

Corrupción en salud

La economía moral del hospital
y las tensiones del sistema sanitario



DIEGO HERRERA

Corrupción en salud
La economía moral del hospital y las
tensiones del sistema sanitario

Corrupción en salud

La economía moral del hospital y las tensiones del sistema sanitario

Diego Herrera Ramírez



EDICIONES
CIESPAL

2026

Corrupción en salud

La economía moral del hospital y las tensiones del sistema sanitario

Diego Herrera Ramírez

Primera Edición

CIESPAL

Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina

Av. Diego de Almagro N32-133 y Andrade Marín • Quito, Ecuador

Teléfonos: (593 2) 254 8011

www.ciespal.org

<https://ediciones.ciespal.org/>

ISBN primera edición: 978-9978-55-212-4

Ediciones Ciespal, 2026

Los textos publicados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.



Reconocimiento-SinObraDerivada

CC BY-ND

Esta licencia permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

Contenido

Prólogo	
La incomodidad de comprender	9
Introducción	
Corrupción en salud: del desvío individual al fenómeno estructural	13
Estado de la cuestión	15
Delimitación conceptual: lo que este libro llama corrupción y lo que no	17
Plan del libro	19
Parte I	
Genealogía y economía moral	
Capítulo	1
Las esferas de legitimidad del médico	23
Capítulo 2	
La moralización de la enfermedad y la economía moral del hospital	41
Capítulo 3	
La caridad como distorsión del análisis político de la corrupción en salud	47
Parte II	
La estructura	
Capítulo 4	
La corrupción como fenómeno estructural	53
Adaptación, oportunidad y responsabilidad diluida	53

Capítulo 5	
La práctica clínica en condiciones reales	57
Capítulo 6	
Instituciones, regulación y simulación	61
Capítulo 7	
Cartografía de la corrupción sanitaria	67
Capítulo 8	
El paciente como punto de convergencia	71
Parte III	
El médico	
Capítulo 9	
El título, el mercado y el empresario de sí	77
Capítulo 10	
Profesionalismo, silencio y la desigual posibilidad de resistir	85
Parte IV	
Reforma, Estado y captura	
Capítulo 11	
Las reformas que no reformaron	93
Conclusiones	105
Glosario conceptual	109
Referencias	113

Prólogo

La incomodidad de comprender

Este es un libro incómodo. No por lo que denuncia, sino por lo que sugiere. Durante décadas, la corrupción en los sistemas de salud ha sido interpretada como una desviación, una anomalía atribuible a individuos que incumplen normas, traicionan principios o anteponen intereses personales al bienestar del paciente. Esa forma de entender el problema ha permitido construir marcos regulatorios, sistemas de control y discursos institucionales orientados a contenerlo. Sin embargo, la persistencia del fenómeno, incluso en sistemas altamente regulados, obliga a formular una pregunta distinta, más compleja y, sobre todo, más incómoda: ¿y si la corrupción no es únicamente una ruptura del sistema, sino también una expresión de su funcionamiento en condiciones reales?

El libro se construye desde esa pregunta. No busca justificar la corrupción, ni relativizar sus efectos, ni diluir la responsabilidad ética de quienes participan en ella. Su propósito es comprender, y comprender exige desplazar el análisis desde lo evidente hacia lo estructural, desde lo normativo hacia lo práctico y desde lo individual hacia lo sistémico. La pregunta habitual ¿por qué un médico se corrompe?, no queda anulada, pero sí subordinada a otra: ¿qué relaciones económicas, profesionales, simbólicas e institucionales hacen que determinadas conductas incompatibles con la integridad lleguen a ser pensables, justificables, reproducibles e incluso normales dentro del campo sanitario?

La práctica médica, lejos de desarrollarse en condiciones ideales, se configura en entornos marcados por la limitación de recursos, la presión asistencial, las demandas institucionales y múltiples formas de incertidumbre. En esos contextos, las decisiones clínicas no responden solo a protocolos o guías: se construyen en el equilibrio entre lo que debería hacerse y lo que efectivamente puede hacerse. Ese desajuste no es marginal, sino constitutivo del sistema.

La incomodidad del enfoque radica en que desestabiliza una narrativa ampliamente aceptada: la idea de que el sistema funciona correctamente y de que sus fallas son atribuibles a desviaciones individuales. Al cuestionar esa premisa, el libro no adopta una postura cínica ni fatalista. Rechaza, de hecho, dos reduccionismos simétricos. El primero sostiene que la corrupción es simple consecuencia de individuos moralmente defectuosos; el segundo atribuye toda conducta al «sistema» hasta disolver la agencia y la responsabilidad de las personas. La hipótesis que orienta estas páginas se sitúa entre ambos extremos: las personas deciden, pero nunca deciden fuera de estructuras sociales que distribuyen de manera desigual recursos, oportunidades, prestigio, vulnerabilidades y posibilidades de resistencia. Explicar no significa justificar, y la responsabilidad individual y la explicación estructural pertenecen a niveles analíticos distintos.

El lector no encontrará aquí un catálogo de casos ni una lista de soluciones. Encontrará, en cambio, un intento de construir un marco interpretativo que permita comprender por qué la corrupción persiste, cómo se manifiesta en los distintos niveles del sistema y qué implica analizarla más allá de los enfoques tradicionales. La incomodidad, en este sentido, no es un efecto secundario del análisis, sino su condición.

La incomodidad exige también precisión. Si todo aquello que se aparta del ideal normativo fuese denominado corrupción, el concepto perdería su capacidad explicativa. Por ello, el libro distingue entre corrupción en sentido estricto, error clínico, racionamiento, adaptación a la

escasez, incumplimiento organizacional y violencia estructural. Las fronteras entre estas categorías pueden ser porosas, pero no son equivalentes. El objetivo no es ampliar indefinidamente la acusación, sino comprender cuándo una práctica adaptativa se transforma en ventaja indebida, cuándo una regla informal captura una institución y cuándo la necesidad se convierte en justificación permanente.

La tesis que sostengo es, por tanto, incómoda pero acotada: la corrupción puede insertarse en las rutinas normales de un sistema y servirse de sus mecanismos ordinarios de adaptación. No toda adaptación es corrupción; sin embargo, ciertas configuraciones institucionales pueden convertir la discrecionalidad, la opacidad y la desigual distribución del poder en condiciones favorables para que el abuso se normalice.

D. H. R.

Introducción

Corrupción en salud: del desvío individual al fenómeno estructural

La corrupción en los sistemas de salud es un problema global con consecuencias sobre la calidad, la equidad, la eficiencia y la confianza pública. Su gravedad particular procede de que ocurre dentro de instituciones cuya legitimidad descansa en valores socialmente densos: cuidado, confianza, conocimiento especializado, solidaridad y protección de la vida. La Organización Mundial de la Salud la define, en términos operativos, como el abuso del poder confiado para obtener un beneficio privado; ha advertido que desperdicia recursos, deteriora los resultados sanitarios, profundiza las inequidades y erosiona la confianza pública, y ha insistido en integrar la prevención de la corrupción, la transparencia y la rendición de cuentas en el fortalecimiento de los sistemas (World Health Organization, 2019, 2023).

El enfoque clásico ubica el problema en conductas identificables: soborno, fraude, malversación, conflicto de interés no gestionado, apropiación de insumos, pagos informales, manipulación de procesos de contratación o uso del poder institucional para obtener ventajas particulares. Ese marco sigue siendo indispensable porque delimita responsabilidades. Resulta, sin embargo, insuficiente para explicar por qué ciertas prácticas persisten durante años, sobreviven a cambios regulatorios y, en ocasiones,

son conocidas por casi todos los actores sin que nadie las experimente como excepcionales (Mackey et al., 2016; Vian, 2020). Explicar la corrupción mediante la existencia de «personas corruptas» puede ser jurídicamente funcional, pero es sociológicamente pobre: identifica al actor y deja intacta la estructura que hizo posible su conducta.

Este libro amplía el nivel de observación sin disolver la responsabilidad individual. Su hipótesis central es que la corrupción no se sostiene únicamente por la voluntad de quienes se benefician de ella. Depende también de estructuras de oportunidad: monopolios decisionales, discrecionalidad sin trazabilidad, asimetrías de información, controles ritualizados, incentivos contradictorios, fragmentación organizacional y reglas informales capaces de coexistir con procedimientos formalmente correctos. Una estructura puede crear oportunidades sin obligar a aprovecharlas; una presión económica puede favorecer racionalizaciones sin convertir automáticamente en corrupto a quien la experimenta.

Para explorar ese entramado propongo un concepto que atraviesa todo el libro: la *economía moral del hospital*. La expresión no pretende convertir toda decisión clínica en una decisión económica. Designa el conjunto de valores, jerarquías, expectativas y reglas informales mediante las cuales una comunidad institucional decide qué es tolerable, qué merece prioridad, quién merece confianza, qué incumplimiento se considera comprensible y cuál se sanciona. En esa economía moral no se distribuyen solo recursos: se distribuye legitimidad.

La aproximación se complementa con la teoría de los sistemas complejos. Los hospitales y las redes sanitarias no son máquinas que producen resultados lineales a partir de reglas, sino sistemas adaptativos en los que profesionales, pacientes, financiadores, proveedores, reguladores y directivos responden unos a otros. Las intervenciones alteran incentivos y producen respuestas no previstas. La complejidad no elimina la agencia moral; obliga a situarla en un contexto donde las consecuencias emergen de interacciones múltiples (Braithwaite et al., 2018).

El argumento se desarrolla en cuatro planos conectados: el simbólico, donde se define quién merece cuidado y cómo se atribuye la responsabilidad; el clínico, donde la escasez y la incertidumbre obligan a decidir; el institucional, donde normas y auditorías pueden convertirse en evidencia de cumplimiento más que en transformación; y el político, donde se distribuyen recursos, poder y capacidad de exigir explicaciones.

El propósito no es ofrecer una teoría total de la corrupción ni sustituir el derecho por la sociología. Tampoco es proponer un programa anticorrupción. Es construir un marco interpretativo que permita a médicos, auditores, administradores, investigadores y responsables de política sanitaria reconocer en sus propias instituciones los mecanismos que aquí se describen. Comprender las condiciones que hacen posible la corrupción no equivale a excusarla; tampoco equivale a prescribir su remedio.

Estado de la cuestión

La literatura internacional ha abordado la corrupción sanitaria desde, al menos, cuatro tradiciones. La primera, jurídico-institucional, se concentra en actos prohibidos, controles y sanciones. La segunda, económica, analiza problemas de agencia, incentivos, monopolio y discrecionalidad. La tercera, organizacional, examina la cultura, las reglas informales y la normalización. La cuarta, más reciente, incorpora los sistemas complejos, la gobernanza y la economía política para comprender por qué las intervenciones anticorrupción obtienen resultados variables según el contexto.

Transparency International dedicó en 2006 un informe global específico a la corrupción en salud. El documento describió riesgos que siguen siendo reconocibles como pagos informales, desvío de medicamentos, fraude en compras, influencia indebida de actores comerciales y corrupción de alto nivel en presupuestos e infraestructura, y mostró que el sector sanitario combina grandes flujos de recursos con urgencia, asimetría de información y decisiones

técnicas difíciles de supervisar desde fuera (Transparency International, 2006). Vian (2008) propuso poco después un marco que analiza conjuntamente las oportunidades, las presiones y las racionalizaciones de los actores, junto con las estructuras administrativas y de gobernanza en que se inscriben. Una revisión sistemática posterior confirmó que las formas observadas de corrupción sanitaria dependen de condiciones organizacionales y sociales específicas, y que ninguna intervención puede prescindir de comprender los mecanismos que las sostienen (Onwujekwe et al., 2019).

Vian (2020) sintetizó buena parte de estas tradiciones al mostrar que la oportunidad de corrupción aumenta cuando confluyen concentración de poder, amplia discrecionalidad, baja transparencia, débil rendición de cuentas, escasa voz ciudadana y capacidad limitada de hacer cumplir las reglas. El marco tiene una ventaja importante: permite pasar de una explicación basada en «personas malas» a una cartografía de riesgos, sin negar que existen decisiones intencionales y beneficiarios concretos.

La agenda de la oms ha evolucionado hacia un enfoque de anticorrupción, transparencia y rendición de cuentas integrado en el fortalecimiento de los sistemas. Su documento técnico de 2023 sobre cobertura universal subraya que la corrupción y la mala gobernanza desvían recursos y obstaculizan la capacidad de los sistemas para responder a las necesidades de la población (who, 2023). Más recientemente, el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud ha insistido en que la transparencia o la sanción, aplicadas de forma aislada, suelen ser insuficientes, y en que toda respuesta debe ajustarse al tipo, el nivel y las causas de la corrupción de que se trate (Balabanova et al., 2026).

Desde América Latina, la discusión adquiere una dimensión adicional: desigualdad persistente, segmentación de la cobertura, capacidades institucionales heterogéneas y una fuerte coexistencia entre provisión pública, seguridad social y mercado privado. La corrupción deteriora la confianza, reduce el acceso y afecta de manera desproporcionada a los pobres y a las poblaciones vulnerables, con lo que profundiza

las inequidades en salud (Balabanova et al., 2026). El dato conecta el problema de la integridad con el de la equidad: el daño no se distribuye al azar.

La teoría de la economía moral aporta una pregunta distinta. En lugar de preguntar solamente qué norma se incumplió, pregunta qué valores hicieron tolerable el incumplimiento, a quién protegió, a quién perjudicó y cómo fue justificado. Thompson (1971) acuñó el concepto para analizar las expectativas normativas compartidas que legitimaban la protesta popular; Fassin (2009, 2012) lo desplazó hacia la producción, circulación y apropiación de valores y afectos en torno a problemas sociales, y hacia la valoración diferencial de vidas y sufrimientos. En el hospital, esta perspectiva permite estudiar cómo los juicios sobre mérito, urgencia, responsabilidad y utilidad atraviesan decisiones que se presentan como puramente técnicas.

El aporte que propongo se sitúa en esa intersección: conservar una definición exigente de corrupción, incorporar el análisis estructural y utilizar la economía moral para explicar los procesos de legitimación que permiten que determinadas prácticas permanezcan dentro de la normalidad institucional.

Delimitación conceptual: lo que este libro llama corrupción y lo que no

Una tesis estructural necesita límites claros. La corrupción, en sentido estricto, requiere el abuso de un poder, una posición, una función o un recurso confiados, orientado a obtener una ventaja indebida, propia o de terceros. Esa ventaja puede ser económica, política, profesional, corporativa o relacional. La conducta puede ser individual o colectiva, explícita o institucionalizada, pero debe existir una desviación del fin legítimo de la función en favor de un interés indebido.

El error clínico no es corrupción por sí mismo. Tampoco lo es una decisión razonable tomada bajo incertidumbre que termina mal. El racionamiento explícito, cuando se basa en criterios transparentes, proporcionales y

revisables, constituye una decisión distributiva difícil, no necesariamente corrupta. La adaptación a la escasez puede ser ética e incluso indispensable. El problema aparece cuando la escasez se utiliza de forma selectiva, cuando la regla cambia según la identidad o la influencia del paciente, cuando se obtienen beneficios ocultos o cuando la informalidad se convierte en un mecanismo estable para favorecer intereses particulares.

Esta delimitación permite distinguir tres niveles analíticos. En el primero se encuentran los actos inequívocos de corrupción: sobornos, malversación, facturación fraudulenta, colusión, tráfico de influencias o apropiación de insumos. En el segundo aparecen las prácticas de riesgo: conflictos de interés no declarados, discrecionalidad sin trazabilidad, incentivos perversos o decisiones opacas. En el tercero se ubican condiciones estructurales que no son corrupción en sí mismas (fragmentación, precariedad, sobrecarga, desigualdad), pero que pueden aumentar las oportunidades, reducir la resistencia o amplificar el daño.

Tabla 1.
Tres niveles para analizar la corrupción sanitaria

Nivel	Contenido analítico	Regla de lectura
I. Corrupción	Soborno, malversación, fraude, colusión, tráfico de influencias, apropiación de recursos	Existe abuso de poder, función o recurso para una ventaja indebida.
II. Prácticas de riesgo	Conflictos de interés no declarados, discrecionalidad sin trazabilidad, incentivos perversos, decisiones opacas	Aumentan el riesgo, pero no demuestran por sí mismas corrupción.
III. Condiciones estructurales	Fragmentación, precariedad, sobrecarga, desigualdad	No son corrupción; pueden ampliar oportunidades, reducir resistencia o agravar el daño.

Una condición estructural no es corrupción. Una práctica de riesgo tampoco la demuestra. El análisis exige reconstruir decisiones, beneficios, intereses y relaciones de poder.

De ello se desprende la regla analítica que gobierna todo el libro. Explicar estructuralmente una práctica no equivale a absolver al actor: la estructura modifica oportunidades, incentivos y capacidades, pero no elimina la responsabilidad. A la inversa, sancionar a un individuo no transforma necesariamente la estructura que hizo rentable, tolerable o reproducible su conducta.

Plan del libro

El libro se organiza en cuatro partes. La primera, «Genealogía y economía moral», comienza por el médico y no por la corrupción. El capítulo 1 reconstruye las esferas de legitimidad (filosófica, religiosa, científica y económica) que construyeron sucesivamente la figura del médico y que hoy coexisten en él como mandatos contradictorios. El capítulo 2 muestra cómo esa pluralidad de vocabularios se convierte, vista desde el paciente, en un mecanismo de clasificación moral, y el capítulo 3 examina la caridad como matriz histórica de los hospitales latinoamericanos y como dispositivo que despolitiza el análisis de la corrupción.

La segunda parte, «La estructura», pasa del plano simbólico al institucional. Analiza las estructuras de oportunidad de la corrupción, la práctica clínica en condiciones reales, la regulación convertida en simulación, lo que llamo ficción de control, la cartografía de las modalidades de corrupción sanitaria y el paciente como el punto donde todas ellas se vuelven visibles.

La tercera parte, «El médico», vuelve sobre el profesional desde la sociología de Bourdieu y de Foucault: el título como capital y promesa de ascenso, la conversión del médico en empresario de sí mismo, el profesionalismo como tecnología de gobierno y la desigual distribución social de la posibilidad de decir no.

La cuarta parte, «Reforma, Estado y captura», somete la tesis a una prueba histórica. Examina las reformas sanitarias latinoamericanas, con Ecuador como caso índice, hasta

la aparición de redes criminales en hospitales públicos y las intervenciones militares que les siguieron, y cierra con un análisis de la auditoría como campo de poder. Las conclusiones reúnen el recorrido en cinco tesis y en una pregunta sobre lo que una institución es capaz de reconocer como corrupción.

Parte I

Genealogía y economía moral

Capítulo 1

Las esferas de legitimidad del médico

Genealogía ideológica de una figura

Un libro sobre corrupción sanitaria que comenzara describiendo sobornos, sobrepagos o listas de espera manipuladas habría aceptado ya, sin discutirla, la premisa que este libro pretende examinar: que existe un ejercicio médico normal, técnicamente definible y moralmente estable, del cual la corrupción constituye una desviación. Esa premisa es el núcleo del pensamiento desarrollista aplicado a la salud. Supone un profesional ahistórico, un agente racional que aplica conocimiento a problemas y en consecuencia, solo puede explicar la desviación mediante dos recursos: el defecto moral individual o la insuficiencia de controles.

Este capítulo propone lo contrario. La figura del médico no es un dato natural, sino una construcción histórica, y ha sido construida sucesivamente por esferas ideológicas distintas que legitimaron su autoridad sobre bases incompatibles entre sí. El médico contemporáneo no habita una de esas legitimidades: las habita todas simultáneamente, sedimentadas y en contradicción. Se le exige la virtud del sabio antiguo, la abnegación del religioso, la neutralidad del

científico y el rendimiento del gestor, y se le exige todo ello a la vez, en la misma jornada, ante el mismo paciente.

