

Del derecho a la salud al mercado sanitario: el progresivo desmantelamiento del sistema público en Ecuador

Erika Arteaga-Cruz^{1*}, Edy Quizhpe²

¹Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador.

²Escuela de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo, Universidad UTE, Quito, Ecuador.

*Corresponding author: erikarteaga@yahoo.com

Recibido 27 noviembre 2025; Aceptado 9 febrero 2026; Publicado 22 marzo 2026

Durante las últimas dos décadas, el sistema de salud ecuatoriano ha experimentado profundas transformaciones. Desde una expansión significativa del acceso durante el gobierno de Rafael Correa en 2007 hasta la actual visión de privatización impulsada por el presidente Daniel Noboa. El panorama general ha mostrado que este recorrido ha estado marcado por avances, retrocesos y una creciente incertidumbre institucional.

Este comentario busca analizar brevemente ese trayecto, sus implicaciones estructurales, los desafíos y lo que está en juego para el derecho a la salud en Ecuador. Definimos salud no únicamente como la ausencia de la enfermedad, sino en el marco de la medicina social o salud colectiva latinoamericana, que relaciona el proceso salud-enfermedad de los individuos, colectivos y sociedades con la determinación social y sus condiciones de reproducción social [1].

Reforma sanitaria y contradicciones del modelo de salud durante la Revolución Ciudadana

La llegada de Rafael Correa al poder en 2007 promovió una fuerte narrativa centrada en el rol del Estado como garante de derechos fundamentales. En el marco de la llamada Revolución Ciudadana, la salud se estableció como un eje estratégico del proyecto de transformación social orientada al buen vivir. La Constitución de 2008, impulsada y respaldada por movimientos sociales, introdujo cambios relevantes en la provisión y gestión del sistema de salud tales como la gratuidad de los servicios públicos de salud, intentando reducir barreras de acceso para los grupos más desfavorecidos, la conformación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) para eliminar la histórica fragmentación del sistema público entre el Ministerio de Salud Pública (MSP) y los esquemas de seguridad social, y una mayor inversión financiera para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios [2,3,4].

Aprovechando los altos precios del petróleo, el Estado invirtió sin precedentes una cantidad de recursos públicos en infraestructura, adquisición de

equipamiento médico y contratación de personal, poniendo especial atención en zonas marginadas. Según el MSP, desde 2007 hasta 2015 se construyeron o renovaron hospitales y centros de salud: 47 hospitales y 74 centros de primer nivel de atención. La gratuidad de los servicios se extendió progresivamente en todos los niveles y la mejor integración de la RPIS incrementó el número tanto de las consultas como de las hospitalizaciones. El gasto estatal en salud creció del 1,1 % del PIB en 2007 al 4,2 % en 2018, y el gasto per cápita subió de 209,52 a 516,25 dólares [5]. Sin embargo, esta expansión vino acompañada de casos de corrupción, falta persistente de medicamentos y dispositivos médicos, y una planificación territorial desconectada de las necesidades locales, por ejemplo, la marginalización de los promotores de salud a nivel nacional y la eliminación de los consejos locales de salud que incluían participación de los municipios en la toma de decisiones en salud [6,7]. Además, la gratuidad y el aumento de derivaciones a clínicas privadas impulsaron y favorecieron la acumulación de capital en farmacéuticas, aseguradoras y prestadores privados, promoviendo una nueva dinámica de mercado neoliberal en el ámbito de la salud [8,9].

Pese al discurso de universalización, en este período se evidenció un desmantelamiento de la seguridad social. Así, basados en la garantía de la continuidad de la atención de salud establecida en la conformación de la RPIS, se transfirieron fondos públicos a clínicas privadas por derivaciones de pacientes desde los hospitales públicos dejando de lado la propia mejora en la infraestructura de la seguridad social, además se incumplieron obligaciones establecidas en la ley de seguridad social por parte del Estado con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y se debilitó el Seguro Social Campesino (SSC) al permitir desde 2016, afiliaciones individuales en sustitución de la afiliación colectiva de las organizaciones campesinas, que constituía un elemento central del modelo innovador de salud comunitaria de dicho esquema de seguridad social [10]. Paralelamente, mientras se con-

