

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2018 – 2020

Tesis para obtener el título de maestría de Investigación en Políticas Públicas

La falla de diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019)

Najwa Giselle Jalkh Rodríguez

Asesor: María Belén Albornoz

Lectores: Isarelis Pérez y Juan Camilo Rave

Quito, abril de 2023

## **Dedicatoria**

A Salma y Agustín

## Tabla de contenidos

Resumen .....	VII
Agradecimientos.....	VIII
Introducción .....	1
Capítulo 1 .....	8
Modelo analítico.....	8
1.1 Políticas públicas .....	8
1.2 Enfoques teóricos .....	11
1.2.1 Enfoques racionalistas .....	12
1.2.2 Enfoques neoinstitucionalistas.....	13
1.2.3 Enfoques cognitivistas .....	16
1.3 Diseño de política pública .....	17
1.3.1 Instrumentos de política pública .....	24
1.3.2 Combinación y selección de instrumentos de política pública .....	24
1.3.3. Selección de instrumentos con un enfoque de redes.....	25
1.4 Redes de políticas .....	27
1.4.1 Modelo dialéctico.....	28
1.4.2 Modelo ideacional.....	30
1.5 Metodología.....	31
Capítulo 2 .....	36
Red y contexto.....	36
2.1 Contexto de la política pública de redes integradas de salud .....	36
2.1.1 La salud en el Ecuador previo a la reforma (1948-1990) .....	37
2.1.2 La reforma sanitaria en el Ecuador (1990-2005) .....	41
2.1.3 Transformación sectorial de la salud en el Ecuador (2006-2011) .....	51
2.2 Ideas programáticas .....	61
2.2.1 Equidad en salud .....	61
2.2.2 Eficiencia en salud .....	63
2.2.3 Salud como un derecho .....	65
2.2.4 Salud como derecho del buen vivir.....	67
2.2.5 Participación en salud .....	69
2.3 Relación dialéctica: redes de política y contexto.....	70

2.3.1 Datos generales .....	71
2.3.2 Análisis de las redes del contexto .....	73
2.4 Conclusiones preliminares.....	81
Capítulo 3 .....	83
Estructura y agencia .....	83
3.1. Política pública de redes integradas de salud en el Ecuador .....	83
3.1.1 Giro de la política pública de redes integradas de salud.....	83
3.1.2 Política de redes integradas de salud en el Ecuador .....	85
3.2 Ideas programáticas .....	103
3.2.1 Redes integradas de servicios de salud .....	104
3.2.2 Toda una vida – eficiencia en salud.....	106
3.3 Relación dialéctica: estructura y agencia.....	107
3.3.1 Comparación entre periodos .....	107
3.3.2 Datos generales .....	110
3.3.3. Análisis de las redes de política .....	112
3.4 Conclusiones preliminares.....	118
Capítulo 4 .....	119
Red y resultado.....	119
4.1 Diseño de la política de redes integradas de salud en Ecuador .....	119
4.2 Reconfiguración de las redes de política .....	122
4.3 Relación dialéctica: red y resultado.....	126
Conclusiones .....	128
1. Modelo de análisis y metodología.....	128
2. Comportamiento de la hipótesis.....	130
3. Hallazgos.....	132
Anexos.....	133
Lista de referencias.....	136

## **Ilustraciones**

Gráfico 1.1: Modelo ideacional de Ben Kisby .....	30
Gráfico 2.1: Estructura funcional del Ministerio de Salud Pública desde 2010 .....	60
Gráfico 2.2: Red del contexto de la política de redes integradas de salud en el Ecuador .....	72
Gráfico 2.3: Representación gráfica de los nodos de la red del contexto .....	73
Gráfico 3.1: Comparación de la red del diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador entre los periodos 2012-2016 y 2017-2019 .....	108
Gráfico 3.2: Red del diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019).....	111
Gráfico 3.3: Representación gráfica de los nodos de la red de estructura y agencia .....	112
Gráfico 4.1: Comparación entre la red del contexto y la red de estructura y agencia.....	123

## **Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis**

Yo, Najwa Giselle Jalkh Rodríguez, autora de la tesis titulada “La falla de diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012–2019)” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Políticas Públicas concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, abril de 2022

Handwritten signature of Najwa Jalkh in black ink, written in a cursive style.

---

Najwa Giselle Jalkh Rodríguez

## Resumen

El diseño de políticas es un concepto utilizado crecientemente para describir el proceso en el que se crea una respuesta frente a un problema de política, y sus distintas concepciones a través del tiempo han pretendido identificar los medios para alcanzar una “buena” política o al menos comprender cuál debería ser la esencia de esta. En este aspecto, los cuestionamientos han girado en torno a la capacidad de producir diseños de política efectivos, y la pertinencia de desarrollar diseños de política genéricos o, por otra parte, diseños que se adecúen a cada problema en particular (Peters 2018).

Al respecto, este estudio pretende aportar con insumos que contribuyan en la discusión sobre diseño de políticas. La investigación aborda el diseño de la política desde un enfoque de redes (Marsh y Smith 2000) para exponer cómo una incongruencia entre los objetivos y los instrumentos puede explicar su fallo. Por medio de un estudio de caso, se busca responder a interrogantes sobre la falla en el diseño de políticas, específicamente la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador durante el periodo 2012-2019.

Con el propósito de cumplir con este objetivo se determinaron dos variables. Se definió como variable dependiente o resultado la falla en el diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador 2012-2019, y como variable independiente o explicativa del resultado se definió a las redes de política que se configuraron. El modelo de análisis que se utilizó fue el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000), complementado con el modelo de Ben Kisby (2007) que adquiere un componente ideacional. En cuanto al aspecto metodológico se usaron métodos cualitativos y cuantitativos que contribuyeron al levantamiento de información y datos. El método de grafos fue de utilidad para analizar las redes y caracterizar a los actores por medio de las medidas que proporciona.

## **Agradecimientos**

A María Belén Albornoz y Tatiana Villacrés



## **Introducción**

La creciente complejidad de los problemas sanitarios ha propiciado en los sistemas de salud pública mundiales la necesidad de extender el alcance de sus intervenciones, para lo cual, se han desarrollado enfoques más comprensivos para incrementar la capacidad del sistema (Roper et al. 1974). Estas nuevas alternativas implican el desarrollo de nuevas formas de gobernanza que permitan coordinar una mayor cantidad de actores “independientes pero interdependientes”, y consideren una mayor cantidad de recursos, intereses, formas organizativas, entre otros (Ruger 2013).

La gobernanza de la salud se refiere al uso de instituciones por parte de los Estados, organizaciones intergubernamentales y actores no estatales para hacer frente a los desafíos sanitarios que requieren una acción colectiva (Youde 2015). De lo cual se desprende la comprensión de la gobernanza en salud como menos jerárquica y sujeta en una mayor medida a la interconexión entre organizaciones y actores, que trabajan de manera conjunta para abordar problemas (Youde 2015). De manera que se privilegia un modo de gobernanza en red, caracterizado por la formulación e implementación de normas y reglas colectivamente vinculantes para la provisión de bienes y servicios públicos a través de una coordinación no jerárquica basada en la confianza y el intercambio de recursos (Borzel y Panke 2007).

En este sentido, la literatura sanitaria actual recomienda a los sistemas sanitarios propiciar la interacción entre las instituciones y los actores (públicos y privados), para proteger la salud de las personas por medio del trabajo conjunto. Lo que implica que el sector privado constituye un actor esencial en el sistema de salud pública, cuya participación en la definición de prioridades y el abordaje de los problemas de salud permitiría una ampliación de la capacidad del sistema para cumplir sus funciones (Roper et al. 1992). Esto es especialmente importante en los países de la región latinoamericana, cuyos sistemas de salud se caracterizan por ser fragmentados, lo que explica en gran medida los problemas de acceso a los servicios, los altos gastos de bolsillo y las desigualdades en salud de la población.

Numerosos países latinoamericanos han adoptado una política de redes integradas, basada en la participación de los actores privados y el fortalecimiento de sus vínculos con los públicos. Entre ellos Ecuador, donde posterior a la aprobación de la Constitución del 2008 se

desarrollaron una serie de cambios estructurales y búsquedas de nuevos modelos de gestión desconcentrados, que dieron como resultado la expedición del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) por parte del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública 2014).

El nuevo modelo tendría como propósito la ampliación de la cobertura y la coordinación entre las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Al mismo tiempo que constituiría la base para el diseño de la política de construcción de una Red Integrada de Servicios de Salud, que articula los establecimientos de salud públicos con los establecimientos de salud privados del territorio. Y tiene como prioridades conducir a una mayor capacidad resolutive; al aumento de la eficiencia; a la complementariedad de los establecimientos públicos y los privados en todos los niveles de atención por medio de la coordinación y potenciación de sus actividades; y a la eficacia en las prestaciones por medio del intercambio y la colaboración (Ministerio de Salud Pública 2014).

Sin embargo, a priori podrían identificarse varias dificultades de la política para alcanzar los resultados, que se encuentran relacionadas con retrasos en la atención y en los pagos, problemas financieros, conflictos entre actores, etc. Lo que puede relacionarse con la dificultad de la política para conseguir el trabajo en red de los actores por medio del impulso de la participación, entendida como “la intervención directa de los agentes sociales en actividades públicas” (Cunill 1997), que abarca la provisión de información, la toma de decisiones conjunta y la colaboración (Fox 2002). En este aspecto, se podría pensar que en el diseño de la política tuvieron lugar objetivos participativos que no pudieron concretarse por medio de la selección de instrumentos verticales para su implementación. Pero ¿se puede pensar en una política de red sin la existencia de instancias de participación de los actores?

La investigación se centra en el diseño de la política de redes integradas de salud, la formulación de objetivos y la selección de instrumentos para conseguirlos. La propuesta de Howlett (2011) sobre el diseño de políticas vincula el éxito de una política a la coherencia entre los objetivos planteados y sus instrumentos, en tanto constituyen un medio para ejecutar la política. Así, se pretende analizar si la incongruencia entre la adopción de objetivos participativos y la selección de instrumentos jerárquicos afectó los resultados de la política al no propiciar espacios participativos y de intercambio entre el Estado y la sociedad.

Metodológicamente se busca esclarecer el diseño de la política pública, la correspondencia entre los objetivos y los medios seleccionados. Se profundizará en la teoría de redes debido a que es útil para explicar el diseño de políticas porque permite identificar y obtener información sobre los actores que intervinieron en la selección de los instrumentos, sus ideas programáticas, sus recursos e incentivos, el contexto en el que se desarrollaron, la forma en la que se relacionaron, y cómo todos estos elementos afectaron los resultados de la política.

### **Justificación**

La investigación sobre políticas públicas en el sector de la salud tuvo su debut en los años setenta y ha experimentado una tendencia creciente hasta la actualidad. Sin embargo, a nivel mundial es perceptible que una pequeña proporción de los artículos publicados en este campo de investigación corresponde al área de las ciencias sociales.

Los principales temas a tratar se centran en el análisis de proceso y los resultados de iniciativas sanitarias dentro de un contexto económico y político; donde la formulación de las políticas públicas de salud adopta un enfoque que involucra la participación de los actores de políticas en su implementación (Labonté 2018). Al mismo tiempo, existen otros enfoques para analizar las políticas sociales, que privilegian el papel de la confianza en las actividades gubernamentales conjuntas para fortalecer, integrar y volver más efectivas las políticas.

En este sentido, cobran importancia aquellas investigaciones que han permitido establecer un vínculo entre la confianza y las redes de actores para el logro de los objetivos de la política. Su análisis se fundamenta principalmente en que las redes públicas de salud requieren un alto nivel de confianza para ser capaces de implementar un conjunto de intervenciones, que permitan una participación exitosa de los actores (Harting *et al* 2017). Entre estas investigaciones se resaltan aquellas que, por medio de un rastreo de documentos y entrevistas clave, examinan la manera en que las ideas, los factores institucionales y la agencia de actores influyen en la disposición de los actores de distintos sectores para trabajar de manera conjunta (Baum *et al* 2017).

Sin embargo, las investigaciones en este campo se han centrado en el vínculo necesario entre las redes de actores y la confianza; de manera que se ha omitido el papel del Estado como un aspecto igual de importante para la consecución de los resultados de política. La gobernanza

de las relaciones interorganizacionales e intersectoriales es considerada clave para la provisión efectiva de los servicios públicos (Llewellyn *et al*, 2013). De manera que el modo de gobernanza planteado por el gobierno y sus acciones frente a esta decisión pueden ser determinantes del éxito o fracaso de la política. En este sentido, en un modo de gobernanza en red no solo se facilita el logro de los resultados a través de la confianza, sino que las estrategias de dirección del gobierno son capaces de elevar dicha confianza (Klin *et al* 2010).

En contraste, las investigaciones sobre políticas públicas sanitarias para el caso específico de Latinoamérica han empezado a incrementar desde los años sesenta y la tendencia ha crecido exponencialmente durante la última década. Aun cuando gran parte de esta literatura se centra en análisis descriptivos de los sistemas nacionales de salud latinoamericanos, se pueden resaltar varias investigaciones que abordan elementos como la gobernabilidad y la calidad de las instituciones del sistema de salud, entre otros (Moreno et al. 2019); o la implementación de políticas de salud en la región latinoamericana que fueron diseñadas para ser ejecutadas por medio de una red de actores (Araújo y Rizioneide 2018).

En esta línea de análisis, la presente investigación contribuye al análisis de las políticas públicas del sector de la salud dentro de las ciencias sociales, un área que se ha explorado con mayor intensidad en la última década, pero que continúa siendo limitada a pesar de su importancia en la sociedad. La investigación, más allá de enfocarse en la implementación de la política pública de redes integradas de salud, desea dirigir la atención a su diseño, al contexto en el que interactuaron los diferentes actores, sus ideas programáticas en el proceso de formulación de una política en red, la agencia que ejercieron, la manera en la que se dio la selección de instrumentos, entre otros.

Finalmente, en Latinoamérica numerosos países han emprendido políticas sanitarias en el marco de la gobernanza en red, al mismo tiempo que son pocos los que han encontrado resultados positivos. De manera que la investigación sobre el diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador puede proveer a la región de información sobre las posibles fallas que pudieron interferir en el logro de los resultados de la política.

### **Pregunta de investigación**

¿Por qué falla el diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador?

### **Objetivo de la investigación**

Explicar la falla en el diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador durante el periodo 2012-2019.

### **Objetivos específicos**

Analizar el contexto ideacional en el que se configuraron las principales redes de política que intervinieron en la formulación y diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador durante el periodo 2012-2019.

Caracterizar y analizar la estructura de la red en función de las ideas programáticas, los actores y los instrumentos seleccionados durante el diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador durante el periodo 2012-2019.

Explicar cómo se vieron afectados los resultados de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador durante el periodo 2012-2019.

### **Hipótesis de la investigación**

La política de redes integradas de salud en el Ecuador durante el periodo 2012-2019 pretendía establecer un vínculo entre la red pública integral de salud y la red complementaria con el propósito de mejorar la capacidad resolutoria del sistema. El diseño de la política responde a la relevancia que se le ha dado a la gobernanza horizontal dentro del sector sanitario, lo que implica la participación de una gran variedad de actores que confían entre ellos y se colaboran por la consecución de fines comunes. Sin embargo, se ha podido identificar dificultades en el cumplimiento de los objetivos planteados.

En este sentido, se plantea la hipótesis de que existe una falla en el diseño de la política debido a un cambio en la configuración de las redes en torno a distintas ideas programáticas, que dio como resultado una incongruencia entre el planteamiento de objetivos de participación de los actores y una selección de instrumentos correspondiente a un estilo de implementación vertical. Esta hipótesis se fundamenta en la percepción de que la selección de

instrumentos verticales en el diseño de la política pudo evitar la creación de espacios de participación de los actores sanitarios.

### **Estructura de la investigación**

La investigación se compone por cuatro capítulos, el primer capítulo corresponde al marco teórico, seguido por tres capítulos organizados de acuerdo con cada una de las relaciones dialécticas del modelo de Marsh y Smith (2000). En primer lugar, se realiza un recorrido por la teoría sobre políticas públicas y su evolución durante las últimas décadas. Posteriormente se desarrollan los distintos enfoques teóricos y se posiciona a la investigación dentro de un enfoque neoinstitucionalista. Se aborda el tema del diseño de políticas, los instrumentos de política pública, su selección y combinación. Se abordan las redes de política y los modelos que son utilizados, el modelo dialéctico y el ideacional; y para finalizar el primer capítulo se detalla la manera en que fue seleccionado el estudio de caso.

El segundo capítulo corresponde a la relación dialéctica de red y contexto, debido a la importancia que tienen los antecedentes previos a la política para realizar un análisis completo de su diseño. Por medio de un método descriptivo se rastrea a los actores que participaron en el proceso de reforma de la política sanitaria al mismo tiempo que se identifican sus intereses y recursos. Se describe y se analiza la forma en que se construyeron las redes y subredes de la política en torno a cinco ideas programáticas: equidad en salud, eficiencia en salud, derecho a la salud, participación en salud y salud como un derecho del Buen Vivir.

El tercer capítulo desarrolla la relación dialéctica entre estructura y agencia, centrándose en el caso de estudio, la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019). En este capítulo se analiza la forma en que se modificó la estructura de la red durante el diseño de la política. Se identifica una nueva idea programática que surge del Buen Vivir, la idea de redes integradas de salud como una articulación entre la red de salud pública y la privada. Con el surgimiento de esta idea ingresaron nuevos actores a la red y ganaron importancia, mientras que otros se vieron relegados; en este proceso la estructura de la red y los agentes se ven afectados entre sí.

El cuarto capítulo abarca la relación dialéctica red y el resultado, donde se realiza una comparación entre la red del contexto y la red de la estructura y agencia. Esta comparación

contribuye al análisis de la política en cuanto al contexto en el que fueron planteados los objetivos y la forma en que efectivamente se la diseñó por medio de la selección de instrumentos. Para el efecto, se realiza el análisis con base en el diseño de políticas de Peters (2018).

Finalmente, se plasman varias conclusiones provenientes de la investigación donde se señalan los principales hallazgos.

## **Capítulo 1**

### **Modelo analítico**

Con el propósito de introducir el estudio del diseño de la política de redes de salud en el Ecuador, el primer capítulo aborda la discusión teórica desde tres principales aspectos. En primer lugar, se hace referencia al análisis de las políticas públicas, su concepción y principales enfoques teóricos. Posteriormente, se examina el diseño de las políticas públicas y la selección de instrumentos; y, finalmente se analiza la teoría de redes.

La presente investigación se llevará a cabo por medio de un enfoque de redes, de manera que se estudian las políticas públicas como el resultado de la interacción entre actores que poseen diferentes objetivos e ideas. En este marco, las redes de políticas son trascendentales para el análisis del diseño de la política pública, de forma que se utilizará el modelo ideacional de Kisby (2007) que parte del modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000).

#### **1.1 Políticas públicas**

A principios de 1950, Lasswell desarrolló lo que se conoce como la “ciencia de las políticas públicas”, caracterizada por entender la promulgación de políticas públicas en función de la resolución de problemas. Lasswell (1951) sitúa la evolución del análisis de las políticas públicas en un contexto de “racionalización” del Estado. La ciencia de las políticas tendría el propósito de contribuir a diseñar políticas por medio del uso de métodos cuantitativos (Lasswell 1951), capaces de esclarecer los procesos de formulación e implementación de las políticas públicas; además de reelaborar y evaluar el conocimiento (Parsons 2007). La ciencia de las políticas públicas, como proceso de conocimiento, definió etapas que definieron el ciclo de la política como una aproximación lineal al estudio de las políticas públicas.

El enfoque sobre el análisis de las políticas públicas sufrió una transformación, al romper con la estructura lineal característica del “ciclo de la política” y abordar una perspectiva que reconoce el producto de las interacciones que componen la acción pública (Fontaine 2015). Este cambio en la manera de comprender el análisis de políticas públicas se encuentra relacionado directamente con la evolución del Estado contemporáneo, los fundamentos de su legitimidad, y la transformación tanto de la sociedad como de la economía (Fontaine 2015).



El cambio hacia el contexto actual, que condujo a una transformación en el análisis de las políticas públicas, debe comprenderse desde la triple descentralización del Estado (Pierre y Peters 2000). Que dio como resultado una economía globalizada, con actores regionales “cada vez más influyentes en las dinámicas institucionales y sociedades cada vez más involucradas en los procesos políticos”; es decir, un contexto en el que no solo actúa el Estado, sino que intervienen numerosos actores no estatales (Fontaine 2015, 5).

En este sentido, surgen otras formas de comprender las políticas públicas en relación a décadas anteriores. Se supera la perspectiva sobre la política pública como una decisión unilateral (donde predomina el papel del Estado) para visualizar las interacciones y negociaciones que se dan con distintos actores económicos y sociales (Gaudin 2002). Así como no es posible encontrar un único agente capaz de ejecutar la decisión, existen numerosos actores no-estatales con la capacidad de intervenir en las decisiones, dificultando o favoreciendo los procesos (Fontaine 2015).

En la misma línea de análisis, Lascoumes y Le Galès (2014) entienden la política pública como una acción realizada por la autoridad pública con la finalidad de cambiar una situación problemática, a lo cual agregan la importancia de la acción colectiva. Asimismo, Howlett *et al* (2009, 51) incluyen la necesidad de una “interacción interdependiente entre la capacidad del Estado y la acción social”. De manera que surge una perspectiva sociológica capaz de analizar “las interacciones, los intercambios, los mecanismos de coordinación, la formación de grupos, el juego de las normas y los conflictos entre individuos, y parte de los factores del cambio, los grupos de interés y movimientos sociales como actores del cambio” (Fontaine 2015, 6).

Subirats et al. (2008) analizan las políticas públicas como actividades dirigidas a resolver los problemas públicos reconocidos en la agenda gubernamental, y en este sentido resalta el papel de los mediadores (movimientos sociales, partidos políticos, entre otros) para articular problemas sociales de manera que se consideren públicos. En esta línea, las políticas públicas implicarían un conjunto de alianzas, interacciones y conflictos entre actores públicos y privados para resolver un problema colectivo dentro de un marco institucional bien definido (Subirats et al. 2008).

Esta definición supone una diferencia importante entre el problema social y el problema público. La representación de los problemas no es objetiva, su construcción proviene de múltiples luchas entre actores sociales y políticos; un problema social es considerado público una vez que se inscribe en la agenda del gobierno mediante un proceso de institucionalización en el que se reconoce la necesidad de intervención pública (Roth 2003). En este sentido, los problemas públicos implican la existencia de una “situación de insatisfacción social cuya solución requiere la acción del sector público” (Subirats et al. 2008).

Muller y Surel (1998) sitúan las políticas públicas en un marco institucional, ellos definen la política pública por medio de las interacciones entre actores públicos y privados, que actúan en función de los recursos disponibles y las instituciones del sistema político y del sector de intervención. De esta definición se desprenden las cuatro dimensiones de la política pública: la decisión, las interacciones, los recursos y las reglas (Fontaine 2015, 25).

Una vez analizados estos conceptos se puede concluir que lo político (*polity*) se refiere a lo concerniente a “la vida pública de una comunidad”; la política (*politics*) sugiere la confrontación de ideas entre los individuos que conforman la comunidad, la lucha por el poder; y las políticas públicas (*policy*) son las actividades que permiten ejercer autoridad en la comunidad (producción de normas y actividades gubernamentales) (Fontaine 2015; Roth 2014,35).

En este contexto, la política pública puede ser estudiada como variable dependiente y como variable independiente. En la presente investigación se analiza la política pública como variable dependiente debido a que esta se encuentra afectada “por acontecimientos sociales, políticos y económicos, por los comportamientos individuales y colectivos, por los intercambios económicos, las relaciones internacionales, etc.” (Grau Creus 2002; Méndez 2010; Medellín 2004). La política como variable dependiente es comprendida como “el producto de un sistema institucional existente, de un equilibrio de fuerzas entre los actores sociales, económicos y políticos, de las políticas anteriores y de la capacidad financiera del Estado” (Fontaine 2015, 28).

El análisis de las políticas públicas remite a cuestionarse en términos ontológicos, epistemológicos, teóricos y metodológicos. Las preguntas sobre la ontología pertenecen a “la

naturaleza de lo real” e implican la formulación de preguntas en torno a la epistemología y la teoría, que tienen que ver con la relación entre el sujeto y la realidad (la manera de interpretar el mundo); mientras que las preguntas de orden metodológico atañen a la manera de conocer la realidad (Fontaine 2015).

La definición de la metodología se sustenta en la conjugación de una ontología filosófica y una ontología científica (Jackson 2016). La ontología filosófica hace referencia a la relación entre la mente y el mundo; esta se define como monista o dualista, según la forma en que el investigador ve al mundo (separado de su mente o no). La postura ontológica dualista encuentra al mundo compuesto por dos órdenes de ser, en su explicación existen las “cosas” como objetos de investigación, y los “pensamientos”, como representaciones de las cosas. El dualismo se caracteriza por separar radicalmente el mundo y el conocimiento del mundo, y se encuentra relacionada con la manera en que el mundo “realmente es” (Jackson 2008).

En contraste, para Jackson (2008) la postura ontológica monista no propone la ruptura entre el mundo y el conocimiento respecto a él, al mismo tiempo que no separa las “cosas” del “pensamiento”, mantiene una continuidad del conocimiento con el mundo. Esta postura se concentra en actividades en las que tienen lugar tanto las “cosas” como los “pensamientos”, ya sea en prácticas discursivas, campos de acción, figuraciones, entre otras (Jackson 2008). Por ende, al concebir el mundo como un continuo de la mente, los monistas producen en su investigación interpretaciones fundamentadas en su experiencia; a diferencia de los dualistas, que al separar el mundo de su mente, buscan producir explicaciones causales (Fontaine 2018). Asimismo, la concepción del mundo separado de la mente y su conexión por medio del conocimiento científico permite la existencia de una epistemología, lo cual no tiene lugar en el monismo (Jackson 2016).

## **1.2 Enfoques teóricos**

Los enfoques teóricos del análisis de políticas públicas se diferencian entre sí por sus diferentes objetos, problemáticas y maneras de explicar la realidad. El presente acápite pretende realizar un recorrido a través del racionalismo, el cognitivismo y el neoinstitucionalismo con el propósito de explicar el motivo por el que la presente investigación se enmarca en el neoinstitucionalismo sociológico.

### 1.2.1 Enfoques racionalistas

El racionalismo surgió como un enfoque teórico basado en la racionalidad instrumental, el conductismo y la elección racional, que conformaron la antesala del surgimiento de la escuela de la elección pública. El racionalismo ganó importancia en la ciencia política bajo el postulado de que era posible generar un conocimiento universal de los fenómenos sociales y teorías “deductivas, predictivas y averiguables” (Easton 1953) por medio de evidencias empíricas cuantificables y el análisis de los comportamientos. En este sentido, surgió la “revolución conductista” que pretendía explicar las conductas individuales y colectivas a través de una serie de métodos económicos (Fontaine 2015, 92). El conductismo se basó principalmente en las pruebas empíricas y en la “falsabilidad” de la teoría (Sanders 2010).

A partir del conductismo nacieron las teorías de la elección racional, fundamentadas en las premisas de: individualismo metodológico, racionalidad instrumental, egoísmo de los individuos, individualismo político, etc. (Hindmoor 2006). La teoría de la elección racional se sitúa en un nivel micro, al basarse en los comportamientos individuales, y centra su argumento en la racionalidad neoclásica, según la cual, los actores actúan de manera racional cuando realizan cálculos maximizadores de utilidad (Howlett, Ramesh, y Perl 2009).

Esta asunción haría posible la modelización de conductas individuales y colectivas bajo una consideración de los intereses y la optimización de los beneficios. En tal sentido, permitiría generalizar y simplificar situaciones complejas en términos de política y toma de decisiones (Hindmoor 2006), pero al mismo tiempo se ve limitado por la concepción positivista de requerir únicamente conocimientos empíricos (Green y Shapiro 1994) y la sobre simplificación de los problemas.

Como una aplicación de las teorías de la elección racional a la acción colectiva surge el *Public Choice*, o la escuela de la elección pública. Las teorías de la elección racional proceden de la aplicación de las premisas de la elección racional (individualismo metodológico, racionalidad instrumental, egoísmo, etc.) en la acción pública (Fontaine 2015). El *Public Choice* pretende analizar el ámbito de la política y la formulación de políticas públicas a través del comportamiento racional de los actores políticos y sus efectos, es decir, estudia el proceso de política como un proceso en el que los actores políticos participan de manera competitiva con la finalidad de buscar rentas (Howlett, Ramesh, y Perl 2009).

La lógica de la elección pública ha sido ampliamente criticada por la excesiva simplificación de la psicología humana y su comportamiento, respecto a lo que ocurre en la realidad. Al mismo tiempo que la sobre simplificación de la realidad limita la capacidad predictiva de la teoría (Howlett, Ramesh, y Perl 2009). Pero una de las más fuertes críticas radica en que el conductismo concibe a las instituciones como la sumatoria de las preferencias individuales; para Pierson y Skocpol (2008) el Estado precede a los cálculos racionales de los individuos al orientar sus conductas.

### **1.2.2 Enfoques neoinstitucionalistas**

En contraste con los enfoques racionalistas, que centran su análisis en los comportamientos individuales de maximización de utilidades y beneficios, el neoinstitucionalismo adopta una perspectiva más estructural macro y considera factores estructurales sobre el rol que juegan las organizaciones y las instituciones para la toma de decisiones (Zittoun y Peters 2016). Para Howlett, Ramesh, y Perl (2009) el neoinstitucionalismo pretende superar los límites de las teorías individuales con el fin de “explicar la importancia de las instituciones políticas, económicas y sociales en la elaboración de las políticas públicas”.

De acuerdo con Zittoun y Peters (2016), las políticas públicas representan las decisiones tomadas por la interacción entre los gobiernos y sus aliados, grupos de interés, organizaciones, etc. En este sentido, además de las interacciones deben considerarse las estructuras formales y las reglas de las estructuras en las que interactúan los individuos que influyen en la elaboración de las políticas públicas. Los enfoques neoinstitucionalistas centran su análisis en la creación, la evolución y el papel que desempeñan las instituciones (formales e informales) que influyen “los comportamientos individuales, la acción colectiva o las políticas públicas” (Roth 2014, 94). Por lo tanto, se enfocan en que los individuos deben ser analizados dentro de sus estructuras institucionales, ya que las instituciones ofrecen las guías dentro de las cuales actúan los individuos, al mismo tiempo que los sancionan por no ajustarse a ellas (Zittoun y Peters 2016).

El enfoque neoinstitucionalista pretende identificar las reglas y símbolos que afectan el comportamiento político, conocer la manera en que determinada configuración institucional gubernamental afecta las decisiones del Estado, identificar la influencia de los patrones

históricos en los problemas públicos, etc. (Howlett, Ramesh, y Perl 2009). Existen tres principales versiones del neoinstitucionalismo: económico, histórico y sociológico.

### **Neoinstitucionalismo económico**

El neoinstitucionalismo económico se basa en la lógica del utilitarismo de la elección racional, por lo tanto, asume a los individuos como agentes que persiguen sus intereses por medio de cálculos racionales (Zittoun y Peters 2016). De esta manera, adquiere los preceptos de la teoría de la elección racional, pero incluye la importancia de las instituciones y su comprensión por medio de métodos económicos.

De acuerdo con el neoinstitucionalismo económico, los actores poseen preferencias exógenas a las instituciones, es decir, ingresan a las instituciones bajo la lógica de maximizar utilidades. Por lo tanto, las instituciones conforman “estructuras que producen resultados con la lógica del utilitarismo” (Zittoun y Peters 2016). Para North (1993) el neoinstitucionalismo económico entiende a las instituciones como variables exógenas de las interacciones sociales, ya que impone sus reglas a los individuos desde el exterior.

De acuerdo con este enfoque, las instituciones pueden modificarse mediante cambios en las reglas e incentivos, con la intención de cambiar también el comportamiento de los miembros de la institución (Zittoun y Peters 2016). Pero considerando que para los individuos las reglas son exógenas y negociables, son los actores quienes las fijan y quienes las aceptan (Ostrom 2000). Así, las instituciones del neoinstitucionalismo económico son producto de negociaciones y cálculos racionales para facilitar la acción, mitigar costos de transacción, reducir externalidades, etc. ya que se reconoce que la acción “racional” de cada uno de los individuos puede llevar a una irracionalidad colectiva (Fontaine 2015).

### **Neoinstitucionalismo histórico**

La visión clásica del institucionalismo se preocupaba por la calidad, duración y complejidad de las instituciones, sin embargo, el neoinstitucionalismo histórico propone una reflexión sobre el funcionamiento de las instituciones desde una perspectiva de procesos. Otro de los principales aportes del neoinstitucionalismo histórico radica en que supera el análisis únicamente del Estado (como entidad autónoma y agente neutro) y sus instituciones para centrarse en un conjunto de interacciones entre organizaciones (Fontaine 2015).

De acuerdo con Hall y Taylor (1996) el neoinstitucionalismo histórico posee cuatro características principales: relaciona las instituciones con las conductas individuales, pone énfasis en las asimetrías de poder en el desarrollo de instituciones, analiza el cambio institucional a través del *path dependence*, y destaca el rol de las ideas. En este sentido, la suposición básica del neoinstitucionalismo histórico consiste en que las instituciones y sus políticas siguen un camino que solo se modificaría a través de fuerzas capaces de ejercer presión para su cambio (Zittoun y Peters 2016).

En este marco, diferentes autores han estudiado el cambio de las políticas. Entre ellos Peter Hall (1993), quien establece tres órdenes en el cambio de las políticas públicas. Los cambios de primer orden constituyen ajustes de instrumentos, los cambios de segundo orden se dan mediante la creación de nuevos instrumentos para enfrentar un mismo problema sin necesidad de reformularlo, y los cambios de tercer orden implican la redefinición de los problemas.

### **Neoinstitucionalismo sociológico**

El neoinstitucionalismo sociológico o normativo da relevancia a la dimensión normativa de las conductas (Peters 2003), al mismo tiempo que evidencia la forma en que las conductas políticas se ven estructuradas por las interacciones entre individuos y colectivos (Peters 2003). Las interacciones entre actores son entendidas como instituciones, por lo que las redes (en tanto interacciones regulares con ciertos niveles de formalización) se consideran instituciones por parte del neoinstitucionalismo sociológico (Bloom-Hansen 1997). Estas instituciones tienen el potencial de sufrir transformaciones constantes para adecuarse al contexto, a la vez que son capaces de influenciar los comportamientos individuales (Fontaine 2015). En este enfoque, las instituciones se definen por ideas y por el compromiso de los actores con ellas, a la vez que las propagan (Zittoun y Peters 2016).

El neoinstitucionalismo sociológico estudia la forma en que las conductas individuales se estructuran por medio de las instituciones basadas en normas y costumbres. En este tipo de enfoque neoinstitucionalista, las instituciones se encuentran definidas por los valores, normas, símbolos y mitos que guían el comportamiento; en este enfoque se relacionan los valores con las políticas públicas en el sentido en que los valores que define una institución estarían también definiendo las políticas públicas que toma la institución (Zittoun y Peters 2016).

Las instituciones son entendidas desde dos dimensiones: la dimensión estructural se constituye por instituciones que producen maneras de relacionarse entre los individuos y el Estado, entre estas instituciones formales se encuentran las regulaciones legales o jurídicas; por otra parte, en la dimensión cultural se identifican las instituciones informales como producto de un acervo de valores y creencias (como las costumbres); estas instituciones son tan importantes como las instituciones formales y frecuentemente las originan.

La presente investigación se enmarca en el neoinstitucionalismo sociológico por su alineación con el enfoque de redes. Las instituciones informales, reconocidas en este enfoque, son trascendentales en la formulación de las políticas públicas y la gobernanza; ya que pueden provocar el éxito o el fracaso de la política. En este marco no solo se analizan las interacciones entre actores y la relación entre estos con las estructuras institucionales, sino las ideas como un factor importante en las instituciones.

Para Zittoun y Peters (2016), los elementos que pueden verse transversales entre los tres tipos de neoinstitucionalismo expuestos son la capacidad de las instituciones para crear previsibilidad en los resultados y en las políticas públicas; y la capacidad de las instituciones para reproducirse en el tiempo y repetir patrones de comportamiento. La importancia de las instituciones en las políticas públicas radica en su potencial para crear equilibrios, lo que influye en las políticas públicas al otorgarles estabilidad; bajo el riesgo de que las instituciones sólidas y persistentes en el tiempo conduzcan también al mantenimiento de sus políticas (Zittoun y Peters 2016).

### **1.2.3 Enfoques cognitivistas**

Los enfoques cognitivistas desarrollados en los años ochenta centran su atención en las ideas, el aprendizaje para las políticas públicas, el contexto institucional, etc. (Muller 2000).

Respecto al conductismo, el cognitivismo asume la existencia de construcciones sociales, percepciones y valores que anteceden a los intereses de los actores pero que deben ser tomadas en cuenta en los estudios conductuales (Fontaine 2015). Los enfoques cognitivistas otorgan relevancia a las ideas, creencias o valores; ya que su confrontación contribuye a esclarecer y desarrollar las políticas públicas, es así que para los enfoques cognitivistas las ideas pueden manifestarse objetivamente y explican la postura de los actores que intervienen en las políticas, y sus cambios (Roth 2014).



El cognitivismo puede ser entendido desde una perspectiva “minimalista” cuando no otorga mucha importancia al rol de las ideas, tal es el caso del conductismo. Pero a la vez puede tener una perspectiva “maximalista” que pone a las ideas como ejes centrales en el análisis de procesos políticos (Fontaine 2015). Una de las aproximaciones más relevante en los enfoques cognitivistas (y más equilibrada entre las perspectivas “maximalista” y “minimalista”) es el marco de *Advocacy Coalitions Framework* (ACF), donde un conjunto de actores unidos por sus valores o creencias forman “comunidades de política” o “coaliciones promotoras” que coordinan sus actividades y compiten entre sí para lograr sus metas en la definición e implementación de las políticas públicas (Roth 2014).

En este marco las políticas públicas son el resultado de la confrontación de las ideas que unen a cada coalición, por lo cual se les otorga una gran importancia en el análisis y la comprensión de las políticas (Roth 2014). Las ideas son el elemento fundamental en la conformación de las coaliciones y estas provienen de las creencias de sus miembros, que de acuerdo con Sabatier (1993) pertenecen a tres distintos niveles: creencias fundamentales, el núcleo epistemológico (creencias morales) y el núcleo teleológico (creencias prácticas). Sin embargo, un elemento temporal es importante también para que determinadas ideas se impongan, de manera que no solo deben ser buenas ideas sino que se les da importancia cuando es un buen momento (Fontaine 2015).

Aunque el ACF y el análisis de redes de políticas analizan la interacción entre los distintos actores, difieren en sus problemáticas. Mientras el enfoque de redes analiza las relaciones entre el Estado y los actores no estatales y parte de la idea de que existen redes con incidencia política, el ACF estudia la unión de actores estatales y no estatales en la acción pública donde en lugar de una red existe un núcleo alrededor del cual se reúnen actores y generan las coaliciones promotoras (Fontaine 2015).

### **1.3 Diseño de política pública**

El origen del diseño de políticas se remonta a los estudios de Lasswell, que comienza a tratar el tema de los principales instrumentos involucrados en la formulación de políticas y la forma en que los gobiernos manipulan los comportamientos por medio del uso de símbolos (Howlett 2011). Lo cual dio lugar al desarrollo de nociones sobre los múltiples medios que utilizan los gobiernos; así, los instrumentos de política se definieron como las herramientas que utiliza el

gobierno en las diferentes etapas del proceso de política (Howlett 2011). Hasta llegar a concebir el diseño de la política como una rama de las ciencias políticas que se preocupa por el proceso de la política; cuya importancia radica en que contribuiría a mejorar la manera en que se construyen las políticas y los resultados de esta (Howlett y Mukherjee 2018).

Previo al análisis del aporte de Peters (2018) que será utilizado para esta investigación, es necesario analizar el modelo instrumental de Howlett que introduce las taxonomías y modelos en el estudio del diseño de políticas, en lo referente a los instrumentos. Además, aborda las concepciones contemporáneas de selección de instrumentos con el propósito de analizar las mejoras que se han realizado en la taxonomía de Hood y en el modelo de Doern.

Para Howlett (2011), un elemento importante del diseño de políticas involucra vincular los objetivos de las políticas con las ideas de los formuladores respecto a los medios o las herramientas a utilizarse. La selección de los instrumentos de política y el rango de posibilidades presente en el diseño requiere comprender el tipo de opciones de instrumentos que existen, y los más apropiados o posibles en un contexto dado.