La tesis del capítulo es que esa superposición contradictoria (y no la debilidad de carácter ni la ausencia de reglamento) constituye el terreno donde opera la economía moral del hospital. Cuando un profesional debe elegir entre cuatro legitimidades que no coinciden, la elección deja de ser normativa y se vuelve situacional; y toda elección situacional recurrente, cuando no es examinada, se convierte en costumbre institucional. Antes de preguntar por qué se roba en un hospital, conviene preguntar quién se supone que es la persona que allí trabaja, y quién decidió que fuera esa.

La noción de esfera dominante

La periodización que sigue no es una historia de la medicina, sino una historia de las fuentes de autoridad de la medicina. Weber ofreció el instrumento conceptual: las sociedades diferencian esferas de valor (religiosa, intelectual, económica, política, estética) que se rigen por lógicas internas propias e irreductibles entre sí, de modo que lo legítimo en una puede ser indiferente o incluso escandaloso en otra (Weber, 1915/1946). La modernidad no elimina esa tensión; la vuelve permanente y la traslada al interior de cada individuo, que debe vivir bajo criterios de valor que no se armonizan.

Aplicado al problema que nos ocupa, esto significa que en cada época existe una esfera que provee la moneda de legitimidad más fuerte, aquella cuyo aval convierte una práctica en respetable. La medicina, que trata con el sufrimiento, la muerte y el cuerpo, ha necesitado siempre ese aval externo, y lo ha buscado sucesivamente en la filosofía, en la religión, en la ciencia y en la economía. Cada búsqueda dejó un sedimento en la identidad profesional; ninguna lo borró.

Conviene una precisión metodológica. Las esferas no se suceden con límites nítidos ni al mismo tiempo en todas las sociedades. La periodización europea que sigue es

un esquema analítico, no una cronología universal, y en América Latina las capas aparecen desfasadas, superpuestas y a menudo simultáneas: el hospital de beneficencia y el hospital gerenciado pueden coexistir en la misma ciudad y, en ocasiones, en el mismo edificio.

La esfera filosófica: el médico como conocedor de la naturaleza

En la Grecia clásica, la medicina obtiene su legitimidad de la filosofía. La ruptura hipocrática consiste en sustraer la enfermedad del ámbito de lo sagrado y devolverla a la *physis*: el tratado *Sobre la enfermedad sagrada* sostiene que la epilepsia tiene causas naturales como cualquier otra dolencia. Ese gesto no fue científico en el sentido moderno, sino filosófico: requirió una teoría de la naturaleza antes que una técnica de observación.

De ahí deriva la primera definición de la excelencia médica. Galeno la formuló sin ambigüedad en un tratado cuyo título es ya una tesis: que el mejor médico es también filósofo (Galeno, trad. 2002). La competencia técnica resultaba insuficiente por sí sola; se requería lógica para razonar, física para comprender la naturaleza y ética para gobernar el deseo de lucro. Este último punto merece subrayarse porque suele omitirse: la advertencia contra la avaricia del médico es tan antigua como la figura del médico y aparece en el mismo texto que funda su prestigio intelectual.

Dos rasgos de esta esfera sobreviven hasta hoy. El primero es que la autoridad médica se funda en la posesión de un saber sobre el orden natural, no en la eficacia comprobada: el médico es respetable porque comprende, no porque cure. El segundo es el carácter gremial del compromiso ético. El juramento hipocrático es, en su literalidad, un pacto de linaje: se jura a los dioses, se promete enseñar el arte a los hijos del maestro y a los discípulos vinculados por contrato, y se establece qué es admisible hacer y qué no. Es el código de una corporación cerrada, no una declaración universal de derechos del paciente. La distinción importa: el origen

de la ética médica no es la protección del enfermo, sino la reputación del grupo. Esa herencia explica la persistencia de un reflejo institucional que reaparecerá en los capítulos siguientes: proteger primero al colega y solo después al perjudicado.

La esfera religiosa: el médico como instrumento de la misericordia

Con la cristianización de Occidente, la esfera dominante deja de ser la filosofía y pasa a ser la religión. El cambio es profundo porque desplaza el objeto: la prioridad ya no es la comprensión de la naturaleza sino la salvación del alma, y el cuerpo enfermo se convierte en ocasión de virtud para quien lo asiste.

El hospital medieval no es primariamente una institución terapéutica, sino una institución de hospitalidad y de mérito espiritual. Acoge al peregrino, al indigente y al moribundo; su función es albergar y consolar más que curar, y su financiamiento procede de la limosna, el legado piadoso y la fundación devota. La enfermedad admite una lectura moral (prueba, castigo, purificación) y el enfermo pobre ocupa una posición ambivalente: es objeto de caridad y, al mismo tiempo, portador de una condición que puede interpretarse como merecida.

La consecuencia para nuestro argumento es directa y es, de todas, la más persistente. En esta esfera, la atención no es una prestación debida, sino una donación. Quien la recibe no ejerce un derecho: recibe un favor cuyo mérito pertenece a quien lo otorga. Y allí donde la atención es donación, la gratitud sustituye a la exigibilidad, la excepción sustituye a la regla y el juicio moral sobre el receptor se vuelve pertinente para decidir cuánto merece.

En América Latina esta capa no es un residuo remoto. Los hospitales de la región se organizaron durante siglos bajo el régimen de la beneficencia, administrados por órdenes religiosas y juntas de notables, y esa arquitectura simbólica

sobrevivió a la estatización de los servicios. El capítulo 3 examina en detalle esta herencia y el modo en que produce lo que denomino *caridad tecnificada*: un dispositivo contemporáneo que conserva la gramática de la donación bajo la apariencia del procedimiento administrativo. Baste aquí señalar su origen. La caridad no es un defecto cultural latinoamericano; es la esfera de legitimidad que fundó nuestros hospitales.

La esfera científica: el médico como observador neutral

La tercera esfera dominante emerge con la sociedad industrial y desplaza a la religión con notable rapidez. Su acta de nacimiento clínica es la anatomía patológica: la lesión visible en el cadáver explica el síntoma observado en el vivo. Foucault (1963/1966) mostró que ese desplazamiento no consistió simplemente en acumular conocimientos nuevos, sino en reorganizar la percepción misma: una *mirada clínica* que aprende a leer el cuerpo como superficie de signos legibles y que constituye al enfermo en caso.

La consolidación institucional es posterior y deliberada. El informe Flexner (1910) reorganizó la educación médica norteamericana sobre bases de laboratorio y ciencia básica, provocó el cierre de decenas de escuelas y estableció un modelo que se exportó a todo el continente. Su efecto fue doble y ambivalente: elevó el estándar técnico y, simultáneamente, estrechó el acceso a la profesión, eliminó tradiciones terapéuticas rivales y consolidó el monopolio de un único cuerpo de conocimiento legítimo.

Sobre esa base se construye el prestigio médico del siglo xx. Parsons (1951) formalizó la operación sociológica que lo sostenía: el rol del enfermo exime de obligaciones a cambio de la obligación de buscar ayuda competente, y el rol del médico se define por una neutralidad afectiva, una especificidad funcional y un altruismo institucionalizado que justifican su autoridad. Freidson (1970) mostró después el reverso de esa formalización: lo que Parsons describía

como altruismo institucionalizado era también, y sobre todo, dominancia profesional, es decir, la capacidad de un grupo ocupacional para controlar los términos, el contenido y la evaluación de su propio trabajo, excluyendo a legos y competidores. Starr (1982) documentó cómo esa soberanía profesional se construyó políticamente y no solo por mérito epistémico.

Esta esfera aporta el rasgo ideológico más importante para nuestro problema: la presunción de neutralidad técnica. Si la decisión clínica es un acto científico, queda fuera de la política, fuera de la economía y fuera del juicio moral. El capítulo 2 se ocupa de dismantlar esa presunción; aquí basta señalar su función. La neutralidad declarada vuelve invisibles los juicios de valor que efectivamente operan, y lo invisible no puede ser auditado.

Illich (1975) llevó la crítica a su forma más radical al sostener que la institución médica se había convertido en una amenaza para la salud, no solo por el daño clínico directo, sino por una iatrogenia social y cultural que expropia a las personas la capacidad de afrontar el dolor, la enfermedad y la muerte. No es necesario suscribir la totalidad de su argumento para retener lo esencial: la esfera científica produjo una institución cuya legitimidad ya no dependía de que el paciente la aprobara.

El paréntesis bioético: la idealización normativa del juicio

A finales del siglo XX, la esfera científica encuentra su límite. Los escándalos de experimentación con seres humanos, la capacidad tecnológica de sostener la vida indefinidamente y el desgaste de la autoridad paternalista exigen una respuesta normativa. La bioética principialista de Beauchamp y Childress (1979/2019) la proporciona con una economía conceptual notable: cuatro principios autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; que ordenan la deliberación. Su éxito fue extraordinario y merece reconocimiento: introdujo la autonomía del paciente en una

tradición que la había ignorado durante veinticinco siglos y creó un lenguaje común entre disciplinas.

Pero la forma de su éxito revela su límite, y ese límite es exactamente el que este libro persigue. El principialismo es, en su estructura, un pensamiento positivista aplicado a la moral. Presupone un sujeto deliberante que dispone de tiempo, de información y de alternativas; presupone que el conflicto ético es un problema de ponderación entre principios y no un efecto de la distribución material del poder; y presupone que la deliberación ocurre en un espacio institucional neutro.

Clouser y Gert (1990) objetaron que los principios no son guías de acción, sino rótulos para conjuntos heterogéneos de consideraciones, sin una teoría moral unificada que permita resolver sus conflictos. La objeción es correcta, pero se queda corta para nuestro propósito. El problema más grave no es la incoherencia teórica, sino la ahistoricidad. Preguntar si el médico respetó la autonomía del paciente presupone que había algo que decidir; en un hospital sin el medicamento indicado, la autonomía es una ficción cortés. Preguntar si actuó con justicia distributiva presupone que el reparto estaba en sus manos; cuando la asignación se definió tres niveles administrativos más arriba, por criterios que nadie le comunicó, el principio no describe su situación: la encubre.

Aplicada sin mediación sociológica, la bioética principialista produce en la práctica latinoamericana un efecto perverso: individualiza la responsabilidad de conflictos que son estructurales y ofrece a la institución un mecanismo elegante para trasladar sus propias contradicciones al fuero de conciencia del profesional.

Aquí se localiza con precisión el punto que este libro discute con el pensamiento desarrollista. La bioética idealizante y la política sanitaria desarrollista comparten una misma operación: describen un deber ser y tratan la distancia con la realidad como un déficit que debe colmarse mediante capacitación, normativa o recursos. Ninguna de las dos considera que esa distancia pueda ser constitutiva, ni que

su administración cotidiana produzca reglas propias. La corrupción resulta entonces impensable salvo como falla y, por eso mismo, inexplicable.

La esfera económica: el médico como unidad de rendimiento

La cuarta esfera es la actual. Desde el último cuarto del siglo xx, la moneda de legitimidad dominante deja de ser la verdad científica y pasa a ser el valor económico. La medicina no se vuelve menos científica; se vuelve subordinadamente científica, en el sentido de que la evidencia debe justificarse ahora ante criterios de costo, cobertura, productividad y sostenibilidad.

McKinlay y Marceau (2002) documentaron el proceso al describir el fin de la edad dorada del ejercicio médico: pérdida del respaldo estatal incondicional, burocratización y corporatización del trabajo clínico, competencia de otros trabajadores sanitarios, efectos de la globalización y de la revolución informacional, transición epidemiológica, erosión de la confianza del paciente, deterioro de la posición del médico en el mercado laboral por sobreoferta y debilitamiento de su representación gremial. Freidson (2001) formuló la tensión en términos estructurales: el profesionalismo constituye una tercera lógica de organización del trabajo, distinta del mercado y de la burocracia, y sometida a la presión simultánea de ambos.

En América Latina esta esfera llegó traducida al lenguaje de la reforma, y el capítulo 11 examina esa traducción en detalle. Iriart, Merhy y Waitzkin (2001) mostraron cómo el modelo de atención gerenciada se instaló como nuevo sentido común de la política sanitaria regional. Su efecto sobre la identidad profesional fue menos discutido que su efecto sobre la cobertura y, sin embargo, resulta decisivo: el médico deja de ser el sujeto que decide y pasa a ser el punto donde se ejecuta una decisión tomada en otra parte, mientras conserva íntegramente la responsabilidad legal y moral por el resultado. Se le retira la autonomía y se le mantiene la culpa.

La esfera económica introduce además un mecanismo que atraviesa todo este libro: el indicador. Medir es indispensable, pero medir crea una realidad paralela que puede administrarse por separado del fenómeno que pretende representar. El capítulo 6 desarrolla las consecuencias institucionales de esa operación; lo pertinente aquí es su efecto subjetivo. Cuando el reconocimiento profesional pasa a depender de cifras de producción, tiempos promedio y adherencia a metas, la excelencia deja de ser una cualidad del juicio y se convierte en un resultado exhibible. El médico aprende a producir el dato que lo justifica. Esa competencia, la de gestionar la propia representación, es la que conecta esta sección con el resto del capítulo.

Sedimentos, no sustituciones

El error más común al leer esta secuencia es interpretarla como un reemplazo. No lo es. Las esferas no se suceden como paradigmas que se derogan; se depositan como estratos que siguen activos. El profesional que hoy trabaja en un hospital público latinoamericano opera bajo cuatro mandatos superpuestos y mutuamente incompatibles. La esfera filosófica le exige ser sabio y prudente, y evaluar cada caso en su singularidad. La esfera religiosa le exige entregarse, sacrificarse y no medir el costo personal de su vocación. La esfera científica le exige neutralidad, protocolo y adherencia a la evidencia, que es lo contrario de la singularidad. La esfera económica le exige productividad, contención de costos y resultados medibles, que es lo contrario del sacrificio ilimitado y también de la deliberación pausada.

Tabla 2.
Sedimentación de las legitimidades del médico

Esfera	Figura del médico	Mandato	Legitimidad
Filosófica	Sabio / prudente	Juzgar el caso singular	Prudencia
Religiosa	Servidor	Entregarse y sacrificarse	Vocación
Científica	Experto	Aplicar conocimiento objetivo	Evidencia
Económica	Unidad de rendimiento	Ascenso social y económico	Eficiencia

El médico contemporáneo no sustituye una identidad por otra: debe habitar las cuatro. ¿Quién decide cuál de estas legitimidades prevalece?, es la esfera ideológica dominante en los últimos tiempos la económica.

Ningún sistema de reglas puede resolver esa contradicción, porque la contradicción no está en las reglas, sino en las fuentes de legitimidad que las respaldan. Lo que ocurre en la práctica es previsible: el profesional selecciona, caso por caso, la esfera que mejor justifica lo que puede hacer. Invoca la vocación cuando debe cubrir con trabajo no pagado un déficit del sistema; el protocolo, cuando debe negar algo; la prudencia clínica, cuando debe hacer una excepción; el indicador, cuando debe rendir cuentas.

Esa capacidad de elegir la legitimidad apropiada al momento no es hipocresía; es una competencia práctica indispensable para sobrevivir en la institución. Pero es también, exactamente, la estructura de la justificación corrupta. Quien desvía un recurso puede describir su acto invocando cualquiera de las cuatro esferas: fue por el bien del paciente concreto, fue una entrega personal que el sistema no reconoce, fue lo técnicamente indicado dadas las condiciones, fue lo eficiente. La disponibilidad simultánea de cuatro vocabularios de legitimación es lo que permite que una práctica indebida no se experimente como indebida. La economía moral del hospital no inventa esos vocabularios: los hereda.

¿Qué significa ser médico en la posmodernidad?

Queda una pregunta que ninguna de las cuatro esferas responde, porque es posterior a todas ellas. Las cuatro presuponían que la legitimidad se obtiene de una instancia externa: la naturaleza, Dios, la ciencia, el mercado. La condición contemporánea añade una exigencia distinta, que no procede de ninguna instancia sino de la mirada de los otros, y que no consiste en ser algo sino en mostrarlo.

Responder a esa pregunta obliga a salir del hospital. La corrupción sanitaria no nace únicamente de sus reglas ni de los dispositivos administrativos que organizan el financiamiento, la contratación o la práctica clínica: la institución está inserta en una sociedad que produce formas específicas de deseo, reconocimiento y éxito. Si el análisis se limita a la arquitectura institucional, corre el riesgo de tratar a sus actores como sujetos abstractos, impermeables a las transformaciones culturales de su tiempo. Una lectura sociológica exige preguntar qué significa hoy ser exitoso, qué significa poseer riqueza y, sobre todo, por qué la riqueza contemporánea parece necesitar hacerse visible.

La pregunta no pretende sustituir la economía política de la corrupción por una psicología del consumo, ni sugiere que el deseo de bienes produzca mecánicamente conductas corruptas. Se trata de comprender el clima moral dentro del cual determinadas formas de acumulación, diferenciación y exhibición adquieren legitimidad, y de observar cómo ese clima atraviesa profesiones e instituciones que suelen representarse a sí mismas como espacios separados del mercado.

La riqueza siempre ha tenido una dimensión pública. Palacios, vestimentas, ceremonias, títulos y objetos excepcionales han servido históricamente para representar jerarquías. Lo que cambia en las sociedades contemporáneas no es la existencia de la distinción, sino su extensión, su velocidad y su cotidianidad. La representación del éxito se desplaza hacia un repertorio casi ilimitado de signos (vivienda, automóvil,

viajes, restaurantes, tecnología, cuerpo, educación, experiencias, presencia digital) y la posesión económica se convierte en una narrativa estética de la propia vida.

Bourdieu ofrece aquí una herramienta decisiva. En *La distinción* mostró que el gusto no es una elección puramente individual: las preferencias participan en sistemas de clasificación y diferenciación social, y los bienes y estilos de vida pueden transformarse en capital simbólico, es decir, en reconocimiento socialmente eficaz. El consumo no se agota en la utilidad del objeto; comunica posición, pertenencia y distancia respecto de otros grupos (Bourdieu, 1979/1984). La novedad contemporánea consiste en que esa distinción se democratiza en apariencia mientras se intensifica como competencia. Ya no son solo las élites tradicionales quienes construyen una estética de su posición: amplios sectores sociales participan en circuitos de comparación donde la identidad debe producirse, actualizarse y mostrarse. El éxito que no encuentra representación corre el riesgo de volverse socialmente incompleto.

Bauman (2007) describió el tránsito de una sociedad de productores a una sociedad de consumidores en la que los individuos no solo consumen mercancías, sino que deben presentarse ellos mismos como objetos capaces de atraer atención. La identidad se vuelve inestable y exige renovación permanente; lo que ayer distinguía pierde pronto su capacidad de hacerlo. Acumular deja de ser suficiente cuando el reconocimiento depende de la capacidad de convertir recursos en signos visibles: la riqueza debe circular estéticamente, debe poder narrarse, debe producir una imagen de vida deseable. En el espacio digital, esa presión encuentra una infraestructura extraordinaria, porque la comparación social deja de estar limitada al barrio, la profesión o el círculo inmediato y adquiere una audiencia potencialmente permanente.

Estetización, rendimiento e ideología

Lipovetsky y Serroy (2013) han descrito un capitalismo que incorpora de manera creciente la estética a la producción, el consumo y la experiencia cotidiana. El diseño, la emoción, la novedad y la seducción dejan de ser dimensiones periféricas para convertirse en componentes centrales de la economía, y la vida misma puede organizarse como proyecto estético. El lujo contemporáneo no consiste únicamente en bienes costosos, sino también en experiencias, cuerpos, espacios y estilos de vida capaces de comunicar singularidad. En ese hiperindividualismo, el individuo es convocado a construir su trayectoria como una obra propia; el éxito y el fracaso se privatizan simbólicamente, y las estructuras sociales permanecen, pero sus consecuencias se narran como realizaciones o insuficiencias personales. La riqueza adquiere así una función moral: demostrar que el individuo supo gestionarse correctamente.

