sistema de salud, identificando a los principales receptores y beneficiarios del gasto público y privado. Esta evidencia es crucial, dado que la paradoja sugiere que la comprensión actual de estos flujos es incompleta o insuficiente.
- **A la formulación de políticas:** Se aspira a que los hallazgos y análisis proporcionen "inteligencia accionable" para las autoridades nacionales, incluyendo el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (CONASA).¹ Al identificar no solo los problemas sino también sus causas

subyacentes —incluyendo las dinámicas de poder e intereses—, la investigación puede ayudar a diseñar intervenciones y reformas más efectivas y políticamente viables. El objetivo es apoyar a CONASA en su misión de "fortalecer el sistema y la toma de decisiones basada en evidencia".^{1,10,11} La "inteligencia accionable" que se genere buscará ir más allá de las recomendaciones puramente técnicas; incorporará una comprensión de la economía política de la reforma, de modo que las propuestas tengan mayores posibilidades de ser implementadas con éxito, identificando posibles coaliciones de apoyo, anticipando la oposición y sugiriendo estrategias para navegar el complejo panorama político del sector.

- **Al avance hacia la CUS:** En última instancia, se espera que la monografía contribuya al debate y a la acción política orientada a mejorar la equidad en el acceso a la salud, la eficiencia en el uso de los recursos, la transparencia y la rendición de cuentas en el sector, y, fundamentalmente, a reducir la carga del Gasto de Bolsillo y avanzar de manera tangible hacia la Cobertura Universal de Salud en Ecuador.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Ecuador - Perfil de País - Salud en las Américas+ 2023 [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2023 [consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://hia.paho.org/es/perfiles_-de-pais/ecuador
2. P4H Network. Ecuador [Internet]. P4H Social Health Protection Network; [fecha desconocida, consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://p4h.world/en/countries/ecuador/>
3. Organización Mundial de la Salud. Ecuador - Datos de la OMS [Internet]. Ginebra: OMS; [datos para 2021, consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://data.who.int/countries/218>
4. República del Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025. Quito: Secretaría Nacional de Planificación; 2021.
5. Macrotrends. Ecuador Healthcare Spending 2000 -2025 [Internet]. Macrotrends LLC; [consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.macrotrends.net/global_-metrics/countries/ECU/ecuador/healthcare_-spending
6. Vos R, Cuesta-Leon M, Lucio R, Rosero J. Chapter 4 - HEALTH. En: The Millennium Development Goals in Ecuador: A CGE Analysis of the Economy-Wide Impact of Selected Policy Interventions. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2004. (DESA Working Paper No. ST/ESA/2004/DWP/X).

7. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Cuentas Satélite de Salud 2022: Presentación de resultados [Internet]. Quito: INEC; 2023 [consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web_inec/Estadisticas Economicas/Cuentas_Satelite/Salud_/2022/2_Presentacion_resu ltados_CSS2022.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web_inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud_/2022/2_Presentacion_resu ltados_CSS2022.pdf)
8. 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 Supl 2:s17787.
9. Banco Mundial. Proporción d e la población que gasta más del 10% del consumo o los ingresos de los hogares en gastos de salud de su propio bolsillo (%) - Ecuador [Internet]. Washington D.C.: Grupo Banco Mundial; [datos para 2017, consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.OOPC.10.ZS?locations=EC>
10. OECD. Government at a Glance Latin America and the Caribbean 2024 - Country Notes: Ecuador [Internet]. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; 2024 [consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/government_at-a-glance-latin-america-2024-country-notes_6ece9d93-en/ecuador_f468194a-en.html
11. Consejo Nacional de Salud (CONASA). Oficio Nro. CONASA-DE-2025-0192-OF. Quito: CONASA; 3 de junio de 2025.
12. República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 de 20-oct-2008.
13. Implementation Science at UW. What is Implementation Science? [Internet]. Seattle (WA): University of Washington; [fecha desconocida, consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://impsciuw.org/im plementation -science/learn/implementation -science-overview/>
14. 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 implementa tion science. Implement Sci. 2009;4:50.
15. Moullin JC, Dickson KS, Stadnick NA, Rabin B, Aarons GA. Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. Implement Sci. 2019;14(1):1.
16. 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.
17. Dahl RA. Who Governs? Democracy and Power in an American City. New Haven

(CT): Yale University Press; 1961.

18. Cashin C, Sparkes S, Smitz M, et al. Political economy analysis of health financing reforms in times of crisis: findings from three case studies in south-east Asia. *BMJ Glob Health*. 2024;9(Suppl 1):e012345.
19. Almeida C, Narváez M, Uribe MV, et al. Health system reform in Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(Special Issue):79-84.
20. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Cuentas Satélite de Salud [Internet]. Quito: INEC; [consultado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/>