El proceso de selección de instrumentos, lejos de ser sencillo, ha evolucionado durante varias décadas y tiene sus orígenes en los análisis de Lasswell, que presentaron la base sobre la cual se estudiarían los medios que utilizan los gobiernos para incidir en las políticas públicas. Uno de los principales aportes en este ámbito fue el de Christopher Hood (1983;1986), quien desplegó un esquema de clasificación cuádruple basado en recursos para el uso de instrumentos, los cuatro tipos de recursos que poseen los gobiernos para generar cambios en su entorno son: nodalidad, autoridad, tesoro y organización (Howlett 2009). Pero cabe señalar que para Linder y Peters (1989) la selección de instrumentos estaría relacionada directamente con el modelo de gobierno en el que se diseña la política; el modelo produce los criterios que justifican la implementación de los instrumentos seleccionados en determinado contexto. En conclusión, esta perspectiva reconoce la importancia de los instrumentos, al constituir elementos indispensables en el diseño de políticas; elementos que actúan como medios para resolver problemas. En contraste, los aportes de Peters (2018) critican el modelo instrumentalista y definen que el diseño de políticas es un proceso que no se limita únicamente a seleccionar instrumentos, especialmente cuando las políticas pretenden dar

respuesta a problemas complejos que requieren un análisis del contexto y los valores que se relacionan al diseño de la política.

Para Peters (2018), el diseño es un concepto utilizado crecientemente para describir el proceso en el que se crea una respuesta de política frente a un problema de política. El diseño de la política puede ser entendido como la integración de la comprensión de los problemas con las ideas de los instrumentos utilizados para la intervención y los valores que se buscan por medio de la política. El diseño de política debe ser pensado desde las ideas e instrumentos, desde el ambiente político y social en el que funciona, y desde los valores sociales y políticos en las decisiones (Peters 2018).

Las distintas concepciones a través del tiempo han pretendido identificar los medios para alcanzar una “buena” política o al menos comprender cuál debería ser la esencia de esta. En este aspecto, los cuestionamientos en la comunidad de ciencias políticas han girado en torno a la capacidad de producir diseños de política efectivos; la pertinencia de desarrollar diseños de política genéricos o, por otra parte, diseños que se adecúen a cada problema en particular (Peters 2018). La concepción de las políticas en términos de diseño requiere pensar de manera sistemática en lo que constituye una “buena” política ya que aún los cambios graduales en las políticas pueden provocar grandes fallas sin un diseño previo; un diseño de la política claro tiene como resultado facilidades en la evaluación y el aprendizaje sobre el resultado con el propósito de mejorarlo (Peters 2018).

El diseño de política entendido en un contexto político es generalmente una actividad colectiva, que implica la interacción de múltiples actores y requiere en mayor medida del compromiso de actores sociales y ciudadanos. Los principales factores políticos en el diseño son: la relevancia de las consecuencias políticas de las decisiones más allá de los procesos en las que se formulan, la consideración de los valores políticos como la igualdad y equidad, y la credibilidad de la política por parte del público (Peters 2018, 7).

El rediseño constituye un principio importante debido a que los programas crean una *path dependency* difícil de revertir. El diseño no se construye en una tabula rasa, por lo cual los programas son siempre objeto de reformas y revisiones, lo cual hace al rediseño eficiente, necesario, sensible y con mejores resultados en el largo plazo (Peters 2018). El rediseño de

políticas trae consigo beneficios dado que reduce el uso de los recursos destinado al diseño de una política, ya que se adecúa el diseño previamente formulado. No obstante, entre las complicaciones que implica un rediseño de políticas, se puede resaltar la posibilidad de que los actores involucrados en la ejecución de una política mantengan compromisos con la política previa, dificultando de esta manera su adopción (Peters 2018).

Como uno de los principios del diseño de política, Peters (2018) menciona la focalización y la modulación. La focalización se encuentra dirigida a alcanzar los mayores beneficios con los menores costos por medio del direccionamiento de los beneficios para quienes son escogidos por el programa para recibirlos, sin embargo, constituye una tarea difícil debido a que muchas veces su funcionamiento depende del comportamiento poco previsible los individuos (Peters 2018).

Una vez analizados los principios fundamentales del diseño de política en la forma más genérica, se puede dar lugar a los tipos de diseño que van desde el no diseño al full-design, dependiendo del mayor o menor grado de reflexión que implican (Peters 2018). Los tipos de diseño que propone el autor son: programas y políticas, diseños ideológicos, diseños políticos, diseños por transferencia, diseños por innovación, y diseños experimentales o accidentales. En lo referente a los programas y las políticas se debe realizar una distinción entre ambos. El diseño de un programa es visto como más limitado que el diseño de políticas debido a que es más específico; es así que, los diseños de programas pueden derivarse de diseños de políticas más amplios o integrarse en estos (Peters 2018).

En la producción de una política con mayor probabilidad de éxito respecto al cumplimiento de sus objetivos, suele existir una tendencia a equiparar el diseño con el uso de la evidencia y la reflexión. Sin embargo, pueden darse diseños mayormente basados en la ideología, donde la atención se dirige en mayor medida a un conjunto de ideas y valores que a la evidencia, en ocasiones dejando de lado los costos humanos y materiales asociados. A pesar de esto, el papel de los estilos ideológicos en el diseño no puede equipararse a la irracionalidad, ya que los gobiernos pueden utilizar tanto las ideologías como las evidencias en el diseño de políticas (Peters 2018).

Los diseños políticos generalmente reflejan el compromiso entre dos o más diseños ideológicos en conflicto, donde los actores contendientes presentan un diseño y deben utilizar medios para resolver el conflicto. La idea de viabilidad política generalmente es importante en el diseño político de una política o programa, en este aspecto, la tarea del diseñador es determinar la factibilidad real de una política, presentar los argumentos correctos si es factible y rediseñar si no es realmente factible (Peters 2018).

El diseño por transferencia se debe a los significativos grados de difusión que se han experimentado con el interés en el *policy making* basado en evidencia. El uso de la experiencia de otros sistemas puede proveer información para ser utilizada con la finalidad de dar forma a las políticas, sin embargo, es más complejo de lo que se cree. Un diseño de política no necesariamente funciona bien en cualquier área, ya que el diseño requiere de un entendimiento del contexto en el que funcionará la política, así como del contexto del que se extrajo (Peters 2018).

El diseño por innovación se caracteriza por ofrecer mayor atención a la distribución de bienes y servicios que a los contenidos actuales de esos servicios; sin embargo, a pesar de que la estructura de implementación es importante, no es el único foco del diseño. Por otra parte, los diseños por innovación suelen entenderse como más participativos y colaborativos; es decir, involucran a múltiples actores en lugar de un grupo reducido de expertos (Peters 2018).

Los diseños accidentales son más comunes en tiempos de crisis o de guerra, cuando los gobiernos requieren actuar a pesar de los riesgos de cometer errores. En cierto nivel casi todos los *policy making* son experimentales debido a la dificultad que tienen los gobiernos de predecir los resultados. No obstante, existen retos en lo que respecta a la aceptabilidad que tendría una política de experimento por parte de los ciudadanos y de quienes hacen las leyes; y a los efectos que tendría en los comportamientos de los actores (Peters 2018).

Para concluir sobre los tipos de diseño, se puede afirmar que los tipos de diseño antes mencionados tienen cierto grado de “no diseño”, así como todas las políticas tienen cierto nivel de diseño. Por lo cual, el cuestionamiento gira en torno al “grado en que los diseños emergen de intentos conscientes de encontrar una solución, considerando un rango de opciones, desde el proceso basado en la rutina, la *path dependence*, y el simple préstamo de

intervenciones”; teniendo en cuenta que dentro de la política pública la no-decisión constituye en sí misma una decisión (Peters 2018, 20).

Uno de los principales aportes de Peters (2018) al estudio del diseño de política es el modelo de full-design, que describe cuatro componentes fundamentales del *working design* para la política pública: la *causation*, el entendimiento de los instrumentos disponibles, la comprensión de los valores en que se evalúan los resultados de política y el plan de intervención. El diseño debe intentar comprender la interacción de estos cuatro elementos y la forma en que pueden utilizarse para corregir procesos sociales y económicos (Peters 2018).

La *causation* da relevancia al entendimiento de la causa del problema como un primer paso en la formulación del diseño. Una vez que los *policy makers* reconocen el problema dirigen su atención hacia las posibles causas, como un paso previo a la formulación de una respuesta por medio del diseño. Sin embargo, la complejidad radica en que los problemas tienen múltiples causas a menudo desconocidas, disputadas, cargadas de ideologías, etc. por lo que se suelen tratar únicamente los síntomas (Peters 2018).

La instrumentación se refiere a la selección de instrumentos; y si bien la clasificación de los instrumentos de políticas puede ser insuficiente para proporcionar respuestas claras para el posible diseñador, el intento de comprender los mecanismos subyacentes que operan en esos instrumentos puede proporcionar al menos algunas pistas sobre la forma en que producirán acciones (Peters 2018, 22). La comprensión de estos mecanismos subyacentes a su vez proporciona una idea sobre las circunstancias en las que se debe seleccionar instrumentos particulares para el diseño de una política. La clasificación más relevante es aquella de Hood, que se basa en los recursos del gobierno y las clasifica en: autoridad, nodalidad, tesoro y organización.

La evaluación es una demanda más general de que los diseñadores de políticas sean explícitos sobre los valores que buscan alcanzar a través de la política que se está diseñando. Pero los objetivos a menudo se alcanzarán solo parcialmente, e incluso de ser alcanzados se pueden producir efectos secundarios y consecuencias no deseadas que también deben evaluarse y sopesarse frente a los resultados positivos (Peters 2018).

La intervención, como el cuarto elemento del *full-design*, se refiere más que a la selección de instrumentos por parte del gobierno. Requiere de una estructuración del programa que utilice los instrumentos disponibles y asegure su implementación. El diseño de estructuras para la implementación de las políticas junto con el diseño de las políticas es importante debido a que las políticas no funcionan por sí solas (Peters 2018).

Para finalizar, las críticas al diseño de política giran en torno al estilo de diseño reactivo, a la atención inadecuada de la incertidumbre y riesgo, a la estrechez del enfoque que se utiliza y de sus consideraciones temporales, la asunción de una *tabula rasa*, la ignorancia del contexto y el instrumentalismo. Las críticas hacia el diseño reactivo se fundamentan en la forma reactiva y retrospectiva con la que se piensa los problemas, dejando de lado la anticipación de las necesidades de políticas.

La *tabula rasa* tiende a asumirse, generando problemas debido a que la mayoría de las políticas se basan en unas ya existentes porque se interviene en un “espacio político abarrotado”. De acuerdo con Peters (2018), la no integración de una nueva política en un “conjunto existente de políticas solo puede complicar la implementación de un programa "nuevo" y reducir su probabilidad de éxito”. Resulta trascendental comprender el contexto en que las políticas que se diseñan y particularmente en el caso de las transferencias de política (Peters 2018), sin embargo, no basta con mencionar la importancia del contexto, se debe conocer qué aspectos del contexto son relevantes en el diseño, o cómo puede afectar los resultados.

Cabe señalar que uno de los principales aportes que realiza Peters (2018) al instrumentalismo, es la integralidad con la que debe entenderse el diseño de políticas. El diseño implica más que la simple y restringida selección de instrumentos para una tarea particular, se requiere también un análisis del contexto y los valores asociados al diseño. El autor critica principalmente una vinculación simplista entre un problema y una solución mediante el uso de un instrumento, ya que dejaría de lado elementos importantes en el proceso de diseño. El diseño de políticas no debe considerarse de manera mecánica, ya que requiere necesariamente de un análisis más completo de los problemas, soluciones y valores; que deben integrarse en estructuras institucionales que pueden no ser tan favorables a las nuevas ideas políticas como los diseñadores puedan desear (Peters 2018).

### **1.3.1 Instrumentos de política pública**

Posterior a los años ochenta, surgió la necesidad de clasificar los instrumentos de políticas existentes para mejorar el análisis de las razones de su uso. Uno de los propósitos fundamentales consistía en que los profesionales fueran capaces de obtener lecciones sobre experiencias ajenas en el uso de técnicas en circunstancias particulares, para mejorar el diseño de políticas y los resultados de este. Estos estudios trajeron consigo el “enfoque de instrumentos” como un área importante dentro de los estudios de las políticas que pone su atención en los resultados (Howlett 2011). Teniendo como principales cuestionamientos: la forma en que la efectividad y la operación de un programa de gobierno se ve afectada por la selección de instrumentos, y los factores que influyen la elección de tales instrumentos.

### **1.3.2 Combinación y selección de instrumentos de política pública**

Desde una concepción contemporánea de los instrumentos de política, se puede encontrar la falencia en el modelo de Hood sobre la distinción entre los usos de instrumentos sustantivos y procedimentales o entre diferentes niveles de los instrumentos políticos; sin embargo, fue un elemento valioso para el desarrollo de las taxonomías. Cabe recalcar en este punto que la distinción a la que se hace referencia radica en el hecho de que los instrumentos sustantivos tienen el propósito de distribuir bienes y servicios; mientras que los procedimentales están más relacionados con el comportamiento de los actores en el ámbito de las políticas públicas (Howlett 2011).

Posterior a los trabajos de Bressers y Klok (1988) que examinan instrumentos sustantivos (como las licencias para afectar el costo de ciertas actividades) o los instrumentos procedimentales (relacionados con la difusión de información), y los trabajos de Schneider e Ingram sobre un gran número de instrumentos procedimentales; se llegó a plantear una modificación en la taxonomía de Hood. Dicha modificación consistió en clasificar los instrumentos procedimentales tal y como se había realizado con los sustantivos en 1986 pero con la diferencia de que agrega un criterio de uso positivo o negativo (Howlett 2011). De esta ampliación, se desprende una taxonomía NATO que incluye tanto las herramientas procedimentales como las sustantivas.

La pregunta sobre por qué se utiliza cierto instrumento dejó de ser relevante, para dar paso a por qué se utiliza una combinación particular de instrumentos sustantivos y procedimentales



en un sector específico. En este aspecto se direccionó la importancia a diseñar políticas que empleen una combinación de instrumentos de políticas escogidos cuidadosamente para crear interacciones positivas entre sí (Howlett 2011).

Schneider e Ingram (1997) buscaron sistemáticamente la percepción de Doern de que el grado de voluntad de un gobierno para alterar el comportamiento subyacente de los actores clave de la política es un factor que afecta la elección de los instrumentos de implementación de políticas. Para las autoras, la formulación de políticas pretende que las personas hagan cosas que de otra manera no procuraban realizar. La capacidad del Estado depende también de la creencia de los *target groups*, para ser utilizada efectivamente; por lo que se debe poner atención a la credibilidad y legitimidad del gobierno en los grupos de interés, la voluntad de los actores para realizar o recibir pagos y la confianza que tenga el grupo objetivo en la competencia de la administración (Howlett 2011).

Como Schneider e Ingram (1990) lo afirmaron, cada "recurso" no constituye una entidad absoluta sino una relación, compuesta tanto de una capacidad estatal como de una creencia del *target group* que crea una relación de "gobernanza" entre las dos partes en un acuerdo de política. Esta afirmación es importante debido a que vincula a los instrumentos de política con los modos de gobernanza; de esta manera la gobernanza legal recae en una combinación de autoridad y legitimidad, la gobernanza de mercado recae en el tesoro, la gobernanza en red recae en la información y la credibilidad, etc.

Finalmente, Linder y Peters (1989) describieron una variedad de atributos de los instrumentos que afectan la selección de instrumentos de nivel micro: la automaticidad, visibilidad, intrusión, costo, y precisión de la focalización. Estas consideraciones, junto a las que hacen referencia al modo de gobierno y la palanca del régimen de políticas genera un conjunto de criterios de herramientas de implementación anidadas involucradas en una situación de diseño típica (Howlett 2011).

### **1.3.3. Selección de instrumentos con un enfoque de redes**

Bressers y O'toole (1998) centran su análisis en la explicación de cómo las características de las redes de política pueden ejercer una influencia en la selección de instrumentos durante el proceso de formulación de la política. Para lo cual, utilizan las redes para reflejar las

relaciones entre los actores del gobierno y los actores de los *target groups* de un área específica.

El rol de los instrumentos en el ámbito de las políticas públicas constituye un elemento importante debido a que son los medios para implementar la política, sin embargo, para Bressers y O'toole (1998) los aportes en este campo han dejado de lado el rol que desempeñan los actores en su selección e implementación. Por lo tanto, ofrecen una tipología basada en las características de interconexión y cohesión de la red; ya que no solo influyen en la selección de los instrumentos sino en su perpetuación durante el proceso de formulación (Bressers y O'toole 1998).

La característica de interconexión de la red toma en cuenta las interacciones y relaciones entre los actores dentro y fuera del proceso de formulación de la política. Por otra parte, la cohesión de la red se basa en los valores e ideas compartidas por los miembros de la red que les permite coordinar su acción para defender sus intereses; de manera que un nivel de cohesión alto se refleja en una autoidentificación fuerte del individuo con su grupo (Bressers y O'toole 1998). De la combinación de ambas características se deriva la tipología de las redes: redes con interconexión y cohesión fuerte, con interconexión fuerte y cohesión débil, con interconexión débil y cohesión fuerte, y con interconexión y cohesión débil. En la identificación de las redes dentro de la tipología se requiere tomar en cuenta las características de los instrumentos y el cambio de estos según el tipo de red.

Bressers y O'toole (1998) caracterizan los instrumentos de política por medio de seis elementos: la entrega o retiro de recursos, la apelación normativa, la proporcionalidad, la libertad de los grupos objetivo para elegir la aplicación de los instrumentos, la bilateralidad o multilateralidad y cuenta el papel de los formuladores de política en el proceso de implementación. La entrega o retiro de recursos se relaciona a la distribución de recursos, de manera que las redes fuertemente cohesionadas e interconectadas son más propensas a recibir recursos del gobierno.

Mediante los instrumentos caracterizados por la apelación normativa, el gobierno pretende controlar el comportamiento de *target groups*, lo cual es más factible en grupos débilmente cohesionados. La proporcionalidad de los instrumentos muestra la relación entre el

comportamiento de los *target groups* y las reacciones del gobierno respecto a este; lo cual tiene un efecto más importante en redes con interconexión alta ya que se pueden dirigir a comportamientos en particular (Bressers y O'toole 1998).

La característica de libertad de los grupos objetivo para elegir la aplicación de los instrumentos señala que en redes fuertemente cohesionadas la aplicación de los instrumentos queda a discreción de los grupos objetivo para ser aprobada o disputada. La bilateralidad o multilateralidad se da en redes con una interconexión fuerte por la variedad de contactos que conforman la red; pero pueden también ser aplicados en cohesiones débiles para lograr acuerdos que conduzcan a soluciones. Para finalizar, el papel de los formuladores de política en el proceso de implementación tiene que ver con que los *target groups* sean tomados en cuenta para este proceso (Bressers y O'toole 1998).

Algunas consideraciones a ser resaltadas sobre el aporte de Bressers y O'Toole (1998) consisten en que la selección de los instrumentos constituye una forma de diseño institucional que no involucra a un solo actor en particular. Además, la relación entre las redes y los instrumentos es bidireccional; si bien es cierto que las características de la red son determinantes potenciales de los tipos de instrumentos, los instrumentos tienen la capacidad de dar forma a las redes. Según este aporte, la selección del set de instrumentos se relaciona directamente con las cualidades de las redes de política, ya que “ciertos tipos de instrumentos de política pública tienen mayor probabilidad de ser seleccionados de tal manera que sean congruentes con las características sociales existentes” (Bressers y O'Toole 1998). Y, la selección de instrumentos y su implementación es limitada por el contexto político y social donde se planea llevar a cabo la aplicación de tal selección (Bressers y O'toole 2007).

#### **1.4 Redes de políticas**

La teoría de redes permite identificar y obtener información sobre los actores que intervienen en las políticas y la selección de los instrumentos, sus ideas programáticas, sus recursos e incentivos, el contexto en el que se desenvuelven, la forma en la que se relacionan y cómo todos estos elementos afectan los resultados de la política. Por lo tanto, en este acápite se aborda el modelo ideacional de Ben Kisby (2007) que surge a partir del modelo dialéctico propuesto por Marsh y Smith (2000).

### 1.4.1 Modelo dialéctico

Marsh y Smith (2000) desarrollan una crítica a los enfoques existentes sobre redes de políticas, para lo cual proponen un modelo dialéctico que explique el rol que tienen las redes para explicar los resultados de política; teniendo en consideración que la relación entre estas no es simple ni unidimensional. Las relaciones son entendidas como interactivas o dialécticas, motivo por el cual se analiza la estructura de la red y los actores que operan en ella, la red y el contexto en que se desenvuelve, y la red y los resultados de política.

El modelo desarrollado por los autores entiende a la red como una variable explicativa, y analiza las tres relaciones dialécticas antes mencionadas, para lo cual, cabe señalar que consisten en relaciones entre dos variables que se afectan mutuamente dentro de un proceso interactivo continuo (Marsh y Smith 2000). La primera relación, que tiene que ver con la estructura y la agencia de los actores se refiere a un “proceso de aprendizaje estratégico”, donde las acciones de los actores se configuran por medio de un contexto estructurado y el conocimiento estratégico que el actor aporta a dicho contexto en un proceso de interacciones constantes (Marsh y Smith 2000).

Las redes pueden entenderse como estructuras que constriñen o facilitan a sus agentes, al mismo tiempo que son el resultado de las acciones estratégicamente calculadas de los sujetos. Se debe considerar que las estructuras y dependencia de recursos no son fijas, y pueden cambiar por medio de los agentes que negocian y renegocian las estructuras de la red (eligen opciones de política, argumentan y rompen redes) (Marsh y Smith 2000). El análisis del cambio de una red y de los resultados debe enfatizar el papel de los agentes y que el contexto en el que opera la red afecta los intereses y acciones de los actores.

En cuanto al contexto, Marsh y Smith (2000) aciertan al agregar la existencia de otras redes a los factores exógenos que según Marsh y Rhodes cambian la red (factores económicos, ideológicos, políticos). Y en lo que se refiere a los resultados, identifican la inexistencia de una relación causal unidireccional entre las redes de política y sus *outcomes*. Los resultados afectan las redes de tres maneras diferentes: por medio de un cambio provocado en los miembros de la red o el balance de resultados, a través de la afectación de la estructura social donde existen intereses particulares en la relación entre las redes, y mediante una afectación

de los agentes que aprenden de la experiencia y se encuentran en un constante cambio de sus estrategias y acciones (Marsh y Smith 2000).

El modelo dialéctico de los autores se basa en cinco puntos claves: el contexto estructural afecta la estructura de la red y los recursos que usan los actores dentro de la red; las habilidades que usan los actores en la negociación pueden ser innatas o producto de su proceso de aprendizaje; la interacción de la red y la negociación reflejan una combinación de habilidades y recursos de los actores, estructura de la red e interacción de la política; la estructura de la red es el reflejo del contexto estructural, los recursos de los actores, la interacción de la red y el resultado de política; y, el resultado de política refleja la interacción entre la estructura de la red y las interacciones en ella (Marsh y Smith 2000).

El estudio de las redes ha sufrido una transformación que pasó del análisis del esquema tradicional del triángulo de hierro y modelos como el pluralismo y el corporativismo, para centrar su atención en los complejos de organizaciones que conforman la red. A pesar de que aportes como el de Marsh y Rhodes lograron superar el análisis restringido a los actores para analizar otros elementos como las interconexiones, las dependencias de recursos, la distribución del poder, las reglas del juego, entre otros. El análisis de Marsh y Smith (2000) ofrece un avance todavía más significativo, al proveer de una perspectiva del enfoque de redes desde el realismo crítico, donde se estudian las relaciones dialécticas entre estructura y agencia, redes y contexto, y, redes y resultados de políticas.

Las redes de políticas son entendidas por Marsh y Smith (2000) de una manera más amplia e interesante, donde las redes constituyen estructuras políticas que abarcan las relaciones de poder presentes en el contexto socioeconómico y político; de esta manera, las redes definen roles y respuestas, no son neutras ni lineales. Las redes reflejan distribuciones de poder, los conflictos (incluso pasados), y factores como creencias, valores y cultura de los actores. Esta perspectiva dialéctica que toma en cuenta el papel de los agentes en el cambio de la estructura, el contexto, la incidencia de otras redes en el cambio de una red, el vínculo de la red con los resultados, el aprendizaje de los actores, etc. resulta trascendental para analizar de manera más amplia los cambios que se realizan en la política.

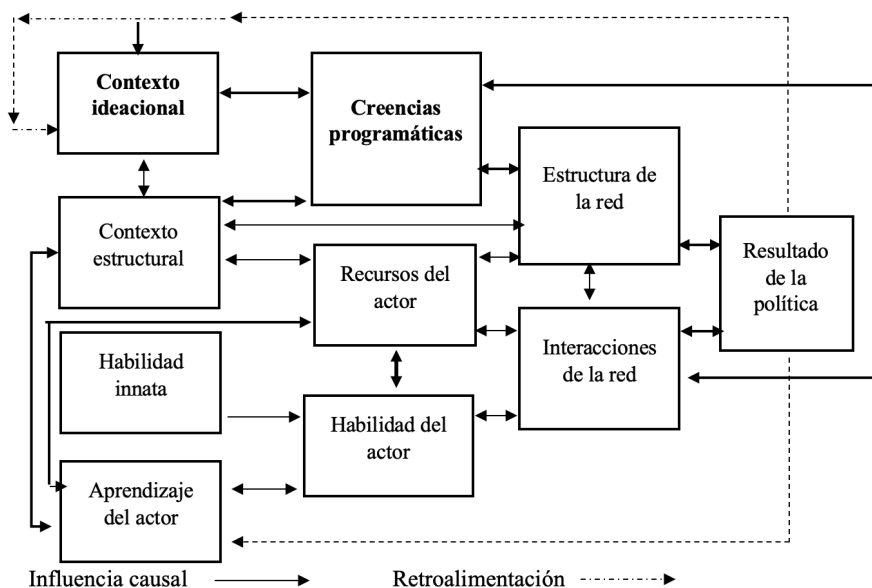
### 1.4.2 Modelo ideacional

Las limitaciones del modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000) radican en la reducida atención que se presta al rol de las ideas, que se difunden en la sociedad y entre las redes de políticas; que incluso llegan a modificar los patrones de comportamiento; y que son capaces de explicar la formulación de políticas (Kisby 2007). Ben Kisby (2007) parte del modelo dialéctico de Marsh y Smith (2001) pero adiciona al análisis el contexto ideacional y las creencias programáticas como factores indispensables para el análisis de redes. Para el autor, dentro de las estructuras existen actores que influyen en la política pública por medio de su actuación motivada por creencias programáticas (marcadas por aseveraciones, teorías y metas integradas).

Las ideas proveen una gran parte de los antecedentes en los que se formulan las políticas, por lo que “los cambios en las ideas suelen preceder a los cambios en las políticas” (Kisby 2007, 79). El modelo ideacional permite comprender cómo y por qué una política en específico es introducida en un contexto determinado, para lo cual centra su análisis en:

(...) el contexto ideacional dentro del cual operan los actores clave; y la influencia de las creencias programáticas en las acciones de aquellos actores que forman una red de políticas claramente definida y mediante las cuales las creencias programáticas pueden tener un impacto en los resultados de las políticas (Kisby 2007, 83).

**Gráfico 1.1:** Modelo ideacional de Ben Kisby



Fuente: Kisby 2007

El modelo ideacional entiende a las creencias programáticas como variables independientes, las redes de políticas como variables intermedias a través de las cuales se produce el cambio de la política, y los resultados de la política como las variables dependientes (Kisby 2007). Para analizar el impacto de las ideas y las redes de política en el proceso de formulación de la política es necesario identificar los actores clave en la red y las creencias programáticas que los motivan. Con el propósito de continuar con la demostración del impacto en los resultados de políticas de un “set específico de creencias programáticas”, reforzado por el análisis sustantivo y normativo de las políticas públicas una vez implementadas para evaluar si es consistente con las creencias programáticas de la red (Kisby 2007).

### 1.5 Metodología

Para la definición de la metodología alineada ontológicamente al proyecto de investigación, se examina la literatura de Jackson (2016) que plantea una tipología partiendo de la ontología filosófica (monista o dualista) y la ontología científica. La ontología científica, que se refiere al conocimiento sobre el mundo se categoriza en fenomenalista o transfactual. Mientras la ontología fenomenalista basa sus conocimientos en fenómenos que se pueden observar directamente, la ontología transfactual fundamenta su estudio en fenómenos no observables pero que pueden ser detectados (Fontaine 2018).

De la combinación entre la ontología filosófica y la ontología científica, surge la tipología de Jackson (2016), según la cual el “analiticismo” proviene de una combinación entre monismo y fenomenalismo, el “reflexivismo” surge del monismo y el transfactualismo, el “neopositivismo” proviene de la unión del dualismo con el fenomenalismo, y el “realismo crítico” implica la combinación del dualismo y transfactualismo (Jackson 2016).

**Tabla 1. Tipología de metodologías**

		Ontología científica	
		Fenomenalista	Transfactual
Ontología filosófica	Dualista	Neopositivismo	Realismo crítico
	Monista	Analiticismo	Reflexivismo

Fuente: Jackson (2016)

La definición de la metodología a través de las ontologías para la investigación es importante debido a que permitiría esclarecer la concepción sobre el conocimiento en el diseño de

políticas. Para lo cual se realiza una elección en función de la creencia de que la mente se encuentre o no separada del mundo, y de si el conocimiento es solo aquello que se puede ver o si existe algo que no puede verse, pero explica lo que es visible (Fontaine 2018). En este sentido, la presente investigación se enmarca dentro del realismo crítico, que separa a la mente del objeto de estudio, al mismo tiempo que intenta detectar fenómenos no observables, como es el caso de las redes de políticas.

La presente investigación se realizará por medio de métodos mixtos, de manera que se hará uso de la teoría de redes, la teoría de grafos y el análisis de redes sociales (ARS), que permite establecer cualitativamente las relaciones y obtener medidas cuantitativas que proveen información que caracteriza a determinados actores. Esta investigación otorga visibilidad a los vínculos entre actores mediante una serie de técnicas para rastrear conexiones sociales.

La principal técnica para realizar el rastreo de los actores consiste en identificar actores que se referencian mutuamente, al reconocer su agencia como aliados o como antagonistas. Los actores tomados en cuenta en el análisis serán todos aquellos actores humanos o no humanos que aparezcan en todos los documentos existentes durante el periodo de tiempo que abarca la investigación, sin exclusión alguna. Para lo cual, será realizado también un *bibliography chaining* como un método para ampliar el conjunto de documentos a analizar.

Una vez realizado el rastreo de actores, se hará uso de la teoría de grafos. Sanz (2003) aborda el tema del análisis de las redes con el propósito de hacer notar el potencial que este tiene para identificar las estructuras sociales que emergen de las relaciones, por medio de métodos y técnicas que incluyen matemáticas, matrices y álgebra. El análisis de redes sociales (ARS) se entiende como un método, una herramienta o un conjunto de instrumentos utilizados para medir y analizar las estructuras que surgen de las relaciones entre actores, que emergen de la recurrencia de las relaciones o de la ocurrencia de eventos en particular (Sanz 2003).

A nivel micro hace posible el estudio de las conductas individuales, mientras que a nivel macro identifica patrones en las relaciones (estructura de la red); pero no deja de analizar las interacciones entre los dos niveles (Sanz 2003). Esto se debe a las relaciones causales entre la estructura de la red y la conducta individual, ya que así como los flujos dentro de la red podrían tener un efecto relevante en las creencias y/o el comportamiento de los actores, los



resultados de este proceso afectan también las estructuras de poder o la estructura de las relaciones sociales (Sanz 2003). Existe una doble direccionalidad entre la estructura de la red (que crea oportunidades o restringe a los actores) y los actores (que determinan y transforman a la red), de modo que las redes son simultáneamente la causa y el resultado de las conductas individuales.

El análisis de redes describe y analiza las estructuras sociales que surgen ante la interacción, comunicación, colaboración, etc. de la variedad de actores al mismo tiempo que las nuevas estructuras permiten la comprensión, predicción y mejor gestión de los resultados de la acción humana (Sanz 2003). El análisis de redes sociales analiza los vínculos y conexiones entre agentes con el propósito de determinar la estructura general de la red y la posición de los individuos dentro de esta.

Otro elemento relevante del análisis de redes sociales es que trata los sistemas sociales como redes de dependencia que se dan por “la diferente posición de los recursos escasos en los nodos y la asignación estructurada de esos recursos a los vínculos” (Sanz 2003). Las redes son también estructuras de poder; sus patrones y estructuras muestran el acceso a recursos por los miembros, ya que el acceso a recursos se asocia a la forma de la red.

La teoría de grafos que se usa en el análisis resulta sumamente útil porque posee un vocabulario que permite analizar las propiedades de las estructuras sociales, ofrece operaciones matemáticas para analizar y medir las propiedades; las matrices se construyen para marcar la existencia o inexistencia de una relación; y estas se representan por medio de un grafo que muestra las características o propiedades de la red y la posición de los actores. Las medidas generales de la estructura de la red según Sanz (2003) son la densidad del grafo y la cohesión de la red, que abarca el valor de unipolaridad, la medida de integración y el valor de la centralización.

El análisis estructural y de redes se fundamenta en el desarrollo de la matriz de relaciones y en la construcción de grafo que liga a los nodos (actores) entre sí por medio de vínculos (relaciones entre actores) (Sanz 2003). Existen dos tipos de redes: las redes de modo-uno, donde todos los actores pertenecen al mismo conjunto; y las redes de modo-dos o redes de

afiliación, que poseen un único conjunto de actores y un único conjunto de eventos o acontecimientos.

El análisis de redes ha desarrollado una variedad de medidas para caracterizar y comparar las estructuras de las redes, de modo que se pueden analizar la cohesión y la centralidad para identificar “las características de la red, la posición de las organizaciones y las características de sus relaciones” (Sanz 2003). Mientras que la cohesión se refiere al grado de integración, la centralidad (grado, cercanía o mediación) representa la posición de los actores, lo cual se relaciona con el poder. La importancia de este último aspecto radica en que los actores con mayor poder pueden identificarse como aquellos que son necesarios para vincular otros dos actores, es decir, los mediadores; conocimiento que puede ser utilizado de manera estratégica por los actores para volverse indispensables dentro de la red aun cuando en un inicio hayan sido vistos como débiles.

La teoría de grafos ofrece una metodología para realizar el análisis de redes que, aunque se encuentra basado en las teorías ampliamente desarrolladas sobre los actores, sus acciones y sus interacciones (fundamento cualitativo), ofrece una perspectiva fundamentada en las matemáticas y el álgebra matricial (fundamento cuantitativo) para evitar que los análisis se realicen desde una perspectiva meramente subjetiva. Esta herramienta permite al investigador identificar los actores (humanos y no humanos), establecer los vínculos entre ellos, y al mismo tiempo conocer las características de la red o la posición de los actores por medio de cálculos. Estos cálculos requieren necesariamente el conocimiento de: “el número de organizaciones ligadas, el grado de exclusividad de los lazos y la posición de las organizaciones en el conjunto” (Sanz 2003). Y aun cuando permiten realizar análisis por medio de gráficos y cálculos manuales, son el fundamento detrás de *softwares* de análisis de redes como el *gephi*.

El *gephi* es un *software* de análisis de redes y visualización que se utiliza principalmente para la realización de proyectos académicos de investigación. Por medio del *gephi* es posible armar las redes de actores, obtener el gráfico de la red y varias medidas cuantitativas que miden la posición de los actores en la red y sus propiedades. Entre ellas están el grado, la centralidad, la densidad, la cohesión, la interconexión, entre otros. Asimismo, el programa *gephi* permite el uso del algoritmo *Force Atlas* de diseño espacial de redes web, o redes sin escala. Una vez

que se arman las redes con todos los actores humanos y no humanos, y se obtienen las medidas cuantitativas, se realiza un análisis por medio de la teoría de redes.

El método de rastreo de actores y el uso del *software gephi* permitirá, en un primer momento, conformar y analizar las redes de política que intervinieron en el contexto de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador durante el periodo 2012-2019. En un segundo momento, se utilizarán los mismos métodos para conformar y analizar las redes de política que intervinieron en el diseño de la política. Finalmente, con esta información se procederá a realizar un análisis cualitativo teórico de los resultados de la política, por medio del análisis comparado de las redes de política en diferentes momentos. En este punto se espera contrastar y explicar cómo una red de políticas que promovía la participación de los actores en la formulación de la política fue cambiando hasta el momento en que se privilegió una selección de instrumentos correspondiente con un estilo de implementación vertical; afectando de esta manera los resultados de la política.

## Capítulo 2

### Red y contexto

El presente capítulo tiene como objetivo describir el contexto histórico en el que se configuraron las principales redes de política en un momento previo al diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019). Por medio del enfoque de redes de política se rastrean los eventos, los instrumentos de política pública, los actores y las ideas que se movilizaban en torno al proceso de reforma del sector sanitario.

En primer lugar, se realizará un recorrido por los momentos que atravesó la reforma del sector salud, las ideas programáticas que movilizaron agendas a nivel internacional y la influencia que tuvieron en las propuestas y decisiones de los actores nacionales en torno al surgimiento de nuevos instrumentos de política. En este aspecto se analizarán tres etapas: la situación de la salud en el Ecuador hasta la década de los ochenta, la reforma que tuvo lugar a partir de los noventa y la transformación del sector que se pretendió desde el 2006.

En segundo lugar, una vez que se ha identificado a los actores humanos y no humanos que participaron en el contexto de la política, se expondrán las principales ideas programáticas en torno a las cuales se configuraron las diferentes subredes. De acuerdo con el modelo ideacional, las redes se conforman ante la necesidad de los actores de plasmar en las agendas un tema compartido.

Y, finalmente, se graficará la red por medio del *software gephi*, que permite identificar las subredes como asociaciones entre actores a través de ideas programáticas que los unen. Para un análisis más completo se interpretarán las medidas provenientes de la red y se realizará un análisis basado en el modelo ideacional de Ben Kisby, para conocer los cambios de la política en el contexto del caso de estudio.

#### 2.1 Contexto de la política pública de redes integradas de salud

El presente acápite inicia con una descripción de la situación de la salud en el Ecuador hasta la década de los ochenta debido al suceso de acontecimientos importantes con los que comenzaron a configurarse las redes de política. Posteriormente, se describirá el proceso de reforma sanitaria que se llevó a cabo en el Ecuador durante la década de los noventa poniendo

énfasis en los actores clave y las ideas programáticas. Finalmente se realizará un recorrido por los eventos que dieron inicio a la “Transformación sectorial de la salud en el Ecuador” (TSSE) donde el gobierno planteó nuevos objetivos en la política sanitaria que incidirían en el marco institucional en el que fue diseñada la política de redes de salud. De manera transversal se analizará la forma en que el cambio en la concepción de la salud pública hacia una perspectiva integral tuvo influencia en las propuestas de reforma del sector.

### **2.1.1 La salud en el Ecuador previo a la reforma (1948-1990)**

En 1948 el Servicio Sanitario Nacional de la Dirección General de Sanidad se ocupaba de la planificación sanitaria; la atención médica era ofrecida por la Asistencia Pública, con Juntas Centrales y Juntas Provinciales; la asistencia a los militares se llevaba a cabo por la Sanidad Militar; y en algunas ciudades funcionaban instituciones autónomas: el Instituto Nacional de Higiene (INH), la Liga Ecuatoriana Anti tuberculosa (LEA) y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), entre otras. En este contexto, se atravesó un proceso de análisis de la situación nacional en el ámbito sanitario que dio como resultado el reconocimiento de un “país enfermo”. Esto llevó a la “Asociación Médico-Quirúrgica” y “Federación Médica Nacional” a denunciar la situación y exigir la institucionalización de la protección de la salud por medio de la creación de un único organismo estatal (Pacheco et al. 2002).

Durante el mismo año el Congreso Nacional expidió el acuerdo Legislativo 626 que pretendía crear el Ministerio de Salud para que direccionara y coordinara la política sanitaria, las actividades de salud, y a los organismos autónomos que existían. Esto se logró con la ayuda del gremio de médicos, y de organismos técnicos y científicos, que contribuyeron a llevar la opinión pública a favor de su creación. Sin embargo, el presidente Galo Plaza Lasso (1948-1952) objetó el acuerdo argumentando una insuficiencia de atribuciones del ministerio. Esta objeción realmente obedecía a presiones políticas provenientes desde Guayaquil por parte de las entidades que querían hacer respetar su autonomía económica y administrativa para evitar una restricción y control de sus rentas (Pacheco et al. 2002).

Por otra parte, desde el año 1958 se produjo un acercamiento entre el Ecuador y el Fondo Monetario Internacional (FMI) que afectaría el proceso de reforma del sector sanitario. A partir de este año pudo identificarse una recurrencia del país al apoyo financiero por parte de esta organización, en un contexto de crisis económica e inestabilidad política. Es así que se

contrataron nueve créditos *stand by* durante las décadas de los sesenta y setenta; y se retornó a estos préstamos una década más tarde, en 1982 (Acosta 2006). Los acuerdos *stand by* buscan responder a las necesidades de financiamiento externo de los países a cambio de la firma de cartas de intención donde se exponen compromisos y condicionalidades que influyen en la política económica del país que solicita los préstamos (Fondo Monetario Internacional 2018).