Han introduce otra dimensión. En su crítica de la sociedad del rendimiento y de la psicopolítica neoliberal, el poder contemporáneo no opera solo mediante prohibiciones externas: moviliza la libertad, la iniciativa, la optimización y la autoexigencia. El sujeto se experimenta como proyecto y empresa de sí mismo, y el mandato ya no es únicamente obedecer, sino rendir, mejorar y demostrar capacidad (Han, 2015, 2017).

Esta transformación es importante para analizar las profesiones de alto capital simbólico. El médico no es solo un trabajador especializado: ha ocupado históricamente posiciones asociadas con el conocimiento, la autoridad y el prestigio. Sin embargo, el capital simbólico de la profesión no garantiza una correspondencia automática con sus condiciones materiales. Cuando la sociedad atribuye a una profesión una imagen de éxito superior a las posibilidades económicas que efectivamente ofrece, puede producirse una tensión entre el reconocimiento esperado y los recursos disponibles.

Esa tensión no explica por sí sola ninguna conducta corrupta, y sería un error convertirla en causa. Pero permite

formular una pregunta sociológica: ¿qué estrategias se vuelven pensables cuando el sujeto debe sostener a la vez una identidad profesional prestigiosa, una exigencia de rendimiento creciente y una economía social de la exhibición? La consulta privada, el pluriempleo, el emprendimiento, la relación con la industria, la doble práctica pública y privada o la búsqueda de nuevas fuentes de ingreso pueden ser respuestas legítimas. En determinados arreglos institucionales, algunas de esas fronteras pueden convertirse también en espacios de conflicto de interés, intermediación o apropiación indebida. Lo relevante es comprender el campo de tensiones, no moralizar al profesional.

Žižek permite cuestionar otra premisa frecuente: que la corrupción persiste porque los individuos desconocen la norma o no comprenden sus consecuencias. Su lectura de la ideología muestra que el conocimiento de una contradicción no garantiza la salida de ella: los sujetos pueden reconocer críticamente una práctica y seguir participando en los dispositivos que la reproducen. La ideología no necesita funcionar como simple engaño; puede coexistir con el cinismo y con la conciencia de la propia contradicción (Žižek, 1989). Esta idea permite mirar de otro modo al hospital que condena públicamente la corrupción mientras tolera informalmente arreglos indispensables para su funcionamiento; al profesional que critica el conflicto de interés mientras considera natural una excepción cuando lo beneficia; o al sistema que multiplica los discursos de transparencia mientras aprende a producir documentos que satisfacen la transparencia formal. No es necesario suponer ignorancia: la contradicción puede estar plenamente incorporada a la normalidad institucional.

Sztajnszrajber (2020), por último, reivindica una filosofía que incomoda el sentido común y desnaturaliza conceptos que se presentan como evidentes. Su utilidad para este análisis no reside en una teoría empírica de la corrupción, sino en recordar que categorías como éxito, mérito, propiedad, normalidad o riqueza no son transparentes. Pensarlas filosóficamente obliga a interrogar las condiciones históricas

que las hacen posibles y los intereses que quedan ocultos cuando se aceptan como naturales. Aplicado a la riqueza, este gesto obliga a preguntar por qué determinadas formas de acumulación se interpretan como signos de virtud, inteligencia o superioridad personal, y por qué la ausencia de esos signos puede vivirse como fracaso incluso cuando las condiciones de partida son radicalmente desiguales. La meritocracia reaparece aquí no solo como discurso político, sino como gramática íntima mediante la cual el sujeto interpreta su propia vida.

El hospital como superficie de una sociedad

El hospital no está fuera de estas transformaciones. Sus actores llevan consigo aspiraciones, frustraciones, jerarquías, estilos de vida y concepciones del éxito producidas socialmente. Por eso sería insuficiente analizar la corrupción sanitaria únicamente mediante mapas de procesos: las reglas formales se encuentran con sujetos históricos, y esos sujetos actúan dentro de economías morales que exceden la institución.

La observación es particularmente importante para América Latina, donde pueden coexistir la modernización del consumo, la persistencia de las desigualdades y fuertes aspiraciones de movilidad social. La exhibición de riqueza no elimina las jerarquías; puede hacerlas más visibles y convertirlas en referencia cotidiana. Este capítulo no sostiene, sin embargo, que exista una esencia latinoamericana del consumo ni que la ostentación explique la corrupción regional. Su función es más limitada y, a la vez, más profunda: mostrar que las instituciones sanitarias participan de transformaciones culturales globales que modifican la relación entre deseo, éxito y reconocimiento.

Desde esta perspectiva, las reformas sanitarias encuentran un límite que rara vez reconocen. Pueden modificar contratos, crear agencias, digitalizar expedientes, centralizar compras o multiplicar controles, pero no transforman automáticamente las subjetividades que habitan esas

estructuras. Incluso pueden intensificar la lógica del rendimiento al convertir al profesional, al hospital y al paciente en unidades permanentemente evaluadas, comparadas y clasificadas.

La corrupción, por tanto, no puede explicarse solo por la ausencia de controles, del mismo modo que tampoco puede atribuirse simplemente a una decadencia moral. Se inscribe en relaciones de poder y oportunidades institucionales, pero encuentra también un ambiente cultural en el que la acumulación, el rendimiento y la visibilidad adquieren significados particulares. La sociedad no entra al hospital desde afuera: ya está dentro de él.

Si el valor individual se vincula cada vez más con la capacidad de producir una imagen visible de éxito, ¿por qué habría de suponerse que el hospital, sus profesionales y sus administradores permanecen inmunes a esa transformación? La pregunta no acusa: desnaturaliza. Y al hacerlo devuelve la corrupción al lugar donde este libro intenta situarla: no únicamente en el individuo que transgrede, sino en la sociedad que produce las condiciones bajo las cuales ciertas transgresiones pueden adquirir sentido, legitimidad y continuidad.

Coda: las bases no cuestionadas del pensamiento desarrollista

Este capítulo ha recorrido una secuencia de legitimidades para llegar a una conclusión que ordena el resto del libro. La figura del médico, y con ella la del hospital, la del paciente y la del funcionario sanitario, no es un dato previo al análisis de la corrupción: es su primer objeto.

El pensamiento desarrollista en salud opera sobre tres supuestos que ahora pueden nombrarse. El primero es la neutralidad del agente: supone un profesional que aplica conocimiento y cuya conducta se explica por sus incentivos inmediatos. El segundo es la linealidad del progreso: supone que más recursos, más tecnología y más normativa

producen mejores sistemas, de modo que el subdesarrollo sanitario es un retraso en una escala única y la reforma, el mecanismo para avanzar en ella. El tercero es la exterioridad de la cultura: supone que los valores, las jerarquías y las expectativas sociales son un contexto que rodea al sistema, y no una materia que lo constituye por dentro.

Los tres supuestos convergen en una misma consecuencia epistemológica. Si el agente es neutral, si el progreso es lineal y si la cultura es exterior, la corrupción solo puede ser un accidente: la interferencia de una voluntad defectuosa en un dispositivo que, de suyo, funcionaría. De ahí la forma invariable de la respuesta desarrollista (capacitar, normar, auditar, sancionar, digitalizar) y de ahí también su rendimiento decreciente, que los capítulos 6 y 11 documentan.

La genealogía propuesta desactiva los tres supuestos a la vez. Muestra que el agente nunca fue neutral, porque su autoridad se construyó sucesivamente sobre bases valorativas explícitas. Muestra que el progreso no fue lineal, porque cada esfera no corrigió a la anterior, sino que se depositó sobre ella y produjo una acumulación de mandatos incompatibles. Y muestra que la cultura no es exterior, porque las categorías con las que la institución decide quién merece qué (mérito, responsabilidad, urgencia, valor social) son las mismas que la sociedad utiliza fuera de ella, y llegan al hospital dentro de las personas que lo hacen funcionar.

Lo que queda tras esa desactivación no es una teoría alternativa de la corrupción, sino una posición de observación distinta. Si la práctica médica se sostiene sobre legitimidades históricas superpuestas y contradictorias, y si el sujeto contemporáneo debe además producir una representación visible de su propio éxito, la pregunta pertinente ya no es por qué algunos individuos se desvían de la norma, sino qué normas coexisten realmente en una institución, cuál se invoca en cada situación, quién tiene la capacidad de elegir cuál se invoca y a quién beneficia esa elección. Esa es la pregunta que el capítulo siguiente desarrolla bajo el nombre de economía moral del hospital. Todo lo que sigue es su despliegue.

Capítulo 2

La moralización de la enfermedad y la economía moral del hospital

El capítulo anterior mostró que la figura del médico se construyó sobre legitimidades sucesivas que no llegaron a sustituirse entre sí, y que el profesional contemporáneo dispone por ello de varios vocabularios de justificación entre los cuales elige, situación por situación, el que mejor sostiene lo que puede hacer. Ese hallazgo deja abierta una pregunta que este capítulo recoge. Si quien atiende puede seleccionar la legitimidad que invoca, alguien tiene que ser el objeto de esa selección. La genealogía describía a la profesión; corresponde ahora describir lo que la profesión hace con el enfermo cuando ejerce esa libertad de vocabulario.

El desplazamiento no es menor. Visto desde el profesional, elegir entre la vocación, el protocolo, la prudencia clínica o el indicador parece una competencia práctica y hasta una forma de sensatez. Visto desde el paciente, esa misma elección se experimenta de otro modo: como un criterio que cambia sin explicación, que favorece a unos y posterga a otros, y cuyo fundamento nadie está obligado a hacer explícito. Lo que en el capítulo anterior era una tensión de identidad profesional se convierte aquí en un mecanismo de clasificación social. Ese tránsito, de la legitimidad heredada a la jerarquía aplicada, es el objeto de las páginas que siguen.

La conversión de lo estructural en responsabilidad individual

Uno de los mecanismos más persistentes y menos problematizados de los sistemas de salud contemporáneos es la transformación de problemas estructurales en responsabilidades individuales. Lejos de ser un error conceptual, esa transformación es una operación ideológica que permite sostener el funcionamiento del sistema sin cuestionar sus bases materiales. La práctica clínica no es neutral: está atravesada por narrativas que organizan la manera de interpretar la enfermedad, el sufrimiento y la legitimidad del paciente.

Como se sostuvo en la introducción, la corrupción no puede entenderse únicamente como una desviación normativa o un acto ilegal; es también una forma de organización del poder que se expresa en el plano simbólico. En el ámbito de la salud, esa dimensión simbólica se materializa en la economía moral del hospital, donde no todos los pacientes tienen el mismo valor ni todas las enfermedades la misma legitimidad.

Fassin (2009, 2012) reelaboró el concepto de economía moral, acuñado por Thompson, para describir los sistemas de valores que definen qué vidas merecen ser protegidas y cuáles pueden ser desatendidas. Aplicado al campo sanitario, el enfoque permite comprender que las decisiones clínicas no se basan exclusivamente en criterios técnicos, sino también en juicios implícitos sobre el mérito, la responsabilidad y la dignidad del paciente.

En ese marco, la pobreza deja de entenderse como una condición estructural y pasa a leerse como una falla individual. El desplazamiento no es inocente: despolitiza la enfermedad y legitima la desigualdad. Las inequidades en salud no resultan de elecciones individuales, sino de determinantes sociales profundamente arraigados que configuran las oportunidades de vida de las personas (Marmot et al., 2020). En la práctica clínica cotidiana, sin embargo, esos determinantes se ignoran o se minimizan

con frecuencia. El paciente que no accede a controles regulares es percibido como negligente; quien no cumple un tratamiento, como irresponsable. Esa lógica reproduce lo que Farmer (2003) denomina violencia estructural: formas de daño social que se naturalizan al atribuirse a decisiones individuales y no a condiciones sistémicas.

La moralización de la enfermedad se articula con un discurso más amplio y profundamente arraigado: el meritocrático, según el cual las posiciones sociales, incluido el acceso a la salud, son el resultado del esfuerzo individual. El enfoque de las capacidades de Sen (1999) permite advertir su punto ciego: la igualdad formal ignora las desigualdades en las capacidades reales de las personas para ejercer su libertad y produce una ilusión de equidad que oculta la injusticia estructural. En el contexto sanitario, esa lógica se traduce en lo que denomino *caridad tecnificada*, cuyo análisis desarrolla el capítulo 3: el acceso a los servicios no se configura como un derecho garantizado, sino como un beneficio condicionado al comportamiento del paciente. La transformación del derecho en concesión introduce criterios morales en la asignación de recursos, aun cuando nadie los formule explícitamente.

Este fenómeno no puede atribuirse únicamente a decisiones individuales de los profesionales. Los sistemas de salud son estructuras adaptativas en las que las prácticas emergen de interacciones múltiples entre actores, normas y contextos (Braithwaite et al., 2018). La moralización de la enfermedad no es un error aislado, sino una propiedad emergente del sistema. Greenhalgh y Papoutsi (2019) han mostrado, en un registro afín, que las estrategias de mejora concebidas como procesos lineales de difusión fracasan ante la complejidad social en que se insertan, y que esa complejidad no es un ruido que deba eliminarse, sino el objeto mismo que debe comprenderse.

La ideología del profesional interviene también en la práctica clínica. Un estudio realizado en Estados Unidos mostró que médicos con distintas afiliaciones políticas ofrecían recomendaciones diferentes ante problemas

clínicos políticamente cargados (Hersh y Goldenberg, 2016). El hallazgo pone en cuestión la noción de neutralidad clínica y obliga a reconocer que toda práctica médica está atravesada por valores.

En este contexto, la corrupción adquiere una nueva dimensión. Ya no se limita a la apropiación indebida de recursos o a la manipulación de procesos administrativos: se expresa también en la forma en que se legitiman ciertas prácticas y se invisibilizan otras. La corrupción en salud incluye tanto prácticas explícitas como dinámicas estructurales que distorsionan la equidad en el acceso y la calidad de la atención (Mackey et al., 2016). Su normalización se vincula con lo que Power (1997) denominó la sociedad de la auditoría, en la que la rendición de cuentas se convierte en un ritual técnico que no transforma necesariamente las estructuras de poder. Los mecanismos de control pueden coexistir así con prácticas profundamente inequitativas, siempre que estas se mantengan dentro de los parámetros formales del sistema.

Esta economía moral no afecta solo a los pacientes, sino también a los propios profesionales. La presión por cumplir indicadores, optimizar recursos y responder a lógicas institucionales genera tensiones éticas que suelen resolverse mediante la interiorización de esas mismas narrativas. El sistema no solo regula prácticas: produce subjetividades. Comprender ese entramado permite una crítica más profunda de la corrupción en salud, que no se limita a identificar actos ilegales, sino que analiza las condiciones de su reproducción, incluidas las que operan en el nivel más cotidiano de la práctica clínica.

El mérito como criterio oculto de distribución

La moralización no siempre adopta la forma de una declaración abierta. Con frecuencia aparece en decisiones pequeñas: cuánto tiempo se dedica a explicar un tratamiento, qué paciente recibe una segunda oportunidad, a quién se atribuye la falta de adherencia, a quién se

considera «difícil», qué familia es vista como colaboradora y cuál como problemática. Estas microclasificaciones pueden parecer irrelevantes, pero acumuladas producen trayectorias distintas dentro del mismo sistema.

No se trata de negar que las decisiones individuales importen. La adherencia, los hábitos y la capacidad de autocuidado tienen efectos clínicos reales. La cuestión es si el sistema interpreta esos comportamientos sin considerar las condiciones materiales que los hacen posibles. Pedir controles frecuentes a quien vive lejos, exigir dietas inaccesibles, dar por supuesta la conectividad digital o la alfabetización sanitaria, o sancionar ausencias sin conocer la precariedad laboral puede convertir una recomendación clínicamente correcta en una exigencia socialmente imposible.

Cuando esa imposibilidad se interpreta como falla moral, el sistema produce una doble penalización. Primero, la persona soporta la desventaja que limita su capacidad de cumplir; después, esa misma limitación se utiliza como argumento para reducirle confianza, prioridad o inversión clínica. La economía moral opera entonces como un mecanismo de clasificación que transforma la desigualdad social en aparente evidencia sobre el carácter del paciente.

La corrupción puede cruzarse con esta dinámica cuando las jerarquías morales facilitan tratamientos diferenciales en beneficio de quienes poseen recursos, relaciones o capacidad de presión. El favoritismo no necesita siempre un pago. Puede funcionar mediante redes de conocimiento, recomendaciones, accesos informales o excepciones reiteradas que, una por una, parecen gestos de ayuda y, en conjunto, redistribuyen las oportunidades de atención al margen de criterios transparentes.

La observación obliga a recuperar una distinción esencial: la compasión clínica es una virtud; el privilegio oculto no lo es. La flexibilidad puede ser necesaria para individualizar la atención; se vuelve problemática cuando carece de criterios verificables y depende de la proximidad social, política o económica del beneficiario.

Capítulo 3

La caridad como distorsión del análisis político de la corrupción en salud

Uno de los obstáculos más profundos y menos cuestionados para comprender la corrupción en los sistemas de salud es la persistencia del discurso de la caridad como marco interpretativo dominante. Ese discurso no solo configura la relación entre médico y paciente: actúa como un dispositivo ideológico que distorsiona el análisis político del problema y lo desplaza del ámbito estructural al terreno moral.

Como he sostenido en trabajos anteriores, la medicina ha sido históricamente construida como una práctica moralmente superior, asociada a valores de altruismo, vocación y servicio. Esa representación no es neutra: produce una narrativa en la que la atención sanitaria se interpreta como un acto de benevolencia y no como un derecho social. En esa narrativa, «el hospital y la práctica médica se presentan como actos de caridad dirigidos hacia pacientes que reciben atención gracias a la generosidad del profesional o del sistema» (Herrera Ramírez, 2022a, p. 3).

La transformación tiene implicaciones políticas profundas. Cuando la salud se concibe como caridad, la desigualdad deja de ser un problema estructural y se convierte en una condición moralmente tolerable. El paciente ya no es un sujeto de derechos, sino el receptor de un favor; y el sistema deja de ser responsable de garantizar condiciones

equitativas para situarse como proveedor discrecional de ayuda. Desde esta lógica, la corrupción pierde su carácter político. No se analiza como expresión de relaciones de poder, captura institucional o desigual distribución de recursos, sino como una desviación puntual dentro de un sistema que se percibe, en esencia, como moralmente correcto. El discurso de la caridad funciona así como un mecanismo de encubrimiento: mantiene la legitimidad del sistema mientras invisibiliza sus contradicciones estructurales.

El fenómeno tiene raíces históricas claras. Como se vio en el capítulo 1, los hospitales latinoamericanos surgieron como espacios de asistencia a los desposeídos, administrados con frecuencia por órdenes religiosas, donde la atención estaba vinculada a la beneficencia más que a la garantía de derechos. Esa herencia simbólica no ha desaparecido; sigue operando como una base cultural que legitima prácticas contemporáneas.

La literatura crítica ha mostrado que estos marcos morales no solo organizan la práctica, sino que condicionan la manera de interpretar la desigualdad. Fassin (2012) advierte que las sociedades contemporáneas establecen jerarquías morales entre las vidas, definiendo quién merece ser protegido y bajo qué condiciones. En el contexto sanitario, esa lógica se traduce en decisiones que, aunque se presentan como técnicas, están atravesadas por juicios implícitos sobre el valor social del paciente. De manera complementaria, el concepto de violencia estructural de Farmer (2003) describe cómo las desigualdades sociales producen un daño sistemático que luego se naturaliza. La caridad opera en este marco como una forma de neutralización simbólica: al presentar la atención como un acto de bondad, oculta las condiciones estructurales que generan la enfermedad y limita la posibilidad de exigir transformaciones profundas.

