

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2017-2019

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

Análisis de redes en el fallo de implementación de la política pública de reducción de muerte
materna en Ecuador - período 2007 – 2017

Karla Lisset Valdivieso León

Asesora: María Belén Albornoz

Lectores/as: Mónica Bustamante S y Javier Andrés Jiménez B

Quito, enero de 2021

Dedicatoria

A toda mi familia, y de forma especial a mi mami, papi, Emilio, Carlos y a mi abuelita, sin su apoyo, cariño y motivación esto no hubiese sido posible.

Los amo.

En memoria también, de mí siempre recordado abuelito.

“Evitar las muertes maternas de nuestras mujeres es una obligación para garantizar los derechos humanos, reproductivos y de salud de la mujer, para que puedan contribuir plena e integralmente a nuestra sociedad”

Francisco Becerra-Posadas
Sub-director de la OPS/OMS

Tabla de contenidos

Resumen	IX
Agradecimientos.....	X
Introducción	1
Capítulo 1	6
Estado del arte teórico y modelo de análisis	6
1.1 Las políticas públicas	6
1.2 Implementación y fallos en la implementación de políticas públicas.....	9
1.3 Redes de política pública	18
1.3.1 El modelo dialéctico.....	18
1.3.2 Modelo ideacional	20
1.4 Metodología de la Investigación	23
1.4.1 Ontología – Epistemología.....	23
1.4.2 Variables que intervienen en la investigación.....	25
1.4.3 Tipo de investigación	25
1.4.4 Selección de casos:.....	31
1.4.5 Dilemas de aumentar el número de observaciones	34
Capítulo 2	35
Redes y contexto	35
2.1 Estado del arte temático	36
2.1.1 La mortalidad materna y sus causas	38
2.1.2 Formulación científica de la política pública de mortalidad materna	40
2.1.3 Políticas públicas de mortalidad materna en la región.....	45
2.1.4 Selección de caso	52
2.1.5 Estudios de Mortalidad Materna	53
2.2 Red de Contexto - caso ecuatoriano.....	56
2.2.1 Características de la Mortalidad materna en el contexto.....	57
2.2.2 Instituciones y Actores	59
2.2.3 Sub redes e ideas programáticas.....	63
2.2.4 Análisis de los Estadísticos de la Red	65
2.2.4.1 Densidad de la red	65
2.2.4.2 Centralidad de la red	67
2.2.5 Relación dialéctica: red y contexto	68

2.3	Reflexiones preliminares del capítulo.....	70
Capítulo 3	71
Estructura y agencia – Política de reducción de la mortalidad materna.....		71
3.1	Características demográficas en la muerte materna en el momento de la política	72
3.2	Instrumentos de la política de reducción de la Muerte Materna	76
3.2.1	Plan de reducción acelerada de la muerte materna e infantil	78
3.2.2	Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y	91
Planificación Familiar – ENIPLA.....		80
3.2.3	Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia “Plan Familia”	83
3.3	Actores que conforman la red de la Política de reducción de la muerte materna ..	85
3.4	Contexto del cambio de la política de mortalidad materna.....	90
3.5	Análisis de redes en torno de la política de reducción de muerte materna.	92
3.5.1	Sub redes e ideas programáticas.....	94
3.5.2	Análisis de los Estadísticos de la Red	97
3.5.3	Relación dialéctica: estructura y agencia	102
3.5.4	Reflexiones preliminares del capítulo	103
Capítulo 4.....		105
Red y resultado.....		105
4.1	El Fallo de la política pública de reducción de la muerte materna	106
4.2	Relación dialéctica: red y resultado y el comportamiento de la hipótesis	118
Conclusiones		121
Anexo		129
Abreviaturas		136
Lista de referencias		138

Ilustraciones

Tablas

Tabla 1.1: Tipos de fallas del sector público.....	11
Tabla 1.2: Modelo ideacional.....	21
Tabla 1.3: Hipótesis según el modelo ideacional.....	25
Tabla 2.1: Razón de mortalidad materna (datos nacionales reportados a la OPS).....	45
Por 100.000 nacidos vivos	45
Tabla 2.2: Resumen de políticas de disminución de la Mortalidad Materna e Infantil.....	52
diseñadas por los países de América Latina y el Caribe	52
Tabla 2.3: Causas de mortalidad materna entre 1997 – 2003	59
Tabla 2.4: Medidas de red.....	66
Tabla 2.5: Medidas de centralidad en la red de contexto.....	67
Tabla 3.1: Causas de la muerte materna en porcentaje y número	75
Tabla 3.2: Resumen de Planes y estrategias de la política de reducción acelerada.....	77
de la muerte materna	77
Tabla 3.3: Medidas de red	99
Tabla 3.4: Medidas de centralidad en la red de la política de muerte materna	100