solidaban marcos legales sobre el derecho a la salud, se restringió aún más la participación social y se persiguió a organizaciones críticas, con cerca de 700 líderes sociales procesados [11] así como con la aplicación de mecanismos de “compra de renuncias obligatorias” a funcionarios públicos, incluidos profesionales de la salud [12]. En nombre de la eficiencia, la administración de salud dio prioridad a la acreditación internacional de hospitales y sustituyó salubristas por administradores, lo que resultó en una reducción de la vigilancia epidemiológica [13,14]. Adicionalmente, se impuso una lógica de productividad en el personal de salud, evaluando su desempeño en función de indicadores y transformando la relación paciente-médico hacia una dinámica de transacción de tipo “cliente” y “proveedor” [15].

En términos de atención en salud, las reformas promovieron el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), fundamentado en la Atención Primaria de Salud (APS) y el Estado retomó un papel rector fuerte recuperando el liderazgo en el sistema nacional de salud [16]. No obstante, esta concentración limitó la autonomía local y dificultó la adaptación a contextos diversos. Las reformas avanzaron con rapidez, pero carecieron de una planificación suficiente en cuanto a la sostenibilidad financiera, capacitación del personal y abastecimiento de insumos. A pesar de ello, la inversión social sostenida mejoró algunos indicadores, como la disminución de la mortalidad materna y el incremento en el acceso a servicios básicos [17-19].

La desconexión del gobierno con las organizaciones y federaciones médicas, así como con organizaciones sociales indígenas, de mujeres y sindicatos de trabajadores del sector salud limitó la aplicación efectiva de la APS en los distintos territorios. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva se produjeron retrocesos, por ejemplo, la supresión de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita que permitía la vigilancia de la aplicación de esta ley mediante veedurías independientes realizadas por organizaciones de mujeres en los servicios de salud y la eliminación del presupuesto específico destinado a la atención de mujeres y niños menores de cinco años, bajo el argumento de la universalización de la salud. A ello se sumó la criminalización del aborto en el Código Orgánico Integral Penal, que dio lugar al procesamiento de 503 mujeres por este delito entre 2014 y 2021 [20], así como la imposición del Plan Familia, que promovía la abstinencia y reemplazó un enfoque más integral previamente desarrollado en la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) [21].

Durante este periodo, la política sanitaria funcionó como una herramienta de hegemonía partidista, es decir, las estrategias de expansión del acceso y la gratuidad de los servicios públicos de salud fueron mecanismos de captación de apoyo electoral [14]. La expansión de los servicios públicos sin una infraestructura proporcional a la demanda debilitó el sistema público y favoreció un modelo más cercano a la privatización de los servicios

de salud. Entre los años 2008 y 2014, las transferencias a hospitales privados sumaron USD 2.201 millones [22]. En definitiva, aunque entre 2007 y 2017 se observó una expansión inédita del gasto en salud y del acceso a los servicios, también se consolidó un modelo tecnocrático, centralizado y dependiente del sector privado, donde la promesa de universalización convivió con una alta concentración del poder político y económico.

La década perdida del liderazgo en salud

Tras la finalización del mandato de Correa en 2017, los gobiernos sucesivos de Lenín Moreno (2017-2020) y Guillermo Lasso (2021-2023) adoptaron una postura regresiva en las políticas públicas de salud. Durante este periodo se observaron ajustes respecto al rol del Estado en salud y un variado nivel de eficiencia en el manejo de los recursos públicos en salud. Si bien es cierto que Moreno recibió un Ecuador con una deuda de 42.000 millones de dólares correspondiente al 42% del Producto Interno Bruto (PIB) y que superaba el 40% que establecía la Constitución [23]; en nombre de la “austeridad” y la “eficiencia”, se congelaron presupuestos, se despidió personal sanitario y se paralizaron numerosos programas de salud comunitaria afectando directamente el acceso a los servicios de salud.

La improvisación reemplazó a la planificación. Durante el gobierno de Lenín Moreno se sucedieron al menos seis ministros de salud, mientras que en la administración de Guillermo Lasso se designaron dos ministros en un periodo de apenas año y medio. Esta alta rotación evidencia no solo la inestabilidad política del país, sino también la fragilidad institucional del sector salud en particular. En este contexto, la salud pública pasó a ocupar un lugar cada vez más marginal en la agenda del Estado. Mientras tanto, el IESS, crucial para la provisión de salud de millones de personas afiliadas, continuó con el mal manejo y corrupción crónica [24].