En consecuencia, el discurso de la caridad no solo distorsiona la relación clínica: debilita el análisis político de la corrupción. Al desplazar el foco desde las estructuras hacia las intenciones, convierte un problema de poder en un

problema de moral, y ese desplazamiento resulta funcional al sistema, porque permite sostener prácticas inequitativas sin cuestionar su fundamento. Mientras la salud siga interpretándose como un acto de generosidad y no como un derecho, la corrupción seguirá abordándose en sus manifestaciones más visibles, sin interrogar las condiciones que la hacen posible.

Del favor al derecho exigible

La diferencia entre caridad y derecho no reside en la presencia o la ausencia de bondad. Una institución puede actuar con enorme generosidad y mantener, sin embargo, relaciones profundamente asimétricas. El derecho introduce algo que la caridad no garantiza: criterios generales, obligaciones, posibilidad de reclamo y deber de justificar por qué casos semejantes reciben tratamientos distintos.

CASO CONCEPTUAL ... EL FAVOR

Dos pacientes requieren el mismo procedimiento y presentan una prioridad clínica comparable. La institución dispone de una sola plaza inmediata. Uno sigue el circuito ordinario. El familiar del segundo conoce a un directivo y solicita ayuda. El directivo interviene y consigue adelantar el procedimiento. No existe pago, amenaza ni falsificación documental; la intervención se justifica como solidaridad ante el sufrimiento de una familia.

La pregunta no es solamente si alguien actuó con buena intención. ¿Qué ocurrió con el derecho del paciente que no conocía a nadie?

Esta diferencia es central para el análisis de la corrupción. Allí donde el acceso depende de favores, recomendaciones o excepciones personales, la frontera entre la solidaridad y el tráfico de influencias puede volverse inestable. Un sistema habituado a resolver problemas mediante gestiones informales puede hacerlo por razones humanas y, al mismo tiempo, construir un mercado de intermediación en el que

quien conoce a alguien accede más rápido que quien solo posee una necesidad clínica.

La corrupción de baja escala suele prosperar precisamente en esos intersticios. No requiere organizaciones criminales ni grandes contratos. Puede aparecer como un pago para acelerar una cita, un regalo exigido de manera implícita, el uso de bienes públicos para fines privados o una derivación condicionada por intereses económicos. Su normalización se facilita cuando la atención se vive como concesión y no como prestación sujeta a reglas públicas.

Por eso, el desplazamiento del lenguaje de la caridad al de los derechos no expulsa la solidaridad de la medicina. Impide, en cambio, que la solidaridad ocupe el lugar de la justicia. La caridad tecnificada es precisamente la forma en que esa sustitución se vuelve rutinaria: conserva la gramática del favor dentro de los procedimientos de una institución pública.

PARADOJA DE LA CARIDAD

La caridad puede corregir una injusticia individual y, al mismo tiempo, preservar la estructura que produce sistemáticamente esa injusticia.

Cuando el acceso depende de que alguien “haga el favor”, el problema no termina cuando el favor funciona. Puede comenzar allí.

Parte II

La estructura

Capítulo 4

La corrupción como fenómeno estructural

Adaptación, oportunidad y responsabilidad diluida

La Parte I situó el problema en el plano simbólico: en las legitimidades que construyeron la figura del médico y en la economía moral que clasifica a los pacientes. Esta segunda parte desciende al plano institucional. La pregunta ya no es qué vocabularios justifican una práctica, sino qué arreglos organizacionales la hacen posible, rentable o invisible.

La corrupción en salud no puede comprenderse plenamente si se la reduce a un problema de individuos. Su recurrencia en contextos altamente regulados indica la existencia de condiciones estructurales que configuran la práctica clínica y organizacional, y que generan escenarios donde las decisiones se apartan del ideal normativo sin responder necesariamente a una intención deliberada de transgresión (Vian, 2020; who, 2023). Reconocerlo implica admitir que los sistemas de salud no operan solo a partir de normas formales, sino atravesados por reglas informales, incentivos implícitos y adaptaciones prácticas. North (1990) mostró que las restricciones informales convenciones, códigos de conducta, expectativas compartidas; pueden ser más estables y más determinantes que las reglas escritas que pretenden ordenarlas. La corrupción deja entonces de ser únicamente una categoría moral o legal para convertirse también en expresión de las tensiones internas del sistema.

Adaptación y desviación

El concepto de economía moral (Thompson, 1971; Fassin, 2009), aplicado al hospital, permite analizar cómo deciden los actores cuando las condiciones reales impiden aplicar directamente los estándares ideales. Las decisiones clínicas y administrativas no se producen en el vacío, sino en un entorno donde confluyen la disponibilidad de recursos, la presión asistencial, la organización del trabajo y las exigencias institucionales. Esas condiciones abren un espacio de negociación constante entre lo normativo y lo posible, en el que las prácticas se ajustan progresivamente a lo que el sistema permite sostener.

La distinción central es la que separa la desviación intencional de la adaptación estructural. La primera implica una ruptura consciente de las normas; la segunda responde a la necesidad de operar en condiciones que no permiten cumplirlas plenamente. La distinción no exime de responsabilidad, pero describe con más precisión la dinámica de la práctica. Cuando las prácticas que se apartan del ideal persisten incluso en ausencia de incentivos explícitos, no pueden explicarse solo por fallas individuales: se integran en la rutina y adquieren un carácter de normalidad que dificulta reconocerlas como problemáticas. La literatura sobre sistemas complejos ha descrito ese proceso como la tendencia de las organizaciones a adaptarse a sus propias limitaciones (Braithwaite et al., 2018).

Las adaptaciones organizacionales no deben confundirse con corrupción. Pueden, sin embargo, crear un terreno fértil para ella cuando desplazan controles, vuelven opacas las decisiones o consolidan privilegios informales. La pregunta relevante no es si toda adaptación constituye una anomalía, sino qué adaptaciones aumentan la capacidad de obtener beneficios indebidos sin detección ni sanción.

Estructuras de oportunidad

Pensar estructuralmente significa observar cómo se distribuyen las oportunidades de abusar de una función.

Un profesional puede tener alta discrecionalidad y baja posibilidad de beneficio; otro puede manejar compras, derivaciones o autorizaciones con capacidad de generar ventajas para terceros. El riesgo surge de la combinación entre poder, discrecionalidad, opacidad, incentivos y debilidad de los controles, no de una característica aislada. La formulación clásica de Klitgaard (1988) que plantea que la corrupción aumenta con el monopolio y la discrecionalidad y disminuye con la rendición de cuentas, sigue siendo un punto de partida útil siempre que se la lea como una gramática del riesgo y no como una ecuación predictiva (Rose-Ackerman, 1999).

Los sistemas de salud son especialmente sensibles porque concentran decisiones técnicamente complejas y difíciles de auditar desde fuera. Un paciente no puede verificar con facilidad si una prueba era necesaria, si un dispositivo tenía una alternativa equivalente, si una derivación fue clínicamente óptima o si un precio de adquisición era razonable. La asimetría de información, rasgo inevitable de la medicina, puede transformarse en asimetría de poder cuando no existen contrapesos.

Urgencia y dilución de la autoría

A ello se añade la urgencia. En emergencias clínicas, epidemias, desabastecimientos o fallas de infraestructura, los sistemas flexibilizan procedimientos para actuar con rapidez. Esa flexibilidad puede salvar vidas, pero también reduce los tiempos de revisión y amplía la discrecionalidad. La pandemia de covid-19 mostró que los procesos acelerados de contratación y distribución multiplicaron los riesgos de corrupción allí donde no fueron acompañados por mecanismos de transparencia y seguimiento adaptados a la emergencia (Griffore et al., 2023; Balabanova et al., 2026).

La estructura puede proteger a la corrupción, por último, mediante la fragmentación de la responsabilidad. Cuando una decisión atraviesa múltiples departamentos, comités, firmas y plataformas, cada actor puede alegar que solo

cumplió su parte del proceso. La burocracia, diseñada para distribuir controles, puede paradójicamente diluir la autoría cuando nadie conserva la visión completa del circuito.

Comprender la corrupción como fenómeno estructural no niega su dimensión ética; la sitúa en un contexto más amplio. La responsabilidad individual sigue siendo relevante, pero debe analizarse en relación con las condiciones que configuran la decisión. Los capítulos siguientes examinan esas condiciones en tres escenarios: la consulta, la institución que se regula a sí misma y el recorrido del paciente.

Capítulo 5

La práctica clínica en condiciones reales

Entre el ideal y lo posible

La práctica clínica es el espacio donde las tensiones del sistema de salud se vuelven más evidentes. En la interacción directa con el paciente convergen las normas, los conocimientos técnicos y las condiciones reales de atención, y esa convergencia no siempre es armónica. Con frecuencia, ejercer la medicina implica operar en un escenario donde el ideal formativo choca con limitaciones concretas.

El modelo de la medicina basada en la evidencia propone integrar la mejor evidencia disponible con la experiencia del profesional y las características del paciente. Ese enfoque supone condiciones que no siempre están presentes: tiempo suficiente para decidir, acceso a recursos diagnósticos y terapéuticos, continuidad en la atención (Djulgovic y Guyatt, 2017). En la realidad, los médicos enfrentan sobrecarga asistencial, presión por la eficiencia y limitación de recursos, y esas condiciones obligan a priorizar la resolución inmediata sobre la optimización ideal del proceso diagnóstico o terapéutico. El ajuste no responde necesariamente a una decisión consciente de desviarse, sino a la necesidad de mantener la operatividad del sistema.

Heurística y adaptación

Bajo presión de tiempo e incertidumbre, los profesionales recurren a procesos heurísticos que permiten decisiones rápidas, aunque no siempre óptimas (Croskerry, 2013; Norman et al., 2017). Conviene evitar aquí una lectura puramente deficitaria: las heurísticas no son atajos defectuosos del razonamiento, sino estrategias adaptadas a entornos con información incompleta, cuyo desempeño depende de la correspondencia entre la regla y el ambiente en que se aplica (Kahneman, 2011; Gigerenzer y Gaissmaier, 2011). El riesgo aparece cuando la sobrecarga convierte atajos razonables en automatismos no revisados.

En este marco emergen mecanismos operativos que reflejan la adaptación de la práctica a las condiciones del sistema: la sobreutilización de recursos diagnósticos como forma de compensar la incertidumbre, la omisión de procedimientos considerados no esenciales en contextos de alta demanda y la fragmentación del proceso de atención, en la que el paciente es evaluado de manera secuencial sin integración completa de la información. Estos mecanismos rara vez se perciben como problemáticos; se interpretan como estrategias necesarias para sostener la atención, y esa interpretación contribuye a normalizarlos.

Tabla 3.
La frontera que importa

Secuencia	Pregunta analítica
Condición estructural	¿Existe escasez, sobrecarga, fragmentación o urgencia?
Adaptación	¿La respuesta fue un atajo, priorización, excepción o decisión subóptima?
Trazabilidad	¿Quién decidió, por qué, con qué información y con qué alternativas?
Beneficio / interés indebido	¿Quién obtuvo ventaja? ¿Cambió la regla? ¿Se ocultó la decisión?
Posible corrupción	La hipótesis requiere evidencia adicional; la secuencia no constituye prueba automática.

La precariedad no conduce automáticamente a corrupción. La función de la figura es preservar esa frontera conceptual.

La relación entre estas prácticas y la corrupción no es directa ni lineal. No toda adaptación es corrupta, ni todas las prácticas desviadas responden a la misma lógica. Existe, sin embargo, una zona de intersección en la que decisiones clínicas condicionadas por el sistema producen efectos que se alinean con las definiciones operativas de corrupción, en particular cuando implican un uso inapropiado de recursos. Funcionales a corto plazo, esas prácticas se consolidan como parte de la normalidad operativa, y es esa consolidación la que las vuelve difíciles de ver.

El médico como actor en tensión

El médico ocupa una posición central en el sistema, no solo por su función técnica, sino por la responsabilidad directa que asume en la decisión clínica. Esa centralidad no implica autonomía plena. Los principios que organizan su formación, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (Beauchamp y Childress, 1979/2019); configuran un ideal que, como se vio en el capítulo 1, presupone condiciones que la institución rara vez garantiza. En la práctica cotidiana, el médico equilibra esos principios con las condiciones del sistema, y ese equilibrio, pocas veces explícito, se construye a partir de la experiencia y de la adaptación al entorno.

El resultado es un actor en tensión. No es el único responsable de las decisiones que toma ni una víctima pasiva de las condiciones estructurales: participa en la reproducción del sistema al tiempo que es condicionado por él. Las estrategias con que sostiene su práctica (priorizar pacientes, simplificar procesos, adaptar protocolos) pueden normalizarse con el tiempo y configurar una forma de ejercicio que se aleja del ideal formativo sin que nadie haya decidido abandonarlo.

El impacto no es solo operativo, sino ético. Jameton (1984) denominó *sufrimiento moral* (*moral distress*) a la experiencia de saber qué es lo correcto y verse impedido de hacerlo por restricciones institucionales. La exposición repetida a esa situación no produce solo desgaste: produce también la tentación de redefinir lo correcto para que coincida

con lo posible. Allí se localiza uno de los mecanismos más silenciosos de la economía moral del hospital.

Escasez, incertidumbre y decisiones trazables

La medicina real opera siempre con restricciones; incluso los sistemas mejor financiados priorizan tiempo, camas, pruebas, personal y tratamientos. El problema de integridad no surge de la restricción en sí misma, sino de la forma en que se decide bajo restricción. Una institución puede racionar de modo explícito, con criterios clínicos y mecanismos de revisión, o puede dejar que la escasez se administre mediante redes informales, capacidad de pago o influencia.

La trazabilidad convierte una decisión difícil en una decisión examinable. Registrar por qué se priorizó un procedimiento, qué alternativas existían, qué recurso faltaba y quién autorizó la excepción no elimina el conflicto, pero reduce la arbitrariedad. La ausencia sistemática de razones, en cambio, transforma la discrecionalidad clínica o administrativa en un espacio opaco donde resulta difícil distinguir la adaptación legítima del favoritismo.

Caso conceptual La excepción clínica

Un servicio carece temporalmente del recurso recomendado por protocolo. El equipo adopta una alternativa disponible, documenta la razón, informa al paciente y deja constancia de la necesidad de reevaluación. En otro caso, la misma excepción se aplica de manera selectiva, no se documenta y beneficia económicamente a un actor relacionado con la decisión.

La desviación del estándar puede ser idéntica en apariencia; lo que cambia es la trazabilidad, el interés y la distribución del beneficio.

Tampoco aquí conviene una lectura punitiva. Confundir seguridad del paciente con anticorrupción empobrece ambos campos: el error reclama aprendizaje; la corrupción reclama, además, análisis de intereses, beneficios y poder. Lo que distingue a una institución que tolera la complejidad sin normalizar la opacidad no es que sus profesionales simulen condiciones ideales, sino que las condiciones reales bajo las cuales decidieron quedan a la vista.

Capítulo 6

Instituciones, regulación y simulación

La ficción de control

Las instituciones de salud establecen normas, protocolos y mecanismos de control orientados a garantizar la calidad y la seguridad de la atención. La existencia de esos marcos no asegura, sin embargo, su cumplimiento efectivo. Las instituciones desarrollan dinámicas que permiten conciliar la exigencia formal de cumplimiento con la continuidad operativa, y en esa conciliación se aloja uno de los fenómenos centrales de este libro.

Los sistemas de auditoría y control han sido la principal estrategia frente a la corrupción en salud: verifican la adherencia a normas y buscan detectar desviaciones. Pero en contextos complejos la auditoría puede transformarse en un proceso orientado más a producir evidencia de cumplimiento que a mejorar las prácticas (Power, 1997; O'Neill, 2013). Llamo *ficción de control* a la situación en que la existencia de mecanismos regulatorios produce la apariencia de un sistema ordenado y supervisado, mientras las dinámicas reales siguen operando bajo lógicas que no se alinean con los estándares formales. Meyer y Rowan (1977) describieron el fundamento organizacional de ese desacoplamiento: las organizaciones adoptan estructuras formales porque funcionan como mitos racionalizados que confieren legitimidad, y pueden por ello separar lo que exhiben de lo que hacen.

Paradoja del control

Una institución puede mejorar su capacidad de demostrar cumplimiento sin mejorar proporcionalmente aquello que el cumplimiento pretendía proteger.

Tabla 4. LA FICCIÓN DE CONTROL

Realidad institucional	Transformación
Lo que ocurre	se registra
Lo que se registra	se mide
Lo que se mide	se informa
Lo que se informa	se audita
Lo que se audita	se convierte en la versión institucional de lo que ocurre

En cada transición puede perderse información, modificarse el significado o producirse una representación estratégicamente conveniente.

La simulación institucional aparece cuando el cumplimiento de la norma se convierte en un fin en sí mismo, independiente de su efecto sobre la práctica, forma en la que actúan las instituciones burocráticas. Los indicadores de desempeño reflejan entonces un alto nivel de adherencia, mientras la experiencia del paciente y los resultados clínicos no muestran mejoras equivalentes. Cuando los mecanismos de control ignoran las condiciones reales de la práctica, los actores los reinterpretan y generan adaptaciones que permiten cumplir formalmente sin modificar sustancialmente el funcionamiento. Las organizaciones responden a las intervenciones externas con procesos de adaptación que preservan su estabilidad (Braithwaite et al., 2018); pueden incorporar nuevas regulaciones sin alterar las dinámicas que configuran la práctica, y eso explica en parte la persistencia de la corrupción a pesar de los esfuerzos de control.

Cuando el indicador sustituye al propósito

La regulación produce inevitablemente indicadores. El problema comienza cuando el indicador deja de representar el propósito y se convierte en el propósito. Si una institución sabe que será evaluada por la existencia de formularios, puede optimizar formularios; si lo será por tiempos promedio, puede aprender a desplazar los casos que empeoran el promedio; si se exige una firma, puede producir firmas sin deliberación. La conducta adaptativa frente a la medición es previsible y no implica necesariamente fraude, pero puede vaciar de contenido el control.

La sociedad de la auditoría descrita por Power (1997) genera rituales, evidencias y lenguajes propios. En salud, esos rituales adquieren una apariencia particularmente robusta porque están rodeados de protocolos, acreditaciones, comités y matrices. Un sistema documentalmente perfecto puede seguir siendo, sin embargo, clínicamente inseguro o distributivamente injusto. Puede haber consentimiento firmado sin deliberación, protocolo sin práctica, comité sin independencia, canal de denuncia sin protección. La burocracia produce entonces una apariencia de control que dificulta observar la ausencia material de control: lo que se sustituye es el hacer correctamente por el poder demostrar documentalmente que se hizo.

La corrupción encuentra ventajas en esa distancia entre evidencia documental y funcionamiento real. Una factura puede tener todos los respaldos formales; una contratación puede recorrer todos los pasos; un expediente puede contener firmas y autorizaciones. Las preguntas decisivas quedan fuera del documento: quién definió la necesidad, cómo se construyó la especificación, qué alternativas fueron excluidas, si existían relaciones no declaradas, si el precio fue razonable, si el producto se utilizó para el fin previsto. Una auditoría que solo comprueba la existencia de documentos detecta incumplimientos, pero tiene una capacidad limitada para identificar captura o colusión.