En la década de los sesenta, la estructura del sistema de servicios de salud no había experimentado grandes cambios. Los hospitales ecuatorianos pertenecían a las Juntas de Asistencia Social que mantenían un régimen autónomo en sus respectivas provincias; en este entorno, los hospitales no tenían un vínculo entre sí y carecían de centros de salud (Hermida 2005). Sin embargo, en 1967 durante el gobierno de Otto Arosemena Gómez (1966-1968), se publicó el Decreto Ejecutivo 084 por medio del cual la Asamblea Constituyente creó el Ministerio de Salud Pública. En esta ocasión, a los grupos que se encontraron a favor de la creación del ministerio en 1948 se sumó el apoyo internacional de la OMS/OPS y el liderazgo de actores políticos que pretendían institucionalizar problemas sociales.

Así, surgió el Ministerio de Salud como una entidad que se encargaría de planificar, implementar, controlar y evaluar las acciones de promoción y protección de la salud. A este se integraron varias instituciones “como la Dirección de Sanidad, la Asistencia Pública, la Misión Andina y la atención municipal” (Sasso 2013). El ministerio se volvió responsable de las Juntas, con excepción de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, y comenzaron a proveerse de centros y subcentros de salud con el propósito de que se vinculen a los hospitales y conformen una red; lo cual no pudo concretarse en la práctica (Hermida 2005).

Adicionalmente se crearon los seguros sociales bajo corrientes bismarckianas con el propósito de atender a la “población asalariada, con relación formal de trabajo, y a veces a su familia” (Illescas 2017, 141). Así, el mantenimiento de la fortaleza del sector privado en el tiempo puede explicarse por la influencia del Modelo Bismarck en el sistema sanitario ecuatoriano de esta época. Dado que este modelo se caracteriza por no reconocer la importancia de la atención primaria, promover la existencia de diversos proveedores (privados con y sin fines de lucro), y respetar la libertad de elección del usuario dado el número de proveedores y la falta de una organización territorial de los servicios (Illescas 2017).

A nivel internacional, en 1979 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata organizada por la OMS/OPS y la Unicef, que bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, pretendía promover el modelo de atención primaria de salud entre los países como la única estrategia para alcanzar la universalidad de la salud. Esta conferencia dio paso a una serie de Conferencias Internacionales sobre la Promoción de la Salud, organizadas por la OMS, que se llevaron a cabo con la participación de varios países para evaluar la situación, reflexionar y desarrollar avances sobre los temas planteados.

Como resultado de la conferencia, se formalizó la Declaración de Alma-Ata, que promovió la equidad en salud como un asunto indispensable para alcanzar el desarrollo económico, motivo por el cual los gobiernos tendrían la obligación de promover la atención en salud primaria a través de políticas, estrategias y planes de acción para el sistema nacional de salud (Organización Panamericana de la Salud 1978). La atención primaria en salud, de acuerdo con la Declaración de Alma Ata, debe orientarse a los principales problemas de salud con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Lo cual implica la participación de las comunidades, del sector sanitario, y otros sectores relacionados en la planificación, organización, funcionamiento y control de las atenciones, mediante el uso adecuado de los recursos nacionales y locales (Organización Panamericana de la Salud 1978).

En este sentido, durante la década de los setenta, en un contexto de bonanza petrolera, se estableció la ampliación de la cobertura y la construcción de un sistema sanitario universal como los ejes de la política estatal en salud; a partir de este hito tuvo lugar un incremento de la infraestructura sanitaria hasta los años ochenta (Hermida 2005). De esta manera, tras el periodo de mayor extensión del sector sanitario hasta esa época, en 1980, durante el gobierno de Jaime Roldós Aguilera (1979-1981), se creó el Consejo Nacional de Salud (CONASA).

El CONASA se creó como un organismo autónomo conformado por representantes de instituciones públicas y privadas del sector sanitario. Entre sus principales funciones se encontraba la asesoría al Ministerio de Salud, la promoción de consensos de políticas públicas y el desarrollo de mecanismos de coordinación entre las instituciones del sector. Sin embargo, en el transcurso del tiempo su rol atravesó un proceso de cambio que lo condujo de ser una instancia que asesoraba al ministerio a convertirse en una instancia fundamental en el proceso de reforma (Organización Panamericana de la Salud 2007b).

En contraste, a partir de la década de los ochenta, la concepción de desarrollo (desde el modelo neoliberal) se enfocó en reducir el rol del Estado en el sector social, aumentar la competencia, incrementar el crecimiento económico por medio de incentivos para la inversión y reducir los costos para las empresas, entre otros (Bustamante 2007). Es así que para 1983 el Banco Mundial se convirtió en uno de los principales financiadores de los programas sanitarios en los países en desarrollo (Banco Mundial 1987).

En 1982 el país volvió a vincularse a instituciones financieras internacionales como el FMI y el BM en una serie de negociaciones de la deuda externa. Lo cual conllevó a la aplicación de un recetario de medidas ortodoxas cuyo propósito sería garantizar el servicio de la deuda por medio de la aplicación de medidas de austeridad y disciplina fiscal, reestructuración del gasto público y privatizaciones (Acosta 2006). Estos eventos tuvieron inicio en el periodo de gobierno del entonces presidente Osvaldo Hurtado Larrea (1981-1984), quien firmó una carta de intención en junio de 1983; y continuaron de manera discontinua en el periodo de León Febres Cordero (1984-1988), quien firmó las cartas de intención de 1985, 1986 y 1988. Posteriormente, en el periodo de Rodrigo Borja (1988-1992) se firmó la carta de intención de 1991 y se realizaron ajustes y transformaciones importantes para la posterior profundización del neoliberalismo (Acosta 2006).

En 1988 la Organización Panamericana de la Salud presentó una estrategia de salud centrada en la atención primaria desde una perspectiva organizacional, que consistió en la creación de Sistemas Locales de Salud (SILOS) (Velasco 2007). Esta propuesta pretendía acelerar la aplicación de la atención primaria en los sistemas de salud para lograr equidad, por medio de la descentralización. Los SILOS tendrían el potencial de reconocer y solucionar los problemas de salud al mismo tiempo que se lograba una mejor gestión de los recursos (Organización Panamericana de la Salud 1993).

Durante esta década cabe señalar la existencia de dos corrientes ideacionales. Por un lado, se encontraban los postulados del Banco Mundial, que en 1987 se refirió por primera vez a la política sanitaria. Resaltando el hecho de que los servicios curativos debían ofertarse por el sector privado, mientras que el Estado únicamente debía intervenir ofreciendo medidas de prevención por medio de acciones descentralizadas y el cobro de aranceles y tarifas diferenciadas (Banco Mundial 1987).



Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud y sus países miembros se pronunciaron durante la Conferencia de Ottawa de 1986 y la Conferencia de Adelaida de 1988 a favor de la equidad en salud. La Carta de Ottawa, que mantenía el objetivo “Salud para todos en el año 2000”, consistió en una estrategia para mejorar la salud y calidad de vida de la población por medio del desarrollo de cinco principales elementos: políticas públicas sanas, entornos propicios, acciones comunitarias, desarrollo de aptitudes personales, y reorientación de los servicios sanitarios (Velasco 2007).

De conformidad con la Carta de Ottawa de 1986, la equidad en salud solo sería posible mediante estrategias de promoción de la salud con la participación de todos los actores. Los hacedores de política fueron llamados a priorizar la salud y adoptar una mirada que trascendiera la provisión de servicios clínicos y combinara distintos instrumentos relacionados con “la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos” (Organización Mundial de la Salud 1986). Y, el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y desarrollo de estrategias de planificación a favor de la salud se planteó desde la participación y la acción coordinada de los gobiernos, sectores sanitarios, otros sectores, organizaciones benéficas, autoridades locales, medios de comunicación, etc.

Finalmente, en la Declaración de Adelaida, se puso énfasis en la necesidad de invertir en políticas públicas sanitarias para crear un entorno que permita a las personas tener una vida sana y un acceso igualitario a los servicios sanitarios. Esta conferencia resaltó la importancia de contar con un sistema informativo que permitiera evaluar las repercusiones de la política para una toma de decisiones informada (Secretaría de Salud del Gobierno de México 2015).

### **2.1.2 La reforma sanitaria en el Ecuador (1990-2005)**

La década de los noventa marcó un giro con el surgimiento de dos corrientes, una neoliberal y otra que pretendía reforzar el papel del Estado. Por un lado, la llegada del nuevo modelo neoliberal que restringió la inversión en salud, profundizó la desorganización del sector sanitario y mermó todavía más la capacidad de acción del Ministerio de Salud Pública (sin presupuesto y sin rectoría) (Sasso 2013). Este suceso se dio en un contexto en el que el Banco Mundial, en colaboración con la OMS, preparó un Informe sobre el desarrollo mundial, que recomendó la privatización, la descentralización, el cobro de los servicios sanitarios, el mantenimiento de la fragmentación y la separación de funciones dentro del sistema sanitario.

De manera que al sector privado le correspondería el aseguramiento, el financiamiento y la provisión de servicios, dejando para el Estado únicamente una función rectora (Banco Mundial 1993).

Por otro lado, surgió una postura alternativa que cuestionó los seguros privados, la eliminación de la solidaridad y la fragmentación de la provisión de servicios en el sistema sanitario. En este aspecto, la Conferencia de Sundswall de 1991 ratificó el papel de los hacedores de política pública de tomar acciones favorables para la salud bajo principios de equidad y sostenibilidad (Organización Mundial de la Salud 1991). De acuerdo con esta postura, el Estado tendría un papel importante para garantizar el financiamiento del sistema de salud por medio de la recaudación, distribución y administración eficiente de los recursos públicos (Banco Mundial 1993). En este contexto, comenzó a debatirse en Ecuador la necesidad de realizar reformas en el sector sanitario en torno a ambas propuestas; tal y como estaba sucediendo en la mayoría de países latinoamericanos.

En 1993, durante el gobierno de Sixto Durán Ballén (1992-1996), se expidió la Ley de Modernización bajo el argumento de que el país atravesaba una crisis económica y existía la necesidad de responder ante las graves distorsiones sociales creadas durante los periodos de ajuste. En este contexto, se propuso iniciar un proceso de privatizaciones y concesiones de servicios para reducir las cargas económicas que debía afrontar el Presupuesto General del Estado y obtener recursos financieros para atender demandas sociales. Como parte de la aplicación de esta ley surgió en 1994 el Consejo Nacional de Modernización como un órgano que tuvo por como objetivo reformar y modernizar el Estado, descentralizar, privatizar y realizar concesiones (Secretaría Técnica Planifica Ecuador s. f.).

En 1994 el país firmó una nueva carta de intención, con el objetivo de lograr la “modernización del Estado” con la asistencia del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. En este marco, la Ley de Modernización permitiría la participación del sector privado en asuntos del Estado por medio de “concesiones, desmonopolización en la provisión de servicios y venta de empresas públicas”<sup>1</sup>. El plan económico de Sixto Durán Ballén buscaba privatizar áreas donde se consideraba que el sector privado podría actuar más eficientemente (Acosta 2006), lo cual abarcó el área de la salud.

---

<sup>1</sup> Carta de intención 1994

La modernización en el sector sanitario era apoyada por entidades financieras internacionales (principalmente por el Banco Mundial), que ofrecían créditos condicionados a una toma de decisiones acorde a los ajustes estructurales que incluían entre otros elementos, la reducción del Estado y las privatizaciones; lo cual puede evidenciarse en el proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA) (Sasso 2013). Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud proponía la construcción de un sistema sanitario, la implementación de un modelo de atención en salud primaria y el fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud. De estas dos corrientes surgieron las tres principales propuestas de reforma en el sector salud presentadas en Ecuador.

Durante el gobierno de Sixto Durán Ballén, tuvo lugar la primera propuesta de reforma en salud en Ecuador. En 1994, surgió la propuesta de la Comisión Bi-ministerial, conformada por los Ministerios de Salud y Bienestar Social, con la colaboración del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y en diálogo con el CONAM. Esta argumentaba que la mejoría de la salud en la población requería “la descentralización, autonomía y autogestión” de los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud y al IESS; según este enfoque los municipios y organizaciones sin fines de lucro debían jugar un papel importante (Sasso 2013). Sin embargo, esta propuesta se vio truncada por la disolución de la comisión en el mismo año y el hecho de que una segunda propuesta de reforma elaborada por el CONAM acaparara el espacio de discusión.

La propuesta de reforma elaborada por el CONAM fue presentada en 1995 y estaba ligada a concepciones neoliberales; comprendía a la salud como un “bien productivo” indispensable para lograr competitividad y productividad en el país, motivo por el cual se enfocó en el seguro social de los trabajadores (Sasso 2013). Además, propuso un “modelo de mercado” en la salud, que pretendía otorgar al Estado las acciones sobre la salud pública (entendida como atención primaria de baja rentabilidad) y a las entidades privadas la atención hospitalaria (Hermida 2007).

La propuesta consideraba que el financiamiento, la provisión de servicios y la gestión sanitaria debía ser público-privada (mixta), de manera que el sector privado surgiría como un actor importante y se daría lugar a la medicina prepagada (Sasso 2013). Los principales ejes de la propuesta del CONAM se concentraban en continuar el proceso de descentralización por

medio del traslado de las competencias y recursos financieros del Ministerio de Salud hacia los municipios, al mismo tiempo que pretendía restar al Estado su rol en la prestación de servicios y ponerles un precio (Hermida 2005).

En 1995, en concordancia con la Ley de Modernización del Estado, se cristalizaron una serie de debates que en el tema de la salud pretendían crear un mercado de aseguramiento que permitiera la participación de empresas privadas y aproximarse a la privatización del IESS; sin embargo, no fueron aprobadas por el Congreso ni en la consulta pública (Sasso 2013). Los actores que promovieron la aprobación de esta propuesta fueron “los sectores empresariales a través de las Cámaras, el sistema financiero nacional, las autoridades monetarias e, incluso, organismos como el Fondo Monetario Internacional”; mientras “las centrales sindicales, el movimiento indígena y campesino, la burocracia estatal y los propios trabajadores del IESS” se manifestaban en su contra (Sasso 2013).

Los actores que estuvieron a favor de la liberalización de la seguridad social argumentaron una búsqueda en la mejoría de la salud, a pesar de que sus intereses giraban en torno al acceso a los ahorros proveniente de las aportaciones de los afiliados al IESS para ponerlos en el mercado de capitales. Mientras que los actores en contra de la reforma argumentaron un riesgo del IESS de desfinanciarse y la ruptura del principio de solidaridad que sostiene a la seguridad social (Sasso 2013).

Posteriormente, se dio una tercera propuesta elaborada por el Consejo Nacional de Salud, dirigido en ese periodo por Alfredo Palacio, el ministro de salud. El Grupo Técnico de Reforma y la Comisión Técnica de Reforma fueron los encargados de desarrollar una propuesta y un plan operativo, que fueron aprobados por el CONASA en 1995. Cabe señalar que durante el mismo año la Organización Panamericana de la Salud convocó a una reunión cumbre donde se acordó superar la perspectiva de la reforma enfocada en criterios de eficiencia y eficacia, para plantear una reforma con un sentido más integral basado en la equidad (Echeverría 2007).

Esta propuesta planteaba que la reforma en salud requería acciones de otros sectores, la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) y un “esquema de aseguramiento de la atención de base pública fundamentado en una alianza entre el IESS y el MSP” (Echeverría

2007). Asimismo, planteaba la universalización del sistema de aseguramiento y el fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud Pública principalmente en la dirección, regulación y control del sector, ya que la administración de los servicios podría llevarse a cabo de una forma más descentralizada y con mayor participación de los gobiernos locales (Sasso 2013).

La propuesta tuvo un gran impacto en los debates de los actores que se encontraban pendientes de la reforma debido a que recibió el apoyo de la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (conformado por entidades como el Banco Mundial), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el BID y la OMS/OPS (Sasso 2013). Sin embargo, hubo actores que se opusieron a la creación del Sistema Nacional de Salud, entre ellos estuvo la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y los Consejos Cantonales bajo la creencia de que perderían sus autonomías institucionales y no se lograría una articulación del sistema. Asimismo, las provincias y cantones suponían que la propuesta promovía la centralización, en contra de sus demandas de una gestión más descentralizada (Echeverría 2007).

No obstante, los debates perdieron continuidad con el cambio de gobierno en 1996 y la elección de Abdalá Bucaram (1996-1997) como presidente, quien a pesar de no haber firmado una carta de intención promovió planteamientos neoliberales y realizó reformas “de inspiración fondomonetarista” que tenían en la mira el desmantelamiento del Estado y las privatizaciones (Acosta 2006). Es así que en 1997 se expidió la Ley especial de descentralización del Estado y de participación social, donde se estipuló que el ejecutivo debía transferir a los municipios “las funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológicos” para la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas sanitarios; así como para el mantenimiento de las condiciones de los servicios de atención primaria en salud<sup>2</sup>.

En este contexto, el CONASA se mantuvo en inactividad durante algunos meses “y los acuerdos iniciales quedaron truncos y sin concreción”; hasta 1997, cuando se reanudó el proceso de reforma bajo el ideal de fortalecer el Ministerio de Salud Pública como ente rector

---

<sup>2</sup> Ley especial de descentralización del Estado y de participación social. Capítulo II, De las transferencias y del fortalecimiento del régimen seccional autónomo. Artículo 9

de la salud (Echeverría 2007). En este periodo se llevó a cabo la denominada “reforma silenciosa” en salud, que consistió en una serie de cambios que se dieron en el sector sanitario “escasamente mediados por discusiones públicas”, previo a la Asamblea Constituyente. El CONASA cumplió un papel fundamental dentro del Congreso, al lograr que se incluya un capítulo de salud en la Constitución Política del Ecuador de 1998, lo que permitió la implementación de una reforma sectorial (Villacrés y Guerrero 2007). El Congreso aprobó las reformas gracias a “la presencia, documentos, debates y reflexiones” de movimientos sociales de indígenas, mujeres, diversas organizaciones sin fines de lucro y otros actores a favor de la gratuidad como un requisito para lograr la universalidad de la salud (Hermida 2007).

Los puntos más relevantes del capítulo sobre la salud desarrollados en la Constitución de 1998 se basaron en la concepción de la salud desde una perspectiva integral y un derecho ciudadano. El Estado tendría la responsabilidad de formular la política nacional de salud<sup>3</sup> y garantizar el derecho a la salud a través de su promoción, protección y posibilidad de acceso a los servicios bajo principios de equidad, universalidad, eficacia, entre otros<sup>4</sup>. Sin embargo, este instrumento mostró contradicciones, al mencionar que los programas y acciones sanitarias serían gratuitos para todos, a la vez que se establecía un aporte monetario de las personas de acuerdo a su capacidad económica como una de las fuentes de financiamiento<sup>5</sup>.

Por otra parte, la Constitución Política del Ecuador contenía un componente de descentralización, de manera que se reconocía la administración descentralizada del gobierno<sup>6</sup> y la responsabilidad del Estado de impulsar el desarrollo del país, el fortalecimiento de entidades seccionales y la distribución de los recursos por medio de una descentralización progresiva<sup>7</sup>. De igual forma, en el ámbito sanitario se planteó la organización de un Sistema Nacional de Salud integrado por “entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias” que funcionaría de manera descentralizada, desconcentrada y participativa<sup>8</sup> para la oferta de servicios.

---

<sup>3</sup> Constitución Política del Ecuador 1998. Sección cuarta. De la salud. Artículo 44

<sup>4</sup> Constitución Política del Ecuador 1998. Sección cuarta. De la salud. Artículo 42

<sup>5</sup> Constitución Política del Ecuador 1998. Sección cuarta. De la salud. Artículo 43 y 46

<sup>6</sup> Constitución Política del Ecuador 1998. Título I. De los principios fundamentales. De la salud. Artículo 1

<sup>7</sup> Constitución Política del Ecuador 1998. Capítulo I. Del régimen administrativo y seccional. Artículo 225

<sup>8</sup> Constitución Política del Ecuador 1998. Sección cuarta. De la salud. Artículo 45

Estos eventos se dieron en el gobierno de Jamil Mahuad (1998 - 2000), que estuvo caracterizado por “atender las demandas del gran capital, marginando, una vez más, a la mayoría de la población” (Acosta 2006, 188). En 1999 se decidió declarar la moratoria de la deuda externa, una vez que se había reajustado la economía para “sostener su servicio” incluso a costa del pago de los sueldos de médicos, enfermeras, maestros, entre otros (Acosta 2006, 191). Una vez que se interrumpió la presidencia de Jamil Mahuad, llegó el gobierno de Gustavo Noboa Bejarano (2000-2002) quien había formado parte del binomio de Mahuad y planeaba la privatización de empresas públicas y de seguridad social con el respaldo del FMI. En este periodo se firmó nuevamente una carta de intención con interés en reestructurar y fortalecer la banca, controlar el gasto y solucionar la moratoria de la deuda. A pesar de que se planteó salvaguardar recursos para programas sociales esta sugerencia se basó en la visión focalizada del Banco Mundial.

Por otra parte, a nivel internacional se celebraron varias conferencias internacionales que continuaron profundizando aspectos importantes para alcanzar la equidad en salud. En 1997 se celebró una conferencia en Indonesia que dio como resultado la Declaración de Yakarta, donde se estableció la necesidad de consolidar alianzas estratégicas con el sector privado para resolver los problemas sanitarios a través de la cooperación (Organización Mundial de la Salud 1997). Asimismo, la Declaración de México en el año 2000 fomentó el posicionamiento de la promoción de la salud dentro de las agendas políticas y de desarrollo de los países (Organización Mundial de la Salud 2000).

Al mismo tiempo, se llevó a cabo en Bangladesh la primera Asamblea para la Salud de los Pueblos (inspirada en la Conferencia de Alma Ata), para llamar la atención sobre el deterioro que han sufrido los servicios públicos sanitarios ante la aplicación de políticas neoliberales, que contribuyeron a hacerlos inaccesibles y socavaron el principio de igualdad (Movimiento por la Salud de los Pueblos 2000). La declaración proveniente de esta Asamblea expresó la necesidad de reconocer a la salud como un derecho humano fundamental cuya garantía es responsabilidad de los Estados, para lo cual sugirieron reformas en la legislación y la implementación de instrumentos de política pública que protegieran y promovieran la salud.

Adicionalmente, la Declaración para la Salud de los Pueblos estableció como principios la prioridad de la salud en la formulación de políticas, la orientación de las políticas hacia la

atención primaria, la responsabilidad de los gobiernos para garantizar el acceso universal a la salud y la participación de la población en las políticas públicas (Movimiento por la Salud de los Pueblos 2000). Así, en 2001 miembros del CONASA propusieron al ministro la elaboración de propuestas para la Política Nacional de Salud y un anteproyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud (Hermida 2007). En este contexto, a principios del año 2002 el Ministerio de Salud designó la organización del primer Congreso por la Salud y la Vida por medio del CONASA y con el apoyo de la OMS/OPS.

En 2002 se llevó a cabo en Quito el primer Congreso por la Salud y la Vida, con la participación de la sociedad civil. A continuación, se redactó una declaración que proclamó a la salud como una prioridad en la agenda nacional y proveyó de información útil para el establecimiento de una Política Nacional de Salud. Asimismo, mencionó la importancia de exigir la aprobación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la asignación presupuestaria anual al MSP según sus requerimientos, apoyar la participación de los organismos seccionales, reconocer la rectoría del Ministerio de Salud Pública, conformar los Consejos de Salud, organizar el Sistema Nacional de Salud, y apoyar el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud (CONASA).

Durante el mismo año se aprobó, por medio del Congreso, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cuya elaboración fue el resultado de un trabajo institucional que contó con el apoyo del CONASA, a través de su Comisión Técnica de Reforma, y la participación de representantes de distintos sectores, y expertos sanitarios nacionales e internacionales. La vida institucional del CONASA puede analizarse en dos etapas históricas: entre 1980 y 2002 cumplía principalmente funciones de asesoría al ministro de salud, pero a partir del 2002 se convirtió en un “organismo con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera” (Organización Panamericana de la Salud 2007b). El CONASA pasó a convertirse en un “organismo de concertación nacional del sector salud”, con la capacidad de coordinar y articular las diversas entidades del sector, con el propósito de construir el Sistema Nacional de Salud (Merino 2007).

La promulgación de la ley y la expedición de su reglamento un año más tarde fueron los elementos que permitieron cristalizar el proceso de reforma sanitaria, como aspiraban los salubristas que crearon el MSP en 1967 (Organización Panamericana de la Salud 2007b). La Ley del Sistema Nacional de Salud apareció como un instrumento de política que partía de la



necesidad de promover la equidad e integralidad de la salud, extender la cobertura y eliminar exclusiones. Para lo cual se estableció la construcción de un Sistema Nacional de Salud organizado por medio de la conformación de consejos provinciales y cantonales para facilitar la coordinación de los actores del sector. El funcionamiento de estos últimos se encontraría delimitado por medio de la rectoría del MSP quien establecía las normativas generales en términos de recursos sanitarios (Echeverría 2007).

Cabe señalar que tanto la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) como su Reglamento conservaron la idea de la descentralización. De manera que estipularon que “en el país se ha iniciado un proceso de descentralización y desconcentración tendiente a lograr una mejora fundamental en los servicios públicos, con la participación de los organismos seccionales, proceso en el que es necesario contar con un marco legal que preserve la integridad de la atención de salud”<sup>9</sup>.

El proceso de construcción del SNS se llevó a cabo con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Banco Mundial, organismo que realizó varios préstamos para la ejecución del Plan Nacional de Salud (Rodas 2007). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2007), la aprobación de la Ley del Sistema Nacional de Salud marcó un hito importante en la historia de la salud ecuatoriana, pero todavía implicaba un amplio y complejo camino a ser recorrido para que pueda plasmarse en la realidad de los servicios sanitarios ecuatorianos.

Cabe señalar que este proceso se llevó a cabo durante el gobierno de Lucio Gutiérrez (2002-2005), en el cual se firmó nuevamente una carta de intención con el FMI. En lo concerniente a la salud, esta carta mencionó la necesidad de recibir asistencia técnica por parte de instituciones internacionales para realizar una evaluación de los “procedimientos operativos y los balances actuariales de los tres fondos de seguridad social (IESS, ISSFA, ISSPOL)”. Asimismo, se planteó destinar al gasto social el 10% de un fondo de estabilización petrolero, pero a pesar de que se hablaba de gasto social continuaba priorizándose el pago de la deuda.

En 2004 se realizó en Guayaquil el segundo Congreso por la Salud y la Vida, organizado por el CONASA, y donde participaron la OMS/OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la

---

<sup>9</sup> Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Ley No. 2002-80)

Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), delegados de talleres regionales realizados previamente, representantes de las instituciones de salud públicas y privadas del país y delegados de la sociedad civil (organizaciones indígenas, movimientos de mujeres y jóvenes, ONG). Este congreso permitió consolidar las políticas e integrar aspectos importantes como la participación, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

Los dos primeros congresos realizados en 2002 y 2004, con la participación de diversos actores sociales marcaron un cambio en la manera de formular la política pública de salud en el Ecuador. Además, permitieron “legitimar y fortalecer el apoyo social a la Ley Orgánica del Sistema de Salud”, es decir, obtener aliados que den sostenibilidad a los planteamientos de la política sanitaria (Echeverría 2007).

Posteriormente, en 2005 se llevó a cabo en la ciudad de Cuenca la segunda Asamblea para la Salud de los Pueblos, que reforzó la idea de la salud como un derecho y profundizó la importancia de establecer medidas a favor de la atención primaria y la construcción de sistemas de salud eficientes, sostenibles y de calidad (Movimiento por la Salud de los Pueblos 2005). La Asamblea promovió el lema “la salud es un derecho humano, no una mercancía” y denunció que las medidas a favor de la salud se han sacrificado por su potencial para obstaculizar el “derecho a las ganancias” (Ugalde y Homedes 2007).

En 2005, mediante la Carta de Bangkok, se insistió en la necesidad de que los países se unieran a una alianza mundial que impulsara compromisos y medidas para promover la salud (Organización Mundial de la Salud 2005). En este contexto, en el gobierno de Alfredo Palacio, entre los años 2005 y 2007, se promovió el Programa de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) para proporcionar aseguramiento en salud a la población bajo una lógica de protección social que daba prioridad a la población en extrema pobreza. El programa AUS promovió la descentralización de los servicios sanitarios hacia los municipios mediante convenios con los gobiernos locales de Quito, Guayaquil, Cuenca y Manta (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007). Sin embargo, en 2005 la administración del AUS se trasladó del Ministerio de Protección Social a la Secretaría de los Objetivos del Milenio, eliminada en 2007 por un cambio de perspectiva sobre la salud (Chang 2017).

Junto con el Ministerio de Protección Social, se pretendía alcanzar en 2010 la cobertura sanitaria de los dos quintiles más pobres por medio del Programa de extensión de cobertura en salud (PROECOS) y la emisión de tarjetas de salud; su financiamiento provenía en un 80% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública y en un 20% de recursos externos provenientes del Banco Mundial, la Unión Europea, Bélgica y España (Chang 2017). Estos programas, lejos de pretender una salud equitativa y universal, acataban los lineamientos propuestos por el Banco Mundial (Chang 2017). Por consiguiente, aun cuando se habían emprendido estrategias para garantizar la salud por parte del gobierno, los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida 2005-2006 fueron desalentadores; por lo que se reconoció la necesidad de “actualizar conceptos normativos en salud pública”. Por consiguiente, el Congreso expidió en 2006 la Ley Orgánica de Salud (LOS), basada en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (Jiménez et al. 2017).

En este sentido, la Ley orgánica de salud 2006 establece como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública la rectoría del Sistema Nacional de Salud, el diseño e implementación de programas de atención integral a las personas, y la regulación del funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud tanto públicos como privados. La ley establece que los integrantes del Sistema Nacional de Salud deben aplicar las políticas, programas y normas desde las acciones de promoción de la salud hasta los cuidados paliativos<sup>10</sup>. Asimismo, expresa la necesidad de una acción coordinada por parte de los integrantes del SNS para solventar los problemas de salud prioritarios<sup>11</sup>.

### **2.1.3 Transformación sectorial de la salud en el Ecuador (2006-2011)**

En el año 2006 se realizaron cambios en la planificación del sector sanitario, tras haber ganado las elecciones presidenciales Rafael Correa. El plan de gobierno de su partido político planteaba la construcción de una sociedad equitativa y solidaria, la gestión pública descentralizada por parte del Estado (para evitar el centralismo excluyente e ineficiente), y el anclaje de la seguridad social y las prestaciones sanitarias en los principios de solidaridad, complementariedad y reciprocidad. El plan de gobierno se asentaba en cinco líneas de acción, entre las cuales constaba la revolución educativa y de la salud (Alianza País 2006).

---

<sup>10</sup> Ley Orgánica de Salud 2006, Artículo 10

<sup>11</sup> Ley Orgánica de Salud 2006, Artículo 69

El Plan de Gobierno 2007-2011 mostró la intención de establecer a la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado, cuya calidad y universalidad deben asegurarse tanto en las actividades preventivas como curativas. Para lo cual, la propuesta planteó el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral e integrado, capaz de superar la visión simplemente curativa y lograr la construcción de una verdadera red que integre los diferentes servicios según el nivel de complejidad y la capacidad resolutive. Al mismo tiempo que identificó la necesidad de “fortalecer la implementación del sistema nacional de salud con la articulación funcional de todos los subsectores de la salud que actúan en el país y la rectoría del Ministerio de Salud Pública” (Alianza País 2006).

Esta perspectiva tuvo como objetivo ampliar la cobertura para evitar la exclusión de ciertos grupos poblacionales a la atención sanitaria por medio de la optimización de la oferta de servicios bajo los principios antes citados. Por lo que se hizo indispensable también la construcción de políticas sanitarias de manera participativa, la ampliación del financiamiento en salud por parte del Estado y la implementación de un sistema de planificación, ejecución y control de los presupuestos destinados al sector.

En el ámbito internacional, en 2007 los ministros de salud de las Américas se reunieron en Panamá para concretar la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, mediante la cual ratificaron su compromiso con la equidad y el establecimiento de la salud como un derecho fundamental. Se identificaron como principales problemas la segmentación del sistema, las deficiencias en el financiamiento, la inexistencia de mecanismos de coordinación entre las redes de servicios y las limitadas acciones de promoción de la salud. Y se establecieron líneas de acción para superar estas dificultades, entre las cuales se puede resaltar el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional, el aumento del acceso a los servicios de salud de calidad, y la disminución de las desigualdades en salud entre los países y al interior de los mismos.

En cuanto a la autoridad sanitaria nacional se planteó el fortalecimiento de su capacidad institucional para que ejerza su rol rector, en este escenario, se recomendó la participación social y de los actores del sector privado para lograr las metas nacionales. Por otra parte, se planteó un aumento progresivo del acceso a los servicios de salud, “el financiamiento y la solidaridad de los sistemas de protección social”; y finalmente, para reducir las inequidades se propuso priorizar a los más pobres (Organización Panamericana de la Salud 2007a).

En este contexto ideacional tuvo lugar en 2007 el “III Congreso por la Salud y la Vida: Concertación Ciudadana en Salud hacia la Asamblea Constituyente”, organizado por el CONASA y la Comisión Nacional Organizadora del Ministerio de Salud (presidida por la ministra Caroline Chang). Para lo cual, el CONASA realizó una serie de talleres que promovieron el análisis y la discusión entre actores de la sociedad civil y del sector sanitario, con el fin de generar propuestas para las reformas constitucionales que garantizaran el derecho a la salud de los ecuatorianos. Los talleres contaron con la participación de directores provinciales, prefectos y representantes de las prefecturas provinciales, direcciones provinciales de salud y juntas parroquiales.

El congreso permitió consolidar las propuestas sanitarias desde lo parroquial, cantonal y provincial previo a la consolidación del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y a la Asamblea Constituyente de 2008 realizada en la ciudad de Montecristi para la redacción de un nuevo texto constitucional. El desarrollo de estos instrumentos permitió convertir a la salud en uno de los principales ejes de las propuestas constitucionales, que fueron aceptadas por los ciudadanos en el Referéndum del 2008 y marcaron el rumbo de la política sanitaria en los siguientes periodos.

En este escenario, el Estado ecuatoriano impulsó una serie de cambios estructurales en el sector sanitario que permitirían enfrentar los desafíos del sistema para cumplir con la aplicación de la Ley del Sistema Nacional de Salud, la provisión de los servicios, la implementación de un sistema de salud integral, el establecimiento de un sistema de salud capaz de crear mecanismos para la interconexión e intercambio entre los actores, y el logro de un aseguramiento universal (Rodas 2007).

En 2007 se presentó el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2011, caracterizado por fundamentarse en una visión de desarrollo que convierte el crecimiento en un medio para ampliar las potencialidades del ser humano y que este pueda alcanzar una vida satisfactoria. Lo que implica la adopción de un enfoque de garantía de derechos y por ende la recuperación del rol del Estado en la prestación de servicios sociales y el fortalecimiento de sus capacidades en cuanto a su “gestión, planificación, regulación y redistribución” profundizando los “procesos de desconcentración, descentralización y participación ciudadana” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 6).

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 nació como una iniciativa para cambiar el modo de planificación nacional vertical hacia un proceso participativo; donde cada uno de los temas que abarca fueron analizados por los equipos técnicos de los ministerios y secretarías de Estado, en colaboración con la ciudadanía. La participación fue pensada como un elemento transversal a las diversas etapas del proceso de gestión del plan: “planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y contraloría social” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007).

El plan estableció 12 grandes objetivos nacionales de desarrollo, algunos relacionados directamente con la política de redes integradas de salud en el Ecuador. Para lo cual, fueron tomadas en cuenta propuestas provenientes de los Congresos por la Salud y la Vida, las mesas de trabajo coordinadas por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, los acuerdos del CONASA y los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007).

El primer objetivo, referente al auspicio de la igualdad, cohesión e integración social y territorial se mantiene en los planes entre 2007 y 2017, y concibe a la salud como un elemento clave para alcanzar la igualdad. Por lo que en el PND 2007- 2010 se plantea la política de garantizar el acceso universal a los servicios públicos por medio de la gratuidad y ampliación de la cobertura<sup>12</sup>; y la política de fortalecimiento del sistema de protección social<sup>13</sup>.

Por otra parte, el tercer objetivo, sobre el aumento de la esperanza y calidad de vida de la población desde una perspectiva integral puso énfasis en la adopción de estrategias que permitan visualizar a la salud como un derecho y no como mercancía. Para lo cual se planteó una política de promoción del desarrollo sectorial, organización y funcionamiento del SNS; que consistía en resolver los problemas sanitarios participativamente, mediante la integración de actores sectoriales, instituciones y ciudadanos al proceso de diálogo y la generación de acuerdos<sup>14</sup>. Asimismo, se estableció la necesidad de asegurar la cobertura universal con

---

<sup>12</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, Objetivo 1, Política 1.6

<sup>13</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, Objetivo 1, Política 1.7

<sup>14</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, Objetivo 3, Política 3.1

servicios de salud de calidad; eliminando barreras que generen inequidad<sup>15</sup> y fortaleciendo la promoción de la salud<sup>16</sup> (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007).

Para garantizar el acceso universal a los servicios sanitarios y alcanzar el desarrollo sectorial integrado que facilite la planificación, regulación y gestión se adoptaron como estrategias: la concreción, desconcentración y descentralización del SNS; la articulación de los subsistemas públicos y de aseguramiento en salud; el fortalecimiento de un modelo de salud integral; el fortalecimiento de la red de prestadores con la aplicación efectiva del sistema de referencia y contrarreferencia; la gratuidad de los servicios; el incremento, asignación oportuna y uso óptimo de los recursos económicos; entre otras (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007).

El décimo objetivo estableció la necesidad de garantizar el acceso a la participación pública y política, por lo que se planteó la política de promover procesos para alcanzar una gobernanza participativa<sup>17</sup>. Por lo tanto, se formularon estrategias para promover mecanismos participativos a nivel territorial por medio de los Consejos Gestores de Salud; y reconocer la participación ciudadana mediante asociaciones territoriales. Finalmente, el objetivo décimo segundo sobre la reforma del Estado para el bienestar colectivo, buscaría implementar la política de fortalecer el Sistema Integral de Seguridad Social<sup>18</sup>. En este aspecto se planteó superar la visión del Estado como el único oferente de servicios para resolver problemas sanitarios, al adquirir una mirada participativa por medio de la integración de distintos actores sectoriales, institucionales y de la sociedad.

En abril de 2008, el ejecutivo recibió la propuesta de transformación sectorial de salud en el Ecuador (TSSE) realizada por el MSP con la colaboración del CONASA, la Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES), el IESS, el ISSFA, el ISSPOL, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), la OPS/OMS, UNFPA y UNICEF. La propuesta de TSSE planteaba transformaciones en el modelo de desarrollo y tenía como ejes la garantía universal y equitativa de los servicios sanitarios y el fortalecimiento del papel del Estado en la regulación de los mercados. Lo cual requería el fortalecimiento del MSP, la administración

---

<sup>15</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, Objetivo 3, Política 3.4

<sup>16</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, Objetivo 3, Política 3.6

<sup>17</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, Objetivo 10, Política 10.5

<sup>18</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, Objetivo 12, Política 12.5

del sistema nacional de salud, el modelo de atención integral y la red de servicios sanitarios públicos, el financiamiento, el control y monitoreo del sistema sanitario, los sistemas de gestión de la información y la participación ciudadana; los cuales se vieron reforzados con la Constitución de la República del Ecuador 2008 (Chang 2017).

La Constitución 2008, en el capítulo sobre los derechos del buen vivir, estableció que la garantía del derecho a la salud y los otros derechos que se le vinculan, es un deber primordial del Estado<sup>19</sup>. Para lo cual, el Estado pondrá en marcha políticas públicas (económicas, sociales, culturales) que aseguren el acceso a actividades de promoción y atención integral de la salud bajo principios de universalidad, equidad, calidad, solidaridad, entre otros<sup>20</sup>. De esta manera, en los Planes Nacionales del Buen Vivir se planteó mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos, considerando el acceso universal a la salud como un bien superior capaz de profundizar en otras dimensiones del bienestar.

Asimismo, la Constitución de la República del Ecuador del año 2008 estableció numerosos cambios en lo referente al funcionamiento y organización del sistema nacional de salud. A partir de dicho año se comprende al sistema sanitario ecuatoriano como el aglomerado de instituciones, actores, políticas, acciones y recursos que se involucran en el ámbito sanitario desde la promoción de la salud<sup>21</sup>. El objetivo del sistema nacional de salud consistiría en realizar todas aquellas actividades que conlleven a una vida saludable e integral<sup>22</sup>, para lo cual se establece al Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria nacional y ente rector de la política (capaz de formular políticas, regular, normar y controlar actividades)<sup>23</sup>.