El presente: caminando hacia el desmantelamiento del sistema de salud público

El gobierno de Daniel Noboa (2023–actualidad) ha retomado con fuerza una narrativa tecnocrática centrada en la “modernización” del Estado mediante la privatización de servicios clave. En salud, esta orientación se ha reflejado en un desmantelamiento progresivo del sistema público que inicia con la reducción drástica del financiamiento del MSP: más de 1.300 millones de dólares fueron recortados, afectando gravemente la capacidad operativa de los establecimientos de salud en todos los niveles de atención [25].

A esto se suma la reversión del modelo descentralizado de gestión —basado en zonas y distritos de salud— hacia un esquema centralista, lento e ineficiente ya visto previo a la constitución del 2008 [26]. En respuesta al desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, el Ejecutivo creó un nuevo Comité Nacional de Salud Pública, cuya estrategia de compras masivas centralizadas ha agravado la escasez de insumos esenciales y favorecido a grandes proveedores privados [26,27].

Los recortes de personal y la pérdida de capacidad institucional no se explican solo por las exigencias del Fondo Monetario Internacional (FMI), sino también por la ineficiencia y falta de liderazgo técnico dentro del propio MSP: cinco ministros de salud en menos de dos años de mandato. El resultado es un sistema público debilitado, dependiente y cada vez más subordinado a intereses privados.

Últimamente, las acciones y la atención se han centrado en el IESS. Recientemente el presidente Noboa declaró: “Las inconsistencias y zonas grises hay que eliminarlas. El seguro social no debe ser un prestador de salud, de eso debería encargarse el MSP” [28]. La iniciativa de “externalizar” o incluso modificar el modelo actual de salud del IESS, trasladando posiblemente su gestión a entidades privadas, plantea un cambio estructural profundo con potenciales repercusiones graves. No se trata únicamente de eficientizar procesos: lo que está en juego es la garantía del acceso universal a la salud como derecho fundamental. Esta puerta se abrió ya con la propuesta de la Transformación Sectorial del Sector Salud presentada a inicios del mandato de la ministra de salud C. Chang en 2008 y actualmente se profundiza.

Las experiencias regionales, como Chile y Colombia, han demostrado que los sistemas basados en aseguramiento privado ahondan las desigualdades y fragmentan aún más la atención en salud [29,30]. En lugar de resolver los problemas estructurales que el IESS venía acarreando desde la década de la Revolución Ciudadana, el gobierno de Noboa opta por empujar a los afiliados (más de 3 millones de aportantes) hacia sistemas que priorizan la rentabilidad sobre la cobertura. A esto se suma un discurso que criminaliza la ineficiencia pública sin ofrecer alternativas reales de fortalecimiento institucional. La “solución privada” aparece como una receta mágica, cuando en realidad puede convertirse en una trampa costosa para el Estado y una condena para quienes no puedan pagar seguros o copagos.

¿Qué futuro queremos para la salud en Ecuador?

Lo que está en juego hoy no es solo un modelo de gestión y atención, sino el carácter público y universal de la salud en Ecuador. Las reformas impulsadas por Correa, con sus luces y sombras, demostraron que con voluntad política y una inversión constante es posible avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo que busque el acceso para todas las personas [19]. Ahora, el giro hacia la privatización de la salud amenaza con consolidar un modelo excluyente, donde la calidad de atención depende de los gastos de bolsillo de cada persona o familia. Para revertir este rumbo, es fundamental que el Estado recupere su rol como garante de derechos, que se fortalezca al IESS con reformas estructurales y, sobre todo, construir una política sanitaria sustentada en el finan-

ciamiento y provisión de servicios de salud a largo plazo, con participación social y criterios de justicia social tal como lo establece la constitución. Para el 2026, Ecuador enfrenta enormes desafíos: ¿de qué manera se puede construir un sistema de salud en un contexto donde economías ilícitas relacionadas con la droga mueven cerca de 3.500 millones de USD y emplean aproximadamente 50.000 personas? [31,32]; ¿cómo deben adaptarse los servicios de salud a escenarios territoriales atravesados por la violencia social? Y, sobre todo, ¿cómo puede el sistema de salud recuperarse de forma resiliente ante esta realidad? La construcción de una salud para todos y todas exige enfrentar la restauración de una sociedad deshilachada por la violencia, en la cual los servicios de salud no están excluidos de esa realidad [33].