El sujeto auditable

La auditoría suele presentarse como una mirada neutral que observa desde fuera. Desde una perspectiva postestructuralista, esa representación es insuficiente: la auditoría no solo descubre la realidad, también la produce como objeto administrativamente visible. Convierte una consulta en registro, una decisión en código, un procedimiento en evidencia, una diferencia en desviación y un conjunto de hallazgos en indicador. Lo que puede medirse adquiere visibilidad; lo que no se deja traducir fácilmente a un indicador pierde relevancia institucional.

El profesional aprende qué será auditado y adapta su comportamiento. Documenta, firma, justifica, registra. Eso puede mejorar la calidad asistencial y la trazabilidad, pero produce también un desplazamiento: la documentación deja de hacerse solo para favorecer la continuidad clínica y empieza a producirse para demostrar que se cumplió. La pregunta «¿qué necesita este paciente?» convive entonces con otra: «¿qué debo dejar registrado para demostrar después que actué correctamente?». Surge así el *sujeto auditable*, el profesional que organiza parte de su conducta para producir evidencia reconocible por el sistema de control. La organización empieza a producir no solo atención, sino evidencia de que produce correctamente atención, y ambas cosas no son equivalentes.

La paradoja de la vigilancia

Aquí aparece una contradicción central de los sistemas de integridad. Para prevenir la corrupción se crean auditorías, formularios, autorizaciones, registros electrónicos y mecanismos de supervisión, y cada dispositivo puede tener una finalidad legítima. Pero interesa observar no solo qué detecta la vigilancia, sino qué comportamiento produce. Cuando todos son tratados como potencialmente corruptos, la confianza profesional es sustituida por la demostración permanente de inocencia administrativa. La documentación

se vuelve defensiva, las decisiones difíciles se evitan y los problemas dejan de comunicarse informalmente por miedo a producir evidencia adversa.

El resultado puede ser paradójico: en lugar de una cultura de integridad, una cultura del cumplimiento aparente. Los trabajadores aprenden qué formulario completar, qué indicador satisfacer, qué palabra utilizar y qué evidencia conservar, y el sistema obtiene abundantes signos de cumplimiento sin conocer mejor la práctica real. Donde hay poder hay también adaptación: los sujetos no permanecen pasivos ante los dispositivos de vigilancia, sino que aprenden a relacionarse estratégicamente con ellos. Por eso más control no equivale automáticamente a más integridad, y por eso la ficción de control no es un fracaso de la regulación, sino una de sus formas de éxito. La corrupción, vista desde aquí, es menos una falla en el cumplimiento que la manifestación de la tensión entre las exigencias formales y las condiciones operativas.

Capítulo 7

Cartografía de la corrupción sanitaria

Dónde y cómo aparece

La corrupción sanitaria no es una práctica única, sino un conjunto heterogéneo de conductas que aprovechan distintos puntos del sistema. Clasificarlas no es un ejercicio taxonómico menor: cada modalidad tiene sus propios indicios, sus propias evidencias y sus propios mecanismos de ocultamiento. Lo que vuelve visible un fraude de facturación puede ser irrelevante frente a una licitación colusoria; una política de regalos no toca el ausentismo; la publicación de contratos no resuelve por sí sola el conflicto de interés clínico.

Compras, infraestructura y medicamentos

Los procesos de adquisición concentran riesgos por el volumen de recursos, la complejidad técnica y la capacidad de configurar especificaciones. La corrupción puede aparecer antes de la licitación, cuando se diseña una necesidad a la medida de un proveedor; durante la selección, mediante colusión, soborno o manipulación de criterios; o después de la adjudicación, a través de sobrepregios, entregas incompletas, sustitución de calidades o modificaciones contractuales injustificadas.

En medicamentos y dispositivos, los conflictos de interés son especialmente relevantes porque las decisiones combinan evidencia clínica, regulación, mercado y relaciones profesionales. La influencia comercial legítima y la corrupción no son equivalentes. El punto crítico es la transparencia de los vínculos, la independencia de la evaluación y la imposibilidad de convertir una relación privada en una ventaja institucional indebida.

Prestación clínica, derivaciones y pagos

En la prestación directa pueden aparecer pagos informales, cobros por servicios cubiertos, derivaciones condicionadas, uso privado de recursos institucionales, facturación de procedimientos no realizados o indicaciones motivadas por beneficios económicos. En los modelos de pago por prestación, el riesgo adopta la forma de sobreutilización o codificación estratégica; en los presupuestos cerrados, de subprestación, selección de pacientes o desplazamiento de costos.

No toda variación clínica implica corrupción. El riesgo se identifica en patrones: concentraciones anómalas de derivaciones, discrepancias entre indicación y ejecución, relaciones financieras, facturación atípica, repetición de excepciones o beneficios que la necesidad clínica no justifica.

Recursos humanos, información y poder cotidiano

El ausentismo no autorizado, los trabajadores fantasma, el cobro de remuneraciones por actividades no realizadas o el uso del tiempo institucional para fines privados son modalidades bien descritas en la literatura sobre gobernanza sanitaria (Onwujekwe et al., 2019; Vian, 2008). También lo es la manipulación de listas de espera, agendas o turnos cuando se utilizan para obtener ventajas o favorecer redes específicas.

La información puede ser objeto de corrupción tanto como el dinero. Alterar indicadores, ocultar eventos adversos, modificar registros para justificar pagos o producir datos ficticios para cumplir metas distorsiona decisiones posteriores y puede proteger otras prácticas. La corrupción informacional es particularmente grave porque convierte la herramienta de control en mecanismo de encubrimiento: es la ficción de control llevada a su forma activa.

Existe, finalmente, la captura de decisiones: situaciones en que grupos internos o externos consiguen orientar de manera sistemática políticas, compras, nombramientos, autorizaciones o prioridades hacia intereses particulares. La captura no siempre adopta la forma de un soborno identificable. Puede construirse mediante dependencia técnica, puertas giratorias, redes de confianza o concentración prolongada de decisiones en actores sin contrapesos.

La cartografía confirma una conclusión que atraviesa el libro: no existe una forma universal de corrupción sanitaria, y por eso tampoco existe una mirada universal capaz de reconocerla. Cada modalidad reclama que se identifique el proceso vulnerable, los beneficiarios, los incentivos, los controles que fallan y lo que la propia intervención puede producir (Balabanova et al., 2026).

Tabla 5. Cartografía funcional de la corrupción sanitaria

Territorio	Procesos vulnerables
Dinero	Contratación, facturación, compras, sobreprecios, apropiación
Decisión clínica	Derivaciones, indicaciones, procedimientos, selección de pacientes
Información	Registros, indicadores, eventos adversos, producción ficticia
Poder institucional	Nombramientos, agendas, listas, captura de decisiones, redes

La modalidad determina qué debe observarse: no existe una única mirada capaz de reconocer todas las formas de corrupción.

Capítulo 8

El paciente como punto de convergencia

Donde el sistema se vuelve visible

El paciente es el punto en que las dinámicas del sistema de salud dejan de ser abstractas. En su experiencia se materializan las decisiones clínicas, las limitaciones institucionales y las tensiones estructurales analizadas hasta aquí. No es solo el receptor de la atención: es el espacio donde se inscriben los efectos del funcionamiento del sistema.

La salud pública ha documentado ampliamente cómo las fallas de los sistemas se traducen en daños para los pacientes: retrasos diagnósticos, tratamientos inadecuados, eventos evitables (who, 2021). Esos resultados, sin embargo, rara vez se interpretan como consecuencia de dinámicas estructurales; se leen como eventos aislados o como riesgos inherentes a la práctica médica.

La fragmentación de la atención es uno de los elementos más relevantes. En muchos sistemas, el paciente transita por múltiples niveles y profesionales sin una integración efectiva de la información, y esa fragmentación no procede de la mala práctica individual, sino de la organización misma del sistema. A ella se suman barreras de acceso explícitas: económicas, geográficas, e implica procesos administrativos, tiempos de espera y criterios de priorización que el paciente no conoce. El acceso deja de depender solo de la necesidad clínica y pasa a depender también de la capacidad de navegar el sistema.

Desde la perspectiva de la equidad, estas dinámicas tienen un peso particular, porque las poblaciones más vulnerables son las que experimentan con mayor intensidad las limitaciones del sistema (Marmot et al., 2020). La corrupción no implica, entonces, solo una distorsión en el uso de los recursos, sino una profundización de las inequidades existentes. El paciente se convierte en el indicador más sensible del funcionamiento del sistema: a diferencia de los indicadores institucionales, que reflejan el cumplimiento formal, su experiencia revela la efectividad real de la atención. La asimetría de información limita, sin embargo, su capacidad para evaluar la calidad de lo que recibe, y por eso muchas de las dinámicas descritas en este libro permanecen invisibles precisamente para quienes las padecen.

El costo clínico de la opacidad

El paciente no experimenta la corrupción como una categoría abstracta. La experimenta como espera, pago inesperado, medicamento ausente, intervención innecesaria, derivación demorada, explicación incompleta o la sensación de que otra persona avanzó en la fila por razones que nadie puede justificar. Aun cuando no pueda probar un acto corrupto, percibe la falta de reglas comprensibles.

La pérdida de confianza tiene consecuencias clínicas. Gilson (2003) argumentó que la confianza no es un subproducto del buen funcionamiento sanitario, sino un recurso constitutivo del sistema: aquello que vuelve soportable la asimetría de conocimiento entre profesional y paciente. Un paciente que sospecha que una indicación responde a intereses económicos puede rechazar un procedimiento necesario; una familia convencida de que todo acceso depende de contactos puede dejar de utilizar los canales formales. La corrupción no solo extrae recursos: altera la relación epistémica entre la ciudadanía y el sistema, es decir, la posibilidad de creer que las decisiones obedecen a razones legítimas.

Incorporar la experiencia del paciente no significa sustituir la evidencia por la satisfacción ni reducir la atención centrada en la persona a un indicador de agrado (Epstein y Street, 2011). La atención adecuada puede ser incómoda, y una negativa clínicamente correcta puede generar descontento. Pero la experiencia del paciente aporta señales sobre opacidad, trato diferencial, barreras y pagos que difícilmente aparecen en los registros administrativos. Es, en rigor, el único lugar del sistema donde la economía moral del hospital, la caridad tecnificada y la ficción de control dejan de ser conceptos y se vuelven biografía.

La fragmentación y despersonalización del paciente

La fragmentación es una propiedad del sistema hasta que alguien espera seis meses. La opacidad es una propiedad institucional hasta que alguien no sabe por qué fue rechazado. La desigualdad es una distribución estadística hasta que dos necesidades semejantes reciben respuestas distintas. La corrupción deja de ser una categoría administrativa cuando modifica la trayectoria de una vida.

Parte III

El médico

Capítulo 9

El título, el mercado y el empresario de sí

Capital simbólico y promesa de ascenso

La corrupción médica puede analizarse no solo como transgresión ética individual, sino como punto extremo de una tensión estructural entre tres elementos: el capital simbólico que promete la profesión, las expectativas sociales de movilidad y éxito económico, y la incorporación progresiva de la medicina a racionalidades mercantiles que producen al médico contemporáneo, a la vez, como profesional del cuidado y como empresario de sí mismo. Esta tercera parte vuelve sobre la figura con la que comenzó el libro, pero ya no desde su genealogía, sino desde la sociología de Bourdieu y de Foucault.

La gravedad particular de la corrupción sanitaria procede de la relación desigual entre quien necesita atención y quien controla el acceso a ella. El paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad determinada por la enfermedad, el dolor, la incertidumbre y un conocimiento técnico limitado; el profesional y la institución disponen de información especializada y de capacidad para influir en decisiones que afectan directamente su vida. Esa asimetría convierte determinadas formas de corrupción en mecanismos de reproducción de la desigualdad: quienes poseen recursos o contactos obtienen ventajas informales, mientras quienes no los tienen soportan consecuencias proporcionalmente mayores. Los pagos informales, en particular, se han asociado con retrasos, renuncia a la atención y menor calidad asistencial para quienes no pueden asumírselos (Onwujekwe et al., 2019).

Una precaución conceptual

Antes de avanzar es indispensable diferenciar categorías. La medicina remunerada no es corrupción. La práctica privada no es corrupción. Obtener ganancias, o aspirar a la prosperidad económica, tampoco lo es. Un conflicto de interés no demuestra automáticamente una conducta corrupta, y una decisión clínica discutible no constituye por sí misma fraude. Medicamentos, dispositivos, aseguramiento, tecnologías diagnósticas, contratación y prestación privada generan intereses económicos legítimos; el problema aparece cuando esos intereses desplazan indebidamente el juicio clínico o el interés del paciente. La literatura sanitaria insiste en que las formas de corrupción son heterogéneas y dependen del contexto institucional en que aparecen (Vian, 2008; WHO, 2020).

La distinción es esencial, porque una crítica sociológica de la medicina comercial perdería rigor si convirtiera toda relación económica en sospecha moral. La cuestión no es que exista dinero dentro de la medicina, sino qué ocurre cuando ciertos incentivos económicos adquieren capacidad suficiente para reorganizar decisiones que deberían justificarse ante todo por necesidades clínicas, principios de justicia o reglas institucionales legítimas.

El título como capital y como promesa

El título universitario tiene una doble existencia. Formalmente certifica que una persona ha adquirido determinadas competencias; sociológicamente, modifica su posición en el espacio social. Bourdieu (1986) permite comprender esa transformación mediante el concepto de *capital cultural institucionalizado*: el diploma convierte una trayectoria educativa en una credencial socialmente reconocida cuyo valor excede la dimensión académica. En medicina la transformación es especialmente intensa, porque la credencial autoriza prácticas legalmente vedadas a quienes no pertenecen a la profesión. Obtener el título no

significa solo saber medicina: significa ser reconocido como médico. La palabra «doctor», la especialidad, la institución formadora, los posgrados y la pertenencia a ciertas redes funcionan como signos de diferenciación que convierten el capital cultural en capital simbólico.

La profesión puede entenderse, así, como un *campo* en sentido bourdieusiano: un espacio relativamente autónomo en el que los actores ocupan posiciones distintas y compiten por recursos valorados dentro de él. El campo médico está internamente jerarquizado. Olsson, Kalén y Ponzer (2019), con categorías explícitamente bourdieusianas, mostraron que las especialidades poseen niveles distintos de prestigio y que el capital simbólico interviene en las decisiones de carrera. La igualdad formal del título no elimina la desigualdad real de las posiciones.

Para determinadas familias, ingresar a medicina significa mucho más que elegir una ocupación: es una inversión intergeneracional de años de estudio, recursos económicos, expectativas y sacrificios presentes realizados en nombre de una posición futura. Pero la relación entre medicina y movilidad no debe romantizarse. Ashley y McDonald (2024), en un estudio cualitativo con estudiantes y médicos británicos de origen socioeconómico menos favorecido, mostraron que estos disponen de menores reservas de capital social, cultural y económico convertibles en posiciones competitivas, y que los médicos de origen privilegiado acceden a las carreras más disputadas por razones que no se reducen a la capacidad o el mérito. McDonald (2014) había mostrado ya, a propósito de las élites médicas británicas, la necesidad de relacionar profesión, clase, capital cultural y estatus, en lugar de tratar el éxito profesional como simple consecuencia de la competencia individual. Aunque estos hallazgos no pueden trasladarse sin más a América Latina, muestran que incluso una profesión concebida como vía de ascenso mantiene mecanismos internos de reproducción de clase.

Dos individuos pueden obtener el mismo título sin tener las mismas posibilidades de convertirlo en prestigio,

especialización o prosperidad. Uno dispone de redes familiares profesionales; el otro debe construirlas. Uno puede prolongar su formación sin ingresos; el otro necesita trabajar de inmediato. Uno financia su especialización; el otro se endeuda. La medicina es, por tanto, instrumento de movilidad y mecanismo de reproducción social a la vez, y esa tensión es uno de sus rasgos sociológicos constitutivos.

La promesa incumplida

A esta dimensión se agrega la asociación social entre medicina y prosperidad. La representación colectiva del médico reúne conocimiento, respeto, autoridad, estabilidad y una expectativa implícita de éxito económico. El problema sociológico aparece cuando esa representación deja de ser exterior y se incorpora a la identidad del profesional, que ya no se relaciona solo con lo que es, sino con lo que socialmente se supone que debería llegar a ser.

Una formación extensa genera expectativas de retorno. Años de estudio, internado, residencia, guardias y educación continua producen una percepción subjetiva de inversión acumulada. Cuando el retorno material no corresponde a esa inversión, se abre una brecha entre el prestigio simbólico de la profesión y su realidad económica. El médico puede enfrentarse a competencia creciente, contratos precarios, salarios institucionales limitados, pluriempleo, costos de especialización y dificultades para sostener una consulta privada. En términos de Bourdieu, se trata de una dificultad de conversión entre especies de capital: el profesional dispone de capital cultural y simbólico, pero intenta convertirlo en capital económico dentro de un campo donde la conversión depende de la ubicación geográfica, la especialidad, las redes, el acceso a tecnología y la posición previa. La contradicción puede formularse así: poseo el título que socialmente representa el éxito, pero no las condiciones materiales que deberían demostrarlo.

De ello no debe inferirse una relación causal simple. La frustración económica no convierte al médico en

corrupto, y afirmarlo sería insosteniblemente determinista. Puede, sin embargo, ser una condición relevante para comprender ciertas racionalizaciones cuando coincide con oportunidades, incentivos y controles deficientes; el marco de Vian (2008) es útil precisamente porque integra oportunidades, presiones y racionalizaciones en lugar de reducir el fenómeno a una causa única. La pregunta pertinente no es si la frustración corrompe, sino qué ocurre cuando una inversión educativa extraordinaria, una expectativa social de prosperidad y unas condiciones económicas percibidas como insuficientes coinciden con estructuras que permiten transformar decisiones profesionales en oportunidades económicas.

Del médico disciplinado al empresario exitoso

Tabla 6. Del profesional del cuidado al empresario de sí

Dimensión profesional	Traducción bajo racionalidad empresarial
Especialización	Inversión
Reputación	Activo
Consulta	Posicionamiento
Presencia digital	Marca
Paciente	Potencial demanda

Precaución: la prosperidad y la práctica privada no son corrupción. La cuestión analítica comienza cuando el interés económico modifica el umbral de una decisión cuya justificación primaria debería ser clínica.

Bourdieu permite analizar posiciones, capitales y luchas dentro del campo. Foucault permite formular una pregunta distinta: cómo producen esas relaciones determinadas formas de subjetividad. En *El nacimiento de la clínica*, Foucault (1963/1966) analizó la constitución de la mirada médica como modo de observar, clasificar e intervenir sobre el cuerpo del paciente. El problema contemporáneo extiende ese análisis desde el poder que se ejerce sobre el paciente hacia el poder que actúa sobre el propio médico.

El poder contemporáneo no funciona solo mediante prohibiciones; produce sujetos capaces de gobernarse a

sí mismos. La racionalidad neoliberal, tal como Foucault (2008) la describió en sus lecciones sobre biopolítica, invita al individuo a concebirse como empresario de sí mismo: a tratar su formación, su reputación, su productividad y sus relaciones como una inversión cuyo valor debe maximizarse. Aplicada a la medicina, esa racionalidad transforma la relación del profesional consigo mismo. La especialización se vuelve inversión; la reputación, activo; la consulta, posicionamiento; la presencia digital, marca; el paciente, potencialmente, demanda. No hace falta que una autoridad ordene al médico maximizar su productividad: basta con que interiorice la exigencia y se convierta en administrador permanente de sí.