Adicional a la articulación de cada uno de los niveles de atención, la Constitución 2008 promueve la articulación entre las entidades estatales, privadas, autónomas, etc. por medio de la conformación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la red complementaria con el propósito de ofrecer servicios públicos universales y gratuitos<sup>24</sup>. La RPIS estaría conformada por todos los establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que

---

<sup>19</sup> Constitución de la República del Ecuador, Artículo 3

<sup>20</sup> Constitución de la República del Ecuador, Artículo 32

<sup>21</sup> Constitución de la República del Ecuador, Artículo 359

<sup>22</sup> Constitución de la República del Ecuador, Artículo 358

<sup>23</sup> Constitución de la República del Ecuador, Artículo 361

<sup>24</sup> Constitución de la República del Ecuador, Artículo 362



pertenecen al Estado para que exista entre ellos “vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.<sup>25</sup>

En este sentido, puede observarse una coherencia entre los mandatos constitucionales y la nueva perspectiva de desarrollo que plantean los planes. En resumen, se pretende realizar acciones encaminadas a fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional, priorizar una estrategia de Atención Primaria en Salud como la base del sistema, articular las redes de salud y reestructurar el Modelo de Atención y Gestión del SNS. Lo cual trasciende el incremento del presupuesto sanitario para exigir una reestructuración institucional pública (Ministerio de Salud Pública 2012d).

Estos objetivos resultan oportunos, especialmente si se toma en cuenta que, a nivel internacional, en 2009 se realizó la séptima Conferencia Internacional de Salud Primaria en Nairobi. La cual puso énfasis en la importancia de la voluntad política y la necesidad de que los *policy makers* destinen recursos a las políticas de promoción de la salud. Asimismo, se plantearon alianzas y acciones intersectoriales para que, por medio de negociaciones, se consiga la “adopción de metas y objetivos compartidos” en la búsqueda de “resultados comunes” por medio de un trabajo intersectorial e interinstitucional (Organización Mundial de la Salud 2009).

Durante el mismo año tuvo lugar el cuarto Congreso por la Salud y la Vida con la participación de instituciones estatales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, directores provinciales salud, organismos internacionales, académicos, representantes de salud públicos y privados, entre otros. En este evento se trataron temas relacionados con la rectoría de la autoridad sanitaria, las redes integradas de salud y la participación social; además, se esperaba que el espacio de discusión contribuyera en la construcción del SNS y la implantación de mecanismos para lograr un proceso de participación social continuo en el ámbito sanitario.

Durante el discurso de apertura, la ministra Caroline Chang mencionó la importancia de los congresos en el proceso de concertación y participación ciudadana, para tratar temas relacionados con la salud justa, equitativa y universal para todos. El espacio de concertación

---

<sup>25</sup> Constitución de la República del Ecuador, Artículo 360

permitiría “construir, crear, diseñar y sobre todo llegar a acuerdos importantes” mediante una integración al sistema nacional de salud de diferentes grupos de actores. Por otra parte, resaltó la importancia entre la articulación de las redes al resaltar la necesidad de acciones para que la “red pública y complementaria permitan llegar de una u otra manera a esa transformación del sector salud” que demuestre que se está cumpliendo los postulados de la nueva constitución, para poder “acceder a los servicios de salud como un verdadero derecho, no como un privilegio separado, focalizado, para quienes pueden o quienes tienen” (UTPL 2009).

Este evento contribuyó en el desarrollo del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, donde se reforzó lo planteado en el plan nacional previo, al proponer la asignación prioritaria y progresiva de los recursos públicos al sector sanitario<sup>26</sup> para eliminar las barreras de acceso a través del mejoramiento de la infraestructura y equipamientos sanitarios. Para el año 2009 todavía se pudo identificar la integración entre subsistemas y niveles de salud como un reto, por lo que los efectos sobre el mejoramiento de las condiciones de salud de la población fueron limitados. En consecuencia, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 planteó la articulación de los servicios de la RPIS en un sistema único, coordinado e integrado<sup>27</sup>; el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre la red complementaria; y el mejoramiento de la calidad de los servicios por medio de mecanismos de control (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009).

Finalmente, en cuanto a la reforma del Estado para el bienestar colectivo, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 planteó como objetivo construir un Estado democrático para el Buen Vivir, que pretendía recuperar las capacidades del Estado por medio de un rediseño institucional que permitiera un modelo de gestión descentralizado y desconcentrado, donde se planifique de manera participativa y se consiga proveer de servicios públicos eficientes a través de mecanismos de integración de las entidades públicas y privadas<sup>28</sup>. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2010), la articulación de las redes integradas de servicios de salud implica la necesidad de realizar diseños organizacionales que favorezcan la coordinación organizacional.

---

<sup>26</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, Objetivo 1, Política 1.1

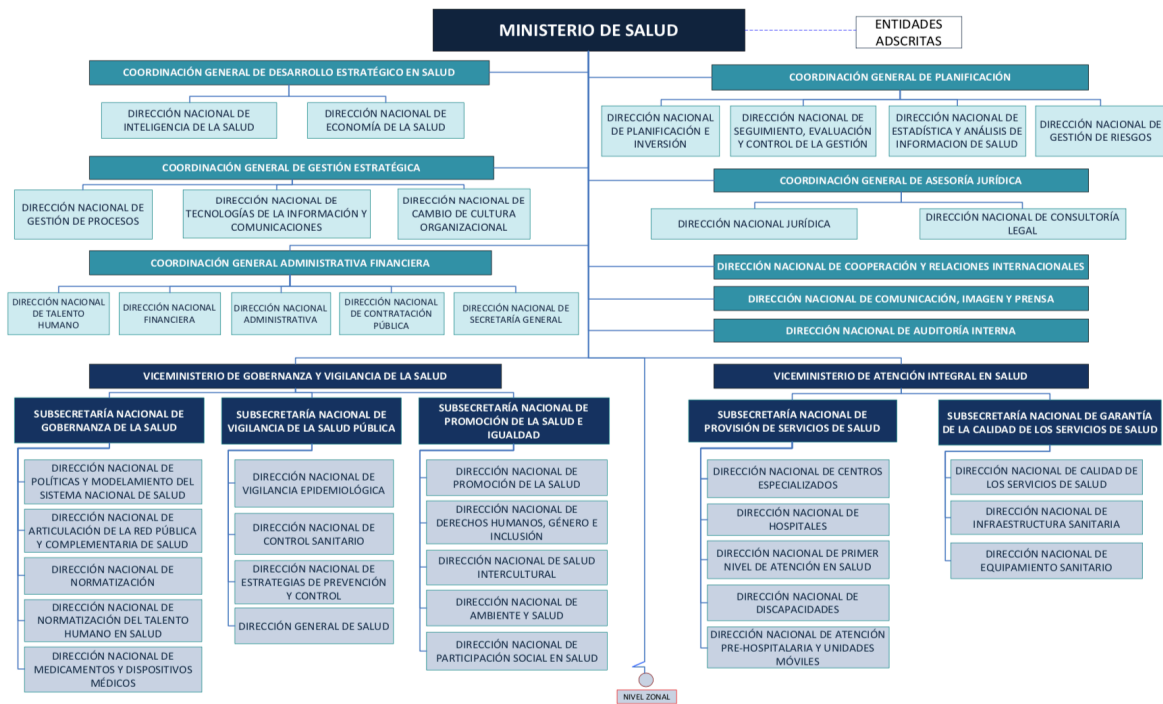
<sup>27</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, Objetivo 3, Política 3.3

<sup>28</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013, Objetivo 12, Política 12.2

En 2009 el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, emitió la Agenda Social 2009-2011, cuyo desarrollo contó con la participación del Ministerio de Salud Pública. En la agenda se plasmó como un objetivo del MSP la prestación de servicios cálidos, de calidad y progresivamente gratuitos. Para lo cual, se volvió indispensable cambiar la estructura orgánica, consolidar un nuevo modelo de atención, y articular las redes de salud pública. Para la articulación de las redes se propuso un sistema de contraprestaciones y un fortalecimiento de la rectoría del MSP sobre toda la red complementaria (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2009).

Es así que para cumplir con su papel en la gobernanza del SNS y lograr los nuevos objetivos, el Ministerio de Salud Pública realizó un cambio en su estructura funcional por medio de la emisión del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública en 2010. Con el propósito de garantizar el acceso universal a la salud por medio de una red de servicios que funciona “con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad” (Ministerio de Salud Pública 2012b), el MSP desarrolló los siguientes procesos internos: procesos gobernantes, procesos agregadores de valor, procesos habilitantes de asesoría, y procesos habilitantes de apoyo. A continuación se encuentra el gráfico de la actual estructura funcional del MSP, la antigua estructura puede encontrarse en el anexo I.

**Gráfico 2.1:** Estructura funcional del Ministerio de Salud Pública desde 2010



Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012b)

En este sentido, dentro de los procesos agregadores de valor se creó el Viceministerio de Vigilancia y Gobernanza de la Salud, a donde pertenecen la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud y la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. La Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud cumple con el rol de asesorar y coordinar actividades con el/la Ministro/a de Salud Pública para coordinar las instituciones del Sistema Nacional de Salud (las redes pública y complementaria de salud). Tanto la subsecretaría como la dirección nacional nombradas tendrían como objetivo la generación, aprobación y ejecución de políticas, normas, convenios y otros instrumentos a través de la negociación, coordinación y conciliación de intereses (Ministerio de Salud Pública 2012b).

Dentro del mismo Viceministerio se creó también la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad y como una parte de este último, la Dirección Nacional de Participación Social en Salud. Entre sus responsabilidades se encuentra la conducción y coordinación de la participación social en salud, teniendo como una meta la conformación de comités o mesas interinstitucionales para su promoción.

En conclusión, desde el año 2006 el sector sanitario sufrió un proceso de transformación hacia el acceso universal y gratuito que inició con el incremento de la inversión en infraestructura, equipamiento, medicinas y recursos humanos. Esta reforma sanitaria en el Ecuador se enmarca en el proceso de reforma que atravesó América Latina, que implicó cambios en “el modelo de atención, organización, gestión y financiamiento” del sector sanitario. Entre los acontecimientos más importantes se encuentra la reforma del marco jurídico/constitucional en temas de salud, la regulación de los mercados privados, la extensión de la cobertura, la creación de instancias participativas, el fortalecimiento de las entidades locales y de la capacidad rectora del Ministerio de Salud, el desarrollo de un modelo de atención integral y un modelo de gestión desconcentrado y descentralizado de los servicios (Echeverría 2007).

## **2.2 Ideas programáticas**

En este acápite se pretende profundizar las principales ideas programáticas que se mantuvieron durante el contexto de la política de redes integradas de salud en el Ecuador. Las ideas sobre la equidad en salud, la eficiencia en salud, la institucionalización de la salud como un derecho y la participación en salud se fueron desarrollando durante el proceso de reforma del sector sanitario que se realizó hasta el año 2005. Posteriormente, surgió la idea del derecho a la salud dentro del modelo del “Buen Vivir”, al mismo tiempo que varias ideas ya existentes tomaron fuerza y otras comenzaron a desvanecerse.

### **2.2.1 Equidad en salud**

La idea programática de equidad en salud contó con el apoyo de la OMS y los países que participaron en la Conferencia de Alma Ata, quienes continuaron creando espacios de concertación de los actores para tratar temas importantes de salud y promover estrategias de Atención Primaria en Salud (APS). Esta idea permitió la formación de la primera subred, cuyos integrantes comparten la idea de que todos los seres humanos deben ser tratados como iguales en términos de salud, para lo cual se requiere de acciones estatales. Esta idea proviene de la percepción de desigualdades en salud en el mundo, donde los más pobres enfrentan una carga más pesada de la enfermedad (Vargas, Vásquez, y Jané 2002).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), la inequidad es definida como “las diferencias en la salud que son no solo innecesarias y evitables, sino que además se consideran como arbitrarias e injustas”. De manera que existe una dimensión moral, que

implica el análisis de las causas que han provocado una situación en particular para poder denominarla injusta o inequitativa. Entre los factores que pueden explicar que una situación se considere inequitativa se encuentra la exposición a factores de riesgo en la vida cotidiana, el acceso limitado a los servicios de salud y la adopción de hábitos poco saludables en un entorno donde la elección de los estilos de vida es muy restringida.

El propósito de la equidad en salud se centra en crear oportunidades y disminuir las diferencias en salud de los quintiles más pobres de la población. Para lo cual se plantea generar políticas públicas que logren mejorar las condiciones de vida, promover estilos de vida saludables, fomentar la participación en cada etapa de la formulación de políticas y mejorar el acceso a servicios de calidad por medio de la expansión de la atención primaria de salud y una distribución geográfica justa de los recursos (Whitehead 1991, 16).

La importancia de las políticas públicas en el ámbito de la salud para generar equidad radica en que la salud o su deterioro sobrepasan el espacio privado de las personas y se dan en un contexto político, social y económico; de forma que se ven afectados por estilos de vida, distribución de recursos o condiciones de exclusión (Valencia 2011). Así, la Organización Mundial de la Salud destaca que es necesaria la acción del Estado sobre estos factores, en lugar de “suponer que un servicio universal que se proporciona por ley es equitativo en la práctica” (Whitehead 1991, 16). Sin embargo, la justificación de la intervención del Estado para lograr equidad en salud depende del enfoque desde el cual se analice; por lo que la idea de equidad en salud a la que alude esta investigación se aproxima a la visión de Amartya Sen.

Por un lado, los liberales han identificado a la salud como un bien perteneciente a la vida privada, de manera que la distribución de los servicios médicos se lleva a cabo mediante la libre elección y las transacciones de mercado. Según este enfoque, el mercado asegura la transferencia justa de bienes y servicios, por lo que solo se acepta cierto nivel de intervención estatal para el cuidado de la población más pobre (Linares y López 2008). El enfoque neoliberal de la justicia social tiene sus pilares en el individualismo, el igualitarismo y la libertad; por lo que la financiación de los servicios es esencialmente privada (Valencia 2011).

Por otro lado, el enfoque igualitarista se centra en consideraciones distributivas, la solidaridad y la unidad social; y establece que la justicia sanitaria debe darse en el marco de un contrato social justo (Linares y López 2008). La maximización de los beneficios individuales conlleva

a una mayor desigualdad entre poblaciones, por lo que la distribución de los recursos se vuelve indispensable para eliminar las desigualdades existentes. Esta perspectiva propone sistemas de salud con financiamiento público, donde los aportes individuales se basan en su capacidad de pago independientemente del consumo que realicen (Valencia 2011).

Finalmente, Amartya Sen concibe la equidad en salud como una condición importante para la vida humana y sus oportunidades. Para Sen (2002), la equidad en salud no puede ser entendida únicamente desde la distribución de la atención sanitaria; debe analizarse desde la justicia de los acuerdos sociales. Esto incluye elementos vinculados a la posibilidad de alcanzar una buena salud, como la influencia de la genética, los ingresos, los hábitos, las condiciones laborales, el entorno epidemiológico, entre otros (Sen 2002). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2019) la equidad en salud exige que se supriman los obstáculos que limitan el potencial humano y se proporcionen las condiciones para que todas las personas alcancen el nivel más elevado posible de salud y lleven una vida digna.

Amartya Sen (2002) menciona la posibilidad y los procesos como dos elementos indispensables para lograr la equidad en salud. Por una parte, la posibilidad implica el tener la oportunidad de gozar de buena salud dados los acuerdos sociales (independientemente de las decisiones personales); y, por otro lado, los procesos hacen referencia a la ausencia de discriminación para proveer los servicios. En consecuencia, se pueden distinguir dos grandes campos relacionados entre sí: el ámbito de la salud (acceso, calidad y resultados) y el ámbito societal compuesto por determinantes de la salud (Linares y López 2008, 250). A pesar de que la equidad en salud no se refiere únicamente a las prestaciones de servicios, esta solo puede conseguirse cuando se garantiza el acceso a los servicios sanitarios cálidos, oportunos, de calidad, eficientes y eficaces (Organización Panamericana de la Salud 2007b).

### **2.2.2 Eficiencia en salud**

La idea programática de eficiencia en salud configuró una subred conformada principalmente por organismos internacionales de crédito, presidentes, entidades privadas del sector salud y otros sectores, que compartían la idea de la salud como una mercancía que debe proveerse en el sector privado. Por lo tanto, los actores apoyaron las ideas de respetar la autonomía de los hospitales, reducir la intervención del Estado, privatizar, disminuir el gasto en salud, descentralizar hacia los municipios y focalizar los servicios a la población más pobre. La

persistencia en el tiempo de esta subred puede ser explicada por las reformas de primera y segunda generación que tuvieron lugar en Latinoamérica a partir de los años ochenta.

Entre los años ochenta y principios de los noventa surgieron las reformas de primera generación, en el contexto de una Latinoamérica endeudada, empobrecida y enfrentando una profunda crisis social. El contexto ideacional de este periodo, se resume por medio de la teoría neoliberal del desarrollo, según la cual el subdesarrollo sería resultado de un estancamiento económico producto de un mal funcionamiento del mercado generado por la intervención del Estado. Así, la opción más apropiada para combatir el subdesarrollo consistiría en limitar la intervención estatal mediante políticas de liberalización económica, de manera que el mercado funcione en condiciones de libre competencia (Hidalgo 2011, 297).

Posteriormente, ante el fracaso de las reformas de primera generación surgieron las reformas de segunda generación durante la década de los noventa, que plantearon cuestionamientos al modelo del Estado-nación; estas reformas dieron mayor relevancia a la educación, salud, capital humano y al papel de los gobiernos locales en dichas áreas. La nueva generación de reformas solo contribuyó a profundizar los procesos de descentralización, que desde el enfoque neoliberal se relacionan con la modernización del Estado y la privatización de los servicios públicos para volverlos más óptimos (Dávila 2015).

Los programas de estabilización y ajuste estructural abarcaron también reformas en los sistemas de salud de la región (Hernández 2002). Las reformas de salud se centraron en la creencia de que el libre mercado es el motor del desarrollo económico, por lo que en el sector social se introdujo la empresa privada, se implantaron criterios de ganancia y rentabilidad, y se trató a la salud como una mercancía sometida a las leyes de oferta y demanda (Hernández 2002). La reforma sanitaria se basó en principios económicos de maximización de utilidad y beneficios, bajo las premisas de que el mercado libre y competitivo hace al sector privado más eficiente y capaz de brindar bienes y servicios de calidad.

La intervención del Estado es injustificada, debido a su incapacidad para ofrecer a la población bienes y servicios de manera eficiente; y es de esta ineficiencia que surge la idea de reducir el tamaño del Estado y privatizar (Echeverri 2008). El establecimiento de los principios de mercado para la provisión y distribución de los servicios sanitarios se



fundamenta en la premisa de que permite eliminar distorsiones económicas generadas por la intervención del Estado “en áreas donde la rentabilidad es posible”, y por ende, aumenta la eficacia y eficiencia de los servicios.

Adicionalmente, el modelo neoliberal suscitó procesos de descentralización hacia los municipios bajo el argumento de que estos ayudarían a fortalecer la democracia. La descentralización promovió el diseño de políticas públicas capaces de reducir la participación del Estado y otorgar nuevos roles a los entes territoriales, que les permitieran ser gestores de su propio desarrollo (Correa 2001). El impulso de descentralización parte de la idea de que un fuerte centralismo es fuente de ineficiencias e incompatibilidades con las necesidades de la población (Ugalde y Homedes 2002). Adicionalmente, la eficiencia en salud por medio de estos mecanismos permitiría cumplir con el objetivo de reducir el gasto público en sectores sociales para utilizarlos en el pago de la deuda externa (Ugalde y Homedes 2002).

### **2.2.3 Salud como un derecho**

La idea programática de salud como un derecho tuvo su origen ante la grave situación que experimentaba la salud en el Ecuador y tomó fuerza ante las consecuencias devastadoras que tuvo la aplicación de medidas provenientes del modelo neoliberal sobre la salud en la región. A pesar de que esta idea comenzó entre el gremio de médicos, con el pasar del tiempo fue agrupando entidades públicas y contó con el respaldo de organismos internacionales. Esta subred se conformó en un contexto particular donde confluyeron los intereses de distintos actores internacionales pertenecientes a otras redes y donde los actores nacionales buscaban institucionalizar el derecho a la salud en el Ecuador, para lo cual perseguían la meta de alcanzar la creación de un sistema nacional de salud y consolidar la presencia de un ministerio capaz de ejercer rectoría sobre él.

La justificación del derecho a la salud parte de la noción de necesidades fundamentales de los derechos sociales, conceptualizadas como básicas (necesarias para llevar una vida digna), objetivas, generalizables (pueden extenderse a toda la población en todos los países) e históricas (surgen en un momento específico). Según esta corriente, la protección de la salud como un derecho fundamental se sustenta en las consecuencias que acarrea privar al ser humano de algo imprescindible como la salud, de ahí deviene su estrecha relación dado que

los derechos constituyen el reconocimiento de una exigencia de las personas sobre su salud y sus determinantes para tener una vida digna (Martínez de Pisón 2006).

La primera y segunda Asamblea para la Salud de los Pueblos resaltaron el hecho de que las acciones de los gobiernos para mejorar la salud de la población no han sido suficientes debido a la creencia de que podrían interferir con el derecho a las ganancias. En este sentido, señalan las dificultades que han enfrentado organismos de las Naciones Unidas como la OMS, el PNUD o la UNESCO, para propiciar la formulación de políticas sanitarias que pudieran beneficiar a la población mundial, ante la necesidad de aceptación de estas por parte de la clase capitalista transnacional (Ugalde y Homedes 2007).

De acuerdo con la Declaración para la Salud de los Pueblos el derecho a la salud constituye una “reivindicación no negociable de los pueblos”, y revela otra realidad que solo el enfoque de necesidades básicas usado en las últimas décadas (Ugalde y Homedes 2007). El enfoque de derechos humanos en el ámbito de la salud se diferencia del enfoque de necesidades en que el ser un derecho acarrea una obligación legal que debe ser cumplida y demandada por los ciudadanos, mientras que las necesidades no tienen un carácter obligatorio más allá de lo moral. Por lo tanto, el enfoque de derechos humanos provee un valor agregado:

- Moviliza a la población para demandar los derechos
- Los derechos humanos están basados en una legislación internacional, la cual ha sido ratificada por la mayoría de los países
- Llama a responsabilizar a los gobiernos de que tienen la obligación de velar por estos (Consejo Mundial de Iglesias 2005).

De acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Estado tendría la responsabilidad de impedir que la organización económica se convierta en un obstáculo para alcanzar la salud de los ciudadanos. Al mismo tiempo que lleve a cabo acciones para garantizar el acceso a la atención sanitaria y a factores que afectan directa o indirectamente la salud (Ugalde y Homedes 2007).

#### **2.2.4 Salud como derecho del buen vivir**

La idea programática de Buen Vivir surgió en el contexto de la tercera generación de reformas conocida como el “retorno del Estado” y el surgimiento de teorías alternativas del desarrollo. Que más allá de buscar la eficiencia del Estado pretenden: reposicionar la planificación estatal, garantizar los derechos de la población, ejercer rectoría de las políticas, regular el mercado, y ampliar su actuación en otros campos (Larenas 2010, 1). Esta idea fue impulsada por actores nacionales en el ámbito de la planificación durante el gobierno de Rafael Correa.

Las teorías alternativas del desarrollo entienden el subdesarrollo como una situación de “privación de la satisfacción efectiva de las necesidades de los individuos” como resultado de una escasez en la provisión de bienes y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades o a su capacidad para usarlos efectivamente (Hidalgo 2011). La escuela alternativa concibe al desarrollo como “un proceso multidimensional de satisfacción efectiva de las necesidades básicas de los individuos” de manera que el Estado sería responsable de orientar recursos para la provisión de bienes y servicios que contribuyan al incremento de las capacidades de los individuos (Hidalgo 2011).

Con este nuevo contexto ideacional se da inicio a una serie de cambios institucionales en el Ecuador. En el año 2008 se realizó una Constituyente que respondía a “la crisis del sistema político originada por el fracaso del modelo económico neoliberal” (Dávila 2015, 38) y tendía hacia el fortalecimiento del rol del Estado en la economía. La nueva Constitución estaría caracterizada por superar la noción del “Estado de derecho” al sustituirla por un “Estado constitucional de derechos”, que amplía y fortalece las garantías constitucionales. La Constitución de la República del Ecuador desarrolló el contenido de numerosos derechos establecidos en la Constitución Política de 1998, agregó nuevos derechos y los relacionó con la noción andina de *sumak kawsay* o Buen Vivir (Grijalva 2009).

En este aspecto, de acuerdo con el artículo 275 de la Constitución 2008 el régimen de desarrollo “es el conjunto organizado, sostenible y dinámico de los sistemas económicos, políticos, socio-culturales y ambientales, que garantizan la realización del buen vivir”. Este régimen de desarrollo tiene entre otros objetivos, el de “mejorar la calidad y esperanza de vida, y aumentar las capacidades y potencialidades de la población en el marco de los principios y derechos que establece la Constitución”. El nuevo modelo de desarrollo se

enmarca en un modelo de alternativas al desarrollo, que “propone otras prioridades para la organización social, diferentes del simple crecimiento económico implícito en el paradigma del desarrollo” (Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017); además, “exige poner en el centro de la gestión estatal al ser humano” (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2012).

La nueva Constitución pone énfasis en la garantía y el goce de los derechos como un requisito indispensable para alcanzar el Buen Vivir, dado que “el centro del desarrollo es el ser humano”. Para lo cual, esta postura propone superar la “falsa dicotomía entre Estado y mercado” por medio del fortalecimiento de la participación y las interacciones del mercado con el “Estado, la sociedad y la naturaleza” (PNBV, 43). En este sentido, se resalta la necesidad de instituciones públicas y modos de gobernanza que promuevan espacios de participación ciudadana y deliberación en la toma de decisiones. De acuerdo con el PNBV, es necesaria la participación ciudadana en salud para propiciar “la acción de los actores sociales en la toma de decisiones y la gestión pública de la salud para incidir en los determinantes sociales de la salud”.

En lo que respecta a la provisión de servicios, se promueve que el Estado deba “garantizar el acceso sin restricciones a este conjunto de bienes públicos para que todos y todas puedan ejercer sus libertades en igualdad de condiciones”. El propósito de la producción y distribución de bienes públicos consiste en aumentar la cobertura y la calidad, para lo cual se requieren políticas universales, dejando la focalización únicamente para emergencias momentáneas. Es así, que la concepción del Buen Vivir pretende la universalización de los servicios sociales para efectivizar los derechos, al mismo tiempo que deja de lado la idea de la salud como una mercancía (PNBV, 44).

En este marco, la idea programática de la salud como un derecho del buen vivir surgió en un contexto en que el que a pesar de que se logró formalizar el derecho a la salud y crear el sistema nacional de salud, no se lograron cambios en términos prácticos. Por ende, los actores que promovieron esta idea apoyaron la salud como un derecho garantizado por el Estado bajo criterios de universalidad y gratuidad, para lo cual, era necesaria la creación de un nuevo modelo de salud, la implementación del SNS, la articulación de los subsectores sanitarios, la rectoría del MSP, la ampliación del financiamiento y la participación de los actores en la política sanitaria. Cabe señalar que, a pesar de que la salud como un derecho enmarcado en el

buen vivir fue puesta en las agendas en el Ecuador, las propuestas sanitarias que trajo consigo provinieron de actores internacionales como la OMS.

Con el propósito de alcanzar la universalización de los servicios de salud se estableció la necesidad de implementar un modelo basado en la atención primaria de la salud sobre el cual se organice y funcione el Sistema Nacional de Salud y sus redes. Para el efecto, era necesaria una reorientación de la inversión pública en infraestructura y recursos humanos hacia los centros de primer nivel de atención en salud.

La nueva política sanitaria hacia el logro del Buen Vivir tuvo un elemento de participación ciudadana, que de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública consistía en “promover la acción de actores sociales en la toma de decisiones y la gestión pública de la salud”. Esta participación comprendía entre otros elementos, la construcción de una política pública sanitaria de forma participativa y la promoción de espacios de deliberación y consulta.

### **2.2.5 Participación en salud**

La idea programática de participación en salud propició la generación de una subred de actores conformada principalmente por autoridades sanitarias, gremios, representantes de entidades públicas y privadas, y actores de la sociedad civil. Esta subred apoyaba la idea de que la participación de los actores era importante para la planificación en el sector sanitario y para conseguir una alineación entre los objetivos de los actores que conforman el sector.

El contexto de reforma del sector sanitario contribuyó a que se promovieran procesos participativos, que se han vuelto más frecuentes por la presión que ejercen sobre las autoridades las crecientes demandas y expectativas de la población para ser parte del proceso de reforma. Entre los principales obstáculos que enfrenta la participación en salud se encuentra: la baja integración social producto de la inequidad, el poco reconocimiento de las personas sobre sus derechos frente a los servicios públicos, la falta de instrumentos para efectivizarlos, el desarrollo débil de las organizaciones sociales que muchas veces no representa a la sociedad o cuentan con poca legitimidad, entre otros (Celedón y Noé 2000).

La participación ciudadana en la cogestión de la salud fue definida por la Organización Panamericana de la Salud (1994) como la acción de actores provenientes de la sociedad civil

en el proceso de identificación de problemas, definición de prioridades y formulación de propuestas. La participación en salud implica que la comunidad se integre a través de su cooperación en “la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención” mediante el mejor uso de los recursos disponibles (Agudelo 1983).

En los espacios de participación se espera que las instituciones responsables tomen decisiones en colaboración con los actores sociales para facilitar no solo la planificación, sino la posterior implementación y evaluación (Organización Mundial de la Salud 2019). Esta práctica requiere la adopción de una cultura institucional participativa, la inclusión de la ciudadanía en las diferentes etapas del proceso de políticas (diagnóstico, planificación, implementación, seguimiento y evaluación), el establecimiento de asociaciones con otros sectores (puesta en marcha conjunta, intercambio de datos) y el desarrollo de una cultura de evaluación de la participación (Organización Mundial de la Salud 2019).

La apertura de espacios de discusión favorece entre otras cosas la interacción, comunicación, producción de información, definición de problemas y establecimiento de una agenda de prioridades. En cuanto a la toma de decisiones, la participación contribuye a alinear los objetivos de los distintos actores “contra la inequidad en la salud para lograr una visión estratégica más consensuada” (Organización Mundial de la Salud 2019). Y en cuanto a la implementación, permite una acción coordinada para que los actores trabajen conjuntamente a favor de mejoras en la efectividad y la eficiencia de las intervenciones.

La participación constituye un elemento con potencial para mejorar el estado de salud de las personas a través de una legitimación del Estado que impulsa actividades sanitarias, o, para organizar una comunidad, movilizarla y generar transformaciones. Según las expectativas que se tenga con la participación sanitaria, se la puede considerar un objetivo en sí o se la puede utilizar para alcanzar otro tipo de objetivos; es decir, constituye un recurso o un sujeto (Menéndez, s. f.).

### **2.3 Relación dialéctica: redes de política y contexto**

A partir de los actores y las relaciones rastreadas en el contexto de la política de salud desde 1948 hasta el 2006 se construyó la red del contexto de la política de redes integradas de salud en el Ecuador por medio del *software gephi*. A continuación, se presenta un análisis de los

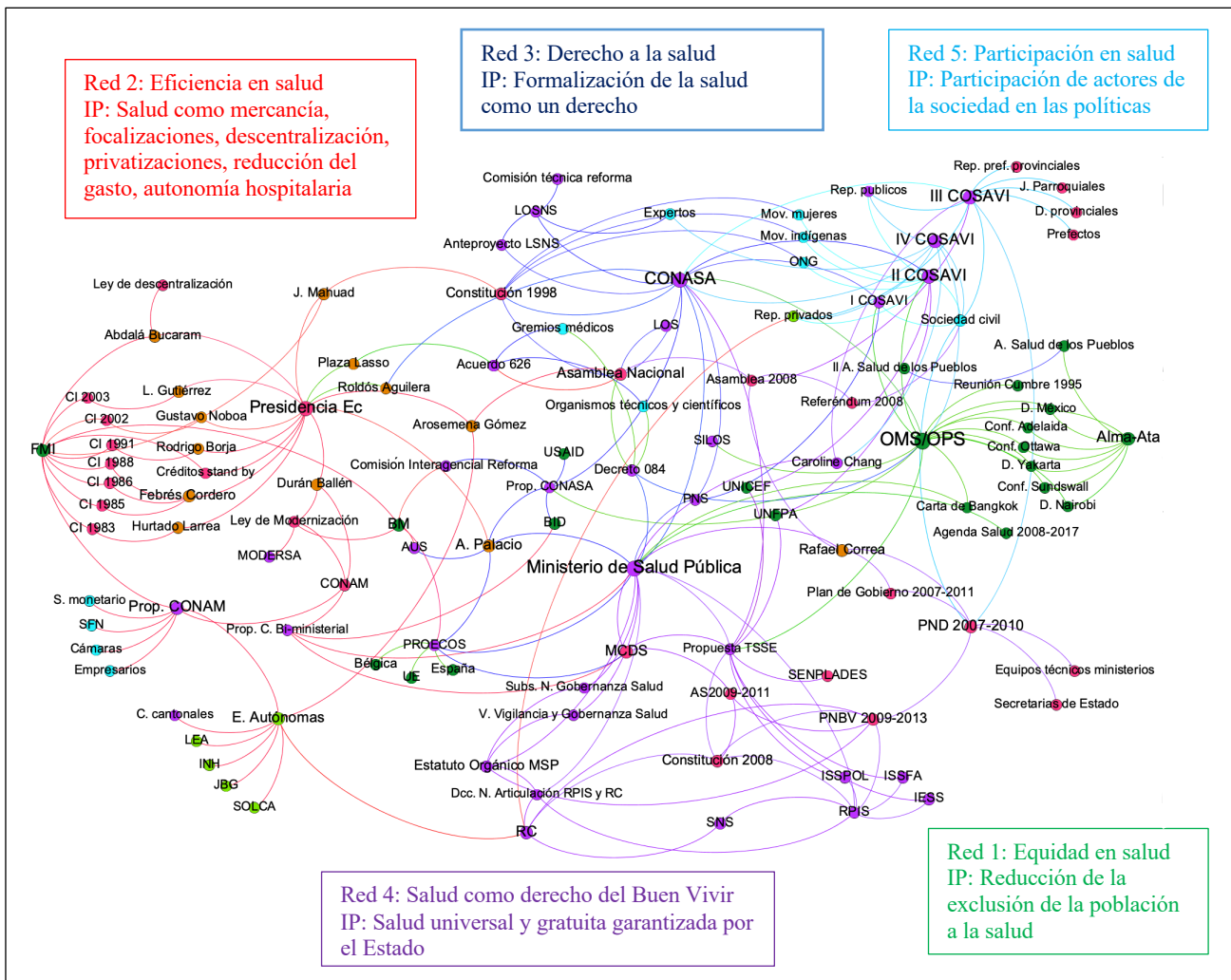
datos generales de la red, para posteriormente, analizar la red del contexto de la política de redes integradas de salud 2012-2019, con base en la estructura de la red y sus estadísticas.

La finalidad de este acápite es explicar la evolución de la política de redes integradas de salud en el Ecuador a través del análisis de los momentos que ha atravesado, los actores que participaron y las relaciones que se desarrollaron entre ellos. Al interior de la red se conforman subredes de actores caracterizados por compartir ideas programáticas que facilitan su asociación; y entre estas subredes se producen relaciones y negociaciones. De forma que la estructura de la red y los recursos de los actores no se encuentran fijos, es así que se producen cambios en la red y cambios en la política que afectan los resultados.

### **2.3.1 Datos generales**

El gráfico 2.2, que contiene la red del contexto de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) cuenta 205 aristas y 116 nodos, de los cuales pueden identificarse 6 tipos de actores diferenciados por su color. A pesar de que en el gráfico a continuación se puede apreciar la red completa del contexto, en los anexos II y III de esta investigación se incluyen los gráficos de la red separados según las etapas que se detallaron en la descripción del contexto.

**Gráfico 3.2:** Red del contexto de la política de redes integradas de salud en el Ecuador

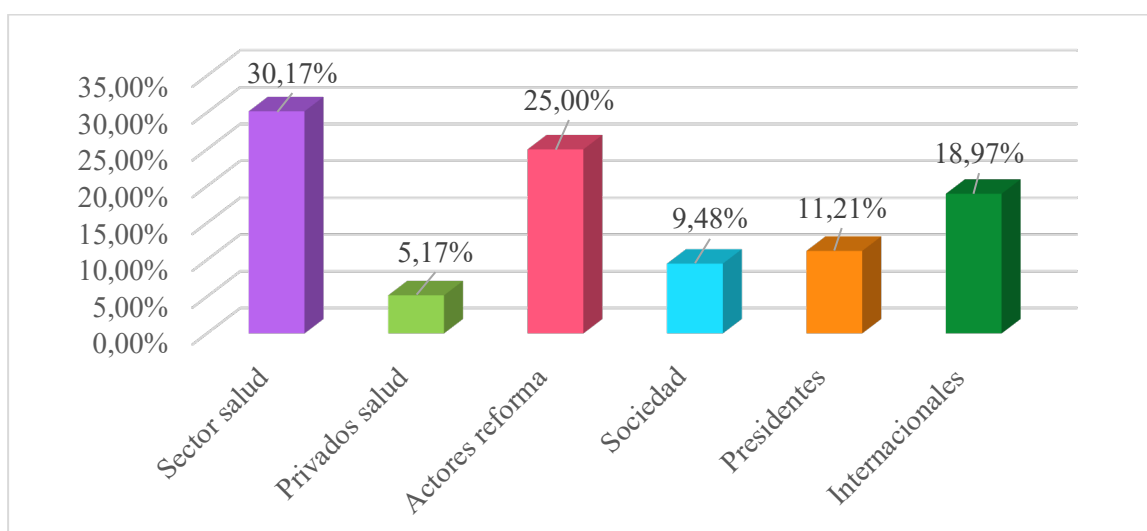


Fuente: Datos tomados del trabajo investigativo

Los actores exclusivamente del sector público sanitario representan un 30,17%. Los actores privados del sistema sanitario conforman el 5,17% de los nodos. Los actores nacionales (humanos y no humanos) que intervinieron en el proceso de reforma del sector representan el 25%. Los actores de la sociedad, como movimientos de mujeres, indígenas, jóvenes, etc. constituyen el 9,48% de los nodos. Los presidentes del Ecuador que ejercieron agencia durante el contexto de la política representan el 11,21%. Finalmente, los actores internacionales como los eventos que se organizaron a nivel internacional, y organismos como el BM, el BID, el FMI, la OMS, entre otros; constituyen el 18,97% de los nodos. A continuación se muestran estos porcentajes de acuerdo con el color utilizado al graficar la red.



**Gráfico 4.3:** Representación gráfica de los nodos de la red del contexto



Fuente: Datos tomados del trabajo investigativo

De esta clasificación se puede reflexionar que los actores pertenecientes al sector sanitario y los actores tanto humanos como no humanos que giraban en torno a la reforma fueron aquellos con mayor participación en el contexto de la política. Por otra parte, se encuentran los presidentes y los actores internacionales. Por último, están los actores de la sociedad civil que no dejan de tener un valor importante debido a que participaron en los eventos organizados para tal reforma, y los actores privados de la salud.

A pesar de que la información del número de nodos según su tipo resulta importante para caracterizar a los actores que intervinieron en el contexto de la política, se debe tener en cuenta que esta información es insuficiente para realizar aseveraciones sobre la importancia que estos tuvieron dentro de la red. A continuación, se realizará el análisis de las medidas de centralidad que permiten tener mayor precisión en este aspecto.

### **2.3.2 Análisis de las redes del contexto**

A continuación, se analiza la relación dialéctica entre la red y el contexto en que se desarrolló la política de redes integradas de salud y los cambios que se propiciaron en estas dadas las transformaciones en el entorno. De acuerdo con Marsh y Smith (2000), los agentes se ubican en un contexto estructurado, que se provee de la red y del amplio contexto político y socio estructural. Así como el contexto estructural afecta la estructura de la red, los recursos que tienen los actores y las interacciones dentro de la red, estas contribuyen también a explicar los resultados de política (Marsh y Smith 2000).

Como se puede ver en la red del gráfico 2.2, en el contexto existieron cinco subredes interrelacionadas que giraron en torno a ideas programáticas. De acuerdo con Kisby (2007), la importancia de las ideas programáticas radica en que estas tienen la capacidad de influenciar la política del gobierno de acuerdo a las características de la red que se desarrolla alrededor de ellas. Las relaciones de los actores que proclamaron la idea de la equidad en salud y actuaron para hacerla formar parte de las agendas sectoriales se representaron con el color verde. Las relaciones entre los actores que promulgaron la salud como un bien que debe ser suministrado eficientemente por el sector privado se graficaron en rojo.