Gráficos

Gráfico 1.1 Redes de políticas y resultados de políticas.....	22
Gráfico 2.1: Causas de mortalidad materna.....	39
Gráfico 2.2: Razón de mortalidad materna mundial al 2005.....	42
Gráfico 2.3: Tasa mundial de mortalidad materna (muertes por cada 100.000 nacidos.....	43
vivos).....	43
Gráfico 2.4: Tasa de partos atendidos por personal de salud	43
Gráfico 2.5: Razón de mortalidad materna (datos nacionales reportados a la OPS) Por.....	46
100.000 nacidos vivos	46
Gráfico 2.6: Razón de Mortalidad materna 1996 – 2006	58
Gráfico 2.7: Red y contexto de la política, ideas programáticas y sub redes.....	62
Gráfico 2.8: Representación gráfica de los nodos de la red de contexto	65

Gráfico 3.1: Razón de mortalidad materna	72
Gráfico 3.2: Número de muertes maternas	73
Gráfico 3.3: Razón de mortalidad materna en el año (t), según provincias de residencia....	74
habitual Año 2017.....	74
Gráfico 3.4: Edad de la fallecida. Año 2017.....	75
Gráfico 3.5: Grafo de estructura y agencia de la política de reducción de muerte materna,..	93
ideas programáticas y sub redes	93
Gráfico 3.6: Representación gráfica de los nodos de la red de contexto.....	98
Gráfico 4.1: Idea programática ganadora – “Conservadora”.....	112
Gráfico 4.2: Ideas programáticas perdedoras – “Derechos sexuales y salud.....	113
reproductiva” y “Planificación Familiar”.....	113
Gráfico 4.3: Comparación de redes del contexto y de estructura y agencia	114

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Karla Lisset Valdivieso León, autor de la tesis titulada “Análisis de redes en el fallo de implementación de la política pública de reducción de muerte materna en Ecuador - período 2007 – 2017”, 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, enero de 2021



Karla Lisset Valdivieso León

Resumen

Con esta investigación se analiza la falla en la implementación de la política pública de la muerte materna como una política de salud que se evidencia en la capacidad de las personas que ocupan los cargos públicos y que hacen parte de partidos para mantener o ganar adeptos con la implementación de cambios dados por actores influyentes de la sociedad quienes generan la predominación de una idea.

Para ello se utiliza el enfoque de redes de política que permite determinar los organismos públicos, privados, nacionales e internacionales y de la sociedad civil que influyen con sus ideas en la implementación de la política utilizándose para ello el enfoque ideacional frente a la política pública de reducción de la muerte materna centrándose en el caso ecuatoriano que evidencia la existencia de grupos de poder que concentran la idea del plan familia sobre la política del ENIPLA para adoptarse un cambio de perspectiva.

Con el cambio de perspectiva se inicia una nueva política de reducción de la mortalidad materna que restringe las libertades individuales y centra las decisiones de planificación familia en las familias y no en el Estado con lo que aumentan los casos de mortalidad materna por el desconocimiento general y público de las alternativas en la salud sexual y reproductiva, principalmente en las mujeres.

Los continuos cambios que ha sufrido la política de reducción de la muerte materna y la no consideración de las ideas estabilizadas internacionalmente han llevado a que no se cumplan los objetivos para los cuales fue desarrollada, dado que en el período de estudio no se logró cumplir con los compromisos internacionales y tampoco con las agendas nacionales planteadas, lo que agrava más el problema de la mortalidad materna en el país y reafirma el fallo en la implementación de la mencionada política pública.

El enfoque de análisis de la política pública surge desde la epistemología del realismo crítico en la cual se contrasta la información existente con la realidad evidenciada desde una óptica mixta que emplea datos cualitativos y cuantitativos en la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador.