La investigación empírica ofrece elementos compatibles con esta lectura. Rasooly, Davidovitch y Filc (2020), en un estudio con especialistas que trabajaban en un sistema mixto público-privado, identificaron un espectro entre dos formas de subjetividad: en un extremo, médicos que entendían su función como servicio al bien común y la salud como derecho; en el otro, profesionales que se concebían como emprendedores de sí mismos y entendían la atención como mercancía. Los autores describieron esa tensión como un proceso de subjetivación neoliberal. La enunciación «soy médico» puede coexistir entonces, cada vez más, con otra: «debo hacer rentable mi condición de médico». Y el éxito profesional empieza a medirse no solo por la calidad clínica o el beneficio del paciente, sino por los ingresos, los procedimientos, el posicionamiento, las propiedades y la capacidad de consumo que, como se vio en el capítulo 1, la sociedad exige exhibir.

La consulta privada: cuidado y mercancía

La consulta privada es un espacio sociológicamente privilegiado porque en ella confluyen dos relaciones que no son idénticas: una relación clínica y una transacción económica. La coexistencia no constituye por sí misma un problema ético. La práctica privada necesita ingresos para pagar instalaciones, personal, tecnología, impuestos, seguros

y formación, y pretender que funcione al margen de toda racionalidad económica sería desconocer sus condiciones materiales de existencia.

La tensión procede de un rasgo que distingue a la medicina de la mayoría de los mercados: la asimetría de información. Vian (2008) señala que la incertidumbre, la multiplicidad de actores y las asimetrías informativas explican buena parte de la vulnerabilidad particular del sector sanitario. El paciente no puede determinar por sí mismo qué estudio necesita, qué procedimiento está indicado o cuántas consultas requiere. Quien posee el conocimiento para definir la necesidad participa, al mismo tiempo, en la producción económica de la respuesta. Por eso la medicina no puede analizarse como un mercado convencional.

El problema comienza cuando la lógica comercial deja de ser un instrumento para sostener la práctica y empieza a reorganizar la definición misma de la práctica. Cuando el paciente se convierte en cliente, la consulta en producto, el procedimiento en unidad de producción y la actividad médica en cartera de servicios, se modifican las categorías con que el profesional comprende lo que hace. Desde una perspectiva postestructuralista no basta con afirmar que el mercado corrompe al médico; la pregunta más fértil es cómo modifica la racionalidad económica lo que el profesional entiende como normal, eficiente, exitoso o deseable. Nada de ello demuestra corrupción, pero crea estructuras de incentivo que conviene hacer visibles.

Cuando la racionalidad económica coloniza el juicio clínico

El conflicto aparece cuando una racionalidad legítima invade un espacio cuyas decisiones deberían obedecer a otra. Una organización privada necesita rentabilidad, pero la indicación de una cirugía no puede definirse por la rentabilidad de la cirugía. Un equipo diagnóstico necesita amortizarse, pero la indicación del estudio no debería derivar de esa necesidad. Un profesional tiene derecho a

honorarios, pero la necesidad de seguimiento no debería producirse artificialmente para multiplicar consultas. La cuestión no es cuánto gana un médico, sino qué capacidad tiene la expectativa de ganancia para modificar el umbral de una decisión clínica.

En ese punto pueden aparecer la utilización innecesaria de pruebas, las indicaciones influidas por beneficios secundarios, la selección de procedimientos según su rentabilidad, la priorización de pacientes económicamente atractivos o las derivaciones condicionadas por incentivos financieros. No todas estas conductas constituyen jurídicamente corrupción, y deben distinguirse del fraude, del conflicto de interés, de la sobreutilización y de las prácticas comerciales legítimas. La literatura internacional ha documentado el desvío de pacientes hacia instalaciones privadas, los pagos informales y la apropiación de recursos en distintos sistemas, pero advierte también que esas conductas dependen de condiciones contextuales y no pueden extrapolarse sin más entre países (Onwujekwe et al., 2019). Sociológicamente, pertenecen a un mismo territorio problemático: la tensión entre la lógica del cuidado y la lógica de la acumulación.

Un mismo sistema puede condenar formalmente la mercantilización y recompensar al profesional que produce más procedimientos; proclamar que el paciente es el centro de la atención y evaluar al médico sobre todo por su productividad; enseñar altruismo en la universidad e introducir después al graduado en un mercado donde prestigio, especialización y éxito económico son los criterios de reconocimiento. La cuestión de fondo no es que el médico busque dinero porque haya perdido su vocación. Es cómo una sociedad construye primero la imagen del médico exitoso, convierte el título en promesa de ascenso, exige luego evidencias materiales de ese éxito y finalmente inserta al profesional en un mercado capaz de transformar el cuidado en mercancía. Es dentro de esa contradicción, y no solo dentro de la moral individual, donde debe situarse el análisis de la mercantilización y de la corrupción en medicina.

Capítulo 10

Profesionalismo, silencio y la desigual posibilidad de resistir

Al médico se le exige, a la vez, altruismo ilimitado dentro de la institución y racionalidad empresarial fuera de ella. El mismo sujeto recibe dos mandatos que parecen opuestos: «si realmente tienes vocación, no pienses en el dinero» y «si realmente eres exitoso, debes demostrar prosperidad». El capítulo anterior examinó el segundo mandato; este examina el primero, y muestra que el discurso de la vocación, lejos de ser un contrapeso del mercado, puede funcionar también como una forma de gobierno.

El profesionalismo como tecnología de gobierno

Vocación, entrega, compromiso, responsabilidad y sacrificio tienen un indudable contenido ético. La sociología debe preguntar, sin embargo, qué funciones institucionales cumplen esos valores y quién se beneficia cuando ciertas formas de sacrificio se presentan como atributos naturales del «buen médico». La vocación puede ser una motivación auténtica. El problema aparece cuando deja de ser una disposición libre del sujeto y se convierte en expectativa organizacional. Trabajar más horas de las reconocidas, permanecer disponible fuera de la jornada, asumir responsabilidades ajenas, tolerar déficits de personal o resolver informalmente fallas estructurales pasan entonces a leerse como manifestaciones de compromiso.

El sistema sanitario no solo utiliza los conocimientos del médico: puede capturar su disposición moral hacia el cuidado y convertirla en recurso organizacional. La institución aprende una paradoja peligrosa: cuanto mayor es la capacidad del profesional para compensar las deficiencias estructurales mediante sacrificios individuales, menor es la presión para corregirlas. El médico que resuelve permanentemente lo que el sistema no proporciona termina haciendo funcional una estructura que depende precisamente de su excepcionalidad. La institución financia así parte de sus deficiencias con *capital moral*. La pregunta deja de ser cuánto está dispuesto a sacrificarse un buen médico y pasa a ser por qué ciertas organizaciones necesitan del sacrificio permanente para funcionar, y por qué esa necesidad termina atribuyéndose moralmente al trabajador. Es la misma operación que el capítulo 1 identificó en la esfera religiosa: la vocación invocada para cubrir con trabajo no pagado un déficit del sistema.

Paradoja del sacrificio

El buen profesional resuelve el problema. Como el problema fue resuelto, la institución puede dejar de sentir la presión de resolverlo. La excepcionalidad individual termina haciendo funcional una deficiencia estructural.

¿En qué momento el sacrificio deja de ser virtud y comienza a convertirse en subsidio institucional?

Las nociones de campo, *habitus* y capital simbólico permiten precisar el mecanismo. En el campo médico no todas las conductas tienen el mismo valor simbólico: ser reconocido como «comprometido», «incondicional» o «resolutivo» produce prestigio. Cuando ese capital se distribuye mediante la aceptación del sacrificio, quien establece límites laborales aparece como menos comprometido; quien cuestiona una práctica institucional, como conflictivo; quien exige recursos, como poco resolutivo; quien rechaza una responsabilidad que no le corresponde, como carente de vocación. Se produce así una inversión significativa: una deficiencia estructural se transforma discursivamente

en prueba moral para el individuo. El déficit pertenece a la organización, pero la obligación de compensarlo se desplaza hacia el profesional.

Foucault permite ir más lejos. El poder institucional es considerablemente más eficiente cuando el individuo interioriza las normas y se gobierna a sí mismo conforme a ellas. El médico no necesita que nadie le ordene quedarse después de su jornada si ha incorporado la idea de que retirarse sería incompatible con ser un buen médico; no necesita una orden para aceptar la sobrecarga si ha aprendido a interpretar la resistencia como falta de compromiso. El profesionalismo opera entonces como una *tecnología de subjetivación*: no solo establece reglas externas, sino que contribuye a producir una identidad. Ello no significa que la vocación sea falsa ni que la responsabilidad sea un mecanismo de dominación; significa que ningún valor profesional queda fuera de las relaciones de poder dentro de las cuales se utiliza. La investigación reciente sobre liderazgo médico ha propuesto, en la misma dirección, analizar el profesionalismo como un modo de gobernanza, y ha mostrado que la ética profesional puede también sostener formas de acción colectiva y de «tomar posición» frente a problemas del sistema (Jones y Armit, 2025). El profesionalismo, en suma, puede proteger al paciente y, simultáneamente, ocultar deficiencias institucionales.

Autonomía clínica: libertad y poder

La autonomía clínica ha sido defendida tradicionalmente como protección frente a interferencias administrativas, políticas o comerciales sobre el juicio profesional, y esa protección sigue siendo indispensable. Pero toda autonomía implica también capacidad de decidir sobre otros. El médico decide qué información es clínicamente relevante, qué estudios solicita, qué diagnósticos jerarquiza, qué tratamientos recomienda y cuándo intervenir. La autonomía no es solo libertad profesional: es también poder experto. De ahí una proposición que el capítulo 5 anticipó al hablar

de trazabilidad: cuanto mayor es la discrecionalidad profesional, mayor es el peso de la pregunta por sus razones. Y de ahí también una nueva paradoja, porque la exigencia de justificar puede proteger al paciente y, a la vez, convertirse en otra tecnología de vigilancia, como mostró el capítulo 6.

El silencio organizacional

Las instituciones suelen formular retrospectivamente una pregunta: ¿por qué nadie denunció antes? La pregunta parece razonable, pero presupone que hablar era una alternativa disponible y razonablemente segura. La sociología organizacional obliga a invertirla: ¿qué había aprendido el trabajador sobre las consecuencias de hablar? Si quienes cuestionan decisiones pierden oportunidades, reciben evaluaciones negativas, son excluidos de ciertos espacios, adquieren reputación de conflictivos o ven amenazada su estabilidad, el silencio deja de ser incomprensible y puede convertirse en conducta racional.

Silencio y complicidad no son, por tanto, equivalentes. El silencio puede significar indiferencia, participación o beneficio, pero también miedo, dependencia económica, subordinación jerárquica o experiencia previa de represalias. Una organización puede declarar formalmente que protege al denunciante y producir, al mismo tiempo, condiciones informales que desalientan la denuncia. La existencia de un canal de denuncias no demuestra la existencia de una cultura de transparencia; la protección efectiva depende menos del canal que de la estructura de costos de decir la verdad.

La desigual distribución de la posibilidad de resistir

Hay una cuestión que suele desaparecer del discurso ético: no todos los profesionales poseen la misma capacidad material para resistir. Un especialista con estabilidad

laboral, reconocimiento, varias fuentes de ingreso y una extensa red de contactos no ocupa la misma posición que un médico joven, endeudado, contratado temporalmente y dependiente de una sola institución. En términos de Bourdieu, la diferencia expresa una distribución desigual de capital económico, social y simbólico. Formalmente, ambos tienen derecho a denunciar; materialmente, no poseen la misma libertad para hacerlo.

Exigir a ambos el mismo comportamiento heroico ante una irregularidad puede parecer igualitario y ser, en los hechos, profundamente desigual. La posibilidad de decir no está socialmente distribuida, y la autonomía ética necesita condiciones materiales para ejercerse. Una ética que ignora esas condiciones es formalmente igualitaria, pero sociológicamente ciega.

Otra lectura del profesionalismo

Esta lectura aleja al análisis de la figura romántica del médico como individuo excepcional capaz de compensar indefinidamente, con vocación, las contradicciones del sistema. El profesional íntegro no es necesariamente el que soporta más; puede ser el que identifica el límite a partir del cual seguir soportando contribuye a normalizar una estructura deficiente. Del mismo modo, una institución que mide el compromiso por la capacidad de sacrificio de sus trabajadores confunde silencio con lealtad, obediencia con profesionalismo, documentación con integridad y cuestionamiento con insubordinación. En determinadas circunstancias, resistir puede ser una conducta tan profesional como obedecer.

Desde Bourdieu interesa identificar qué conductas recompensa el campo y qué formas de capital permiten resistir sus presiones; desde Foucault, cómo los discursos de profesionalismo, calidad, productividad, seguridad y transparencia producen determinados sujetos y normalizan determinadas conductas. La pregunta que ambos permiten formular no es solo por qué un profesional no actuó de otra

manera, sino qué estructura de incentivos, dependencias, jerarquías y relaciones de poder hizo que actuar de otra manera resultara profesional, económica o socialmente costoso. Esa pregunta no elimina la responsabilidad individual: la sitúa dentro de las condiciones sociales que hacen posible ejercerla. Y ahí reside la diferencia entre moralizar la corrupción y comprenderla.

Parte IV

Reforma, Estado y captura

Capítulo 11

Las reformas que no reformaron

Economía política de la corrupción sanitaria en América Latina y el caso ecuatoriano

LOS CAPÍTULO ANTERIORES HAN sostenido que la corrupción sanitaria no se explica únicamente por la conducta de quienes se benefician de ella, sino por configuraciones institucionales que distribuyen poder, discrecionalidad y opacidad. Esa tesis exige ahora una prueba histórica. Si la corrupción fuese un déficit de reglas, medio siglo de reformas sanitarias en América Latina, cada una anunciada como corrección de la anterior, debería haber producido sistemas progresivamente más íntegros. No ocurrió. En varios países ocurrió lo contrario: al final de la secuencia reformista aparecen denuncias de captura criminal de hospitales y despliegues militares dentro de instituciones asistenciales.

Este capítulo examina esa trayectoria. No propone que las reformas hayan causado la corrupción, afirmación tan simplista como la que atribuye el fenómeno a la maldad individual. Propone algo más incómodo: que cada oleada de reforma reorganizó los circuitos de decisión y de dinero sin alterar la economía moral que los habita, y que en esa reorganización creó nuevas superficies de captura. El caso ecuatoriano se utiliza como caso índice: no como excepción patológica ni como ejemplo típico, sino como el caso en que la secuencia se vuelve legible con particular nitidez.

Tabla 7. Reformar el sistema también redistribuye oportunidades

Movimiento de la reforma	Efecto institucional
Redistribuye autoridad	Modifica quién decide
Redistribuye recursos	Modifica quién compra, factura y recibe
Crea procedimientos y clasificaciones	Define nuevas puertas de entrada y exclusión
Crea o desplaza intermediarios	Reorganiza dependencias
Modifica la discrecionalidad	Reorganiza superficies de captura

Una reforma puede mejorar el sistema y, simultáneamente, crear nuevas oportunidades de apropiación. Las dos proposiciones pueden ser verdaderas.

Desigualdad, fragmentación y riesgo

Analizar la corrupción sanitaria en América Latina exige evitar dos simplificaciones: suponer que se trata de un problema cultural propio de la región, o importar sin ajuste modelos creados para sistemas institucionalmente distintos. La corrupción existe en todos los sistemas de salud; lo que cambia es la configuración de oportunidades, controles, recursos y desigualdades que determina sus formas y sus efectos.

La región es diversa, pero muchos de sus países comparten la segmentación entre subsistemas, las desigualdades territoriales, un gasto de bolsillo relevante, capacidades regulatorias heterogéneas y una coexistencia compleja entre provisión pública y privada. Nada de ello es corrupción. Pero multiplica las interfaces administrativas y abre zonas grises sobre quién paga, quién autoriza, quién supervisa y quién responde por la continuidad del cuidado. Cuanto más difícil es para un paciente comprender el circuito legítimo, mayor es el valor de los intermediarios informales. Y como el daño de la corrupción recae con más fuerza sobre los pobres

(Balabanova et al., 2026), la misma pérdida presupuestaria produce efectos distintos según la capacidad de las personas para comprar alternativas.

La reforma como objeto sociológico

Conviene un desplazamiento inicial. La literatura dominante trata la reforma sanitaria como una variable independiente: se diseña, se implementa, se evalúa por sus resultados. Desde una perspectiva sociológica, la reforma es también un artefacto cultural. Tiene autores, patrocinadores, vocabulario canónico, expertos autorizados y una economía de la promesa. Produce documentos, misiones técnicas, préstamos, unidades ejecutoras, consultorías y congresos. Antes de modificar la atención, modifica el campo de quienes están autorizados a hablar sobre ella.

Meyer y Rowan (1977) mostraron que las organizaciones adoptan estructuras formales no solo por eficiencia, sino porque esas estructuras funcionan como mitos racionalizados que confieren legitimidad; adoptar la forma correcta protege a la organización aunque su operación real siga otra lógica. Aplicada a la reforma sanitaria, esta lectura permite formular la pregunta que el capítulo persigue: ¿qué obtiene un sistema cuando se reforma, si lo que obtiene no es principalmente una mejora de la atención?

La respuesta no es cínica. Las reformas han producido efectos reales, algunos importantes. Pero han producido, además, dos cosas que rara vez se contabilizan: una redistribución de rentas y una reorganización de la opacidad. Toda reforma reasigna quién compra, quién autoriza, quién factura, quién audita y quién queda fuera del circuito, y esa reasignación ocurre antes de que se observe cualquier efecto sobre la salud de la población. Por eso no basta con evaluar una reforma por sus indicadores de cobertura, infraestructura o gasto. Desde Bourdieu cabe preguntar qué posiciones del campo fueron fortalecidas y cuáles debilitadas; desde Foucault, qué nuevos objetos, categorías, indicadores y sujetos gobernables produjo.

Una reforma crea clasificaciones (prestadores acreditados, pacientes prioritarios, procedimientos autorizados, metas) y cada clasificación distribuye posibilidades de acción. No solo cambia lo que el sistema hace: cambia lo que el sistema puede ver y aquello sobre lo cual puede legítimamente decidir.

Ninguna reforma comienza, además, desde cero. Encuentra redes previas, jerarquías, alianzas, favores, temores y formas informales de resolver problemas. El concepto de *habitus* (Bourdieu, 1980/1990) permite comprender por qué una norma nueva puede coexistir con una práctica antigua. Una organización puede digitalizar una autorización sin eliminar la dependencia que la atravesaba, modificar el organigrama y conservar las mismas redes, sustituir un procedimiento y mantener al intermediario, reemplazar al funcionario y preservar la posición estructural que hacía posible su discrecionalidad. El riesgo no es solo que los actores rechacen la norma nueva; es que aprendan a cumplirla formalmente mientras preservan funcionalmente la práctica anterior.

Tres oleadas y una plantilla

La secuencia regional puede describirse en tres momentos, con solapamientos considerables entre países. La primera es la del Estado sanitario desarrollista, entre las décadas de 1950 y 1970: construcción de hospitales, expansión de la seguridad social por rama de actividad, campañas verticales y una fe explícita en que el crecimiento económico arrastraría a la salud. La Declaración de Alma-Ata (1978) cierra ese ciclo con una propuesta integral de atención primaria que, en la práctica, nunca fue financiada a la escala que suponía.

La segunda oleada es la del ajuste. La crisis de la deuda de los años ochenta convirtió la reducción del gasto público en condición de refinanciamiento. Homedes y Ugalde (2005) documentaron que los programas de ajuste estructural comprometieron a la vez el mantenimiento de la infraestructura, la disponibilidad de insumos y la capacidad de sostener salarios competitivos. En ese vacío

entraron los préstamos sectoriales y, con ellos, una plantilla. El informe *Investing in health* del Banco Mundial (World Bank, 1993) consolidó un repertorio que se replicó con notable uniformidad: paquetes básicos definidos por costo-efectividad, separación entre financiamiento y provisión, descentralización administrativa, recuperación de costos, contratación de proveedores privados y evaluación por indicadores.