La idea de participación que fue compartida por distintos actores de la sociedad civil y que hicieron surgir espacios de concertación se plasmaron en color celeste. En color azul se observa la red de actores que promovió la institucionalización de la salud como un derecho. Y finalmente, la idea de salud como un derecho del “Buen Vivir” agrupó a los actores con vínculos de color morado. Cabe señalar que estas subredes no se encuentran aisladas, sino que se encuentran vinculadas entre ellas por medio de actores tanto humanos como no humanos pertenecientes a varias redes. A continuación, se analizará cada una de ellas y la forma en que estas se relacionaron.

### **Subred equidad en salud**

A partir de la década de los setenta se llevaron a cabo una serie de conferencias organizadas por la Organización Mundial de la Salud para llamar la atención a los países sobre la importancia de realizar reformas sanitarias que tiendan a mejorar la equidad en salud; en un contexto donde las desigualdades en la salud de los pueblos se ven sumamente marcadas. Esta idea programática que provino de organismos internacionales tuvo un impacto en la reforma sanitaria del Ecuador, ya que dio paso a la apertura de un debate sobre la necesidad de crear un sistema nacional de salud y otorgar al Ministerio de Salud Pública funciones de regulación, control y provisión a favor de la salud de la población.

En torno a esta idea programática de “equidad en salud” se asociaron varios actores tanto internacionales como naciones. Entre los actores internacionales se encontraron la OMS, la Unicef, los congresos para la atención primaria, las asambleas por la salud de los pueblos, entre otros. Mientras entre los vínculos con los actores nacionales se puede resaltar el CONASA, el Congreso Nacional y actores de la sociedad civil. El primer logro a nivel

nacional consistió en la creación del Ministerio de Salud Pública, posteriormente se planteó la propuesta de reforma en salud del CONASA, que constituyó la propuesta ganadora. Y finalmente, se promovió la planificación de los Congresos por la Salud y la Vida, que formaron espacios de concertación entre los distintos actores políticos y sociales con interés en el sector sanitario.

La Organización Mundial de la Salud fue uno de los actores más importantes en el contexto de la política no solo porque sus ideas movilizaron a otros actores que las repensaron y plasmaron en instrumentos, sino porque su presión sobre los gobiernos y su apoyo a las reformas fueron importantes para su aplicación. Sus ideas en torno a la equidad en salud inspiraron y apoyaron la propuesta del CONASA. Esta propuesta, que contemplaba la construcción de un Sistema Nacional de Salud, el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública, el desarrollo de un nuevo modelo de salud integral y la participación de diversos actores fue trascendental en el proceso de reforma. Asimismo, las estadísticas provenientes del *software gephi* muestran a la OMS como un actor importante en cuanto al grado, la cercanía y la intermediación. Lo que significa que es un actor con un gran número de interacciones, capaz de vincular numerosos actores importantes y acortar la transmisión de información entre ellos.

Adicionalmente, a nivel nacional sobresale el importante papel que jugó el CONASA como una institución que tuvo agencia durante todo el proceso de reforma; este actor tuvo una gran centralidad, mientras el Ministerio de Salud se mostraba como un actor débil y sin mayor capacidad de rectoría. El CONASA actuó como actor bisagra, que conectaba a los actores de la sociedad civil con instituciones gubernamentales a través de los Congresos por la Salud y la Vida para llevar a cabo declaraciones importantes en el proceso de reforma. Durante el primer y segundo Congreso por la Salud y la Vida, el CONASA permitió la acción de diversos actores de la sociedad civil, movimientos de mujeres, jóvenes y indígenas, representantes de las instituciones sanitarias y organizaciones no gubernamentales, entre otros. En este sentido, su papel fue indispensable para que las reformas ganaran legitimidad por medio del apoyo de diversos actores de la sociedad civil. Esto permite evidenciar que el CONASA acortaba el tránsito de información entre numerosos actores importantes y es por esto que ejerció tanta agencia dentro de la red.

El CONASA constituye un actor cuya importancia, relaciones y recursos cambiaron durante el periodo analizado en este capítulo. A pesar de que al inicio del periodo era un actor sin mayores vínculos debido a su limitado quehacer como asesor del MSP, en el proceso de reforma del sector ganó importancia. Este nodo se caracterizó por su cercanía con el resto de actores de la red, ya que fue el actor que vinculó los actores nacionales con los internacionales. Asimismo, el ser parte de los *authorities*, muestra que es un nodo importante donde reside la información.

### **Subred eficiencia en salud**

En la década de los ochenta, ante la crisis económica y las necesidades de financiamiento, el Ecuador inició la firma de una serie de cartas de intención a través del tiempo, de manera que pudiera acceder a préstamos del FMI condicionados por la adopción de una política de ajuste estructural. Los elementos más relevantes fueron: modernización del Estado, reducción del gasto público, privatizaciones, descentralización, entre otras. De forma que tanto el FMI como el BM se convirtieron en actores capaces de constreñir la agencia de actores nacionales. Dentro de esa subred se debe resaltar el papel del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional por su grado, cercanía e intermediación. Estos actores tuvieron numerosas interacciones dentro de la subred, estuvieron próximos a los demás actores, y condujeron la información entre unos y otros.

Las entidades autónomas constituyen también un actor importante de esta subred por su nivel de intermediación. Esta importancia puede explicarse por elementos que caracterizaron desde un inicio el sistema de salud, donde previo a la existencia de una entidad rectora en salud existía ya una red de actores privados que proveían los servicios a la población; además de las relaciones que tenía este nodo con actores gubernamentales. Los actores nacionales de esta subred compartían la idea de eficiencia en salud, porque consideraban que debía existir una autonomía hospitalaria en la que el Estado no debía intervenir.

En el ámbito específico de la salud, la subred muestra la propuesta de reforma realizada por la Comisión Biministerial y la propuesta realizada por el CONAM, con el apoyo de organismos financieros internacionales. Estas propuestas, que promovían la descentralización de la salud hacia los municipios a costa de una pérdida de la capacidad rectora del Ministerio de Salud Pública quedaron aisladas y no tuvieron la suficiente agencia para movilizar agendas y

plasmar sus ideas programáticas en el desarrollo de instrumentos. Es así que el *software gephi* caracteriza el proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA) como uno de los nodos con mayor excentricidad, es decir, más periférico en la red.

Al respecto, varios autores consideran que la descentralización en el Ecuador se realizó de manera secundaria, posiblemente como una consecuencia de que la idea de descentralización hacia los municipios, en lugar de tener actores que la promovieran para ser puesta en agenda, fue promocionada principalmente por el Banco Mundial y el BID (Dávila 2015, 34). El tema de la descentralización no fue agendado por los actores sociales, políticos o institucionales involucrados, por lo que el debate que propició en la Asamblea Constituyente de 1997 no tuvo un papel protagónico. Así, se dio un proceso de descentralización frustrado pese a los cambios legales, donde apenas el 5% de las competencias se transfirieron y la participación fiscal de los organismos seccionales en el presupuesto no superó el 25% (Ortiz 2008).

### **Subred derecho a la salud como resultado de las interacciones**

En la década de los noventa se pudo identificar la existencia de dos diferentes subredes con sus ideas programáticas: la de equidad en salud y la de eficiencia de la salud. A la vez que, a nivel internacional comenzó a promoverse la idea de reconocer a la salud como un derecho humano garantizado por los Estados mediante cambios en la legislación y la generación de instrumentos para fortalecer la atención primaria y construir los sistemas de salud.

Esta nueva idea programática logró plasmarse en la reforma constitucional de 1998 a través de la interacción de las redes preexistentes y las negociaciones, de manera que surgió una nueva red que proclamó el derecho a la salud como una garantía constitucional. Cabe señalar que esto se llevó a cabo en un contexto de salud caracterizado por una pugna y una coordinación entre los intereses públicos y los privados, entre los paradigmas sanitarios nuevos y antiguos, y entre los intereses de mercado y el “Estado como defensor de lo público” (Hermida 2005). Esta confluencia de actores con ideas programáticas e intereses opuestos influyeron en que se plasmaran parcialmente las ideas programáticas de ambas redes en la agenda, y esto tuvo como resultado una serie de instrumentos contradictorios que impidieron que se diseñara políticas que permitieran cumplir con la garantía de la salud como un derecho.

En la Constitución Política de la República del Ecuador de 1998 se puede ver plasmada, por un lado, la idea programática de la equidad en el artículo 43, donde se especifica que “los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos” y los servicios sanitarios públicos se dirigen a quienes los necesitan. Mientras en el artículo 46 se plasma una idea más relacionada con la eficiencia de la salud, al mencionar que las personas que hagan uso de los servicios y tengan capacidad económica deben contribuir al financiamiento de la atención.

A pesar de esta inconsistencia, la Constitución de 1998 fue un elemento importante dentro de la salud pública ecuatoriana debido a que promovió la generación de instrumentos como la LSNS y la LOS en el marco de una Política Nacional de Salud. Sin embargo, estas leyes surgen en un ambiente institucional que contradecía sus propósitos, principalmente ante la vigencia de la “Ley especial de descentralización del Estado y de participación social” creada en 1997. Al respecto, se pudo evidenciar dos tendencias, quienes consideraban que debía atenderse lo dispuesto en la Ley de Descentralización de 1997, y quienes pensaron que esta ley era completamente incompatible con la Constitución y las nuevas leyes de salud.

De la misma manera, mientras la Ley de Descentralización tomaba la idea de organismos internacionales como el Banco Mundial de “focalizar” la atención hacia los más pobres, las leyes de salud proponían una atención equitativa y de calidad independiente al nivel socioeconómico. Por otra parte, se puede identificar que a pesar de que estas leyes reconocen la necesidad de descentralización, sus ideas se plasman de manera distinta. La Ley de Descentralización pretende reducir el papel del Estado por medio de una “transferencia” de competencias y recursos a los municipios, al mismo tiempo que excluye de sus mandatos a los hospitales, salvaguardando su autonomía en detrimento de la “atención integral”. Por el contrario, las leyes de salud se basan en una concepción integral de la salud, por lo que proponen un sistema nacional con redes de servicios de atención primaria y hospitalaria, donde los hospitales no son autónomos ni únicamente privados. Las leyes de salud proponen una descentralización basada en componentes de rectoría y técnicos (coordinación, planificación, etc.) por medio de la creación de Consejos cantonales y provinciales.

En cuanto al cambio en los recursos de los actores, dentro de esta nueva subred cabe destacar la transformación que sufrió el Ministerio de Salud Pública. Si bien la importancia del MSP al inicio del proceso de reforma fue casi nula, con el pasar del tiempo y con la ayuda del

CONASA este organismo ganó agencia. El MSP llega a mostrarse en la red como un actor importante en términos de cercanía a todos los actores, capacidad de vincularse con actores importantes y de intermediar entre ellos. Esto puede deberse por un lado a que varios de los instrumentos creados contribuyeron a darle mayores funciones y mayor participación. Y, por otro lado, cabe señalar el hecho de que el MSP pudo ir ganando agencia dentro de la red debido a que los actores que estuvieron contra su creación y, posteriormente, a favor de una pérdida de su capacidad rectora, fueron justamente los actores aislados de la red. Las medidas de centralidad y cercanía mostraron que actores como el FMI, la JBG, SOLCA, las autoridades monetarias, entre otros, no se relacionaron con numerosos actores en la red y las relaciones que tuvieron no fueron de mayor importancia.

A pesar de que el derecho a la salud tuvo grandes avances en la generación de instrumentos de autoridad y organización, su implementación en la política sanitaria no tuvo tanto éxito. De forma que únicamente se puede resaltar los programas AUS y PROECOS, que en términos prácticos más que alinearse a una visión de salud universal y gratuita, reflejan los postulados focalizadores del Banco Mundial. Finalmente, se puede señalar que aún cuando la red de eficiencia de la salud no fue lo suficientemente fuerte para conseguir sus pretensiones modernizadoras, descentralizadoras, privatizadoras, etc. sí consiguió constreñir a los actores que pretendían realizar una reforma del sector sanitario a favor del derecho a la salud.

### **Subred salud como derecho del “Buen Vivir”**

En un contexto caracterizado por la influencia de organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional se institucionalizaron procesos de descentralización y focalización. Estos procesos acentuaron la fragmentación de los servicios, la inequidad, el debilitamiento del sector público sanitario, entre otros; a la vez que la “focalización” o “localización” hacia los más pobres favorecieron “un mejor juego de mercado privatizador” (Hermida 2005, 103). En este escenario surgió la subred de salud como derecho del “Buen Vivir” caracterizada por promover la idea de un desarrollo alternativo que reivindica el rol del Estado y le otorga la función de garantizar a la población el acceso a bienes y servicios públicos, sin restricciones. Para lo cual, en el sector de la salud se planteó el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el cambio del modelo de atención, la complementación del sector público con el privado, la participación ciudadana, entre otros.

Esta subred se encontró vinculada a la subred de la “equidad de la salud” debido a que se continuó teniendo en cuenta las propuestas de política generadas en eventos organizados por la Organización Mundial de la Salud; y a la subred de “participación en salud”, ya que los actores sociales influyeron en la generación de propuestas para los cambios en la Constitución y en los planes de desarrollo. Por otra parte, esta red estuvo desvinculada de la subred de “eficiencia de la salud” debido a que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional dejaron de influir sobre las decisiones en términos de política sanitaria.

En esta subred puede destacarse el papel que jugó la propuesta TSSE, que fue relevante en los indicadores de grado, cercanía, intermediación y *authority*. Esto implica que la propuesta se vinculó a muchos actores, estableció relaciones entre ellos y favoreció la transmisión de información importante. Asimismo, el tercer Congreso por la Salud y la Vida que se realizó previo a la reforma constitucional fue importante por la cantidad de actores sociales que reunió y la forma en que los vinculó con actores gubernamentales y con el desarrollo de instrumentos importantes. Es así que el III COSAVI es importante según los indicadores de *authority* y *hub* por la capacidad que tuvo de guardar información y transmitirla. Por otra parte, la conformación de esta subred tuvo el potencial para volver al Ministerio de Salud Pública un actor aún más importante tras el cambio en su estructura funcional en el año 2010, que contribuyó en el incremento de su papel rector y le otorgó mayores funciones.

### **Subred participación en salud**

Finalmente, los actores relevantes dentro de la subred de participación de la salud fueron los Congresos por la Salud y la Vida, donde se recogió aportes de los distintos actores interesados en el sector sanitario para plantear la creación de la Política Nacional de Salud, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la Ley Orgánica de Salud. Los congresos permitieron también legitimar los planteamientos y fortalecer el apoyo social, de forma que se convirtieron también en actores importantes dentro de esta subred.

Aun cuando el *software gephi* muestra como periféricos a los actores y movimientos provenientes de la sociedad civil, la literatura resalta su importancia para hacer posibles los cambios en las agendas sectoriales de salud. De esta manera, a pesar de la baja centralidad de actores de la sociedad como: organizaciones indígenas, movimientos de mujeres, movimientos de jóvenes, expertos en salud, facultades de medicina, entre otros, estos fueron



importantes en cuanto a su participación en eventos que recolectaron información esencial para el proceso de reforma.

## **2.4 Conclusiones preliminares**

El capítulo tuvo por objetivo analizar el contexto ideacional en el que se configuraron las principales redes de política que intervinieron en la formulación y diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019); llegando a las siguientes conclusiones:

- La reforma sanitaria a favor de la equidad en salud estuvo influenciada por la Organización Mundial de la Salud, sin embargo, una preexistente subred de actores a favor de la eficiencia en salud impidió una verdadera reforma del sector y dificultó la inclusión de la salud como un derecho garantizado por el Estado. Debido a que ambas subredes contaban con actores importantes, con recursos e intereses contrapuestos, los cambios en el sector a favor de unas u otras ideas programáticas se obstruyeron; lo que dio como resultado la generación de instrumentos incongruentes.
- Ante los fallidos intentos de reforma del sector que se llevaron a cabo surgió una propuesta de transformación del sector de la salud en el Ecuador para lograr el “Buen Vivir”, que incluye el acceso universal y gratuito a la salud. La subred de actores del “Buen Vivir” tuvo los recursos para restringir el actuar de los actores a favor de la eficiencia y comenzó un proceso de transformación del sector hacia los postulados de un modelo de atención basado en la APS. La implementación de la nueva propuesta fue posible gracias al apoyo de la OMS y de actores sociales que se reunieron en los COSAVI y contribuyeron a otorgar legitimidad a la reforma. En este marco emergió la idea de redes integradas de salud, entendida como una articulación entre las entidades públicas y privadas; para lo cual se resalta como indispensable un fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y la promoción de la participación de los actores.
- La política pública de redes integradas de salud en el Ecuador surgió en un contexto de reformas del sector sanitario con una larga trayectoria, donde se formaron redes de actores con diversos intereses, recursos e ideas programáticas. Esta política se enmarca

en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de aplicar un modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud y crear redes integradas de servicios de salud para aminorar las consecuencias de la fragmentación del sistema y mejorar el acceso a servicios gratuitos y universales. En este sentido, durante el contexto la idea de redes integradas de salud comenzó a verse reflejada en las agendas, con sus objetivos y estrategias.

- La subred de participación muestra que en el contexto se adoptó la perspectiva de participación como un “recurso” para alcanzar otro tipo de objetivos, como generar propuestas sanitarias a plasmarse en la nueva Constitución y en los planes de desarrollo. Al mismo tiempo que se observa en esta subred y en estos instrumentos la intención de convertir la participación en un objetivo para alinear los intereses de los actores importantes en salud y cumplir con los nuevos postulados propuestos en el planteamiento de la salud como un derecho del Buen Vivir.

## **Capítulo 3**

### **Estructura y agencia**

El presente capítulo pretende analizar la estructura de la red y la agencia de los actores que intervinieron en la formulación y diseño la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012 - 2019). En primer lugar, se analizará el giro de la política sanitaria, el diseño de la política pública de redes integradas de salud, y los cambios que se llevaron a cabo a partir de 2017 tras un nuevo cambio de gobierno. Para el efecto, se resaltan los actores clave, su agencia y los momentos decisivos en los cambios de política.

En la segunda parte del capítulo, se examinarán las principales ideas programáticas, a partir de los actores y las agendas que las movilizaban. Se construirán las redes del diseño de la política con el fin de analizar las características de los nodos y las interacciones que estuvieron en torno al rediseño de instrumentos. Y finalmente, se realizará un análisis de la relación dialéctica entre estructura y agencia por medio de la red conformada y las estadísticas provenientes del *software gephi*.

#### **3.1. Política pública de redes integradas de salud en el Ecuador**

Esta sección inicia con la descripción del giro de la política que se dio tras la llegada de Rafael Correa a la presidencia con nuevos objetivos en la política sanitaria y el contexto en que se produjo. Posteriormente se describirá la forma en que se diseñaron los instrumentos de la política pública de redes integradas de salud, como parte de un proceso de transformación del sector. Y finalmente, se describirá un nuevo cambio en la política sanitaria, que ocurrió en el periodo presidencial de Lenin Moreno; con la adopción de distintos objetivos de política y bajo la influencia de otras redes de actores internacionales.

##### **3.1.1 Giro de la política pública de redes integradas de salud**

A partir de la década de los ochenta surgieron una serie de propuestas para reformar el sector de la salud ecuatoriano que planteaban cambios en la organización, gestión y financiamiento, que permitirían mejorar la cobertura y capacidad resolutive del sistema con el fin de alcanzar equidad en salud por parte de sus usuarios. En este escenario se logró incluir en la Constitución Política del Ecuador de 1998 un capítulo dirigido a la salud, cuyos mayores

aportes fueron el establecimiento de la salud como un derecho y la disposición de promulgar la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

A pesar de las mejoras alcanzadas en términos de salud y esperanza de vida de la población, todavía persistían desigualdades inaceptables para acceder a los servicios sanitarios. Es así que en el año 2005 aproximadamente el 35% de la población no contaba con acceso a los servicios sanitarios producto de los altos costos, que pesaban sobre la población más pobre (Aguar 2017). En este sentido, los seguros de salud cubrían aproximadamente a la cuarta parte de la población siendo el primer quintil el más desprotegido (12%) y el quinto quintil el de mayor protección por medio de un seguro (36%) (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud 2014).

Entre las principales barreras para mejorar la calidad y cobertura de la atención se encuentra un modelo de atención centrado en el tratamiento de las enfermedades y con un progresivo deterioro en la calidad de las prestaciones; en este contexto, apenas el 24,7% del total de las consultas sanitarias estaban destinadas a la prevención. Lo cual ha conducido a un proceso de acumulación epidemiológica en que las enfermedades infecciosas conviven con las enfermedades crónico degenerativas, ejerciendo más presión sobre los recursos, en detrimento del acceso y la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Otra de las limitaciones consiste en el insuficiente financiamiento y alto gasto de bolsillo de los hogares; para el año 2006 el presupuesto destinado a la salud como parte del Presupuesto General del Estado fue de apenas el 6% mientras que el gasto sanitario por parte del sector privado fue del 46,2%, lo cual muestra la importancia de este último sector en el sistema (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007). De la misma manera, como resultado de la baja inversión en salud, el gasto de bolsillo fue del 61,1% como porcentaje del gasto en salud en 2006 según datos de la Organización Mundial de la Salud<sup>29</sup>; lo que indica que más de la mitad del costo de las atenciones sanitarias eran financiadas por los usuarios (Cañizares, Mena, y Barquet 2016). Para la OMS (2007) los gastos de bolsillo constituyen uno de los tipos de financiamiento de los servicios sanitarios más inequitativos.

---

<sup>29</sup> Repositorio de datos de la OMS. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDOOPSCHESHA2011v>

El desarrollo del sector sanitario privado, su infraestructura y el modelo de medicina prepagada se dio como consecuencia del modelo neoliberal que “impulsó la separación de las acciones individuales de las colectivas, transformando a las primeras en objeto de las fuerzas del mercado y por ende, privatizando su provisión” (Jiménez et al. 2017). De forma que la población con suficiente poder adquisitivo accedía a los servicios que requería, mientras que los quintiles más desfavorecidos debían acudir a la atención de baja calidad en entidades públicas con limitaciones en su financiamiento; lo que tuvo como consecuencia no solo la profundización de la inequidad, sino la fragmentación de la atención sanitaria.

Los sistemas sanitarios fragmentados impiden la existencia de un marco regulatorio capaz de ofrecer un paquete de servicios para toda la población y reproducen las fuentes de inequidad (Rissalud 2017); de manera que es perceptible la competencia entre instituciones sanitarias producto de una débil articulación y coordinación entre ellas, y una relación directa entre el acceso a los servicios y la capacidad de pago de las personas. Así, la fragmentación de un sistema de salud dificulta el acceso a los servicios y reduce su calidad, además de reducir la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y aumentar los costos de producción (Organización Panamericana de la Salud 2010). Por lo tanto, urgía una política de transición de un modelo de mercado en salud hacia un modelo integral en la búsqueda por lograr equidad y cumplir con la garantía de la salud como un derecho de toda la población.

A continuación, se describirá el proceso en que se diseñó la política de redes integradas de salud, partiendo del año 2012, en que se publicó el nuevo modelo de atención integral en salud posterior al cual comienzan a crearse instrumentos de implementación de la política pública. Se analizará la manera en que la propuesta de transformación sectorial de salud en el Ecuador (TSSE) junto con el nuevo modelo de desarrollo incidieron en los cambios que se efectuaron en el sector y en la forma en que se relacionaron los distintos actores del sector sanitario.

### **3.1.2 Política de redes integradas de salud en el Ecuador**

En este acápite se analizará el periodo de estudio por medio de una separación en dos etapas. En primer lugar, se realizará un recorrido entre el año 2012 y 2017, donde se diseñan los instrumentos de la política de redes sanitarias. Posteriormente se describirán brevemente los sucesos ocurridos tras el cambio de gobierno en el periodo 2017-2021. Mientras que los

eventos que acontecieron a nivel internacional y que tuvieron una influencia en las decisiones de política se examinarán de manera transversal.

### **Transformación sectorial de la salud en el Ecuador (2012-2017)**

En 2012 se realizó la tercera Asamblea para la Salud de los Pueblos en Sudáfrica, donde se criticó el efecto sobre la salud que tuvo la implementación de políticas neoliberales y las intenciones de los gobiernos de “restaurar la confianza” sobre los organismos internacionales que promueven la austeridad y recortes en el gasto social y sanitario (People’s Health Movement 2012). En este sentido, se propuso el rediseño de instituciones para mejorar la gobernanza sanitaria y fortalecer sistemas de salud pública equitativos, universales e integrados, con el propósito de lograr el derecho a la salud. Durante el mismo año se pudo evidenciar la interconexión del MSP con la Organización Panamericana de la Salud, dado que la 28.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana contó con la presencia de la ministra Carina Vance. Cabe señalar que fue durante este año que comenzaron a diseñarse los primeros instrumentos para la implementación de la política pública de redes integradas de salud.

En la esfera internacional se encontraba en vigencia la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, que resaltó la importancia de desarrollar sistemas de referencia y contrareferencia, que en conjunto con un sistema de información podría favorecer la provisión de servicios oportunos. Por otra parte, en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud se expresó la necesidad de construir redes integradas de servicios de salud fundamentadas en la “atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación” (Secretaría General Iberoamericana 2007).

En el ámbito nacional, el Plan Nacional del Buen Vivir que abarca la planificación entre 2009 y 2013 plasmó la intención del gobierno de garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios sanitarios. Para lo cual se planteó una asignación presupuestaria prioritaria y progresiva de los recursos al sector sanitario, una articulación de los servicios mediante redes integradas bajo la rectoría del MSP, y una planificación basada en la participación de actores sectoriales, institucionales y de la sociedad civil. Durante este periodo, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social desarrolló las Agendas sociales para el periodo 2009-2011 y 2012-2013, como una guía para cumplir con la garantía de los derechos.

En 2012 se emitió la Agenda social 2012-2013, cuyo desarrollo contó con la participación del Ministerio de Salud Pública. Es así que en el sector sanitario se expresó la decisión de priorizar la salud y realizar transformaciones sectoriales que permitan asegurar una atención integral, universal y gratuita mediante el incremento de la cobertura, infraestructura, equipamiento, talento humano, insumos y medicamentos, entre otros. El accionar se sustentó en garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios mediante la articulación de las redes sanitarias. Adicionalmente, se promovió el fortalecimiento de los servicios de salud estatales y la recuperación de las funciones del Ministerio de Salud como autoridad sanitaria nacional sobre el sistema público y privado (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2012).

En este contexto, durante el año 2012 empezó a funcionar el modelo de red en el sistema sanitario ecuatoriano en el marco de un nuevo Modelo de Atención Integral en Salud. Para el efecto se publicó en el Registro Oficial el “Tarifario de las Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud” y el Instructivo 001-2012. Asimismo, se llevó a cabo la ejecución del Convenio Marco Interinstitucional con la participación del MSP, el IESS, el ISSFA, el ISSPOL y representantes de las entidades privadas. Y con el transcurso del tiempo el Ministerio fue generando distintas normas técnicas para establecer criterios técnicos de la prestación de los servicios.

En cumplimiento con el marco normativo, el Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional, se convirtió en el responsable de la formulación, el diseño y la implementación de la política nacional; basado en nuevas estructuras y modelos de gestión desconcentrados de la función ejecutiva para mejorar la coordinación entre las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, creó y promovió el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), como el eje del proceso de transformación del sector sanitario y como un instrumento que pretende organizar el Sistema Nacional de Salud con la finalidad de responder a las necesidades de salud de los ecuatorianos por medio de políticas, lineamientos y estrategias que favorecen la integración y complementariedad entre entidades de salud y niveles de atención (Ministerio de Salud Pública 2012d).

En 2011, el ministro de salud David Chiriboga aprobó el MAIS y su difusión para ser aplicado obligatoriamente en todas las direcciones zonales y distritos, por medio del Acuerdo Ministerial 1162; sin embargo, este fue publicado en el Registro Oficial en 2012. El MAIS

pretende cumplir con los objetivos estratégicos de reorientar el enfoque sanitario hacia la promoción de la salud, reducción de la inequidad, eliminación de barreras de acceso a la salud y fortalecimiento de la capacidad resolutoria. Para el efecto, incorpora la estrategia de salud primaria y consolida la articulación entre la RPIS y la red complementaria para mejorar la calidad de las prestaciones por medio del intercambio, la colaboración y la coordinación entre instituciones. Asimismo, impulsa la participación para que los individuos, familias, comunidades y grupos organizados se conviertan en sujetos activos del cuidado de la salud (Ministerio de Salud Pública 2012d).

El MAIS se encuentra conformado por cuatro componentes cuya coherencia entre sí, junto con “una actuación y sinergia de los actores que forman el SNS” contribuiría al logro de los objetivos estratégicos (Ministerio de Salud Pública 2012d). En el MAIS constan componentes referentes a la provisión de servicios, financiamiento, gestión y organización; siendo los dos últimos los más relevantes en lo que respecta a la política de construcción de una Red Integrada de Servicios de Salud.

El componente de gestión del Sistema Nacional de Salud aborda el esfuerzo que se realiza por “superar el enfoque centralista hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa” (Ministerio de Salud Pública 2012d). Lo cual implica tanto un traspaso de competencias y recursos, como la generación de un entorno propicio para la articulación intersectorial en función del cuidado integral de la salud. Para tal fin se creó el sistema único de información que facilitaría el registro, estudio de los datos y toma de decisiones en lo que respecta a la oferta de atención sanitaria dentro de la red.

El componente de organización del Sistema Nacional de Salud aborda las relaciones entre la RPIS y la red complementaria. La política de articulación de las redes pretende superar la fragmentación y segmentación del SNS por medio del “fortalecimiento de la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras, la integración de los diferentes niveles de complejidad (...) garantizando la continuidad y calidad de la atención” (Ministerio de Salud Pública 2012d). Las redes se fundamentan en una visión de articulación de los actores en torno a acuerdos y objetivos comunes, analizando sus debilidades y potencialidades. Para lo cual, se conforman redes y micro redes territoriales con base en la información respecto a su capacidad resolutoria, accesibilidad, nivel de atención, cartera de



servicios, entre otros; cuyo funcionamiento estaría liderado por el Ministerio de Salud Pública y una Comisión Técnica Interinstitucional. Adicionalmente, se promueve la conformación de “comisiones interinstitucionales desconcentradas a nivel zonal y distrital” (Ministerio de Salud Pública 2012d).

Las comisiones zonales y distritales se crearon para conformar redes territoriales articuladas por medio del estudio de la demanda y la oferta de servicios de las instituciones públicas y privadas del territorio (Ministerio de Salud Pública 2012d). Al respecto, el documento sobre los “Lineamientos operativos para la implementación del MAIS” menciona que en el caso de los comités zonales participarán las instituciones de la RPIS, un delegado de la Coordinación zonal de salud, y según la agenda se invitaría a un representante de la red complementaria<sup>30</sup>. Las comisiones zonales tienen la responsabilidad de “establecer, implementar y evaluar” los planes de desarrollo de la RPIS, coordinar sus acciones para cumplir con los Convenios Marco Interinstitucionales y establecer mecanismos de comunicación con los proveedores de salud privados a nivel zonal para complementar las prestaciones.

Por otra parte, las comisiones distritales se conforman por delegados de las instituciones que conforman la RPIS distrital y un delegado del MSP. Entre sus funciones resalta: el diseño, implementación y evaluación de planes de articulación de las microredes, la coordinación de acciones, la revisión de mecanismos de “gestión, comunicación y retroalimentación” entre los establecimientos públicos y privados a nivel distrital, y la generación de propuestas para el Comité de Gestión de la RPIS zonal<sup>31</sup>.

La implementación del MAIS estableció la aplicación del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud emitido por el Ministerio de Salud Pública en 2012 con el objetivo de regular y estandarizar el valor de las compensaciones económicas de los servicios que se realizan por las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas, en el marco de la interacción en red. El tarifario proporciona el monto a pagar por los diferentes procedimientos sanitarios que realizan las instituciones calificadas por la autoridad sanitaria nacional para formar parte de la red. Una Comisión Técnica Interinstitucional, designada y presidida por el

---

<sup>30</sup>Acuerdo Ministerial 5160. Anexo 4: Estrategias de sensibilización y educomunicación para la implementación del MAIS y la RPIS

<sup>31</sup>Acuerdo Ministerial 5160. Anexo 4: Estrategias de sensibilización y educomunicación para la implementación del MAIS y la RPIS

MSP, y conformada por delegados de las instituciones que conforman la RPIS y la red complementaria, sería la encargada de monitorear y evaluar el uso del tarifario, así como informar al ministerio en caso de requerirse ajustes (Ministerio de Salud Pública 2012e).

Durante el mismo año el ente rector de la salud emitió el Instructivo 001 con la finalidad de normar los procedimientos y coordinación de pagos con base en el tarifario, para cumplir con el acceso a los servicios por parte de los usuarios que requieran ser transferidos por medio del sistema de referencia y contra referencia entre las unidades tanto públicas como privadas que conforman la red. La referencia y contra referencia de los pacientes se realizaría en caso de insuficiencia de espacio físico, equipamiento, infraestructura, personal, o por la necesidad de mayor tecnología; con la finalidad de garantizar la atención y realizar un mejor uso de los recursos. La unidad de salud debe ofrecer los servicios por la patología que llevó a la derivación y las que se presenten durante su instancia, bajo la autorización de la unidad derivadora excepto en caso de emergencia (Ministerio de Salud Pública 2012c).

La unidad derivadora es la responsable de realizar el pago por los servicios, de manera que el cruce de cuentas exige que se remita el cobro de las atenciones prestadas al IESS, al ISSFA, al ISSPOL, al SOAT, FONSAT, a seguros privados de salud o empresas de medicina prepagada, de acuerdo con la afiliación del paciente. O al MIES-PPS en el caso de personas con enfermedades catastróficas y al MSP en el caso de las personas que no cuentan con un seguro de salud. En el caso de que se niegue la atención se informará al MSP para la aplicación de las sanciones previstas en la ley.

Previo a los pagos se realizan controles técnicos y financieros para evaluar su pertinencia, por lo que la unidad prestadora se encuentra en la obligación de proporcionar información de los servicios prestados. En el caso de que se demuestre sobrefacturación, falta de seguimiento en los protocolos o no puedan justificarse médicamente, las unidades no se encuentran en la obligación de realizar los pagos. La orden de pago se efectúa un mes más tarde a la entrega de la documentación completa (Ministerio de Salud Pública 2012c).

La implementación del tarifario se encuentra asimismo sustentada en el Convenio Interinstitucional suscrito entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para

integrar la Red Pública Integral de Salud. El convenio se realizó con el fin de organizar un sistema de prestadores de servicios coordinados y complementarios entre sí. El Convenio Interinstitucional permitiría establecer mecanismos de integración de la RPIS y establecer las directrices de otros documentos que se fueran a suscribir en el futuro entre las partes.

El Convenio Interinstitucional de 2012 menciona la necesidad de crear un Comité de Gestión de Red permanente, conformado por una persona de cada institución que conforma la RPIS para, entre otras cosas, realizar negociaciones que permitan contratar servicios de la red complementaria y proveerse de servicios complementarios como fármacos. Asimismo, se propone la creación de subcomisiones para “garantizar el funcionamiento, implementación y seguimiento de la red” (Ministerio de Salud Pública 2012a). Las subcomisiones realizarían reportes periódicos al Comité de Gestión de Red, y el funcionamiento de estas se encontraría a cargo de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Privada de Salud; quien además realiza informes anuales con la información de los miembros de la red.

El Convenio Interinstitucional de 2012 tuvo varios avances en lo referente a la integración de los subsistemas de la RPIS para la definición de mecanismos de trabajo en red, la gratuidad y continuidad de los servicios y la implementación del nuevo modelo de atención. Para asegurar la continuidad de las prestaciones se planteó fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia por medio de la aprobación de regulaciones específicas. La “Norma Técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la RPIS y de la Red Privada Complementaria - 2013” tenía el propósito de regular el procedimiento del MSP para calificar y seleccionar a las entidades de salud capaces de ofrecer servicios sanitarios a la RPIS y la red complementaria (Ministerio de Salud Pública 2013b).

Por otra parte, se publicó la “Norma del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud - 2013”<sup>32</sup> que ofrece los mecanismos para garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención por medio de la organización, integración, y articulación de los actores del SNS. Esta normativa define como derivación al proceso en que un prestador traslada a un usuario a recibir atención por un prestador externo público (perteneciente a la RPIS) o privado

---

<sup>32</sup> En 2017 fue sustituida por la “Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Complementaria, y su reconocimiento económico. Publicada en el Registro Oficial, Acuerdo N° 0091 - 2017

(de la red complementaria) cuando el problema de salud no puede ser resuelto con su capacidad instalada (Ministerio de Salud Pública 2013a). En este documento se hizo referencia a la creación de un “Reglamento para la creación, conformación y funcionamiento de los comités y equipos de mejoramiento de la calidad en los establecimientos de salud del MSP”<sup>33</sup>, que se expidió posteriormente con Verónica Espinosa como ministra de salud.

Un año más tarde, en 2013, no se observó un cambio en las intenciones del gobierno respecto a los objetivos planteados en el sector sanitario. El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, en su primer objetivo expresó la necesidad de crear e implementar mecanismos y procesos que permitan garantizar la gratuidad y el acceso a intervenciones sanitarias en la red pública integral de salud<sup>34</sup>. Asimismo, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 promovió la consolidación y fortalecimiento de la RPIS; la implementación del nuevo modelo de atención y del sistema de referencia y contrareferencia entre la RPIS y la red complementaria para mejorar el uso de los recursos y la oportunidad de las prestaciones<sup>35</sup>.

Para el efecto resaltó la importancia de normar y regular la calidad de los servicios sanitarios, y aplicar un tarifario de los servicios para controlar el establecimiento de precios en la red complementaria (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013). Este plan marcó una diferencia respecto al PND 2007-2010, al dejar de lado la participación de los actores para resolver problemas sanitarios; centrando su atención en la autoridad del MSP. De la misma manera, en este plan no se estableció el objetivo de garantizar el acceso a la participación pública y política, por medio de una gobernanza participativa, que funcione a través de consejos de salud.

En cuanto al contexto internacional en el que se desarrolló este instrumento, cabe señalar que en 2013 se llevó a cabo en Helsinki la octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, basada en su compromiso con la equidad y la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado por los Estados. La declaración promovió acciones intersectoriales, políticas públicas de promoción de la salud y el fortalecimiento de los ministerios de salud. Al mismo tiempo que reconoció la voluntad política como un factor que facilita el proceso, y los intereses de fuerzas económicas y de mercado como factores que pueden presentar un

---

<sup>33</sup> Acuerdo Ministerial No. 0072

<sup>34</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, Objetivo 2, Política 2.2

<sup>35</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, Objetivo 3, Política 3.3

obstáculo para las regulaciones y la capacidad del gobierno para promover y proteger la salud (Organización Mundial de la Salud 2013).

En 2014, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social emitió la Agenda social 2014-2017 en la que se enfatizó la intención del gobierno de fortalecer el Estado en todos sus niveles, ampliar las políticas públicas sociales y aplicar medidas redistributivas. Con el fin de garantizar los derechos de las personas y el desarrollo de sus capacidades mediante la reducción de desigualdades sociales, el acceso igualitario a bienes y servicios públicos, y la universalización de servicios de calidad. En la planificación se expresó la necesidad de direccionar las medidas hacia los grupos que han sido históricamente relegados, pero sin dejar de lado que las políticas sociales son de carácter universal (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2014).

Para garantizar el acceso y la equidad, se planteó el trabajo articulado de los GAD, del Gobierno Central desconcentrado, de organizaciones sociales y del sector privado; ya que las redes constituyen un requisito indispensable para lograr universalidad e integralidad. Dado que la satisfacción de las necesidades en salud requiere de una amplia gama de prestadores, se resalta la importancia de las redes integradas que mejoran el uso de recursos y las capacidades locales. Para alcanzar la meta de que las redes de salud brinden una atención integral, con procedimientos de referencia y contrarreferencia, el gobierno mejoró la organización territorial mediante circuitos, distritos y zonas. Es así que, para cumplir con la universalidad en salud, se reconoció la necesidad hacia el 2017 de continuar en el fortalecimiento del “Sistema Nacional de Salud como un medio institucional para la construcción del Buen Vivir”, y promover la construcción del poder ciudadano desde el fortalecimiento de los procesos participativos en salud (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2014).

Por otra parte, en 2015 se organizó el Foro regional salud universal: Una inversión indispensable para el desarrollo humano sostenible, cuyos pilares se basaban en la equidad, el derecho a la salud, y la solidaridad. El foro marcó cuatro líneas estratégicas a seguir: la ampliación del acceso equitativo a los servicios sanitarios, el fortalecimiento de la rectoría del ministerio, el aumento del financiamiento para eliminar los pagos directos, y el mejoramiento de la coordinación intersectorial (Organización Panamericana de la Salud 2015). Para lo cual,

resaltaron la importancia de darle prioridad fiscal a la salud, aumentar la inversión en salud y comparar el gasto público sanitario con el gasto social.