El debate sobre el sistema de salud requiere una discusión nacional, democrática y transparente, más allá de los sectores tecnocráticos o empresariales. Resulta fundamental reactivar la participación de las organizaciones sociales, incluidas aquellas vinculadas a la salud que han logrado subsistir pese a procesos de desmovilización y debilitamiento institucional. La salud no es una mercancía, es un derecho fundamental y defenderlo es tarea de todos y todas.

DECLARACIONES

Uso de IA

Los autores emplearon una herramienta de escritura basada en inteligencia artificial para mejorar la gramática y la redacción.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés, financiero o de otra índole, relacionado con la elaboración de este manuscrito.

Financiamiento

Ninguno.

Contribución de los autores

EQ elaboró el borrador preliminar, con revisiones posteriores de EA. Los dos autores revisaron y aprobaron la versión final.

Disponibilidad de datos


No aplica.

Agradecimientos

Ninguno.

ORCIDs

Erika Arteaga-Cruz  0000-0002-3863-8179

Edy Quizhpe  0000-0001-7111-5030

REFERENCIAS

[1] Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud

pública tradicional. Rev. Cienc. Salud. 2017;15(3):397-408.

[2] Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución

- 2008 Ecuador. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf.
- [3] De Paepe P, Echeverría Tapia R, Aguilar Santacruz E. Ecuador's silent health reform. *Int J Health Serv.* 2012;42(2):219-33.
- [4] Santoro Lamelas V. Model of health and social inequalities in Ecuador: progress and challenges. A systematic review. *J Public Health.* 2021; 29(4):775–85.
- [5] Espinosa V, Acuña C, De la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. *Rev Panam Salud Pública.* 2017;41:e96.
- [6] Aguirre M. Límites de la Salud Intercultural. 2016. Disponible en: https://fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2024/10/salud_intercultural_baja.pdf.
- [7] Colectivo Coordinador ALAMES Ecuador. 2015. Renuncia al Consejo Ciudadano Sectorial de Salud. Disponible en: <https://alames.org/renuncia-del-colectivo-alames-al-consejo-ciudadano-sectorial-de-salud/>.
- [8] Iturralde P. El negocio invisible de la salud: análisis de la acumulación de capital en el sistema de salud del Ecuador. Quito: Centro de Derechos Económicos y Sociales; 2014. Disponible en: <https://www.cdes.org.ec/wp-content/uploads/2016/02/CCSSalud-CDES.pdf>.
- [9] Iturralde P. Privatización de la salud en Ecuador: estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud; 2015. Disponible en: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/archivos/biblioteca/privatizacion-salud-baja-resolucion.pdf>.
- [10] León N. ¿Desaparece el Seguro Social Campesino? Cuenca: Fundación Donum; 2018. Disponible en: <https://fundaciondonum.org/documentos-para-el-debate/desaparece-el-seguro-social-campesino/>.
- [11] Kalapaqui K. Criminalización de la protesta 2007-2017 las víctimas del correísmo. Quito: Confederación ecuatoriana de organizaciones clasistas unitarias de trabajadores. CEDOCUT. 2017. Disponible en: <https://www.cedocut.org.ec/wp-content/uploads/2017/03/Ecuador-850-criminalizados-en-el-gobierno-de-Rafael-Correa.pdf>.
- [12] Gonzales Ospina OL. La acción colectiva frente a la compra de renuncias obligatorias en el sector público; 2013. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4409/1/09-ACT-Gonzalez.pdf>
- [13] Aguilar M. La salud pública en el Ecuador de la revolución ciudadana. *Rev. Fac Cien Med.* 2017;42(2):5-17.
- [14] Redacción Plan V. 2018. Disponible en: <https://planv.com.ec/historias/el-fracaso-la-salud-publica-la-revolucion-ciudadana/>.