La tercera oleada, desde finales de los noventa, corrige parcialmente la anterior sin abandonar su gramática: aseguramiento con subsidio a la demanda, garantías explícitas, cobertura universal como meta declarada. Iriart, Merhy y Waitzkin (2001) mostraron cómo el modelo de atención gerenciada (*managed care*) se instaló en la región como nuevo sentido común de la política sanitaria, exportado desde un contexto institucional radicalmente distinto. Laurell (2001) documentó, para el caso mexicano, que una reforma promovida en nombre de la equidad produjo una estratificación más profunda del acceso. Homedes y Ugalde (2005) sintetizaron el balance regional con una tesis directa: las reformas neoliberales de salud fracasaron en América Latina no por defectos de implementación, sino por una incompatibilidad de origen entre el diseño y las condiciones institucionales en que se aplicó. En un trabajo complementario mostraron que la dimensión sistemáticamente ignorada fue la del trabajo: la descentralización y la privatización deterioraron las condiciones de empleo del personal sanitario, que terminó convertido en el principal obstáculo político de la reforma (Ugalde y Homedes, 2005). La observación es decisiva para este libro: un sistema que precariza a quienes deben sostenerlo produce, sin proponérselo, las condiciones subjetivas de la adaptación informal descritas en los capítulos 5 y 10.

Desde el pensamiento crítico latinoamericano, Breilh (2013) formuló la objeción epistemológica de fondo: la reforma opera con una noción lineal de determinante y de factor de riesgo que fragmenta el objeto y lo despoja de historia. La determinación social de la salud no es una lista

de variables que controlar, sino un proceso de generación y reproducción atravesado por relaciones de poder. Una reforma que no interroga esas relaciones puede modificar mucho y transformar poco.

Descentralización y excepción

Dos dispositivos de la secuencia merecen atención particular. El primero es la descentralización, asociada normativamente con proximidad, eficiencia y democratización. Descentralizar el poder no equivale, sin embargo, a democratizarlo. Un monopolio central puede convertirse en múltiples monopolios locales, y si la capacidad de decidir se distribuye más rápido que la capacidad de supervisar, el sistema multiplica los puntos de discrecionalidad sin multiplicar en la misma proporción la rendición de cuentas. La gramática de Klitgaard (1988) lo anticipa; la lectura foucaultiana añade que el poder no solo se concentra, sino que circula. Una institución descentralizada puede tener menos poder central y, a la vez, más espacios locales donde determinados actores poseen una enorme capacidad de decisión. La pregunta pertinente deja de ser si el poder está centralizado y pasa a ser dónde se encuentra concretamente la capacidad de decidir y qué posibilidades existen de observarla y reconstruirla.

El segundo dispositivo es la excepción. Toda institución necesita mecanismos excepcionales: las emergencias existen, y una estructura incapaz de apartarse del procedimiento ante una necesidad extrema sería igualmente peligrosa. El problema comienza cuando lo diseñado para circunstancias extraordinarias se vuelve necesario para la operación cotidiana. La excepción recurrente deja de describir un acontecimiento y empieza a describir una forma de gobierno. Cabe entonces preguntar por qué el sistema necesita suspender repetidamente sus procedimientos ordinarios para funcionar, qué controles desaparecen cuando se activa la excepción, quién adquiere discrecionalidad, quién obtiene el beneficio y quién puede

declarar que la emergencia terminó. La excepcionalidad no es prueba de corrupción, pero es uno de sus lugares privilegiados.

Ecuador como caso índice

Ecuador reúne, en un lapso comprimido, las tres oleadas, un experimento constitucional de garantía de derechos, un ciclo de expansión del gasto y un desenlace de captura criminal. Esa densidad lo vuelve un caso de estudio único.

1992-2002: la modernización y su archipiélago. En diciembre de 1992 el Congreso expidió la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios. En abril de 1994, el Acta de Cumbayá formalizó la agenda de reforma sectorial con auspicio de la OPS y del BID. Los dos instrumentos operativos del período fueron proyectos financiados por la banca multilateral: FASBASE, orientado al fortalecimiento y la ampliación de los servicios básicos, y MODERSA, de modernización de los servicios. Ambos mejoraron equipamiento, redes y equipos multiprofesionales; ninguno alteró de manera permanente la organización, el financiamiento o la rectoría del sector. El ciclo culminó con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), que creó una arquitectura de coordinación sin dotarla de capacidad efectiva de mando sobre los subsistemas. El resultado puede describirse como un archipiélago: islotes modernizados dentro de un aparato estatal erosionado. La imagen merece atención sociológica. Un archipiélago administrativo no es simplemente un Estado incompleto; es una topografía de fronteras internas, y cada frontera es una interfaz donde alguien autoriza, alguien factura y alguien queda sin poder verificar.

2005-2007: el aseguramiento como interregno. El programa de Aseguramiento Universal en Salud siguió los lineamientos de compra de servicios promovidos por la banca multilateral, con pilotos municipales en Quito, Guayaquil y Cuenca. Fue interrumpido por el cambio de ciclo político antes de consolidarse, pero dejó instalada una infraestructura

conceptual que resultaría decisiva: la del Estado como comprador de prestaciones a terceros.

2008-2016: derechos, expansión y el techo del tres por ciento. La Constitución de 2008 reconoció la salud como derecho con una visión sistémica y estableció la gratuidad de la atención pública (Ecuador, 2008). Se creó la Red Pública Integral de Salud, se emitió normativa sanitaria extensa y se constituyeron agencias reguladoras (ARCSA para productos de uso y consumo humano, ACESS para prestadores), en un sector hasta entonces caracterizado por la desregulación (Espinosa et al., 2017). El gasto creció de manera sostenida: de usd 880 millones devengados en 2008, equivalentes al 1,4 % del PIB, a un máximo de usd 3.013 millones en 2021, el 2,8 % del PIB (Primicias y Revista Gestión, 2026). Después de ese techo la asignación volvió a contraerse, hasta el 2,1 % del PIB al cierre de 2025, pese al mandato constitucional de incrementarla cada año hasta alcanzar al menos el 4 %.

Ese dato contiene la primera paradoja del caso. En trece años el gasto sanitario público se triplicó en términos absolutos y duplicó su peso relativo, y sin embargo nunca alcanzó el 3 % del PIB, muy por debajo de la referencia del 6 % que la ops propone para sistemas orientados al acceso universal (Organización Panamericana de la Salud [ops], 2014). El derecho fue declarado con una amplitud que la capacidad fiscal nunca respaldó. La brecha entre la promesa constitucional y la asignación presupuestaria no se cerró: se administró. Y administrar una brecha permanente entre derecho declarado y recurso disponible es, precisamente, el escenario que el capítulo 5 describió como generador de discrecionalidad opaca.

La segunda paradoja es de diseño. Al garantizar la gratuidad sin capacidad instalada suficiente, el Estado se convirtió en comprador masivo de servicios a la red privada complementaria, y también de medicamentos, dispositivos, alimentación, limpieza, mantenimiento y seguridad. La expansión del derecho fue simultáneamente una expansión del mercado de proveedores del Estado. En ese punto, la política de derechos y la estructura de oportunidad de la corrupción dejan de ser dos historias separadas.

2017-2022: austeridad, pandemia y la excepción como método. La contracción fiscal posterior redujo la asignación real justo cuando la red construida requería operación y mantenimiento. La pandemia añadió el ingrediente que el capítulo 4 identificó como el más peligroso: la urgencia que flexibiliza procedimientos. Los procesos de contratación de emergencia en hospitales ecuatorianos derivaron en investigaciones fiscales por sobrepagos en insumos médicos y por desvío y comercialización de fármacos, en tramas que vincularon a intermediarios privados con funcionarios de la seguridad social. Lo relevante para el argumento no es la enumeración de casos, sino su morfología: la emergencia no creó la red; le retiró los controles que la contenían.

Del sobrepago a la extorsión

Aquí ocurre la mutación que da su sentido a este capítulo. Hasta ese momento, la corrupción sanitaria ecuatoriana era describible con las categorías clásicas del capítulo 7: sobrepago, colusión, conflicto de interés, corrupción informacional. A partir de 2023 aparece una modalidad que ninguna de esas categorías captura por completo.

En marzo de 2023 fue asesinada la directora administrativa del hospital Teodoro Maldonado Carbo, del IESS, en Guayaquil, semanas después de haber acompañado al gerente en denuncias públicas sobre extorsiones y presiones de contratistas; al día siguiente, el IESS confirmó la renuncia de seis funcionarios de la dirección técnica del hospital (Teleamazonas, 2023). En enero de 2024 fue asesinado en Guayaquil, camino de una audiencia, el fiscal que había investigado sobrepagos y peculado en ese mismo hospital y en otros de la ciudad (Vistazo, 2024). A comienzos de 2025 fue secuestrado el director financiero del Teodoro Maldonado (Primicias, 2025a). Un recuento periodístico de 2026 contabilizaba cinco crímenes contra funcionarios y contratistas del hospital desde octubre de 2022, sin detenidos ni procesados en ninguno de ellos (Primicias,

2026b). Los hospitales aparecen entonces no solo como objeto de desvío de recursos, sino como territorio disputado por organizaciones armadas.

El detalle empírico que mejor condensa el fenómeno es menor y, por eso, decisivo. En el hospital Monte Sinaí de Guayaquil, los usuarios denunciaron que agentes de una empresa de seguridad, con cinco meses de pagos adeudados, cobraban un dólar para permitir el ingreso sin controles, mientras se activaban veintisiete alertas de violencia al mes (Primicias, 2025b). Un dólar en la puerta de un hospital público gratuito es una transacción trivial en términos económicos y densa en términos sociológicos: cifra la conversión del acceso en peaje, de la subcontratación en soberanía delegada y del impago estatal en licencia informal de cobro.

Los datos de contratación del mismo período muestran el otro extremo de la escala. Hasta mediados de agosto de 2025, el Hospital Universitario de Guayaquil había adjudicado contratos por usd 234.311, alrededor del 2,5 % de los usd 9,5 millones adjudicados en todo 2024; en el primer semestre, el Guasmo Sur no alcanzó el 25 % de lo comprado el año anterior. Al mismo tiempo, veedurías ciudadanas denunciaron la concentración de contratos de limpieza, alimentación y mantenimiento en pocos proveedores (Ecuavisa, 2025; Primicias, 2025b), y la Comisión Nacional Anticorrupción identificó, en contratos del IESS, proveedores cuya actividad registrada correspondía a la venta de licor o a la confección de ropa (Comisión Nacional Anticorrupción, 2024). El contraste importa: la escasez de recursos para la atención convive con la persistencia de rentas estables en los servicios de apoyo. No es un sistema sin dinero; es un sistema en el que el dinero circula por circuitos protegidos y la atención, por circuitos desabastecidos.

El desabastecimiento confirma la asimetría. El desabastecimiento de medicamentos pasó del 20 % en 2023 al 28 % en 2025 (GK, 2025). A finales de septiembre de 2025, el Ministerio de Salud Pública declaró una emergencia institucional de sesenta días para la adquisición

de medicamentos e insumos (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2025); de los 188 hospitales especializados y básicos, sesenta tenían entonces un abastecimiento inferior al 80 % (Primicias, 2025c). Para 2026, el Ministerio estimó en usd 687 millones lo necesario para medicinas e insumos, mientras el Ministerio de Finanzas presupuestó alrededor de usd 300 millones (Primicias, 2026a). El gasto de bolsillo de los hogares, el indicador que traduce la falla sistémica en economía doméstica, supera el 30 % del gasto total en salud y se aproxima al 40 % si se suman los seguros privados (Plan V, 2025). La receta escrita en un papel para que la familia compre gasas y paracetamol es la forma final que adopta, en la vida de un paciente, toda la cadena analizada en este capítulo.

La militarización del hospital

La respuesta estatal completó la mutación. En febrero de 2025, tras el secuestro de su director financiero, el Teodoro Maldonado Carbo fue militarizado, con presencia de personal armado en sus accesos. En agosto de ese año, luego de la muerte de doce recién nacidos en el Hospital Universitario, el Ministerio de Salud Pública anunció que tres hospitales de Guayaquil: el Universitario, el Monte Sinaí y el Guasmo Sur, pasarían a ser dirigidos por oficiales de la Armada, cada uno acompañado por un equipo que asumiría las áreas jurídica, de talento humano, financiera y de bodega; la medida se justificó por la seguridad de pacientes y personal y por las denuncias de redes de corrupción en esos centros (El Diario, 2025; Primicias, 2025b). En marzo de 2026, tras el asesinato del jefe de servicios generales del Teodoro Maldonado, a quien el presidente de la República atribuyó públicamente haberse negado a firmar contratos para mafias de la limpieza, un decreto ejecutivo dispuso la intervención temporal del hospital durante ciento ochenta días con el propósito declarado de prevenir la infiltración del crimen organizado en la contratación, la adquisición de medicamentos y la administración de bodegas (Vistazo, 2026). En junio de 2026, el Ministerio devolvió la gerencia

de los tres hospitales intervenidos a autoridades con formación sanitaria, cerrando la intervención naval iniciada en 2025 (El Diario, 2026).

Dos lecturas clásicas permiten comprender lo que esta secuencia revela. Tilly (1985) propuso entender la formación del Estado como una empresa de protección que, en su origen, no se distinguía nítidamente del crimen organizado: quien controla la violencia vende seguridad frente a amenazas que él mismo contribuye a producir. El dólar en la puerta del Monte Sinaí y los contratos de limpieza disputados por organizaciones armadas son, en esa clave, formas de extracción de renta por protección dentro del propio aparato asistencial. La militarización es el intento del Estado de recuperar el monopolio de esa protección; su aparición dentro de un hospital indica hasta qué punto ese monopolio se había erosionado. Auyero (2007), por su parte, describió la *zona gris* en la que agentes estatales y actores violentos no se oponen simplemente, sino que se entrelazan en redes de connivencia que el lenguaje de la ley y el delito no alcanza a nombrar. Los hospitales de este período se parecen a esa zona gris: la frontera entre el contratista, el funcionario y la organización criminal no coincide con la frontera entre lo público y lo privado.

La militarización, sin embargo, no resuelve la economía moral que describe este libro; la desplaza. Sustituye la autoridad clínica y administrativa por una autoridad de otro orden, y con ello confirma, en su forma más extrema, la tesis del capítulo 6: cuando el control documental fracasa, el Estado no recurre a otra forma de comprensión, sino a otra forma de vigilancia. La secuencia completa de la reforma que reorganiza rentas a la gratuidad sin capacidad instalada, de la emergencia que retira controles a la extorsión que se instala en los servicios de apoyo, y de ahí al uniforme en la gerencia, muestra que la corrupción sanitaria ecuatoriana no fue un desvío respecto de la historia de sus reformas, sino una de sus consecuencias posibles.

Conclusiones

De la búsqueda del culpable a la comprensión del circuito

La corrupción sanitaria no puede comprenderse mediante una oposición sencilla entre médicos virtuosos y médicos corruptos. El recorrido de este libro lo ha mostrado desde cuatro ángulos. El médico entra en una profesión construida sobre legitimidades sucesivas e incompatibles, y dispone por ello de varios vocabularios para justificar lo que hace. Invierte años en adquirir capital cultural y deposita en el título una expectativa de ascenso, pero ingresa en un campo jerarquizado donde las posiciones dependen de redes, reputación y recursos desigualmente distribuidos. Recibe mensajes contradictorios: debe ser altruista y sacrificarse, pero también competir, especializarse, construir reputación y demostrar éxito. Ante la auditoría aparece como experto y, a la vez, como objeto de vigilancia. Y todo ello ocurre en instituciones que heredaron la gramática de la caridad, que administran una brecha permanente entre el derecho declarado y el recurso disponible, y que, en algunos casos, han terminado disputadas por organizaciones armadas.

Tres conceptos han organizado ese recorrido. La *economía moral del hospital* nombra el conjunto de valores, jerarquías y reglas informales mediante las cuales una comunidad institucional decide qué es tolerable, quién merece prioridad y qué incumplimiento es comprensible. La *caridad tecnificada* nombra la supervivencia de la gramática del favor dentro de los procedimientos de una institución pública, que convierte el derecho en concesión y al paciente en deudor. La *ficción de control* nombra la situación en que los mecanismos regulatorios producen la apariencia de un sistema supervisado mientras las dinámicas reales siguen

su propia lógica. Ninguno de los tres es un concepto sobre individuos corruptos; los tres describen el ambiente en que ciertas conductas se vuelven pensables, justificables y reproducibles.

A partir de ese recorrido pueden formularse cinco tesis, entendidas no como leyes universales, sino como hipótesis de investigación.

Tesis I

La corrupción sanitaria no puede explicarse exclusivamente mediante la moral individual. La responsabilidad pertenece al individuo, pero las oportunidades y las restricciones están estructuralmente distribuidas. Investigar solo al infractor permite sancionar una conducta; investigar además el campo permite comprender su posibilidad de repetición. La economía moral del hospital es el nombre de ese campo en su dimensión normativa.

Tesis II

El mercado no corrompe necesariamente la medicina, pero modifica las condiciones en que se ejerce el juicio clínico. La práctica privada es legítimamente una actividad económica. La cuestión crítica es determinar cuándo la racionalidad comercial deja de sostener la práctica y comienza a gobernar decisiones cuya justificación primaria debería ser clínica.

Tesis III

El profesionalismo puede proteger al paciente y, simultáneamente, ocultar deficiencias institucionales. La vocación es un recurso moral; cuando una organización depende estructuralmente de sacrificios extraordinarios, ese recurso se transforma en subsidio invisible. La caridad tecnificada tiene aquí su reverso: la institución que trata la atención como favor al paciente trata también el trabajo del profesional como donación.

Tesis IV

Más vigilancia no produce necesariamente más integridad. Los sistemas de control producen comportamiento. Una

vigilancia mal diseñada genera documentación defensiva, simulación, silencio y adaptación estratégica; la ficción de control no es el fracaso de la regulación, sino una de sus formas de éxito. El caso ecuatoriano muestra su límite: cuando el control documental fracasa, el Estado tiende a responder con otra forma de vigilancia, no con otra forma de comprensión.

Tesis V

Quinta: la auditoría forma parte del campo de poder que pretende examinar. El auditor no observa desde un lugar exterior a la institución. Selecciona, clasifica, interpreta y produce consecuencias, y su propia producción de verdad pertenece al objeto que debe analizarse.

El circuito y no el culpable

Bourdieu permitió comprender que el campo médico distribuye capitales, prestigios y posiciones de manera desigual. Foucault permitió comprender que esas relaciones no solo limitan al individuo desde fuera, sino que producen las categorías mediante las cuales el propio individuo se comprende y se gobierna. La genealogía de las esferas de legitimidad mostró que esas categorías tienen historia, y que la historia de nuestros hospitales comienza en la beneficencia. La historia de las reformas mostró que cada intento de corregir el sistema reorganizó sus rentas sin tocar su economía moral.

Por eso la pregunta sobre la corrupción debe desplazarse. No basta con preguntar quién incumplió. Es necesario preguntar también qué hizo posible el incumplimiento, qué incentivos lo volvieron racionalizable, qué relaciones lo protegieron, quién obtuvo beneficios y quién soportó los costos, quién sabía, quién podía hablar y qué ocurría si hablaba, qué controles existían realmente y cuáles solo en los documentos, y qué aprendió la organización después de descubrirlo.