En el ámbito nacional, los Congresos por la Salud y la Vida fueron pensados como espacios de concertación nacional sobre temas relacionados con la política sanitaria para llevarse a cabo cada dos años con la participación de las autoridades y de numerosas organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, a partir del quinto congreso por la salud y la vida se apreció una discontinuidad de estos eventos que evidencia que se prescindió de estos en el ámbito de la planificación sectorial a pesar de la importancia que se le dio a la participación en los documentos oficiales.

A pesar de que se proclamaron intenciones de promover la participación, en el año 2015 se llevó a cabo el quinto Congreso por la Salud y la Vida organizado únicamente por organizaciones de la sociedad civil bajo el lema “Salud en resistencia”. En este espacio se analizaron elementos relacionados con el acceso a la salud en la universalidad, gratuidad, equidad e integridad; la vigencia y exigencia de los derechos en salud; los derechos de los profesionales sanitarios; y la participación de la sociedad en la construcción de políticas públicas. En el evento participaron asociaciones, el gremio de profesionales de la salud, movimientos de mujeres, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de defensores de los derechos humanos, entre otros.

Entre los principales temas tratados durante este encuentro se resaltó una preocupación por parte de la sociedad civil respecto a la falta de espacios donde pudieran participar y la poca eficacia de los consejos ciudadanos, al contrario de lo que manda la Constitución 2008 y se describe en los planes de desarrollo. Y en lo que respecta a la política de articulación de la red pública con la red complementaria, se muestra un rechazo generalizado, bajo el argumento de que los contratos con los privados serían un mecanismo para “privatizar” la salud, además se estaría incurriendo en “gastos excesivos hacia los particulares (...) en contra de una optimización de los recursos” y que el sistema actual estaría “construido para que lucren los privados” (INREDH Digital 2015).

Durante el mismo año, el Centro de Derechos Económicos y Sociales (CDES) publicó el documento “Privatización de la salud en el Ecuador: Estudio de la interacción pública con

clínicas y hospitales privados”. En el documento se señala que aun cuando se incrementó la inversión en salud y la cobertura de los servicios, las cifras sobre el crecimiento del sector privado y de los ingresos de este sector son significativas.

Al mismo tiempo, continuaban renovándose los instrumentos y desarrollándose nuevos por parte del MSP. Es así que en 2015 se renovó el Convenio Marco entre los Subsistemas de Salud MSP, RPIS y Red Privada, con una vigencia de diez años. Nuevamente con el propósito de generar mecanismos para integrar las redes de salud bajo criterios de gratuidad y continuidad en los servicios. Por otra parte, en 2016 se emitió la “Norma técnica de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la red complementaria, y su reconocimiento económico”, con el propósito de normar las relaciones interinstitucionales por derivación de usuarios. La activación de la red para proceder a la derivación de los usuarios se fundamenta en el “Manual Operativo – 2013” y los “Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS” de 2014, que operacionalizan el conjunto de normas detallado con anterioridad, ofrecen directrices y herramientas para la implementación del MAIS en concordancia con los principios constitucionales, y permiten conocer los avances en la integración de la red (Ministerio de Salud Pública 2014c) .

Finalmente, en 2016 se realizó en Shanghai la novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que sumó al propósito de equidad en salud, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODS). La conferencia contó con la participación de ministros de salud y asuntos sociales, los responsables de tomar decisiones de política pública y expertos en promoción de la salud. Entre los objetivos de la conferencia se encontró proveer una orientación e intercambiar experiencias para promover la salud mediante una acción intersectorial. Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados en el año 2015 dentro de la Agenda 2030 propuesta por la Asamblea General de las Naciones Unidas, cabe resaltar el tercer objetivo, sobre la salud y el bienestar. Para la consecución de este objetivo se propuso lograr la cobertura universal y el acceso a servicios de salud de calidad mediante un incremento en la financiación de la salud y la ampliación del personal sanitario.

La implementación de la política pública de redes integradas de salud en este periodo de tiempo trajo consigo desacuerdos entre los actores que integran la RPIS y la red

complementaria. En cuanto a las entidades con fines de lucro, en 2014 los integrantes de la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador (ACHPE) exigieron al gobierno los pagos atrasados por los servicios prestados por las derivaciones del IESS y del MSP. Como consecuencia no podrían continuar apoyando al Sistema Nacional de Salud ante la falta de recursos para pagar a los proveedores y profesionales (La República 2014).

Posteriormente, ACHPE emitió un comunicado en el que se mencionaba que en una reunión con la coordinación zonal 9 del MSP se establecieron acuerdos para cancelar los valores pendientes mientras se auditan varias cuentas; de la misma manera en que se programaron los pagos con el IESS (La República 2014). Sin embargo, en un comunicado del Ministerio de Salud Pública a la ciudadanía se expresó que no se llegó a nuevos acuerdos sino que se estaba continuando con los ya establecidos y negaron la existencia de una crisis de pagos a ACHPE ya que se habría pagado aproximadamente el 72% del monto adeudado por las derivaciones (Ministerio de Salud Pública 2014a). Asimismo, se mencionó el trabajo coordinado, los diálogos, los acuerdos continuos con los miembros de ACHPE y el cumplimiento de los pagos; por lo que la amenaza de dejar de atender resultaba injustificada, y de ser el caso, el MSP utilizaría las “herramientas necesarias para garantizar el servicio a la salud para los pacientes referidos a instituciones privadas” (Ministerio de Salud Pública 2014b).

En cuanto a las entidades sin fines de lucro, en 2016 Solca expresó su malestar por tener que suspender varias inversiones ante el atraso en las asignaciones y los pagos del Estado; cuyo total correspondería a 130 millones de dólares. De la misma manera, mencionaron estar atravesando “circunstancias sumamente graves, que ponen en riesgo la continuidad del tratamiento de los pacientes con cáncer” (El Comercio 2016). Sin embargo, ante la solicitud de los directivos de Solca para reunirse con el presidente y aclarar las cuentas, Rafael Correa mencionó que descartaba esa posibilidad hasta que se rectifique la información sobre la suma que habían recibido por parte del MSP y se aclare la proveniencia del dato sobre el monto de la deuda (El Universo 2016). De acuerdo con las cifras, el MSP al momento habría pagado aproximadamente al 48% de la deuda, dado que el valor restante se encontraba en auditoría.

Finalmente, en 2016 el presidente Rafael Correa cuestionó los convenios interinstitucionales que articulan la RPIS con la red complementaria argumentando que las derivaciones resultaban demasiado costosas y se generaba problemas debido a que en las auditorías se



registran servicios innecesarios. Como resultado, propuso enfatizar en las auditorías previo a los pagos e incrementar la infraestructura sanitaria pública para reducir las prestaciones externas. Pero al respecto, la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador decidió no emitir ningún criterio (La Hora 2016).

En este aspecto, un estudio realizado por Chang (2017) revela que las entidades privadas consideran ser congruentes con la filosofía del gobierno y atender las derivaciones a un menor costo y más eficientemente. Sin embargo, el mismo estudio señala que la falta de planificación y las excesivas derivaciones de las instituciones públicas hacia las privadas han puesto en riesgo la sostenibilidad del sistema para pagar las grandes sumas de dinero facturadas; lo que ha desembocado en una falta de pago oportuno a la red complementaria y ha limitado la atención (Chang 2017).

### **Cambio de gobierno (2017-2019)**

En el año 2017 se convocó a elecciones presidenciales, siendo el candidato por el partido “Alianza País”, Lenin Moreno, quien había sido vicepresidente durante el gobierno de Rafael Correa. En este sentido, su plan de gobierno continuó con la idea de proteger los derechos del Buen Vivir; que se proclamaban intocables y, por lo tanto, se apostaba por una política social con perspectiva universal. Sin embargo, en su gobierno se observa un cambio en las ideas programáticas respecto al desarrollo del país; es así que el 24 de mayo de 2017 se decretó suprimir la iniciativa presidencial para la construcción del Buen Vivir<sup>36</sup>.

El mismo día se decretó transformar el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social en la Secretaría Técnica del “Plan Toda una Vida”. Y posteriormente, se decretó la creación de la Misión “Toda una Vida” para “garantizar los derechos de las personas en todo el ciclo de vida”<sup>37</sup>. En cuyo instrumento se especifica que el “Plan Toda una Vida” consiste en un conjunto de programas para asegurar el desarrollo infantil, las oportunidades de la juventud, la inclusión de las personas con discapacidad, buenas condiciones de vida para los adultos mayores, y la mejora de las capacidades productivas y el acceso a vivienda por parte de las personas pobres o vulnerables.

---

<sup>36</sup> Decreto Ejecutivo No. 3

<sup>37</sup> Decreto ejecutivo No. 11

Se presentó el Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida, compuesto por tres grandes ejes: derechos para todos durante toda la vida, economía al servicio de la sociedad, y más sociedad, mejor Estado. Dentro del primer eje se establece el objetivo de garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. A diferencia de los otros planes, este no ofrece políticas con lineamientos estratégicos, solo considera necesario continuar en la construcción del SNS y plantea la política de garantizar el derecho a la salud<sup>38</sup> por medio de un aumento de la cobertura, calidad y acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, a pesar de que en el plan de gobierno se expresó el propósito de consolidar las redes de salud para mejorar la atención a la ciudadanía por medio de la integración y complementariedad de los sistemas de seguridad social se integren y complementen, este fin no se ve reflejado en el plan de desarrollo.

En 2017 se emitió el Decreto de optimización y austeridad del gasto público, donde se dispuso unificar las remuneraciones mensuales, eliminar vacantes, restringir los contratos profesionales y consultorías, entre otros<sup>39</sup>. Este instrumento generó numerosos informes mensuales de cumplimiento del Decreto Ejecutivo 135 aprobados por la Coordinación general administrativa y financiera del MSP en los que se detalla su cumplimiento y se ofrecen cifras que lo respaldan.

A nivel internacional, en 2017 se llevó a cabo en Quito el Foro regional: La salud universal en el siglo XXI: 40 años después de Alma-Ata, con la intervención de movimientos sociales, académicos, actores políticos, exministros de salud y se conformó una Comisión de Alto Nivel donde participó la ex ministra de salud Carina Vance. Después de 40 años de la Conferencia de Alma Ata, a pesar de que se aprecian avances en la cobertura sanitaria, todavía persisten inequidades en salud; es por esto que se realizó el Foro con el propósito de ofrecer recomendaciones a la OMS para orientar su quehacer.

El Foro se desarrolló en torno a cinco elementos: el modelo de atención, modelo institucional, modelo de financiamiento, salud y protección social y recursos humanos. Además, ofreció diez recomendaciones, entre las cuales se destacan la construcción de un modelo institucional del Estado para garantizar el derecho a la salud, el desarrollo de un modelo de atención basado en atención primaria y la generación de mecanismos de regulación y fiscalización del

---

<sup>38</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017, Objetivo 1, Política 1.6

<sup>39</sup> Decreto No. 135. Artículo 4

sector privado con el fin de alinearlo al objetivo nacional de garantizar el derecho a la salud (Organización Panamericana de la Salud 2019).

Durante el evento se hizo un llamado para que los Estados establezcan estructuras y procesos institucionales que les permitieran regular los sistemas de salud y ejercer la rectoría del sector. Asimismo, se recomendó el cambio de un modelo curativo hacia uno preventivo para alcanzar el Buen Vivir; así como la construcción de Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS) con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención. Para el desarrollo de las RISS se reconoció como indispensable el fortalecimiento de la gobernanza, la organización y la asignación de recursos; así como “la regulación de los intereses privados” que amenazan “los valores del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad” (Organización Panamericana de la Salud 2019).

De acuerdo con el Foro, se debe considerar que la participación del sector privado se encuentra motivada por la apropiación privada de ganancias, lo cual constituye un desafío para conseguir el acceso universal a la salud. Por lo tanto, se planteó que el correcto funcionamiento de las redes de salud con respecto a los privados requiere que la autoridad sanitaria nacional se encuentre en capacidad de fortalecer su rectoría para regular, evaluar y fiscalizar al sector privado y actuar alineado a los objetivos y estrategias de la política nacional sanitaria. En otras palabras, se expresó que la contribución del sector privado dependería de su capacidad para lograr fortalecer las estructuras del Estado.

Asimismo, en 2017 la ministra de salud Verónica Espinosa participó en la 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, en la cual se discutieron numerosos temas relacionados con la salud como las políticas sanitarias de etnicidad, la eliminación de enfermedades transmisibles, el abastecimiento de recursos humanos para el acceso y la cobertura universal en salud, entre otras. Este constituyó un evento importante porque se entregó la propuesta de Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 reafirmando la equidad, el derecho a la salud, la inclusión social y la solidaridad panamericana.

En la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 se plantearon once objetivos, entre los que cabe destacar el acceso equitativo a los recursos de salud, el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza, y la reducción de las desigualdades e inequidades en torno a la salud.

Adicionalmente, se planteó el objetivo de alcanzar el financiamiento adecuado de la salud, para lo cual reconoce que se debe aumentar el gasto y la inversión en salud, eliminar el pago directo que impide el acceso a los servicios, usar mecanismos de mancomunación de fondos anclados en la solidaridad, y desarrollar un sistema de compra y pago a los proveedores que promueva la eficiencia y la equidad (Organización Panamericana de la Salud 2017).

En cuanto a los avances que se realizaron para el fortalecimiento de la red y la articulación entre los establecimientos públicos y privados, en 2018 se emitió el Acuerdo Ministerial 217. El MSP emitió esta norma para regular el procedimiento de selección y adquisición de servicios entre la RPIS y la red complementaria, la cual pretende facilitar los procesos de pago y transferencia de pacientes en el caso de las derivaciones. En este acuerdo se estableció el pago de anticipos a los establecimientos públicos y privados, para cubrir los gastos generados por las atenciones. De manera que se derogó el Acuerdo Ministerial 5310, por medio del cual se aprobó la Norma Técnica denominada “Procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la RPIS y de la Red Privada Complementaria”.

En 2018 se realizó el sexto Congreso por la Salud y la Vida bajo el lema “Salud en resistencia”, cuyos ejes de discusión fueron el Código Orgánico de la Salud, el Sistema Nacional de Salud y el fortalecimiento de la Plataforma por la Salud y la Vida. En este evento la sociedad civil expresó su preocupación por la falta de voluntad política para permitir su participación, el insuficiente acceso a los servicios sanitarios bajo los principios constitucionales, el desarticulado sistema de salud, el predominio del modelo curativo, la crisis y la reafirmación del modelo neoliberal en las políticas como un elemento que puede restringir el presupuesto de salud.

En este congreso se señaló nuevamente la preocupación de que en el país se esté llevando a cabo un proceso de privatización de la salud por medio de las derivaciones. Al mismo tiempo que se llamó la atención sobre la falta de espacio que les da el gobierno para su participación incluso en temas tan importantes como el desarrollo del nuevo Código Orgánico de Salud. De acuerdo con los participantes del sexto congreso, fueron invitados a un solo taller de las reuniones convocadas por la Asamblea Nacional. Si bien los congresos por la salud y la vida fueron creados como espacios de deliberación con actores de la sociedad civil para la toma de

decisiones participativas en salud, los dos últimos fueron coordinados por las organizaciones de la sociedad civil. En este sentido, durante el sexto congreso los participantes expresaron su malestar por la intención del gobierno de inscribir el nombre “Congreso por la salud y la vida” (INREDH Digital 2017).

En 2019 se firmó una carta de intención a través de la cual se solicitó apoyo al Fondo Monetario Internacional, con Richard Martínez como ministro de finanzas. En la carta se expresa la intención del gobierno de tener prudencia en la política fiscal y actualizar el programa social por medio de la emisión de un “Plan de Prosperidad”. Asimismo, se hace referencia a la necesidad de fortalecer el Plan Toda Una Vida, que pretende asegurar el acceso a la salud a “los más vulnerables, las mujeres, los adultos mayores y las personas con discapacidad”.<sup>40</sup>

Como un respaldo hacia el “Plan de Prosperidad” el Banco Interamericano de Desarrollo entregó un préstamo de 500 millones de dólares al país en junio de 2019, y 300 millones adicionales en julio del mismo año. En las negociaciones se reunieron el ministro de economía Richard Martínez y el secretario del BID, Germán Quintana, donde este último expresó su voluntad para impulsar la política social y económica del gobierno del Ecuador debido a una concordancia con el enfoque de desarrollo que tiene el BID (Ministerio de Economía y Finanzas 2019b).

El Banco Interamericano de Desarrollo expresó su apoyo al gobierno ecuatoriano, cuya estrategia para el periodo 2018-2020 consistió en priorizar el crecimiento de la economía para respaldar los avances sociales. En este sentido, el BID ofreció su apoyo en la superación de los desequilibrios macroeconómicos y el fortalecimiento de las finanzas públicas; el impulso de la productividad y la implementación de un modelo de crecimiento fundamentado en el fortalecimiento del sector privado; y la mitigación de los efectos adversos sobre la población más vulnerable. Por lo que se puede identificar un enfoque de desarrollo centrado en el crecimiento económico y la focalización de las políticas sociales.

El “Plan de Austeridad” al que se comprometió el gobierno del Ecuador, una vez que el FMI aprobó la financiación de 4200 millones de dólares para apoyar su política económica,

---

<sup>40</sup> Carta de Intención 2019

estableció cuatro prioridades: el impulso de la competitividad, la sostenibilidad fiscal, la protección a los más pobres o vulnerables, y la transparencia. Para alcanzar una posición fiscal sólida, se propuso reducir la relación deuda/PIB mediante un realineamiento de la masa salarial, eliminación de subsidios a los combustibles, priorización de gasto en bienes y servicios y una reforma fiscal.

El plan tendría como propósito ahorrar recursos suficientes para pagar la deuda y que esta alcance una tendencia decreciente, crear reservas, restaurar la competitividad internacional y aumentar la asistencia social. Sin embargo, esta última estaría sustentada en la mejora de la focalización de los programas sociales, y el aumento de los beneficios de los programas de protección social existentes; específicamente el aumento de los beneficios del “Bono de Desarrollo Humano” y el “Bono Joaquín Gallegos Lara” (Fondo Monetario Internacional 2019).

Según Richard Martínez los déficits fiscales, el endeudamiento público y la situación de insostenibilidad fiscal heredada fueron la causa de que el gobierno haya decidido “gastar más por el servicio de deuda que lo destinado a salud y educación”. Las medidas fiscales incluirían un aumento del presupuesto de protección social para los más vulnerables en 2019 por una suma de 400 millones de dólares, y una reducción gradual en bienes y servicios de 700 millones de dólares durante los siguientes tres años (Ministerio de Economía y Finanzas 2019a).

Esto se vio reflejado en los presupuestos destinados al programa “Extensión de la Protección Social en Salud” cuyo propósito consiste en fortalecer la articulación y organización entre la RPIS y la red complementaria para mejorar el acceso a servicios de salud integrales e integrados. De acuerdo con los Planes de Inversiones Anuales del MSP, el presupuesto proyectado para este programa se redujo desde 2016 en un 19% para 2017, en un 92% para 2019 y en un 99% para 2020. Lo cual ofrece una aproximación para comprender la intención de la autoridad sanitaria de abandonar la continuidad de la política de redes integradas de salud. Los datos netos y gráficos sobre esta información pueden encontrarse en el anexo 4.

Durante este periodo también se percibieron desacuerdos entre los actores que integran la RPIS y la red complementaria al momento de implementar la política. De forma que, en 2018,

la ACHPE solicitó al Ministerio de Finanzas que se realicen los pagos por las derivaciones en salud debido a los graves problemas de iliquidez que estarían enfrentando. De acuerdo con los miembros de ACHPE, no se pretende dejar de atender a la población, pero puede llegar un momento en que no se pueda continuar con la atención; al mismo tiempo que indican que la compleja situación que enfrentan habría provocado que varias instituciones tengan dificultades para atender y se encuentren “cerrando pisos” (El Comercio 2018).

La ACHPE indica que a pesar de que se reciben pagos del MSP, se continúan prestando servicios, por lo que el monto de la deuda no experimenta grandes cambios. Por otra parte, indicaron que el mayor problema en los pagos se daba por las derivaciones del IESS, ya que el 73% de la deuda corresponde a esta entidad. Al respecto, se argumentó que los retrasos se deben a que en 2016 la Contraloría identificó un perjuicio por una alta suma de dinero ante la sobrefacturación de 36 prestados privados (El Comercio 2018).

En 2019, la ACHPE solicitó que se solucionara de manera urgente el retraso en los pagos debido a la grave situación de liquidez que enfrentaban y las complicaciones que tenían para pagar a los proveedores de insumos, medicamentos honorarios médicos, servicios básicos, entre otros. Durante una entrevista, Ana Delgado, directora ejecutiva de ACHPE, indicó que el MSP había postergado la fecha de los pagos, y que el cambio permanente de autoridades dificultaba el establecimiento y cumplimiento de acuerdos. Para la ACHPE, el proceso se detiene en el momento en que llegan las órdenes de pago al Ministerio de Finanzas, por lo que tuvieron un acercamiento con la Secretaría de la Presidencia, pero ante un cambio de autoridades perdieron el vínculo con ellos y lo acordado se desvaneció (Delgado 2019).

### **3.2 Ideas programáticas**

En el presente acápite se analizan las principales ideas programáticas que movilizaron las agendas respecto al diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2014-2019) y el rediseño de los instrumentos de la política a lo largo del tiempo. Adicional a las ideas existentes durante el contexto de la política, surgió la idea de articular el Sistema Nacional de Salud por medio de la conformación de redes basadas en la atención primaria.

Las principales ideas que acapararon el espacio de discusión en el periodo 2012-2019 giraron en torno al Buen Vivir, la participación de los actores en la política sanitaria, la articulación

de las redes de salud, y finalmente vuelven a surgir ideas eficientistas y focalizadoras de la atención sanitaria. Estas ideas no se encuentran aisladas, sino que tienen como antecedente una reforma sanitaria en la que se dio una confrontación de redes con intereses contrapuestos; de manera que varios de los principios que promovieron se mantuvieron en el tiempo y consiguieron plasmarse en diversos instrumentos de política mientras que otros resurgieron ante la coyuntura. A continuación, se presentará la idea programática de articulación de las redes de salud, dado que las otras ideas se analizaron en el capítulo precedente.

### **3.2.1 Redes integradas de servicios de salud**

De acuerdo con Granda (2011) al final de la década de los 90 la mayor parte de las sociedades presentaban incapacidades para garantizar el derecho a la salud, como resultado de la adopción de un modelo limitado de salud basado en la cura de las enfermedades y la concepción del humano como objeto de intervención. En este contexto, la estrategia de atención primaria en salud se convirtió en un eje transformador de los sistemas sanitarios, al modificar el enfoque curativo y de programas verticales por uno centrado en el cuidado de la salud y la atención integral (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud 2014, 15).

Las funciones actuales de un sistema de salud serían: gobernar; financiar la creación de recursos y la prestación de servicios; asegurar un conjunto de dispositivos para garantizar el acceso; y, producir intervenciones integrales de salud (Villacrés 2008). En este contexto, se propone la creación y aplicación de un modelo de atención primaria, que tiene como ejes un aumento en la cobertura de los servicios sanitarios, la participación de la sociedad en el mantenimiento de la salud individual y colectiva, la articulación entre los distintos sectores, la provisión de recursos, entre otros (Velasco 2007).

Dentro del modelo de atención primaria surgió la articulación de la red de actores que conforman el sistema como una política con potencial para atenuar las consecuencias de un sistema fragmentado y segmentado. La articulación implica “el fortalecimiento de la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras, la integración de los diferentes niveles de complejidad a través de la referencia-contrareferencia” (Rissalud 2017). Esta política busca extender la cobertura y organizar el acceso (universal y gratuito) a los servicios por medio de normas y procedimientos que favorezcan la interrelación en la atención, la cooperación, la coordinación entre actores, la participación y la



articulación de las instituciones que prestan servicios en un país con el fin de alcanzar objetivos comunes (Hermida 2007).

Así, la organización de las redes sanitarias tiene como fin garantizar el derecho a la salud por medio, entre otras cosas, de la articulación de los establecimientos públicos y privados a través de redes cuya coordinación se encontraría liderada por la autoridad sanitaria (Rissalud 2017). La articulación de las redes pretende que los establecimientos del sector público y privado “coordinen, potencien y complementen” sus actividades desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos (Ministerio de Salud Pública 2014). Por consiguiente, las redes de salud se consideran necesarias para favorecer la eficacia de las políticas sanitarias y enfrentar la presión sobre los sistemas sanitarios, al optimizar la eficiencia del sistema, mejorar los procesos de decisión, reducir los costos de producción, facilitar la implementación de estrategias de promoción de la salud, y dar una mejor respuesta a las necesidades de las personas (Organización Panamericana de la Salud 2010).

En salud se vuelve cada vez más importante la participación de todos los actores para solucionar los problemas. La construcción de redes de salud para solucionar varios problemas implica a diversos actores, cuyas diferentes experiencias y prácticas pueden ayudar a lograr objetivos comunes; pero es tarea del Estado social contribuir a desarrollar sus capacidades, habilidades, procesos de negociación, etc. (Villacrés 2008, 41). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2010), las Redes Integradas de Servicios de Salud consisten en:

(...) una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

De acuerdo con el MAIS, el proceso de rediseño de las redes puede ser analizado en tres etapas: la planificación, la implementación y la evaluación. Durante el proceso de planificación los miembros de la red pertenecientes a un territorio examinan las necesidades de la población, estudian su capacidad de oferta, y elaboran un plan estratégico en el que organizan sus recursos, estrategias y acciones para dar una respuesta conjunta.

De acuerdo con la hoja de ruta para la implementación de las redes integradas de servicios de salud realizada por la Organización Panamericana de la Salud (2010), la acción intersectorial incluye al sector público, privado y las organizaciones de la sociedad civil. Según el nivel de integración se realizarían acciones que van desde un simple intercambio de información hasta la integración de las políticas públicas. Esto requiere que se promueva la participación por medio de consejos consultivos, comités, grupos de trabajo intersectoriales, etc. OPS 2010).

En un sistema sanitario caracterizado por la separación de funciones y una gran variedad de prestadores, se enfrenta el problema de la duplicación de servicios y recursos entre prestadores, de manera que estos compiten por prestar los servicios y por el acceso al financiamiento. En un sistema de tales características, la OPS propone desarrollar la infraestructura existente o evaluar las ventajas y desventajas de comprar servicios a terceros. Los programas verticales constituyen una barrera para la implementación de las RISS mientras que los incentivos (financieros y no financieros), la colaboración o trabajo en equipo, y la participación activa de todas las partes interesadas constituyen facilitadores (Organización Panamericana de la Salud 2010).

Sin embargo, cabe señalar que los procesos de integración de las redes son complicados y de largo plazo, en lugar de acciones específicas exigen el desarrollo de amplios cambios sistemáticos y requieren el compromiso de los actores de salud: personal, gestores, decisores, etc. (Organización Panamericana de la Salud 2010).

### **3.2.2 Toda una vida – eficiencia en salud**

En este acápite se considera necesario explicar la idea programática de la que nace la iniciativa del gobierno “Toda una vida” y los motivos por los que en esta investigación se la considera equivalente a la idea programática de eficiencia en salud presente en el contexto de la política. De manera que en la red de estructura y agencia no se representa la idea programática “toda una vida” como nueva.

La iniciativa “toda una vida” parte de la idea de que se satisfagan las necesidades y se garanticen los derechos de toda la población ecuatoriana durante toda su vida. Sin embargo, en el primer eje programático del plan de desarrollo se comienzan a identificar ideas de focalización al establecer “la protección de las personas más vulnerables”. De la misma

manera, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social se transformó en la Secretaría Técnica del Buen Vivir, que estaría encargada de “proponer, coordinar y ejecutar de forma eficiente, eficaz y transparente el Plan Toda una Vida, dirigido a grupos con necesidades básicas insatisfechas y en riesgo”. Al mismo tiempo que coordina y ejecuta programas específicos destinados a personas en situación de pobreza y vulnerabilidad, entre ellos: Misión Ternura, Impulso Joven, Mis Mejores Años, Menos Pobreza Más Desarrollo, Casa Para Todos, Las Manueles, Las Joaquinas y Plan Mujer.

Tras el cambio de la iniciativa del Buen Vivir hacia la iniciativa Toda una Vida, se aprecia un abandono de la universalidad de la atención hacia la focalización y la priorización de programas para los más pobres, que caracterizaba a la política sanitaria previo al año 2008 y que constituye un cambio importante en la política sanitaria. Esta política sanitaria dirigida a los más desfavorecidos cuenta con el respaldo de organismos internacionales como el BM y el BID, que constituyeron actores cercanos al gobierno de Lenin Moreno y quienes apoyan la iniciativa y dicen compartir la misma idea de desarrollo. Así, la iniciativa “Toda una vida” marca una separación del Buen Vivir como un modelo de desarrollo alternativo y se aproxima a la visión de desarrollo de organismos internacionales; lo que tiene repercusiones en la política sanitaria.

### **3.3 Relación dialéctica: estructura y agencia**

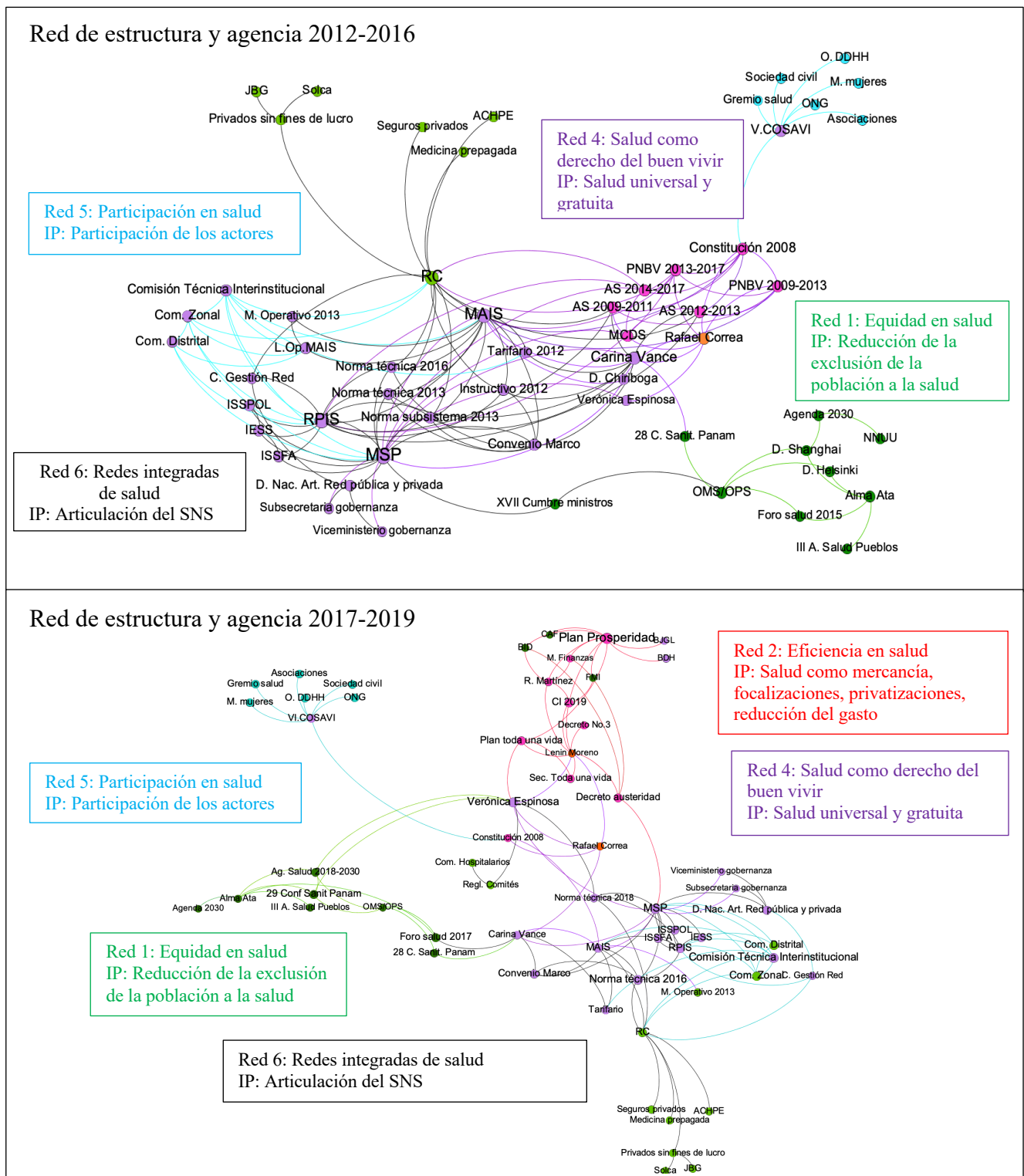
El presente acápite presenta un recorrido por las estadísticas provenientes de la red del diseño de la política de redes integradas de salud (2012-2019), con el propósito de caracterizar a los distintos actores y la manera en que se relacionan entre ellos. Se inicia con una comparación entre la red de estructura y agencia de los periodos 2012-2016 y 2017-2019. Para posteriormente realizar un análisis descriptivo de los datos generales de la red completa y profundizar en las principales medidas que provee el *software gephi*: grado, excentricidad, cercanía, poder de intermediación y hits.

#### **3.3.1 Comparación entre periodos**

Durante el diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) pueden identificarse dos etapas que deben ser separadas y comparadas debido a que corresponden a dos periodos de gobierno distintos. El cambio de gobierno marcó diferencias en la configuración de ambas redes debido al cambio en las ideas programáticas, la

participación de diferentes actores y un cambio en los recursos de estos dentro de la red. En el gráfico 3.1 se muestra la comparación entre el periodo 2012-2016 y 2017-2019 del diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador.

**Gráfico 5.1:** Comparación de la red del diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador entre los periodos 2012-2016 y 2017-2019



Fuente: Datos tomados del trabajo investigativo

La principal diferencia entre ambos periodos consiste en la presencia de la subred “eficiencia en salud”. Esa subred se caracterizó por ser muy fuerte en el contexto, sin embargo, el cambio de ideas programáticas en los actores del gobierno y el cambio hacia un modelo de desarrollo alternativo denominado “buen vivir” provocaron que esta subred no se encontrara presente en el periodo 2012-2016. La subred desapareció dentro de este periodo ante la desvinculación de los actores de la red con actores internacionales como el FMI, el BID y el BM dado que promueven un modelo de desarrollo diferente; motivo por el cual dejaron de tener influencia en la política sanitaria.

Sin embargo, la subred “eficiencia en salud” vuelve a surgir en el periodo 2017-2019 una vez realizado el cambio de gobierno. A pesar de que Lenin Moreno pertenecía en un inicio a la subred del buen vivir, apenas llegó al poder y cambiaron sus recursos dentro de la red, eliminó esta iniciativa y adquirió un modelo de desarrollo denominado “Toda una vida” que se acerca más al modelo de desarrollo tradicional. Es por esto que surgieron nuevamente los organismos internacionales de crédito como actores importantes y comenzaron a influenciar la política sanitaria con ideas focalizadoras, eficientistas y de recortes presupuestarios, etc.

En el periodo 2012-2016 se puede encontrar una subred grande de “salud como derecho del Buen Vivir”, que buscaba conseguir una atención sanitaria universal y gratuita. La idea programática del buen vivir fue también compartida por el MSP y el MCDS, quienes en conjunto crearon agendas sociales como parte del proceso de planificación del sector sanitario. Sin embargo, en el periodo 2017-2019 la subred de “salud como derecho del buen vivir” se volvió más pequeña debido al cambio de ideas y la desaparición del MCDS con los instrumentos de planificación que diseñaba. Durante el último periodo, el MCDS fue reemplazado por la Secretaría Técnica Toda una Vida, que perteneció a la subred de “eficiencia en salud”.

Por otra parte, en el primer periodo se puede observar que la subred de “redes integradas de salud” surgió de la subred del buen vivir y cobró importancia ante los vínculos que creó entre los actores sanitarios y el diseño de una gran cantidad de instrumentos que se produjeron. Al respecto, esta red redujo su tamaño en el segundo periodo analizado, debido a que el cambio de ideas programáticas produjo que varios instrumentos mantuvieran su vigencia, pero el diseño de nuevos instrumentos fue muy limitado.

A pesar de que se observa que la subred de “redes integradas de salud” no se elimina, puede evidenciarse un cambio en la voluntad política para continuar con el diseño; incluso existió una caída drástica en los presupuestos. Aun cuando los instrumentos creados en el diseño de la política de redes integradas de salud se mantuvieron, dejaron de ser prioridad ante la importancia que se dio a los instrumentos de austeridad fiscal.

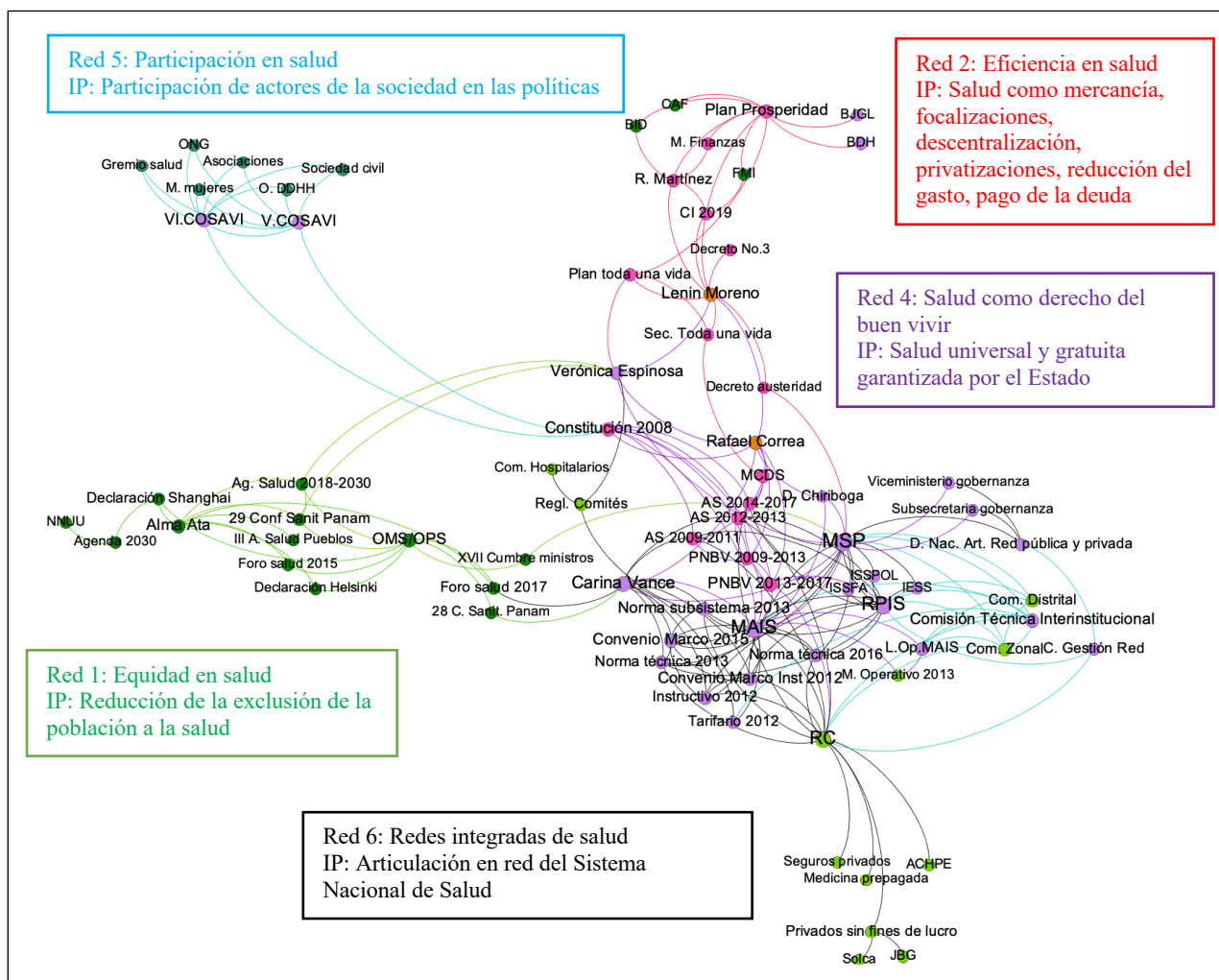
Otra consecuencia de la reaparición de la subred “eficiencia en salud” durante el periodo 2017-2019, fue que el Ministerio de Salud Pública experimentó una pérdida de rectoría. Es así, que en la segunda red puede observarse, por el tamaño de los nodos, que el MSP llegó a ser menos importante que el Plan de Prosperidad, e incluso redujo sus conexiones e incrementó su distancia con el presidente de la república. Para el segundo periodo el MSP habría perdido relaciones en la red y centralidad dentro de la red.

Finalmente, la subred de “participación en salud” se muestra similar en ambos periodos, donde pueden identificarse escasos vínculos entre los actores públicos y privados, al mismo tiempo que la sociedad civil se mantiene al margen. Y en cuanto a la subred de “equidad en salud”, se puede ver una reducción en su tamaño para el segundo periodo que puede explicarse por la diferencia temporal entre ambas etapas. Pero cabe señalar que Carina Vance continúa estando vinculada a la subred de “equidad en salud” a pesar de no ser ministra en el periodo 2017-2019, lo que muestra la fuerte relación que hubo entre el actor y esta subred, así como la importancia que tuvo esta sobre la política sanitaria en el Ecuador durante el primer periodo analizado.