- [15] Ministerio de Salud Pública. Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del MSP, acuerdo ministerial 1537, 2012. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/ESTATUTO-GESTION-ORGANIZACIONES-HOSPITALES-RO-339-25-09-2012.pdf>.
- [16] Malo-Serrano M, Malo-Corral N. Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014; 31:754–61.
- [17] Torres I, López-Cevallos D. ¿Reforma de salud en Ecuador como modelo de éxito? Crítica al número especial de la Revista Panamericana de Salud Pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;41:e148.
- [18] Chang Campos CJ. Evolución del sistema de salud de Ecuador: Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *An Fac Med.* 2017;78(4):452–60.
- [19] Quizhpe E, Martens C, Terán E, Pulkki-Brännström AM, San Sebastián M. Insights from Ecuador's journey towards universal health coverage: Lessons from recent health system reform. *J Community Syst Health.* 2025;2(1).
- [20] Arteaga Cruz E, Cuví J. El complejo médico industrial y el conservadurismo social: El caso ecuatoriano en los gobiernos de Alianza País (2007-2019). Ecuador: Debates, Balances y Desafíos Post-Progresistas. , Quito: Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina (CIESPAL); 2020. pp. 181–208.
- [21] Guarderas P, Carofilis C. Contrasentidos en las políticas contra la violencia de género y los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador: Una mirada situada. Ecuador: Debates, balances y desafíos post-progresistas. Quito: Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina (CIESPAL); 2018 (pp. 209-234).
- [22] Dávalos P. Salud Inc. Monopolio, ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de la salud en el Ecuador. Quito: Centro de Publicaciones PUCE; 2016.
- [23] Theis R. Corrupción y deuda: así se quebró el pacto entre Moreno y Correa en Ecuador. 2017. Disponible en: <https://www.verticenews.com/corruccion-deuda-asi-se-quebro-pacto-moreno-correa/>.
- [24] Roa S. 2021. La cirugía que salió mal: ¿cuánto le cuesta al país los casos de corrupción que se revelan durante la crisis sanitaria? Disponible en: <https://gk.city/2020/05/24/corruccion-emergencia-ecuador/>.
- [25] Ruales J. El recorte en el sector salud es de más de mil millones; 2020. Disponible en: <https://www.expreso.ec/actualidad/jose-ruales-recorte-sector-salud-mil-millones-249666.html>.
- [26] Decreto Ejecutivo 108: Creación del Comité Nacional de Salud Pública; 2020. Disponible en: <https://www.lexis.com.ec/noticias/decreto-ejecutivo-108-creacion-de-comite-nacional-de-salud-publica-1>.
- [27] Gobierno redefine gestión de salud con nuevo Comité Nacional de Salud Pública. Disponible en: <https://www.extra.ec/noticia/actualidad/gobierno-redefine-gestion-de-salud-con-nuevo-comite-nacional-de-salud-publica-135007.html>.
- [28] Radio Pichincha. Daniel Noboa plantea que el IESS deje de ser prestador de salud y se enfoque en pensiones e inversiones. Disponible en: <https://www.radiopichincha.com/daniela-noboa-iess-salud-pensiones-inversiones/>.

- [29] Arrivillaga M, Salcedo García JP. Globalización, inequidades sociales y financierización de la salud, debate a partir del caso Colombia. *Rev Cubana Salud Publica*. 2021 Feb 5;46:e1598.
- [30] Fuentes-García A. El clamor de las inequidades: Estallido social y salud en Chile. *Rev Chil Salud Publica*. 2019;23(2):93–4.
- [31] Clapp A. *The Economist*, 2024. A journey through the world's newest narco -state. Disponible en: <https://www.economist.com/1843/2024/11/22/a-journey-through-the-worlds-newest-narco-state>.
- [32] Carrión F. 2023. Disponible en: <https://www.rosalux.org.ec/ecuador-en-la-red-global-del-crimen-entrevista-a-fernando-carrion/>.
- [33] Quizhpe E, Pazmiño K, Rodríguez-Lanfranco F, Cueva P. Violence and healthcare in Ecuador: challenges, responses, and system resilience. *Public Health Rev*. 2025;46:1607358.