Este desplazamiento no debilita la responsabilidad individual; la vuelve más exigente. Ya no permite resolver el problema mediante la expulsión ritual de un culpable mientras permanece intacto el circuito que hizo posible su conducta. Tampoco autoriza el gesto inverso, el de disolver toda agencia en el sistema. La medicina necesita discrecionalidad porque trabaja con incertidumbre, singularidad y sufrimiento humano, y la atención sanitaria sería imposible bajo sospecha permanente. Lo que este libro ha intentado mostrar es que la discrecionalidad, el dinero y la vulnerabilidad humana se encuentran en lugares precisos del sistema, y que esos lugares tienen una historia, una economía y una moral.

El prólogo anunció que el lector no encontraría aquí una lista de soluciones. Encuentra, en cambio, una pregunta con la que el libro se cierra y que, quizá, sea el punto de partida de una teoría contemporánea de la integridad sanitaria: ¿qué relaciones de poder determinan aquello que una institución es capaz de reconocer como corrupción?

PREGUNTA DE CIERRE

¿Qué debe ser capaz de reconocer una institución como corrupción antes de poder afirmar que la controla?

Glosario conceptual

Categorías para leer la corrupción sanitaria

ADAPTACIÓN INSTITUCIONAL

Ajuste práctico mediante el cual actores u organizaciones responden a restricciones reales. No equivale por sí mismo a corrupción; debe examinarse su trazabilidad, distribución y efectos.

ANOMALÍA

Patrón, dato o conducta que se aparta de lo esperado y justifica investigación. Es una pregunta analítica antes que una conclusión jurídica o moral.

ASIMETRÍA DE INFORMACIÓN

Desigual distribución de conocimiento entre actores, particularmente intensa en la relación clínica. Puede convertirse en asimetría de poder cuando carece de contrapesos.

ASIMETRÍA DE PODER

Diferencia en la capacidad de decidir, acceder, cuestionar o imponer consecuencias dentro de una relación institucional.

AUDITORÍA

Práctica institucional que selecciona evidencia, clasifica desviaciones y produce verdad organizacional. En esta obra se analiza también como parte del campo de poder.

CAMPO

Espacio relacional, en sentido bourdieusiano, donde actores ocupan posiciones desiguales y disputan recursos, prestigio, autoridad y capacidad de definir lo legítimo.

CAPITAL CULTURAL

Conocimientos, credenciales y competencias socialmente reconocidas que permiten ocupar posiciones y obtener ventajas dentro de un campo.

CAPITAL SIMBÓLICO

Prestigio, reconocimiento y autoridad que adquieren valor porque otros actores los reconocen como legítimos.

CAPTURA INSTITUCIONAL

Orientación sistemática de decisiones, recursos o prioridades institucionales hacia intereses particulares mediante redes, dependencias o concentración de poder.

CARIDAD

Forma de ayuda basada en la donación o benevolencia. El libro la distingue del derecho, que exige reglas generales, obligaciones y posibilidad de reclamo.

CARIDAD TECNIFICADA

Supervivencia de la gramática del favor dentro de procedimientos institucionales formalmente organizados como derechos; convierte lo exigible en concesión y puede producir deuda moral.

CONFLICTO DE INTERÉS

Situación en la que un interés secundario puede influir indebidamente sobre una responsabilidad primaria. Su existencia no demuestra automáticamente corrupción.

CORRUPCIÓN

Abuso de un poder, posición, función o recurso confiados orientado a obtener una ventaja indebida propia o de terceros.

CORRUPCIÓN DE BAJA ESCALA

Prácticas cotidianas de apropiación, pago informal, favoritismo o uso privado de recursos que no requieren grandes contratos ni organizaciones complejas.

CORRUPCIÓN ESTRUCTURAL

Perspectiva que estudia cómo oportunidades, incentivos, reglas formales e informales y relaciones de poder hacen ciertas conductas reproducibles; no elimina la responsabilidad individual.

CORRUPCIÓN INFORMACIONAL

Manipulación, ocultamiento o producción ficticia de información con capacidad de distorsionar decisiones, pagos, indicadores o mecanismos de control.

DISCRECIONALIDAD

Margen de decisión disponible cuando las reglas no determinan completamente una conducta. Puede ser clínicamente necesaria; se vuelve riesgosa cuando carece de trazabilidad y contrapesos.

ECONOMÍA MORAL

Marco para estudiar valores, expectativas y juicios compartidos que determinan qué conductas se consideran legítimas, tolerables o merecedoras.

ECONOMÍA MORAL DEL HOSPITAL

Conjunto de valores, jerarquías, expectativas y reglas informales mediante las cuales una comunidad institucional decide qué es tolerable, quién merece prioridad y qué incumplimiento resulta comprensible.

EMPRESARIO DE SÍ

Forma de subjetividad, asociada en el libro a la racionalidad neoliberal, en la que la persona administra formación, reputación, productividad y relaciones como inversiones cuyo valor debe maximizar.

ESFERA DE LEGITIMIDAD

Fuente histórica de autoridad que permite justificar la práctica médica. El libro distingue esferas filosófica, religiosa, científica y económica, sedimentadas y simultáneas.

ESTRUCTURA DE OPORTUNIDAD

Configuración de poder, discrecionalidad, incentivos, controles y opacidad que hace más o menos posible una conducta corrupta.

FICCIÓN DE CONTROL

Situación en la que mecanismos regulatorios y documentales producen la apariencia de un sistema supervisado mientras las dinámicas reales siguen una lógica distinta.

GOBERNAMENTALIDAD

Perspectiva foucaultiana sobre formas de poder que orientan la conducta no solo mediante prohibiciones, sino produciendo sujetos capaces de gobernarse a sí mismos.

HABITUS

Disposiciones incorporadas que orientan percepciones y prácticas y permiten que reglas informales persistan incluso cuando cambian las normas formales.

HEURÍSTICA

Estrategia de decisión rápida utilizada bajo incertidumbre o presión. Puede ser adaptativa; el riesgo aparece cuando se convierte en automatismo no revisado.

INDICADOR

Representación cuantificada de un fenómeno institucional. Es necesario para gestionar, pero puede adquirir autonomía respecto de aquello que pretende representar.

INFORMALIDAD

Conjunto de prácticas y reglas no formalizadas que permiten resolver problemas, pero también pueden crear opacidad, intermediación y trato desigual.

LEGITIMIDAD

Reconocimiento social de que una autoridad, decisión o práctica es válida y justificable dentro de un orden determinado.

MERCADO SANITARIO

Espacio de intercambio económico en salud caracterizado por incertidumbre, asimetrías de información y coexistencia entre necesidades clínicas e incentivos financieros.

MERCANTILIZACIÓN

Proceso por el cual categorías propias del intercambio económico reorganizan progresivamente la comprensión del cuidado, del paciente y del éxito profesional.

MORALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Proceso mediante el cual condiciones sociales o estructurales son reinterpretadas como atributos de mérito, responsabilidad o conducta individual del paciente.

PROFESIONALISMO

Conjunto de valores, normas y expectativas que organizan la identidad profesional. Puede proteger al paciente y también ser utilizado para normalizar sacrificios que compensan déficits institucionales.

RACIONALIDAD ECONÓMICA

Forma de razonamiento que organiza decisiones mediante costo, productividad, rentabilidad, cobertura o eficiencia. El problema surge cuando desplaza sin justificación la racionalidad clínica.

RESPONSABILIDAD DILUIDA

Pérdida de autoría identificable cuando una decisión se fragmenta entre múltiples departamentos, firmas, comités o plataformas.

SIMULACIÓN INSTITUCIONAL

Producción de evidencias de cumplimiento que pueden satisfacer formalmente el control sin transformar en igual medida la práctica real.

SUBJETIVACIÓN

Proceso mediante el cual relaciones de poder, discursos e instituciones producen formas específicas de comprenderse y gobernarse a uno mismo.

SUJETO AUDITABLE

Actor que aprende a organizar su conducta y su representación documental en función de aquello que sabe que será medido, verificado o sancionado.

TRAZABILIDAD

Capacidad de reconstruir cómo se produjo una decisión, qué información la sustentó y qué actores intervinieron.

TRAZABILIDAD DEL PODER

Reconstrucción de quién propuso, decidió, autorizó, se benefició, asumió costos y tuvo capacidad de cuestionar una decisión; sigue relaciones de poder y no solo documentos.

VIOLENCIA ESTRUCTURAL

Daño sistemático producido por arreglos sociales que distribuyen de manera desigual exposición, sufrimiento, recursos y posibilidades de respuesta.

ZONA GRIS

Espacio en el que las fronteras entre actores estatales, privados e ilegales se vuelven porosas y las relaciones de connivencia no coinciden con divisiones jurídicas simples.

Referencias

- Ashley, L., y McDonald, I. (2024). When the penny drops: Understanding how social class influences speciality careers in the UK medical profession. *Social Science & Medicine*, 348, 116747. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116747>
- Auyero, J. (2007). *Routine politics and violence in Argentina: The gray zone of state power*. Cambridge University Press.
- Balabanova, D., Spicer, N., Hutchinson, E., Stoeva, P., y McKee, M. (2026). *How can we better prepare health systems to resist corruption?* (Policy Brief 75). European Observatory on Health Systems and Policies; Oficina Regional de la OMS para Europa.
- Bauman, Z. (2007). *Consuming life*. Polity Press.
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8.ª ed.). Oxford University Press. (Obra original publicada en 1979)
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste* (R. Nice, Trad.). Harvard University Press. (Obra original publicada en 1979)
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Greenwood Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice* (R. Nice, Trad.). Stanford University Press. (Obra original publicada en 1980)
- Braithwaite, J., Churrua, K., Long, J. C., Ellis, L. A., y Herkes, J. (2018). When complexity science meets implementation science: A theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC Medicine*, 16, 63. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1057-z>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl. 1), S13-S27.
- Clouser, K. D., y Gert, B. (1990). A critique of principlism. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 15(2), 219-236. <https://doi.org/10.1093/jmp/15.2.219>
- Croskerry, P. (2013). From mindless to mindful practice: Cognitive bias and clinical decision making. *New England Journal of Medicine*, 368(26), 2445-2448. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1303712>
- Djulgovic, B., y Guyatt, G. H. (2017). Progress in evidence-based medicine: A quarter century on. *The Lancet*, 390(10092), 415-423. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31592-6)
- Epstein, R. M., y Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Espinosa, V., Acuña, C., de la Torre, D., y Tambini, G. (2017). La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e96. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.96>

- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1237-1266.
- Fassin, D. (2012). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. University of California Press.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (Bulletin n.º 4). Carnegie Foundation.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (F. Perujo, Trad.). Siglo XXI. (Obra original publicada en 1963)
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison* (A. Sheridan, Trad.). Pantheon Books. (Obra original publicada en 1975)
- Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979* (G. Burchell, Trad.). Palgrave Macmillan.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. University of Chicago Press.
- Galeno. (2002). Que el mejor médico es también filósofo. En *Tratados filosóficos y autobiográficos* (T. Martínez Manzano, Trad.; Biblioteca Clásica Gredos, 301). Gredos.
- Gigerenzer, G., y Gaissmaier, W. (2011). Heuristic decision making. *Annual Review of Psychology*, 62, 451-482. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120709-145346>
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1453-1468. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9)
- Greenhalgh, T., y Papoutsis, C. (2019). Spreading and scaling up innovation and improvement. *BMJ*, 365, l2068. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2068>
- Griffore, K. A., Bowra, A., Guilcher, S. J. T., y Kohler, J. (2023). Corruption risks in health procurement during the COVID-19 pandemic and anti-corruption, transparency and accountability (ACTA) mechanisms to reduce these risks: A rapid review. *Globalization and Health*, 19(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12992-023-00994-x>
- Han, B.-C. (2015). *The burnout society* (E. Butler, Trad.). Stanford University Press.
- Han, B.-C. (2017). *Psychopolitics: Neoliberalism and new technologies of power* (E. Butler, Trad.). Verso.
- Herrera Ramírez, D. (2022a). *La medicina familiar y el cuento de la criada*. CIESPAL.
- Hersh, E. D., y Goldenberg, M. N. (2016). Democratic and Republican physicians provide different care on politicized health issues. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(42), 11811-11816. <https://doi.org/10.1073/pnas.1606609113>
- Homedes, N., y Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71(1), 83-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barral.

- Iriart, C., Merhy, E. E., y Waitzkin, H. (2001). Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, 52(8), 1243-1253. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00243-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00243-4)
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice-Hall.
- Jones, L., y Armit, K. (2025). Doctors as system leaders: Medical professionalism and 'making a stand'. *Social Science & Medicine*, 381, 118314. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118314>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Klitgaard, R. (1988). *Controlling corruption*. University of California Press.
- Laurell, A. C. (2001). Health reform in Mexico: The promotion of inequality. *International Journal of Health Services*, 31(2), 291-321. <https://doi.org/10.2190/2CS3-51LR-N4E9-DPFB>
- Lipovetsky, G., y Serroy, J. (2013). *L'esthétisation du monde: Vivre à l'âge du capitalisme artiste*. Gallimard.
- Mackey, T. K., Kohler, J. C., Savedoff, W. D., Vogl, F., Lewis, M., Sale, J., Michaud, J., y Vian, T. (2016). The disease of corruption: Views on how to fight corruption to advance 21st century global health goals. *BMC Medicine*, 14, 149. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0696-1>
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., y Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity.
- McDonald, R. (2014). 'Bourdieu', medical elites and 'social class': A qualitative study of 'desert island' doctors. *Sociology of Health & Illness*, 36(6), 902-916. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12121>
- McKinlay, J. B., y Marceau, L. D. (2002). The end of the golden age of doctoring. *International Journal of Health Services*, 32(2), 379-416. <https://doi.org/10.2190/JL1D-21BG-PK2N-JOKD>
- Meyer, J. W., y Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363. <https://doi.org/10.1086/226550>
- Norman, G. R., Monteiro, S. D., Sherbino, J., Ilgen, J. S., Schmidt, H. G., y Mamede, S. (2017). The causes of errors in clinical reasoning: Cognitive biases, knowledge deficits, and dual process thinking. *Academic Medicine*, 92(1), 23-30. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001421>
- North, D. C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press.
- Olsson, C., Kalén, S., y Ponzer, S. (2019). Sociological analysis of the medical field: Using Bourdieu to understand the processes preceding medical doctors' specialty choice and the influence of perceived status and other forms of symbolic capital on their choices. *Advances in Health Sciences Education*, 24, 443-457. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-09872-3>
- O'Neill, O. (2013). Intelligent accountability in education. *Oxford Review of Education*, 39(1), 4-16. <https://doi.org/10.1080/03054985.2013.764761>
- Onwujekwe, O., Agwu, P., Orjiakor, C., McKee, M., Hutchinson, E., Mbachui, C., Odii, A., Ogbzor, P., Obi, U., Ichoku, H., y Balabanova, D. (2019). Corruption in Anglophone West Africa health systems: A systematic review of its different variants and the factors that sustain them. *Health Policy and Planning*, 34(7), 529-543. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz070>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (CD53/5, Rev. 2). OPS.

- Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.
- Power, M. (1997). *The audit society: Rituals of verification*. Oxford University Press.
- Rasooly, A., Davidovitch, N., y Filc, D. (2020). The physician as a neoliberal subject: A qualitative study within a private-public mix setting. *Social Science & Medicine*, 259, 113152. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113152>
- Rose-Ackerman, S. (1999). *Corruption and government: Causes, consequences, and reform*. Cambridge University Press.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. Basic Books.
- Sztajnszrajber, D. (2020). *Filosofía a martillazos* (Tomo 2). Paidós.
- Thompson, E. P. (1971). The moral economy of the English crowd in the eighteenth century. *Past & Present*, 50, 76-136. <https://doi.org/10.1093/past/50.1.76>
- Tilly, C. (1985). War making and state making as organized crime. En P. B. Evans, D. Rueschemeyer y T. Skocpol (Eds.), *Bringing the state back in* (pp. 169-191). Cambridge University Press.
- Transparency International. (2006). *Global corruption report 2006: Corruption and health*. Pluto Press.
- Ugalde, A., y Homedes, N. (2005). Human resources: The Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 3, 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-3-1>
- Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>
- Vian, T. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: Concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*, 13(sup1), 1694744. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1694744>
- Weber, M. (1946). Religious rejections of the world and their directions. En H. H. Gerth y C. W. Mills (Eds. y Trads.), *From Max Weber: Essays in sociology* (pp. 323-359). Oxford University Press. (Obra original publicada en 1915)
- World Bank. (1993). *World development report 1993: Investing in health*. Oxford University Press.
- World Health Organization. (2019). *Integrating a focus on anti-corruption, transparency and accountability in health systems assessments*. WHO.
- World Health Organization. (2020). *Potential corruption risks in health financing arrangements: Report of a rapid review of the literature*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004399>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. WHO.
- World Health Organization. (2023). *Tackling corruption to move towards universal health coverage and health security: Technical brief*. WHO.
- Žižek, S. (1989). *The sublime object of ideology*. Verso.
- Fuentes documentales y hemerográficas

- Comisión Nacional Anticorrupción del Ecuador. (2024, junio). *Informe sobre irregularidades en contratos de insumos, reactivos y dispositivos médicos en hospitales del IESS*.
- Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre de 2008.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2025, septiembre). *Resolución Nro. MSP-MSP-2025-0003-R: Declaratoria de emergencia institucional para la adquisición de medicamentos e insumos*.
- Ecuavisa. (2025, 14 de agosto). Estas son las deficiencias en los tres hospitales públicos intervenidos en Guayaquil. <https://www.ecuavisa.com>
- El Diario. (2025, 13 de agosto). Anuncian intervención militar en tres hospitales de Guayaquil por seguridad y denuncias. <https://www.eldiario.ec>
- El Diario. (2026, 4 de junio). Gobierno reemplaza a gerentes militares en tres hospitales de Guayaquil y designa autoridades médicas. <https://www.eldiario.ec>
- GK. (2025, 27 de agosto). La crisis de la salud pública en Ecuador, explicada. <https://gk.city>
- Plan V. (2025, 2 de abril). El desabastecimiento de medicamentos de la red pública, la historia sin fin. <https://planv.com.ec>
- Primicias. (2025a, febrero). Crimen de directora financiera del Teodoro Maldonado Carbo sigue en indagación previa, a casi dos años de su muerte. <https://www.primicias.ec>
- Primicias. (2025b, 14 de agosto). Estos son los 4 problemas que tienen los hospitales intervenidos por las Fuerzas Armadas en Guayaquil. <https://www.primicias.ec>
- Primicias. (2025c, 1 de diciembre). Ministerio de Salud extiende por 30 días más el plazo de la emergencia para la compra de medicamentos. <https://www.primicias.ec>
- Primicias. (2026a, 2 de marzo). Salud necesita USD 687 millones para medicinas e insumos en 2026, pero Finanzas presupuestó USD 300 millones. <https://www.primicias.ec>
- Primicias. (2026b, 12 de marzo). Estos son los crímenes ligados al hospital del IESS Teodoro Maldonado Carbo, de Guayaquil. <https://www.primicias.ec>
- Primicias y Revista Gestión. (2026, 8 de junio). ¿Cómo se presupuesta la salud en Ecuador? Radiografía de un sistema rígido e ineficiente. <https://www.primicias.ec>
- Teleamazonas. (2023, 29 de marzo). IESS confirma renuncia de seis funcionarios del Hospital Teodoro Maldonado tras asesinato de directora. <https://www.teleamazonas.com>
- Vistazo. (2024, 17 de enero). ¿Quién era el fiscal César Suárez y cuáles fueron los casos que investigó? <https://www.vistazo.com>
- Vistazo. (2026, 4 de marzo). Gobierno ordena la intervención del hospital Teodoro Maldonado Carbo tras asesinato de jefe de servicios generales. <https://www.vistazo.com>