### **3.3.2 Datos generales**

El gráfico 3.2, que refleja la red del diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) cuenta con 182 aristas y 77 nodos, de los cuales pueden identificarse 6 tipos de actores diferenciados por su color. A diferencia del grafo del contexto de la política, en la estructura y agencia se observan menos nodos debido al periodo de tiempo y dado que si bien nuevas redes de actores aparecieron, otra red importante se desvaneció. En el grafo a continuación se plasman también las ideas programáticas compartidas y la manera en que estas agruparon a los actores según sus objetivos e intereses.

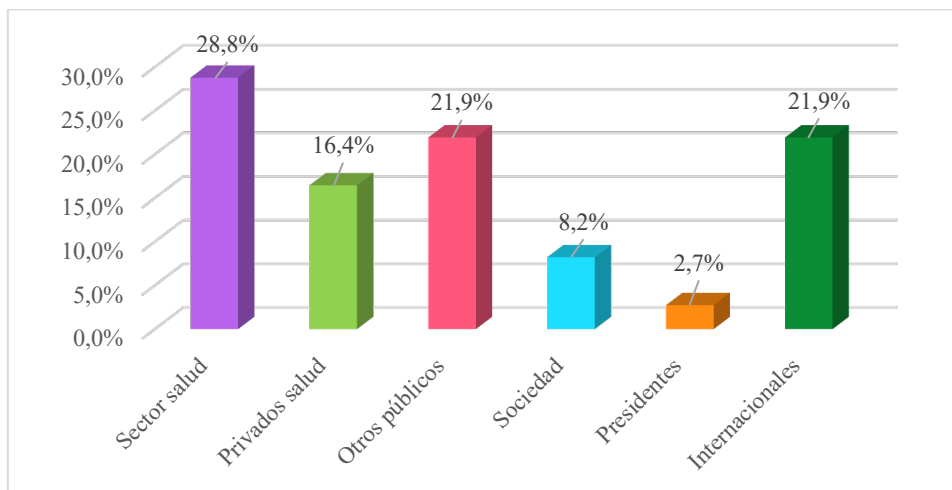
**Gráfico 6.2:** Red del diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019)



Fuente: Datos tomados del trabajo investigativo

Los actores de tipo 1 representan un 28,77%, y constituyen actores pertenecientes exclusivamente del sector público sanitario. Los actores de tipo 2 representan el 16,44% y se encuentran conformados por actores privados del sistema sanitario. Los actores de tipo 3 constituyen el 21,92% de los nodos, y se conforman por actores públicos (humanos y no humanos) que intervinieron en el cambio de la política sanitaria. Los actores del tipo 4 constituyen el 8,22% de los nodos y corresponden a actores de la sociedad. Los actores de tipo 5 que constituyen el 2,74% representan a los presidentes del Ecuador. Finalmente, los actores de tipo 6, que conforman el 21,92% de los nodos, representan a los actores internacionales como la OMS, el FMI, el BID, entre otros.

**Gráfico 7.3:** Representación gráfica de los nodos de la red de estructura y agencia



Fuente: Datos tomados del trabajo investigativo

Esta clasificación muestra que los actores tanto humanos como no humanos pertenecientes al sector público de la salud y aquellos que promovieron la transformación del sistema de salud ecuatoriano, fueron aquellos con mayor participación en el diseño de la política. Por otra parte, se encuentran los actores internacionales, cuya participación en número disminuyó sustancialmente respecto al porcentaje que representaron en el contexto; y las entidades privadas de salud, cuyo porcentaje aumentó. Finalmente, los actores de la sociedad civil y los presidentes se mostraron reducidos en número.

### 3.3.3. Análisis de las redes de política

A continuación, se analiza la relación dialéctica entre la estructura y agencia que se desarrolló en la política de redes integradas de salud. De acuerdo con Marsh y Smith (2000), los agentes se ubican en un contexto estructurado, que se provee de la red y del amplio contexto político y socio estructural. Así como el contexto estructural afecta la estructura de la red, los recursos que tienen los actores y las interacciones dentro de la red contribuyen también a explicar los resultados de política (Marsh y Smith 2000).

Como se puede ver en la red del gráfico 3.2, en la estructura y agencia existieron cinco grandes redes interrelacionadas que giraron en torno a ideas programáticas, varias con la capacidad de influenciar la política del gobierno (Kisby 2007). Respecto a la red del contexto, se puede apreciar un cambio ante la aparición de la subred “redes integradas de salud”



plasmada en color negro; mientras que la red que pretendía la institucionalización de la salud como un derecho desapareció. Estas subredes se encuentran vinculadas formando la red de estructura y agencia por medio de actores pertenecientes a varias redes o en otro caso, por medio de actores que pertenecían en un primer momento a una subred y cambiaron de ideas programáticas en un segundo momento. A continuación, se analizará cada una de ellas y la forma en que estas se relacionaron.

### **Subred equidad en salud**

En el periodo de estudio, entre 2012 y 2019, continuaron realizándose conferencias internacionales que promovían la equidad en salud. Estas conferencias se vincularon con ministras de salud importantes en el Ecuador que participaron en la generación de agendas sanitarias internacionales, al mismo tiempo que contribuyeron con la generación de propuestas respecto al modelo de salud, la atención primaria y el diseño de las políticas que promueven la articulación de las redes.

A pesar de que los actores que conforman esta red no se muestran importantes en términos de las medidas de centralidad, son relevantes en el sentido en que ejercen una influencia sobre las ideas de política adoptadas por el gobierno y la toma de decisiones. Los organismos internacionales como la OMS reúnen expertos, que de acuerdo con Kisby (2007) son importantes en la diseminación de ideas de política relevantes.

### **Subred salud como derecho del Buen Vivir**

La subred de “salud como derecho del Buen Vivir” que surgió en la red del contexto de la política se mantuvo en la red de estructura y agencia. De acuerdo con Kisby (2007), las redes de política se establecen con base en las decisiones de política pasadas y sus resultados, lo que contribuye a “privilegiar algunas opciones de política alternativas”. De esta manera, las políticas neoliberales adoptadas por la subred “eficiencia de la salud” en el contexto, y sus resultados deficientes en salud, pudieron contribuir a la formación y permanencia en el tiempo de la subred “salud como derecho del Buen Vivir”, que se encuentra muy vinculada a la planificación sanitaria del país. Considerando la capacidad que tienen las redes y estructuras para obstaculizar o facilitar la agencia de los actores, se puede considerar que la red del contexto constituyó una oportunidad para que se profundizara la promoción de la idea del Buen Vivir y la idea de redes integradas de servicios de salud.

Adicionalmente, los actores que constituyen la autoridad política poseen recursos, por lo que constituyen una restricción externa importante (Mash y Smith 2000). En este sentido, dentro de esta subred cabe señalar el papel importante que jugaron el MSP y Carina Vance; estos actores se volvieron importantes en términos de grado, cercanía, intermediación y hits. De manera que se vincularon con la mayor cantidad de actores dentro de la red y estuvieron más cerca de ellos; asimismo, al ser nodos del tipo *authority* contenían una gran cantidad de información cuyo tránsito permitió acortar, dado su alto grado de intermediación. El presidente Rafael Correa fue un actor importante en términos de intermediación y cercanía.

El Ministerio de Salud Pública se convirtió en un actor sumamente importante. Esto se debió principalmente a que las reformas sanitarias lograron aumentar la rectoría del MSP, especialmente a partir del cambio en la estructura organizacional del 2011. Como resultado, el ministerio adoptó las funciones del CONASA casi en su totalidad, por lo que este actor desaparece a pesar de su relevancia en la red del contexto de la política.

Los planes de desarrollo que se adoptaron hasta el año 2017 y sus respectivas agendas sociales movilizaban la idea del “Buen Vivir” que promovía la salud gratuita y universal. Es así que de esta idea se desprendió la idea de “redes integradas de salud” que, de manera articulada, favorecieran la participación en salud para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios.

### **Subred “redes integradas de salud”**

La subred de “redes integradas de salud” surgió como complementaria a la subred de “Buen Vivir”. A pesar de que en la subred de “salud como un derecho del Buen Vivir” se comienza a promover la participación en salud y la articulación entre las redes como un medio para universalizar la salud, es en la subred de “redes integradas de salud” donde participan actores importantes en el diseño de la política. La mayor parte de los actores de esta subred fueron instrumentos creados para poner en marcha la política, entre ellos, convenios marco, instructivos, normas técnicas. De acuerdo con las estadísticas provenientes del *software gephi* estos actores fueron categorizados como *authorities*, es decir, los actores que poseen mayor información dentro de la red. Sin embargo, los actores más importantes en cuanto al número de relaciones que tuvieron en la red fueron el MAIS, la RPIS y la red complementaria.

Dentro de esta subred puede analizarse a los actores de salud privados, que pueden apreciarse aislados en la red completa. Estos actores solo ganan cercanía con otros actores e incrementan su relevancia en tanto formen parte de la red complementaria, que se coordina con la red pública de salud; de manera que, para un establecimiento privado, el no ser calificado para formar parte de la red complementaria le impide ser parte de la red. Por otra parte, el ser integrantes de la red complementaria les permite vincularse a otras subredes como la “salud como un derecho del Buen Vivir” y la “participación en salud”.

En cuanto a los datos provenientes del *software gephi*, estos muestran que la red complementaria, como red, se caracteriza por su intermediación y acumulación de información. Mientras que los actores de salud privados por separado muestran un bajo grado y una alta excentricidad, es decir, cuentan con un limitado número de interacciones dentro de la red y se posicionan de manera periférica.

El MAIS constituyó un actor importante por su cercanía y su intermediación, teniendo una gran cantidad de información y la capacidad para acortar su flujo entre actores importantes. Asimismo, otros actores relevantes por la cantidad de información que tuvieron fueron la Red Pública Integral de Salud y la red complementaria.

### **Subred eficiencia en salud**

Según Dowding, el cambio de política se da al cambiar el patrón de dependencias de recursos dentro de la red; es decir que la estructura de las redes y los recursos de los actores no se encuentran fijos, sino que son el resultado de negociaciones y renegociaciones. Así, tras el cambio de gobierno, partir de 2017 puede verse plasmada la idea de “eficiencia en salud” entre actores gubernamentales que abandonaron la iniciativa del “Buen Vivir” por una nueva iniciativa nombrada “Toda una vida”. La iniciativa “Toda una vida” forma parte de un modelo de desarrollo tradicional, por lo que renuncia a la universalidad en la salud para enfocarse en programas focalizados para los más pobres.

Como consecuencia de la aparición de esta subred, se eliminó el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, y con él las agendas sectoriales que establecían estrategias de política del sector sanitario. Además, en los documentos oficiales como el Plan Toda una Vida ya no se trata el tema de las redes de salud y la necesidad de fortalecer su coordinación. Por lo tanto,

este nuevo cambio de política y las modificaciones de la red pueden propiciar cambios en el resultado de política.

De acuerdo con Kisby (2007), la autoridad política suele ser la restricción externa más importante debido a sus recursos, de forma que se vuelve difícil y hasta imposible ignorar presiones políticas para cambiar. La política se ve influenciada por las acciones de actores que actúan motivados por ideas programáticas, de manera que además de identificar a los actores se debe examinar si su comportamiento corresponde con su profesada adherencia a estas ideas. En el caso de Lenin Moreno, a pesar de que en un principio fue un actor que pertenecía a la subred que promovía el “Buen Vivir” en la política sanitaria, una vez que ganó autoridad y recursos como presidente cambió su accionar hacia uno correspondiente con otras ideas.

Dado que las redes y las estructuras actúan como un medio de restricción o de oportunidad para sus miembros, con la llegada de Lenin Moreno se percibe una restricción para los actores que promovían el Buen Vivir y la necesidad de articular las redes para lograr universalizar los servicios. Al mismo tiempo, la red pudo actuar como una oportunidad para que en el gobierno de Lenin Moreno volvieran las ideas de focalización, reducción de presupuestos, pago de la deuda, entre otras; mientras se reestablecían los vínculos con organismos internacionales como el FMI, el BM, el BID.

Considerando que la estructura de las redes y los recursos no están fijos ya que los agentes negocian y renegocian la estructura de las redes, en esta subred se puede apreciar una reducción en los vínculos que posee el MSP, que se asocian a una pérdida de su rectoría. El *software gephi* muestra a la exministra Verónica Espinosa como un actor que posee cercanía e intermediación, lo que evidencia que se encuentra cerca de los actores y facilita el tránsito de información entre ellos, esto se debe entre otras cosas a que ella fue ministra en el periodo en que se produjo el cambio de política. Finalmente, Lenin Moreno y el Plan de Prosperidad fueron actores relevantes en cuanto a la intermediación y al flujo de información dentro de la red.

### **Subred participación en salud**

A pesar de que en el periodo 2009-2013 se promovía la participación de los actores, se llevaron a cabo los COSAVI y se planteó la participación como un elemento importante en el

PNBV; en los siguientes planes se apreció una perspectiva más vertical. El análisis de la subred de “participación en salud” se vuelve todavía más relevante debido a que el diseño de la política de redes integradas de salud implica la participación de los actores, además de la rectoría de la autoridad sanitaria y el financiamiento.

En cuanto a la subred de participación, por una parte, se aprecian los Congresos por la Salud y la Vida, que a diferencia de los otros periodos fueron organizados por la sociedad civil. Esos eventos dejaron de ser organizados por el CONASA con apoyo del MSP debido al traslado de funciones que hubo hacia el ministerio tras el cambio en su estructura funcional y ante la falta de voluntad política para continuar celebrándolos. Los Congresos por la Salud y la Vida se muestran alejados de la red y solo se vinculan a la Constitución 2008, debido a que se basan en ella para exigir su participación con el fin de alcanzar un verdadero derecho a la salud.

En estos congresos participaron menos actores que en los congresos que se desarrollaron durante el contexto debido a que ya no reunían autoridades (nacionales, parroquiales, provinciales, locales, etc.) ni actores del sector privado. Es así que el *software gephi* muestra a las asociaciones, el gremio salud, los movimientos de mujeres, las ONG, los grupos de derechos humanos y la sociedad civil como nodos periféricos y cuya participación en la red del diseño se limitó a unas pocas relaciones. Por otra parte, se promovió la idea de la participación a través de instrumentos que pretenden integrar las redes sanitarias mediante la creación de Comités Interinstitucionales; pero esta idea permitió la generación de una pequeña red donde únicamente el Comité Interinstitucional fue importante en cuanto a la cantidad de información que posee como un *authority*.

Así, en la red se puede observar que la participación en la salud atañía en un principio tanto a las entidades privadas como a las públicas, y los actores de la sociedad civil, que antes lograban vincularse por medio de los COSAVI, pero que ahora se ven reflejados en dos subredes separadas e independientes. Esto se dio a pesar de la importancia que se otorgó dentro de los planes de desarrollo y las agendas a la participación como un elemento para el diseño de la política sanitaria y de articulación de las redes de salud.

### 3.4 Conclusiones preliminares

El objetivo del presente capítulo consistía en caracterizar y analizar la estructura de la red en función de las ideas programáticas, los actores y los instrumentos seleccionados para la implementación de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador durante el periodo 2012-2019; llegando a las siguientes conclusiones:

- La aparición de la idea del “Buen Vivir” produjo un cambio en la política sanitaria que trajo consigo la aparición de una nueva subred que pretendía la conformación de redes integradas de salud, el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, y la participación de los actores. Sin embargo, se puede apreciar que, aunque se logró el aumento de la rectoría del MSP y se generaron numerosos instrumentos por parte de este para implementar la política, los objetivos de participación fueron relegados. De tal manera que, al contrario de lo que se esperaba, la red de política muestra una separación de los nodos de actores que debían ser incluidos en el diseño de una política basada en redes sanitarias.
- La llegada de Lenin Moreno a la presidencia cambió el rumbo de la política de redes integradas de salud. A pesar de que Moreno pertenecía a la subred de la “salud como un derecho del Buen Vivir”, el cambio en sus ideas hacia una perspectiva “Toda una Vida” congruente con la perspectiva de desarrollo tradicional produjo cambios en la red. Entre los principales cambios de la red se puede observar la desvinculación con el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, encargado de realizar las agendas sociales que marcaban las acciones a desarrollarse en el sector sanitario donde se enmarcaba la política de redes integradas de salud.
- Con el cambio de ideas y la aproximación a otro grupo de actores internacionales como el FMI, el BM y el BID volvió a tener relevancia la subred “eficiencia en salud” que de la misma manera que en el contexto, contó con los recursos y el potencial para restringir a las otras redes, plasmar sus ideas en instrumentos y redirigir el rumbo de la política sanitaria.

## Capítulo 4

### Red y resultado

El objetivo de este capítulo es explicar la manera en que se vieron afectados los resultados de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019), ante una falla en el diseño de la política. La investigación se realiza por medio de la combinación de los enfoques teóricos de redes de política y *policy design*. Por una parte, las redes contribuyen con el modelo de dialéctico de Marsh y Smith (2000) complementado con el componente ideacional de Kisby (2007); mientras que el enfoque de *Policy design* lo hace con el análisis de los elementos a tener en consideración para un buen diseño de política.

En primer lugar, se analizará el cambio de las redes del contexto y de la estructura y agencia, con el propósito de identificar los actores más relevantes y la forma en que se estabilizaron las ideas programáticas en el diseño de la política de redes integradas de salud (2012-2019). Se analizará la configuración tanto de las redes como de las subredes, y los resultados en los distintos momentos de la política.

Posteriormente, con base en las evidencias encontradas durante la investigación, se mostrarán elementos que comprueben o no la hipótesis de que el diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) falló debido a una incongruencia entre la adopción de objetivos participativos y una selección de instrumentos verticales. Finalmente, se realizará el análisis de la red y resultado propuesto en el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000) para evidenciar la forma en que las redes e ideas programáticas explican los resultados de política.

#### 4.1 Diseño de la política de redes integradas de salud en Ecuador

El diseño de la política implica el intento de integrar la manera en que se entienden los problemas con las ideas sobre los instrumentos a utilizar para la intervención y los valores que se buscan por medio de la política (Peters 2018). Al respecto, Howlett (2015) señala que el diseño de políticas constituye un intento consciente de definir objetivos de política y vincularlos con instrumentos, es decir, escoger formas de intervención.

Según Peters (2018) el primer elemento del diseño de políticas consiste en la comprensión de la causalidad (*causation*), es decir, el conocimiento de la causa de un problema que puede ser

abordado efectivamente mediante políticas públicas. La formulación de una respuesta al problema a través de políticas públicas implica tanto el reconocimiento de la existencia del problema como las ideas sobre sus causas; que, al ser múltiples y complejas, generan dificultades (Peters 2018).

En este sentido, el gobierno ecuatoriano reconoció la fragmentación, centralización y desarticulación del sistema sanitario como varios de los principales problemas que obstaculizan la atención sanitaria integral e integrada a la población. Estas características del sector se habrían visto acentuadas por políticas de corte neoliberal, que incluso desmantelaron la institucionalidad pública de salud y debilitaron la capacidad de la autoridad sanitaria para controlar y regular (Ministerio de Salud Pública 2012d, 23).

La fragmentación del sistema sanitario ha estado asociada con diversos efectos negativos en el sector, como el debilitamiento del sector público, la exclusión social, la inequidad, el elevado gasto de bolsillo, un modelo de atención medicalizado, altos costos e ineficiencia por duplicación de acciones, la concentración de recursos en áreas urbanas, la baja calidad del gasto, entre otras. Asimismo, el MAIS indica que la fragmentación del sistema incidió en una limitada capacidad resolutoria y la pérdida de confianza en el SNS por parte de la población (Ministerio de Salud Pública 2012d).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2007), la fragmentación de los servicios sanitarios es entendida como la “coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud”. Estos tipos de modelos de atención se configuraron sobre las distintas capacidades de pago del usuario, de manera que las políticas que acentúan diferencias en el ingreso, consumo y posesión de bienes acentúan la fragmentación de los sistemas. En los sistemas fragmentados se generan círculos de solidaridad según la capacidad de pago de los usuarios, sin embargo, la meta de eficiencia y equidad de los servicios sanitarios no se limita a determinados círculos, sino que se amplía a la sociedad. Es así que los sistemas de salud deben encaminarse hacia un modelo donde “el sano subsidia al enfermo, pero sobre todo donde el rico subsidia al pobre” (Barillas 1997).

Por lo tanto, el gobierno construyó una propuesta de Transformación de sector salud en el Ecuador, dentro del cual se enmarcaron las estrategias para responder al problema de la



fragmentación. Entre las cuales se encontraron la construcción del Sistema Nacional de Salud cuyos valores, principios y características se plasmaran en una nueva Constitución; por otro lado, se propuso la negociación y construcción de alianzas entre los actores clave para viabilizar y dar legitimidad al proyecto del SNS, mediante la priorización de espacios de concertación promovidos por el CONASA. Finalmente, se promovió el fortalecimiento institucional del MSP para ser capaz de ejercer autoridad y la rectoría del sistema.

Para Peters (2018), un diseño de política que funcione requiere una comprensión de los valores por los que se va a evaluar los resultados de la política. Los resultados que se buscan por medio de la política deberán ser explícitos y estar relacionados con los objetivos de la política. Por una parte, se puede analizar si los objetivos del programa efectivamente se cumplieron, si solo se cumplieron parcialmente, o si su cumplimiento produjo efectos secundarios que deben sopesarse con los resultados positivos obtenidos.

Al respecto, la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador planteaba seis resultados esperados. El fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud, la construcción de redes públicas integradas de servicios de salud, la implementación del MAIS, la garantía de la viabilidad y sostenibilidad financiera del SNS mediante la asignación de recursos suficientes (6-8% del PIB), la conformación de un modelo de gestión descentralizado y participativo, y el fortalecimiento de los espacios y mecanismos de participación social en el SNS por medio de la generación de Consejos de Salud. La consolidación del SNS se sustentó en la conformación de un equipo técnico interinstitucional, el fortalecimiento de la red de servicios del Ministerio de Salud por medio de inversiones, una nueva organización en la provisión de los servicios mediante un modelo de atención basado en la APS y la articulación entre niveles de atención.

La adopción de esta política por parte del gobierno ecuatoriano tuvo su origen en el enfoque renovado de Atención Primaria en Salud (APS), propuesto por la Organización Panamericana de la Salud para ser adoptada por los países latinoamericanos, cuyos sistemas enfrentan grandes problemas provenientes de la fragmentación. Entre los principales retos de estos sistemas se encuentra la necesidad de crear e invertir en redes integradas de servicios sanitarios, que no se encuentran dotadas de los recursos necesarios para su funcionamiento.

## 4.2 Reconfiguración de las redes de política

El diseño de la política en el sector público involucra el “*politics*”, es decir, la política como una confrontación de ideas entre individuos, la lucha por el poder. Así, el *policy design* implica la intervención e interacción entre múltiples actores, cuya inobservancia produce debilidades en el diseño (Peters 2018). En este sentido, la teoría de redes de política ha ganado importancia ante el reconocimiento de una “compleja gama de actores involucrados en las elecciones de políticas” y la incapacidad del gobierno “de moverse unilateralmente sin incorporar las restricciones, preferencias y recursos de otros actores sociales” (Bressers y O’toole 2007).

Por lo tanto, esta investigación analiza el diseño por medio del análisis de las redes, definidas en términos del sistema de actores que interactúan sobre un tema determinado. Para Howlett (2011) uno de los retos para los formuladores de políticas en un entorno político consiste en producir el mejor diseño al involucrar “la mayor variedad posible de actores e ideas”. Ciertas ideas en particular pueden influenciar la política del gobierno y eso depende del grado en el cual la red de política se desarrolla alrededor de estas ideas y cómo incorpora la red de toma de decisiones del gobierno. Por lo tanto, un análisis de la influencia de las ideas de la política del gobierno requiere un examen de por qué y cómo ideas específicas han persuadido actores clave en momentos particulares y han influenciado el proceso de toma de decisiones.

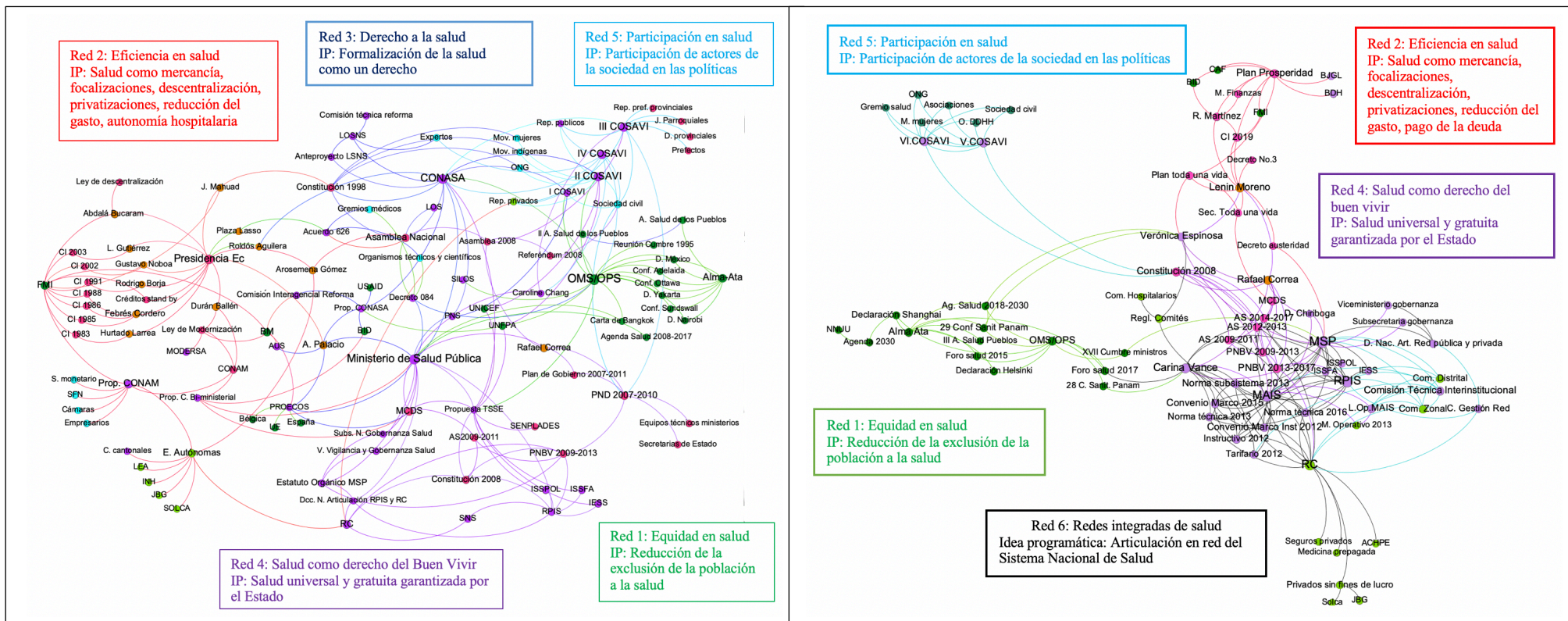
La investigación se centró en el diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador, para lo cual se realizó un análisis de los actores y sus ideas programáticas mediante redes, que serían capaces de explicar los resultados. Las ideas programáticas cumplen un papel importante debido a que se ven reflejadas en la adopción de objetivos y se materializan en instrumentos de política, que de acuerdo con Howlett (2011) deben estar enlazados y tener congruencia.

Las redes de actores que se configuraron en torno al contexto de la política y la etapa del diseño de la política constituyen variables explicativas de los resultados de política de acuerdo con el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000). Por este motivo, se realizará a continuación una comparación entre las redes de los distintos momentos de la política.

**Gráfico 8.1:** Comparación entre la red del contexto y la red de estructura y agencia

**Red y contexto**

**Estructura y agencia (2012-2019)**



**Fuente:** Datos tomados del trabajo investigativo

En este caso de estudio, durante el análisis del contexto histórico de la política y la configuración de las redes, se identificaron seis subredes con sus diferentes ideas programáticas. Dentro de estas subredes y entre ellas, los actores se relacionaron e interactuaron, de manera que configuraron la red del contexto de la política de redes integradas de salud y la red de su diseño entre los años 2012 y 2019.

En este sentido, en el grafo de la izquierda (red y contexto) se muestra la forma en que surgió la subred “salud como un derecho del Buen Vivir” ante la incapacidad de la red de “salud como derecho” para diseñar una política sanitaria que pudiera ser implementada. Esto se dio en un contexto en que se diseñó la política sanitaria en un entorno con dos importantes subredes con ideas contrapuestas, “eficiencia en salud” y “equidad en salud”, o dos diseños ideológicos en conflicto. En cuyo caso, según Peters (2018) suelen tomarse decisiones que constituyen el “mínimo común denominador” y generar compromisos entre las partes, que pueden producir diseños de políticas que no son óptimos o son imposibles de implementar.

En la subred “salud como un derecho del Buen Vivir” se promovió la idea programática de que la salud debía ser garantizada por el Estado bajo criterios de universalidad y gratuidad. En ese marco, inició la formulación de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) con el planteamiento de nuevos objetivos. Es así que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 planteó la implementación de una política que propuso la participación de actores sectoriales, instituciones y ciudadanos en el proceso de diálogo y la generación de acuerdos.

Al mismo tiempo, se planteó la articulación de los subsistemas sanitarios, y el fortalecimiento de la red de prestadores con la aplicación efectiva del sistema de referencia y contrarreferencia. Por otra parte, en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 se destacó la asignación prioritaria y progresiva de los recursos al sector sanitario, el fortalecimiento de la rectoría del MSP sobre los privados, la planificación de manera participativa, la articulación de la RPIS con la red complementaria. Es decir, en el diseño de la política se plantearon como objetivos la participación, el fortalecimiento del MSP como entre rector de la política, y el financiamiento.

Al comparar el grafo del contexto con el de estructura y agencia se puede observar la desaparición de la red de “derecho a la salud” ante la predominancia de la red “salud como un derecho del Buen Vivir”. Esa última contribuyó a la generación de otra subred que promovía la idea de redes integradas de servicios de salud. Cabe señalar que la mayor parte de los actores que la conformaron fueron actores no humanos, instrumentos generados por el MSP para la posterior implementación de la política: normas técnicas, tarifarios, instructivos, etc. La red de estructura y agencia muestra la escasa participación que tuvieron los establecimientos de la red complementaria y los actores sociales en el diseño de la política. A diferencia del contexto de la política, donde la red de “participación en salud” se encuentra unida y comparte vínculos con actores del gobierno, en la red de estructura y agencia se puede vislumbrar una red de participación dividida, donde actores de la sociedad civil se reúnen en congresos organizados por sí mismos para tratar temas de salud y evidenciar la poca importancia que se le otorga a su participación, bajo el lema “salud en resistencia”.

En cuanto a las entidades privadas, se muestra que en la red de estructura y agencia ya no encuentran vínculos con la sociedad civil y su relación con actores del gobierno es escasa e inestable. La mayor cantidad de vínculos los logran en tanto red complementaria con la RPIS y el MSP, y esa participación se limita a los espacios creados mediante los comités de salud. En este sentido, se puede apreciar que a pesar de que en el contexto se plantearon objetivos participativos, durante el diseño de instrumentos se ve una mayor participación del MSP y una separación de los actores ante una omisión de los espacios de participación generados por el gobierno.

Al respecto, cabe mencionar que aun cuando se reconoció necesario fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, se planteó como imprescindible también el fortalecimiento de la participación en el diseño e implementación de políticas públicas. La participación de los actores en salud no solo cuenta con el potencial de favorecer la gobernabilidad en el sistema, sino que por medio de la construcción de procesos de diálogo y consensos ofrecen un respaldo a la sostenibilidad de las políticas públicas (Cañizares, Mena, y Barquet 2016).

Otra diferencia importante entre ambas redes radica en el tamaño de la subred “eficiencia en salud”, que en la estructura y agencia se muestra más pequeña. Esto se debe a que la subred de eficiencia en salud, que fue tan importante durante el contexto, desapareció

momentáneamente en el periodo 2008-2017. Sin embargo, volvió a ser representativa ante un cambio de gobierno y un cambio radical en las ideas programáticas del presidente. Lo que dio como resultado la reaparición de la subred, caracterizada por su potencial para restringir las reformas en el sector sanitario mediante un cambio en la forma de concebir la política sanitaria y el rol del Estado, y por las condicionalidades que se plantean en las cartas de intención, y que reducen drásticamente los presupuestos sanitarios.

#### **4.3 Relación dialéctica: red y resultado**

La presente investigación definió como variable dependiente el diseño de la política pública de redes integradas de servicios de salud en el Ecuador (2012-2019), y como variable independiente las redes de política que se fueron configurando durante las diferentes etapas. En este aspecto, el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000) identifica que el resultado de política puede verse afectado por medio de tres mecanismos: el cambio en los miembros al interior de la red o alteración del equilibrio de recursos de los actores; al alterar la estructura social y “debilitar intereses particulares”; y por otra parte, al afectar a los agentes de manera que cambian sus estrategias o acciones para lograr objetivos que los beneficien.

En el caso de estudio se pudo identificar una falla de diseño ante la adopción de objetivos de participación de los actores bajo la rectoría del MSP; donde se produjo efectivamente el aumento de la rectoría de la autoridad sanitaria pero los instrumentos se crearon de manera jerárquica y sin tener en cuenta la participación de los actores privados y de la sociedad civil. Para Peters (2018) el segundo componente a tener en cuenta para un buen diseño de políticas consiste en la “instrumentalización” o selección de instrumentos. Al respecto, Howlett (2015) resalta una necesaria conexión entre los objetivos y la combinación de instrumentos de política elegida, al mismo tiempo que identifica que pueden ocurrir incongruencias cuando cambian los objetivos, pero no los instrumentos.

Esta falta de creación de espacios de participación de los actores sanitarios incluso pudo obstaculizar la sostenibilidad de la política pública y facilitar el resurgimiento de la subred de “eficiencia en la salud”, conocida por su potencial para obstruir reformas sanitarias. La política de redes integradas de salud fue promovida por actores de la subred de “salud como un derecho del Buen Vivir”, de forma que una vez que esta subred perdió recursos; la nueva subred con ideas contrapuestas encontró un sector sanitario con sus actores dispersos y que no pretendían dar respaldo a la política. Esto puede explicarse mediante el modelo dialéctico de

Marsh y Smith (2000), según el cual, son las redes y estructuras quienes restringen o facilitan a los agentes, generando obstáculos u oportunidades para sus miembros.

Asimismo, para Marsh y Smith (2000) no basta con identificar a los actores sino si su comportamiento corresponde con “su profesada adherencia a esas ideas”. En ese sentido, a pesar de que Lenin Moreno pertenecía a la subred de “salud como derecho del Buen Vivir” y continuó adherido al discurso de salud universal y gratuita, su comportamiento cambió debido a que estuvo motivado por otras ideas programáticas que influenciaron la política y se vieron reflejadas en los instrumentos de planificación. La llegada de Lenin Moreno a la presidencia constituyó una oportunidad para que vuelvan a surgir ideas de eficiencia en la política sanitaria; y ese cambio en la política pudo realizar cambios en la red que afectaron el resultado.

Así, en el diseño de la política se identifica un fallo aún mayor, ante el resurgimiento de una red de actores con ideas programáticas contrapuestas con los postulados de la política. De manera que un cambio en los recursos de los actores y un contexto caracterizado por el poder de estos dificultó que la política se mantuviera en el tiempo. A pesar de que tras la reaparición de la subred “eficiencia en salud” la política de redes integradas de salud no fue suprimida, en su diseño se aprecia una discontinuidad en la generación de instrumentos para su implementación y el recorte en los presupuestos programados del programa de extensión de cobertura en un 99%.

A pesar de que la política sanitaria habría encontrado en un primer momento un escenario favorable en términos políticos, sociales y económicos; el cambio en los recursos de la red y la falta de legitimidad ciudadana pusieron en riesgo su sostenibilidad. Teóricamente la rectoría de la autoridad es capaz de lograr la legitimación de las políticas por parte del sector y la sociedad civil mediante mecanismos de participación, dado su potencial para legitimar y sostener las propuestas (Cañizares, Mena, y Barquet 2016). La participación “sostiene los procesos de cambio y sin la misma no se garantiza la continuidad y sostenibilidad de dichos cambios”, sin procesos participativos, los cambios en el sector sanitario apenas durarían lo que durase el gobierno (Chang 2017).

## Conclusiones

### 1. Modelo de análisis y metodología

La investigación estableció como variable dependiente el diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) y como variable independiente las redes de política que se configuraron. Motivo por el cual se utilizó el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000), que permite identificar las relaciones de los actores de tres formas: red y contexto, estructura y agencia, y red y resultado. Así, el modelo permitió en primer lugar conocer el contexto histórico en el que se diseñó la política, las redes de actores que se habían configurado y el proceso de reforma del sector previo a su ejecución. En segundo lugar, se pudo construir las relaciones entre los agentes y la estructura de la red en el diseño de la política. Y finalmente, se evidenció la manera en que los resultados se vieron afectados por las redes de política y viceversa.

Para un mejor análisis del caso se utilizó el modelo ideacional de Ben Kisby (2007), que permite identificar las ideas programáticas de los actores y otorgarles capacidad explicativa, dado que tienen el potencial de agrupar actores y relacionarlos. Al respecto, en la investigación se pudo identificar la forma en que los actores nacionales adoptan ideas programáticas respecto a la salud que pertenecen a actores internacionales; y la manera en que según los recursos que poseen tienen el potencial para plasmarlas en las agendas.

En el proceso que permitió recopilar y sistematizar la información se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos. Entre los métodos cualitativos se utilizó el rastreo de actores por medio de una recopilación bibliográfica de fuentes primarias y secundarias, con base en la cual se realizó un *bibliography chaining*. Por otra parte, entre los métodos cuantitativos cabe resaltar la generación de matrices representadas en grafos por medio del software Gephi, que permite calcular medidas de densidad, centralidad, excentricidad, etc.

La consecución de los objetivos de esta investigación fue posible gracias a la subdivisión del modelo de Marsh y Smith (2000) en las tres relaciones dialécticas que correspondieron a cada capítulo:



## **Red y contexto**

En el estudio del diseño de las políticas públicas la comprensión del contexto histórico tiene un papel importante, por lo que se analizaron los antecedentes previos al diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador. En esta investigación, esta etapa contribuyó a rastrear los intereses y los recursos de los actores que conformaban las distintas subredes que participaron en los procesos de reforma del sector sanitario. Se identificaron actores internacionales relevantes en el contexto ideacional, la influencia que tuvieron sobre actores nacionales, y el cambio en los recursos de los actores durante esta etapa.

En este sentido, cabe destacar el poder que tuvo la subred “eficiencia en salud” para obstaculizar la reforma del sector y la influencia de la red “equidad en salud” para mover el accionar de actores nacionales a favor de la creación de una nueva subred que buscaba formalizar el derecho a la salud, pero que al encontrarse vinculada con actores que buscaban eficiencia impidió la generación de mayores cambios en el sector. A pesar de lo cual, surgió una subred cuyo propósito era similar, la de salud como derecho del Buen Vivir”, que con el tiempo ganó recursos en la red al mismo tiempo que relegó a la subred de eficiencia.

## **Estructura y agencia**

El diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) modificó la estructura de la red del contexto. Hubo un cambio en los actores que se vio reflejado en la red, de forma que desapareció la subred de “derecho a la salud” y la subred de “salud como un derecho del Buen Vivir” creó un ambiente propicio para la aparición de la subred de “redes integradas de servicios de salud”.

Durante este periodo se aprecian dos momentos, en primer lugar, existió un aumento de la rectoría del MSP en detrimento de los espacios de participación de los actores. Lo cual se refleja en una subred de participación fragmentada y en el hecho de que la mayor parte de los actores que conformaron la subred de “redes integradas de servicios de salud” fueron actores no humanos, o normas creadas por el MSP para el cumplimiento a nivel nacional.

Por otra parte, en un segundo momento, se produjeron cambios en la red que redujeron drásticamente la rectoría del MSP, lo que dificultó su capacidad para darle continuidad a la política. En este aspecto, cobran también importancia los espacios de participación, dado que

su escasez impide que las políticas sanitarias tengan legitimidad en la sociedad y pone aun más en riesgo su sostenibilidad una vez finalizado un periodo de gobierno.

### **Red y resultado**

Por último, la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) planteó en un primer momento la participación de los actores que conforman el sector, sin embargo, esto no se vio reflejado en la práctica, dado que los instrumentos de política se diseñaron principalmente por parte del Ministerio de Salud Pública. Esto excluyó a los actores privados y de la sociedad civil del diseño de la política. Lo que tuvo como consecuencia que en el primer caso no se lograran acoplar los objetivos de los privados con los de la política sanitaria; y en el segundo, no se logró un respaldo a la política por parte de los actores de la sociedad civil a quienes les concierne el sector sanitario. Adicionalmente, las redes permitieron observar la forma en que el diseño de la política se vio afectado ante el resurgimiento de una red de actores importante en el contexto y caracterizada por tener los recursos para restringir los cambios de la política.

## **2. Comportamiento de la hipótesis**

La hipótesis planteada en esta investigación consistió en que: la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) falla por una incongruencia entre objetivos de participación de los actores e instrumentos verticales. A continuación, se analizarán los elementos de la hipótesis para identificar si se sostienen o no.

### **Incongruencia entre objetivos e instrumentos**

En 2012 se planteó la aplicación de un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud basado en la atención primaria, y sustentado en la idea programática de “salud como derecho del Buen Vivir” que consiste en ofrecer a la población servicios sanitarios públicos universales y gratuitos. Para lo cual, se propuso el diseño de una política de construcción y articulación de la red pública integral de salud y la red complementaria, lo cual requería aumentar la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, promover la participación de los actores involucrados en la salud, y sostener el financiamiento de la política sanitaria.

En este sentido, se recurrió a los Congresos por la Salud y la Vida para legitimar las propuestas sanitarias, y se agregó la participación de los actores como un objetivo en los

planes de desarrollo. Sin embargo, posteriormente el set de instrumentos fue seleccionado por la autoridad sanitaria, favoreciendo su rectoría y dejando de lado la generación de espacios de participación. En cuanto a los instrumentos diseñados se puede observar la generación de normas técnicas, convenios interinstitucionales, tarifarios, instructivos, entre otros. La mayoría de los cuales son de aplicación obligatoria a nivel nacional, y dentro de los cuales únicamente se fomenta la participación por medio de comités liderados por un representante del Ministerio de Salud Pública.

### **Diseño de política**

El fallo en el diseño de la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) se puede explicar por la incongruencia que se dio entre objetivos participativos e instrumentos jerárquicos. Por un lado, dicha incongruencia dificultó que los instrumentos contribuyeran a alinear los objetivos de los entes privados con los propósitos de la política de articulación de las redes; de manera que continuaron teniendo intereses de lucro que generaron controversias con los actores pertenecientes al sector público.

Por otro lado, la falta de espacios de participación impidió que la política obtuviera el respaldo de actores de la sociedad que favorecieran a su sostenibilidad en el tiempo, de forma que un cambio de recursos dentro de la red puso en riesgo su permanencia. Tras el cambio de gobierno y la llegada de Lenin Moreno al poder, los actores que promovieron la idea programática de “salud como derecho del Buen Vivir” (en la cual se fundamentaba la idea de “redes integradas de servicios de salud”) perdió poder y dio paso al resurgimiento de la subred que promovía la eficiencia en salud. Esta subred de actores encontró su oportunidad en el cambio de la red, no solo por el cambio de autoridades sino por la separación de los actores a quienes concernía la salud por la desaparición y poco fomento que se dio a los espacios donde participaban.

En este sentido, el diseño de la política de redes integradas de salud se vio afectado por la nueva subred de actores que promovieron la eficiencia en salud. De forma que a pesar de que no se eliminó la política ni sus instrumentos, estos últimos dejaron de diseñarse, se recortaron los presupuestos programados, y se vio mermada la rectoría ganada por el Ministerio de Salud Pública; perjudicando los valores planteados en el diseño de la política.

### 3. Hallazgos

A continuación se presentan los hallazgos encontrados ante el análisis del diseño de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) con base en el análisis del diseño de política de Peters (2018).

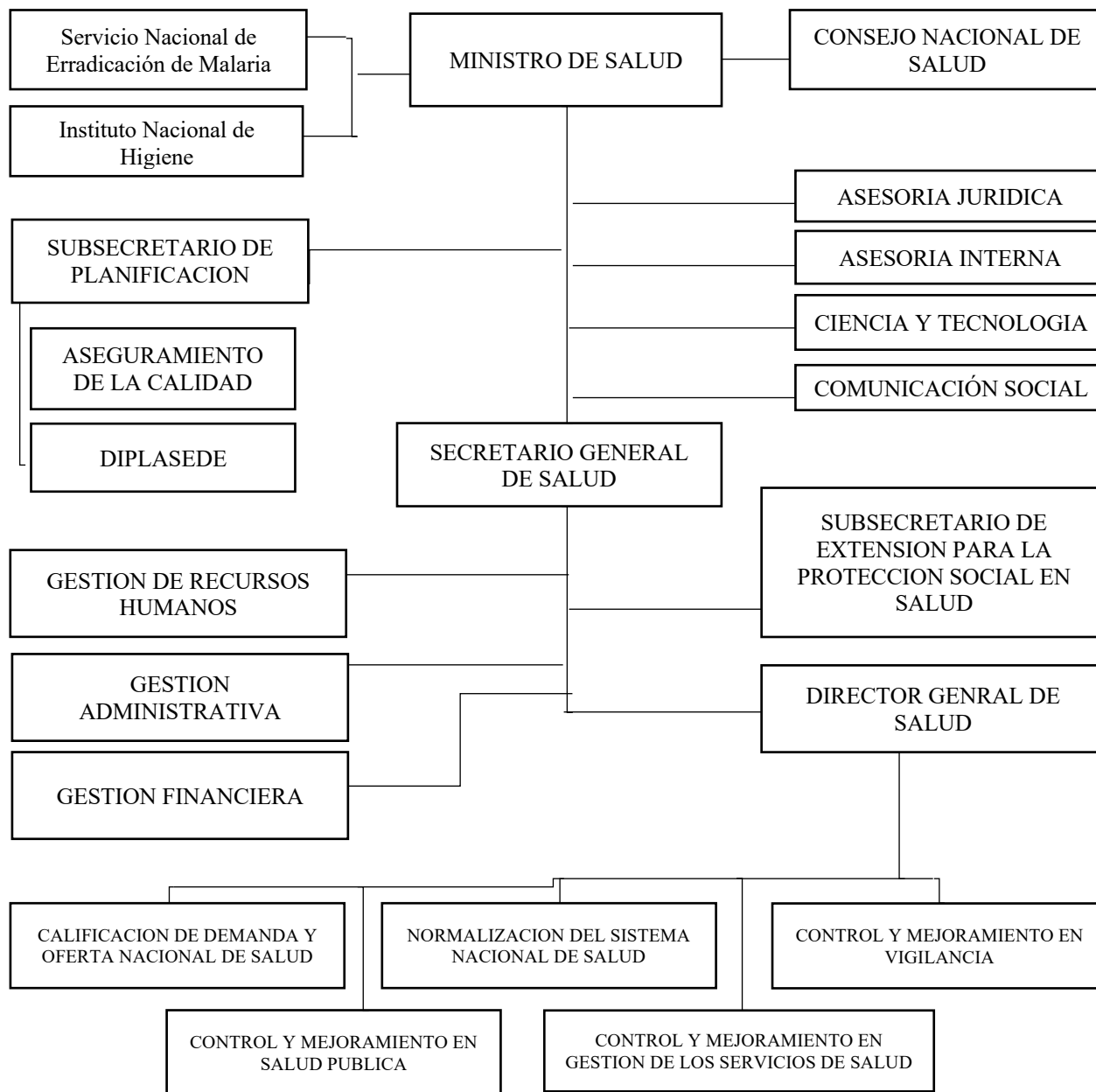
La hipótesis de esta investigación explica la falla de la política de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019). Sin embargo, se debe tener en cuenta que para Peters (2018), el diseño de una política implica más que una simple selección de instrumentos, dado que una gama de instrumentos no es capaz de abordar debidamente una “gama de problemas de política perversos, complejos y críticos”; por lo que el análisis del diseño implica también estudiar el contexto y los valores asociados con el diseño.

El análisis del contexto por medio del modelo dialéctico permitió identificar una subred de actores denominada “eficiencia de la salud” con mucho poder para bloquear los cambios en el sector sanitario. Al mismo tiempo que mostró un fuerte sector privado en el ámbito de la salud, y la dificultad que ha tenido el Ministerio de Salud Pública desde el momento de su creación para tener rectoría y para mantenerla en el tiempo, de forma que constituye una institución cuya rectoría es muy sensible a los cambios en el gobierno.

Una vez que se han analizado estos elementos del contexto cabe resaltar el hecho de que la política pública de redes integradas de salud en el Ecuador (2012-2019) constituye una política recomendada por la OMS y aplicada en catorce países pertenecientes a la región latinoamericana con el propósito de contrarrestar los efectos negativos que ha traído consigo la estructura fragmentada de los sistemas sanitarios. En este sentido, al tener la política de redes integradas de salud un carácter de *Policy diffusion*, la falla del diseño de la política es también el resultado de una inobservancia del contexto ecuatoriano en el planteamiento de objetivos y la selección de instrumentos. Para Peters (2018) las políticas del tipo *Policy diffusion* cuentan con la debilidad de que muchas veces produce diseños que fallan por no tener en cuenta el contexto en que se aplican.

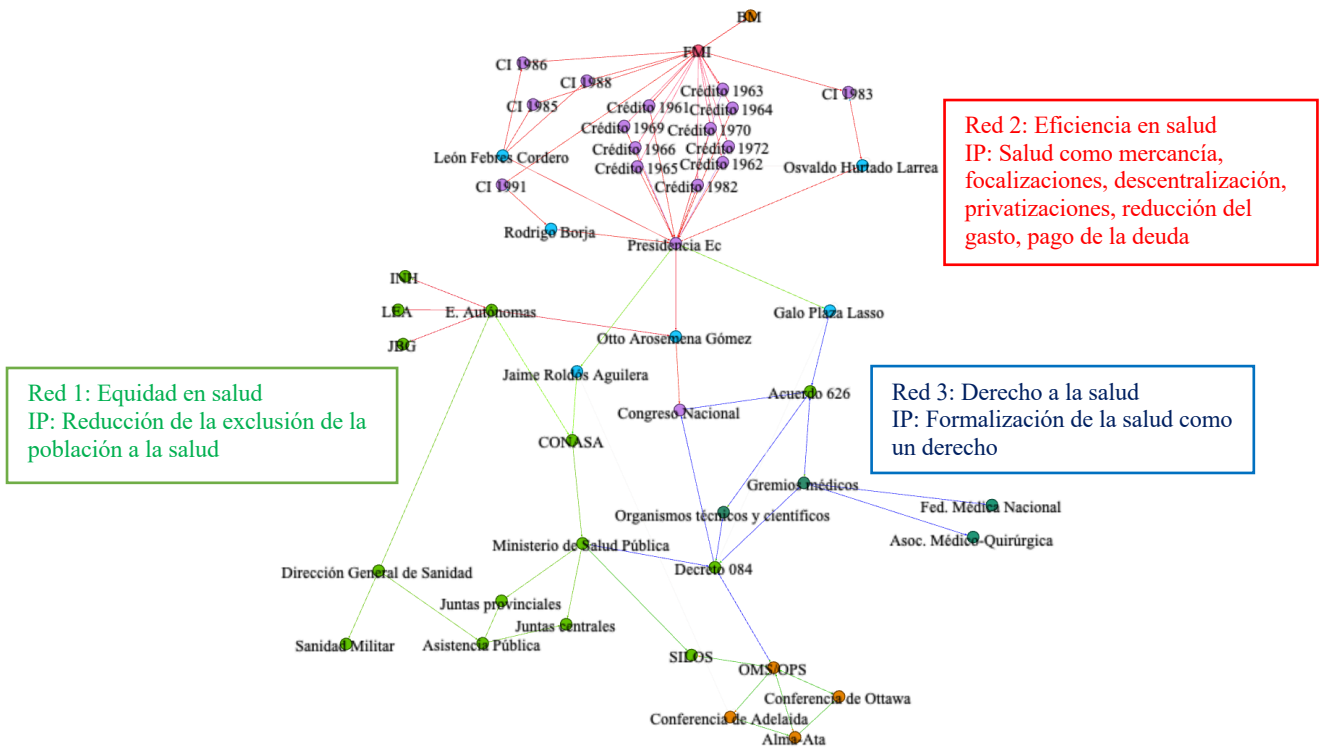
## Anexos

### Anexo I: Estructura del Ministerio de Salud Pública antes de 2011



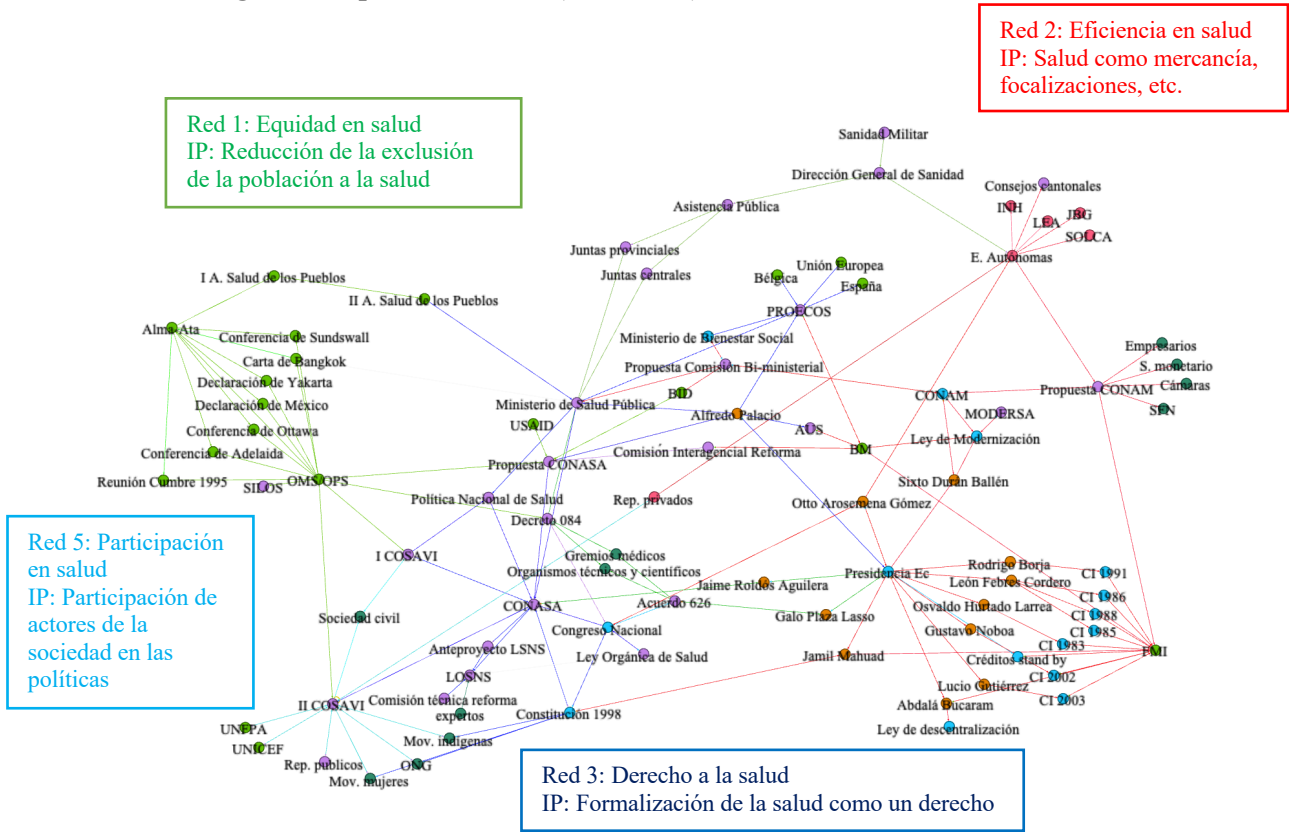
Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012b)

## Anexo II: Primera etapa del contexto (1948-1990)



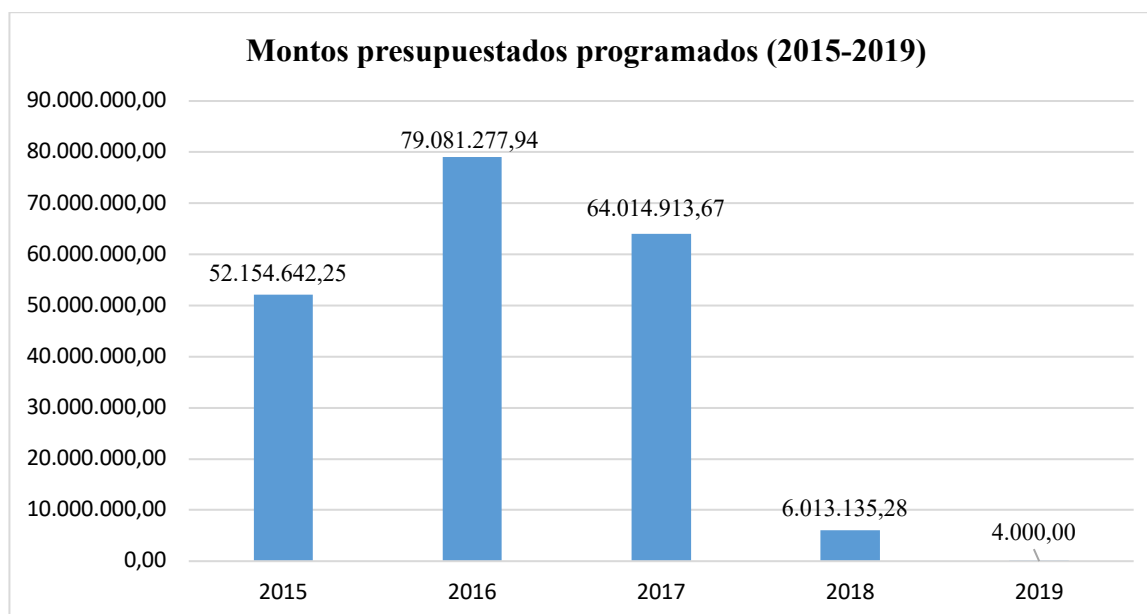
Fuente: Datos tomados del trabajo investigativo

## Anexo III: Segunda etapa del contexto (1990-2005)



Fuente: Datos tomados del trabajo investigativo

**Anexo IV: Montos presupuestados programados por el Ministerio de Salud Pública según programa en el Plan Anual de Inversiones**



Fuente: Ministerio de Salud Pública

<b>Plan Anual de Inversiones MSP (2015-2019)</b>		
<b>Año</b>	<b>Monto (\$)</b>	<b>Variación porcentual Vo(2015)</b>
<b>2015</b>	52.154.642,25	-
<b>2016</b>	79.081.277,94	51,63%
<b>2017</b>	64.014.913,67	22,74%
<b>2018</b>	6.013.135,28	-88,47%
<b>2019</b>	4.000,00	-99,99%

Fuente: Ministerio de Salud Pública

## Lista de referencias

- Acosta, Alberto. 2006. *Breve historia económica del Ecuador*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Agudelo, Carlos. 1983. «Participación comunitaria en salud, conceptos y criterios de valoración» 3 (95): 205-216.
- Aguiar, Hugo. 2017. «La Salud Pública en el Ecuador de la Revolución Ciudadana» 2 (42): 5-17.
- Alianza País. 2006. «Plan de Gobierno del Movimiento PAIS 2007-2011».  
[Http://www.latinreporters.com/equateurRafaelCorreaPlandeGobiernoAlianzaPAIS.pdf](http://www.latinreporters.com/equateurRafaelCorreaPlandeGobiernoAlianzaPAIS.pdf)
- Alva-Díaz, Carlos. 2012. «¿Universalizar o privatizar los servicios de salud?» 5 (3): 51-53.
- Banco Mundial. 1987. «El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma» 103 (6): 695-709.
- . 1993. «Informe sobre el desarrollo mundial 1993». Washington D.C.  
[Http://documents1.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf](http://documents1.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf).
- Barillas, Edgar. 1997. «La fragmentación de los sistemas nacionales de salud» 1 (3): 246-49.
- Bloom-Hansen, Jens. 1997. «A “New institutional” perspective on policy networks». *Public Administration*, n.º 75: 669-93.
- Borzel, Tanja, y Diana Panke. 2007. «Network Governance: Effective and Legitimate?» En *Theories of Democratic Network Governance*, 153-66.
- Bressers, Hans, y Laurence O’toole. 1998. «The Selection of Policy Instruments: A Network-Based Perspective». *Journal of Public Policy* 18 (3): 213-39.
- . 2007. «Instrument Selection and Implementation in a Network Context». En *Designing Government*, 132-53.
- Bustamante, Fernando. 2007. «Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar». En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, 3-12. Quito-Ecuador: OMS/OPS/CONASA.
- Cañizares, Ricardo, Gabriela Mena, y Giaffar Barquet. 2016. «Análisis del Sistema de Salud del Ecuador» 19 (4): 193-204.
- Celedón, Carmen, y Marcela Noé. 2000. «Reformas del sector de la salud y participación social» 1/2 (8): 99-104.
- Cetrángolo, Oscar, Javier Curcio, Juan Carlos Gómez, y Dalmiro Morán. 2018. *Gastos e*



- ingresos públicos en América Latina desde fines de los años ochenta hasta 2015: Tendencias observadas, desafíos actuales y lineamientos de reformas*. CEPAL.
- Chang, Caroline. 2017. «Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014» 4 (78): 452-60.
- Consejo Mundial de Iglesias. 2005. «II Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos». 180. Santiago de Chile. <https://www.oikoumene.org/en/what-we-do/health-and-healing/con180s.pdf>.
- Correa, Elvira. 2001. «Neoliberalismo y descentralización», 2001. <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1406>. 5/10/2020.
- Delgado, Ana. 2019. *NotiMundo - Ana Delgado, falta de pago clínicas privadas*. <https://soundcloud.com/mascomunicacion-1/notimundo-ana-delgado-falta-de-pago-clinicas-privadas>.
- Easton, David. 1953. *The Political System*. Chicago: University of Chicago Press.
- Echeverri, Oscar. 2008. «Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia» 24 (3): 210-16.
- Echeverría, Ramiro. 2007. «Las políticas de salud y el sueño de la reforma». En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, OMS/OPS/CONASA, 213-21. Quito.
- El Comercio. 2016. «Cuatro proyectos suspendidos en Solca Quito por deuda del Estado», 2016, sec. Actualidad. <https://www.elcomercio.com/actualidad/proyectos-suspendidos-solca-quito-pagos.html>.
- . 2018. «Asociación de clínicas privadas pide a Finanzas que cancele órdenes de pago pendientes», 2018, sec. Actualidad. <https://www.elcomercio.com/actualidad/clinicas-privadas-finanzas-pago-deuda.html>.
- El Universo. 2016. «Rafael Correa exige a Solca precisar cuándo recibió transferencia», 2016, sec. Destacados. <https://www.eluniverso.com/noticias/2016/03/13/nota/5460108/correa-exige-solca-precisar-cuando-recibio-transferencia>.
- Fondo Monetario Internacional. 2018. «Acuerdos de Derecho de Giro (Stand-By) del FMI». 2018.
- . 2019. «Ecuador: Staff report for the 2019 article IV consultation and request for an extended arrangement under the fund facility», 2019. <https://www.imf.org/en/News/Articles/2019/03/20/NA032119-Ecuador-New->

- Economic-Plan-Explained.
- Fontaine, Guillaume. 2015. *El análisis de políticas públicas: Conceptos, teorías y métodos*. ANTHROPOS.
- . 2018. «Un marco de diseño de políticas».
- Gaudin, Jean-Pierre. 2002. *Pourquoi la gouvernance?* París: Presses de Sciences Po-Dalloz.
- Granda, Edmundo. 2011. «¿Quo Vadis Salud Pública?» En *La salud y la vida*, 3:13-22. Quito-Ecuador.
- Green, Donald, y Ian Shapiro. 1994. *Pathologies of Rational Choice Theory: A Critique of Applications in Political Sciences*. New Heaven: Yale University Press.
- Hall, Peter. 1993. «Policy Paradigms, Social Learning, and the State: the case of economic policymaking in Britain». *Comparative Politics* 3 (25): 275-96.
- Hall, Peter, y Rosemary Taylor. 1996. «Political Sciences and the Three New Institutionalisms». *Political Studies*, n.º 44: 936-57.
- Hermida, César. 2005. *Gestión social para el Sistema Nacional de Salud en el Ecuador: La equidad es posible*. Consejo Nacional de Salud. Quito.
- . 2007. «El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud». En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, OMS/OPS/CONASA, 284-93. Quito.
- Hernández, Lidia. 2002. «Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia Cubana» 28 (3).
- Hidalgo, Antonio. 2011. «Economía Política del Desarrollo. La Construcción Retrospectiva de una Especialidad Académica», n.º 28: 279-320.
- Hindmoor, Andrew. 2006. *Rational Choice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Howlett, Michael. 2011. «Designing public policies: Principles and instruments». *Routledge*.
- Howlett, Michael, y Ishani Mukherjee. 2018. *Routledge Handbook of Policy Design*. Nueva York: Routledge.
- Howlett, Michael, M Ramesh, y Anthony Perl. 2009. *Studying Public Policy. Policy Cycles & Policy Subsystems*. Nueva York: Oxford University Press.
- Illescas, Santiago. 2017. «Transformación del sistema de salud del Ecuador, período 2007-2013». Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- [Http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00126.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00126.pdf).
- INREDH Digital. 2015. *V Congreso por la Salud y la Vida (V COSAVI)*. Quito.
- . 2017. *VI Congreso por la Salud y la Vida - COSAVI en Resistencia, "Plutarco*

- Naranjo Vargas*". Quito.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 2014. «Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Ecuador».
- [https://www.researchgate.net/publication/268685669\\_Mapeo\\_y\\_Analisis\\_de\\_los\\_Modelos\\_de\\_Atencion Primaria\\_a\\_la\\_Salud\\_en\\_los\\_Paises\\_de\\_America\\_del\\_Sur\\_Mapeo\\_de\\_la\\_APS\\_en\\_Ecuador](https://www.researchgate.net/publication/268685669_Mapeo_y_Analisis_de_los_Modelos_de_Atencion Primaria_a_la_Salud_en_los_Paises_de_America_del_Sur_Mapeo_de_la_APS_en_Ecuador).
- Jackson, Patrick Thaddeus. 2008. «Foregrounding ontology: dualism, monism, and IR theory». *Review of International Studies* 34: 129-53.
- <https://doi.org/10.1017/S0260210508007948>.
- . 2016. *The conduct of inquiry in international relations*. Nueva York: Routledge.
- Jiménez, Wilson, María Granda, Leidy Cruz, Julián Flórez, Luisa Mejía, y Diana Vargas. 2017. «Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano». *Universidad y Salud*, 2017.
- Kisby, Ben. 2007. «Analysing policy networks: Towards an ideational approach». *Political Studies* 28 (1): 71-90.
- La Hora. 2016. «Clínicas privadas mantienen silencio», 2016, sec. País.
- <https://lahora.com.ec/noticia/1101901368/clinicas-privadas-mantienen-silencio>.
- La República. 2014. «Clínicas privadas exigen al gobierno los pagos atrasados», 2014.
- <https://www.larepublica.ec/blog/2014/05/26/clinicas-privadas-exigen-gobierno-pagos-atrasados/>.
- Lasswell, Harold. 1951. «La orientación hacia las políticas». 79-103.
- Linares, Nivaldo, y Oliva López. 2008. «La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva» 3 (3): 247-59.
- Linder, Stephen, y Guy Peters. 1989. «Instruments of Government: Perceptions and Contexts». *Journal of Public Policy* 9 (1): 35-58.
- Marsh, David, y Martin Smith. 2000. «Understanding Policy Networks: towards a Dialectical Approach». *Political Studies* 48: 4-21.
- . 2001. «There is More than One Way to Do Political Science: on Different Ways to Study Policy Networks». *Political Studies* 49: 528-41.
- Martínez de Pisón, José. 2006. *El derecho a la salud: un derecho social esencial*. Universidad de Rioja.
- Menéndez, Eduardo. s. f. «Participación social en salud como realidad técnica y como

- imaginario social privado». *Cuadernos médico sociales*.
- [Http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Modelo%20Participativo/Menendez-Participacion-social-en-salud.pdf](http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Modelo%20Participativo/Menendez-Participacion-social-en-salud.pdf).
- Merino, Cristina. 2007. «Los recursos humanos en salud». En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, OMS/OPS/CONASA, 222-37. Quito.
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. 2009. «Agenda Social 2009-2011». Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. [Http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/2\\_Agenda\\_Social\\_09\\_11.pdf](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/2_Agenda_Social_09_11.pdf).
- . 2012. «Agenda social 2012-2013». Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. [Https://issuu.com/desarrollosocialec/docs/agenda-social-2012-2013](https://issuu.com/desarrollosocialec/docs/agenda-social-2012-2013).
- . 2014. «Agenda social al 2017. Creando oportunidades, generando capacidades». Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. [Https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/02/agenda\\_socialOK\\_web.pdf](https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/02/agenda_socialOK_web.pdf).
- Ministerio de Economía y Finanzas. 2019a. «Ministro Martínez informó detalles sobre el acuerdo con Organismos Multilaterales». [Https://www.finanzas.gob.ec/ministro-martinez-informo-detalles-sobre-el-acuerdo-con-organismos-multilaterales/](https://www.finanzas.gob.ec/ministro-martinez-informo-detalles-sobre-el-acuerdo-con-organismos-multilaterales/).
- . 2019b. «USD 300 millones más de respaldo del BID al Plan de Prosperidad de Ecuador». [Https://www.finanzas.gob.ec/usd-300-millones-mas-de-respaldo-del-bid-al-plan-de-prosperidad-de-ecuador/](https://www.finanzas.gob.ec/usd-300-millones-mas-de-respaldo-del-bid-al-plan-de-prosperidad-de-ecuador/).
- Ministerio de Salud Pública. 2012a. «Convenio Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud».
- [Https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/CONVENIO%20MARCO%20RED%20PUBLICA%20DE%20SALUD.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/CONVENIO%20MARCO%20RED%20PUBLICA%20DE%20SALUD.pdf). 12/09/2020.
- . 2012b. «Estatuto por procesos del Ministerio de Salud Pública».
- [Http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona\\_santiago/images/stories/PDF/LOTAIP/2%20Informacion%20Legal/Normas%20de%20Regulación/ESTATUTO%20POR%20PROCESOS%20DE%20MINISTERIO%20DE%20SALUD%20PUBLICA.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/images/stories/PDF/LOTAIP/2%20Informacion%20Legal/Normas%20de%20Regulación/ESTATUTO%20POR%20PROCESOS%20DE%20MINISTERIO%20DE%20SALUD%20PUBLICA.pdf).
- . 2012c. «Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención en salud en unidades

- de la Red Pública Integral de Salud y en la red privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud».
- <https://issuu.com/mspecuador/docs/instructivo0001>.
- . 2012d. «Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS».
- [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf).
- . 2012e. «Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud».
- [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/tarifario\\_prestaciones\\_sistema\\_nacional.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/tarifario_prestaciones_sistema_nacional.pdf).
- . 2013a. «Norma Técnica del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa del Sistema Nacional de Salud».
- [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse\\_gobernanza/5.NORMA%20DEL%20SUBSISTEMA%20DE%20REFERENCIA,%20DERIVACION%20CONTRAREFERENCIA,%20REFERENCIA%20INVERSA%20Y%20TRANSFERENC.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/5.NORMA%20DEL%20SUBSISTEMA%20DE%20REFERENCIA,%20DERIVACION%20CONTRAREFERENCIA,%20REFERENCIA%20INVERSA%20Y%20TRANSFERENC.pdf).
- . 2013b. «Norma Técnica para el Procedimiento de Evaluación, Selección, Calificación y Adquisición de Servicios de Salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria».
- <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMA%20TECNICA%20PARA%20CALIFICACION%20RED%20PUBLICA%20Y%20COMPLEMENTARIA.pdf>.
- . 2014a. «Con clínicas y hospitales privados no hay nuevos acuerdos sino los de hace meses». 2014. <https://www.salud.gob.ec/con-clinicas-y-hospitales-privados-no-hay-nuevos-acuerdos-sino-los-de-hace-meses/>.
- . 2014b. «El Ministerio de Salud Pública a la ciudadanía (frente a comunicado de ACHPE)». 2014. <https://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-publica-a-la-ciudadania-frente-a-comunicado-de-achpe/>.
- . 2014c. «Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y RPIS».
- <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HA5H9ae1.dir/doc.pdf>.
- Movimiento por la Salud de los Pueblos. 2000. «Declaración para la Salud de los Pueblos».
- <https://archive.phmovement.org/es/resources/charters/peopleshealth.html>.
- . 2005. «Declaración de Cuenca».

- [https://web.ua.es/opps/objetivos\\_del\\_desarrollo\\_del\\_milenio/ponencias/martes\\_manya\\_47\\_presentacion.pdf](https://web.ua.es/opps/objetivos_del_desarrollo_del_milenio/ponencias/martes_manya_47_presentacion.pdf).
- Muller, Pierre. 2000. «L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique». *Revue française de science politique* 2 (50): 189-208.
- Muller, Pierre, y Yves Surel. 1998. *L'analyse des politiques publiques*. París: Montchrétien.
- North, Douglas. 1993. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud. 1986. «Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud». <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
- . 1991. «Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud». <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59967>.
- . 1997. «Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI». [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf).
- . 2000. «Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México». [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1).
- . 2005. «Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado». [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf).
- . 2007. «Decentralization in health care». [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98275/E89891.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf).
- . 2009. «La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud». [https://www1.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi\\_2009\\_sp.pdf](https://www1.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi_2009_sp.pdf).
- . 2012. «¿Qué es la cobertura sanitaria universal?» [https://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/es/](https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/).
- . 2013. «Declaration of Helsinki». <https://www.who.int/news/item/18-05-2017-joint-statement-on-registration>.
- . 2019. «Participation as a driver of health equity». <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/participation-as-a-driver-of-health-equity-2019>.

- Organización Panamericana de la Salud. 1978. «Declaración de Alma-Ata».  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
- . 1993. «Los Sistemas Locales de Salud en las Américas Una estrategia social en marcha».  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31188/9275320535\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31188/9275320535_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- . 2007a. «Agenda de Salud para las Américas 2008-2013».  
[https://www.paho.org/spanish/dd/pin/agenda\\_de\\_salud.pdf](https://www.paho.org/spanish/dd/pin/agenda_de_salud.pdf).
- . 2007b. *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. OMS/OPS/CONASA. Quito.
- . 2010. «La renovación de la atención primaria de salud en las Américas». OMS/OPS.  
[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes\\_Integradas\\_Servicios\\_Salud-Conceptos.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf).
- . 2015. «Foro regional salud universal: Una inversión indispensable para el desarrollo humano sostenible».  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11576:regional-forum-investment-dec-2015&Itemid=40690&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11576:regional-forum-investment-dec-2015&Itemid=40690&lang=es).
- . 2017. «Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030».  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13246:health-agenda-americas&Itemid=42349&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13246:health-agenda-americas&Itemid=42349&lang=es).
- . 2019. «Foro regional. La Salud Universal en el siglo XXI: 40 años después de Alma-Ata».  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y).
- Ostrom, Elinor. 2000. *El gobierno de los comunes: La evolución de las instituciones de acción colectiva*. México D.F.: UNAM - Fondo de Cultura Económica.
- Pacheco, Víctor, Raúl López, Eduardo Estrella, y Eduardo Rodríguez. 2002. «Orígenes del Ministerio de Salud Pública y Ministros de Salud». En *El cóndor, la serpiente y el colibrí: La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. Quito-Ecuador: Representación OPS/OMS.
- Parsons, Wayne. 2007. «Meta-análisis». En *Políticas públicas: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*, 35-115.
- People's Health Movement. 2012. «Cape Town Call To Action». <https://phm->

- na.org/2012/07/pha3-cape-town-call-to-action/.
- Peters, Guy. 2003. *El nuevo institucionalismo: la teoría institucional en ciencia política*. Madrid: Gedisa.
- . 2018. «Policy problems and policy design». Cheltenham: Edward Elgar, 172 pp.
- Pierre, Jon, y Guy Peters. 2000. *Governance, politics and the state*. Londres: Macmillan Press.
- Pierson, Paul, y Theda Skocpol. 2008. «Institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea». *Revista uruguaya de ciencia política* 1 (17): 7-38.
- Rissalud. 2017. «Panorama Regional: Sistemas de salud de Latinoamérica y estado de situación del Modelo RISS».
- [Http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/Documento\\_Colaborativo\\_Rissalud\\_Oct\\_2017.pdf](http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/Documento_Colaborativo_Rissalud_Oct_2017.pdf).
- Rodas, Edgar. 2007. «La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud Pública (1998-2000)». En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante la últimas décadas*, OPS/OMS/CONASA, 277-83. Quito.
- Roper, William, Edward Baker, William Dyal, y Ray Nicola. 1974. «Strengthening the Public Health System». *Public Health Reports* 107 (6): 609-15.
- Roth, André. 2003. «Introducción para el análisis de las políticas públicas». *Cuadernos de Administracion* 30: 115-28.
- . 2014. *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora.
- Ruger, Jennifer. 2013. «A Global Health Constitution for Global Health Governance». *Cambridge University Press* 107: 267-70.
- Sabatier, Paul. 1993. «Policy change over a decade or more». En *Policy change and learning: An Advocacy Coalition Approach*, Westview Pres, 13-39. Boulder.
- Sanders, David. 2010. «Behavioural analysis». En *Theory and Methods in Political Science*, 23-41. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Sanz, Luis. 2003. «Análisis de redes sociales: o cómo representar las estructuras sociales subyacentes». *Apuntes de ciencia y tecnología*.
- Sasso, Jimena. 2013. «Descentralización del sector salud en Ecuador (1998-2008)». En *Actores, procesos y retos de la descentralización en Ecuador: Una mirada retrospectiva a la década 1998-2008*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 59-94. Quito-Ecuador.



- Schneider, Anne, y Helen Ingram. 1990. «Policy Design: Elements, Premises and Strategies». En *Policy Theory and Policy Evaluation: Concepts, Knowledge, Causes and Norms*, 77-102. Nueva York: Greenwood Press.
- Secretaría de Salud del Gobierno de México. 2015. «Políticas Públicas para la Salud. Declaración de la conferencia: Recomendaciones de Adelaide». <https://www.gob.mx/salud/documentos/declaracion-de-adelaide>.
- Secretaría General Iberoamericana. 2007. «Consenso de Iquique». <https://segib.org/wp-content/uploads/DCLRMSAU07-E.pdf>.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2007. «Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010». <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/Plan-Nacional-Desarrollo-2007-2010.pdf>.
- . 2009. «Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013». [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir\\_\(version\\_resumida\\_en\\_espanol\).pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_(version_resumida_en_espanol).pdf).
- . 2013. «Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017». <http://ftp.eeq.com.ec/upload/informacionPublica/2013/PLAN-NACIONAL-PARA-EL-BUEN-VIVIR-2013-2017.pdf>. 27/07/2020.
- Secretaría Técnica Planifica Ecuador. s. f. «Reseña Histórica». <https://www.planificacion.gob.ec/resena-historica/>. Consultado 18 de marzo de 2020.
- Sen, Amartya. 2002. «¿Por qué la equidad en salud?» *Revista Panamericana de Salud Pública* 5 (11): 302-9.
- Subirats, Joan, Peter Knoepfel, Corinne Larrue, y Frederic Varone. 2008. *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel S.A.
- The Lancet. 2016. «Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016». [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30994-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30994-2/fulltext).
- Ugalde, Antonio, y Nuria Homedes. 2002. «Descentralización del sector salud en América Latina», 2002. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100004). 5/11/2020.
- . 2005. «Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina» 17 (3): 202-9.

- . 2007. «América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales» 3 (1): 33-48.
- UTPL. 2009. *Acto inaugural IV Congreso por la Salud y la Vida*.
- Valencia, Marleny. 2011. «Justicia social y servicios de salud» 1 (2): 19-25.
- Vargas, Ingrid, María Luisa Vásquez, y Elisabeth Jané. 2002. «Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica» 18 (4): 927-37.
- Velasco, Margarita. 2007. «La salud pública en América Latina». En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, OPS/OMS/CONASA, 41-56. Quito.
- Villacrés, Nilda. 2008. «Buen gobierno en salud: un desafío de todos». En *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*, Rispergraf, 25-45. Quito.
- Villacrés, Nilda, y Marco Guerrero. 2007. «Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial». En *La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, OMS/OPS/CONASA, 301-15. Quito.
- Whitehead, Margaret. 1991. «Los conceptos y principios de la equidad en la salud».  
[Http://onis.salud.gob.mx/site4/somos/docs/taller\\_analisis\\_datos\\_bibliografia\\_27.pdf](http://onis.salud.gob.mx/site4/somos/docs/taller_analisis_datos_bibliografia_27.pdf).
- Youde, Jeremy. 2015. «MERS and global health governance». *International Journal* 70 (1): 119-36. <https://doi.org/10.1177/0020702014562594>.
- Zittoun, Philippe, y Guy Peters. 2016. «Institutionalism and Public Policy». En *Contemporary Approaches to Public Policy*, 57-72. Pittsburg: University of Pittsburgh Press.