Agradecimientos

De forma especial a mi asesora de tesis María Belén Albornoz, quien, con su paciencia, experiencia, enseñanzas, don de gentes y buen corazón representó un apoyo fundamental y guía incondicional en la elaboración de esta tesis. A mis jefes y amigos de la Coordinación General Técnica de Planificación, Normativas y Calidad Estadística del INEC quienes con su apoyo, consejos y permisos contribuyeron a que culmine esta maestría. A los maestros por sus enseñanzas; y a todas las amistades que pude cultivar a lo largo de estos dos años y de forma particular a Maira, Dayra, Michelle, Manuela, Edgar e Iván; gracias por creer en mí desde el primer día y por su constante motivación, se quedan en mi corazón todos nuestros momentos vividos. Por último, a FLACSO-Ecuador por permitirme cursar una maestría de tan alto nivel y exigencia. A todos, muchas gracias.

Introducción

Desde 1985 mundialmente se comienza a hablar acerca de la mortalidad materna e infantil con necesidad de enfocar las políticas públicas en la reducción de este problema social que conlleva niños desamparados, familias divididas, problemas de funcionalidad en los hogares, etc. Mediante la promulgación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se enfatiza en la obligatoriedad para los países en la construcción de sociedades más justas y equitativas garantizando el acceso, principalmente de las mujeres a los métodos de planificación familiar.

Con las metas plateadas mediante los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) los Estados han debido implementar políticas públicas enfocadas a la población materno-infantil, a los y las jóvenes y a la educación familiar para luchar en pro de la reducción de la muerte materna con planes y programas enfocados en el uso de métodos anticonceptivos, servicios de atención materna de calidad, mayores recursos humanos de atención durante el proceso gestacional, el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna, etc.

Estas medidas se han estabilizado a nivel nacional como ideas programáticas para la reducción de la muerte materna mediante la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA) presentada en el año 2011 para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas para educar, brindar consejerías y el acceso a los métodos de planificación familiar con la finalidad de reducir entre otros la mortalidad materna.

Sin embargo, en el año 2015 se institucionaliza la idea del Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia “Plan Familia” que buscaba generar un rol protagónico a las familias en la toma de decisiones en torno a la educación y asesoría en la sexualidad principalmente de jóvenes y adolescentes lo cual no reduce las muertes maternas, sino que genera mayores problemas en la planificación familiar, estableciéndose una falla en las políticas institucionalizadas que contradicen las estrategias internacionales.

Esta falla en la implementación de la política pública de reducción de la muerte materna se da por el no cumplimiento de los objetivos planteados en la política, ya que se buscaba disminuir el indicador en 38,5 y observando los datos del período 2007 – 2017 en ningún año se logra

disminuir a este valor la razón de mortalidad materna, lo cual demuestra que el fallo se debió a la no consideración de recomendaciones estabilizadas a nivel internacional y se establecieron programas con ideas distintas y contrarias a dichas recomendaciones.

La tesis se organiza en cuatro capítulos que evidencian la hipótesis y la ponen a prueba para responder a la pregunta y a los objetivos planteados. En el primer capítulo se habla del estado del arte teórico y del modelo de análisis explicando qué son las políticas públicas, el fallo de una política, las redes de política, el modelo ideacional, el marco metodológico a utilizarse con su inclinación ontológica y epistemológica, etc.

El segundo capítulo se refiere a las redes y el contexto mediante el estudio del estado del arte temático de la mortalidad materna, la selección del caso, las redes e ideas programáticas y las relaciones dialécticas producidas en dicho contexto. En el tercero se analizan la estructura y agencia de la política de reducción de muertes maternas, sus redes, sub redes e ideas programáticas, centrándose en los dos programas establecidos mediante el ENIPLA y el Plan Familia y sus implicaciones en el Ecuador.

El último capítulo establece a la red y el resultado, el fallo en la política pública de la reducción de la muerte materna, el tipo de fallo, las ideas programáticas y la comparación entre las redes para establecer la relación dialéctica entre la red y el resultado. Finalmente, las conclusiones evidencian el cumplimiento de la hipótesis y la necesidad de establecer estrategias que respondan a las prerrogativas internacionales y a las ideas que en el contexto de la muerte materna se han establecido con efectos positivos en su reducción.

Formulación del problema de investigación

El estudio de la falla en la implementación de las políticas públicas es un tema analizado bajo amplios estudios y desde diversos marcos de análisis, teorías y perspectivas. En términos generales puede definirse como el incumplimiento de lo planificado en muchos de los ámbitos de una política pública, pero se suele centrar en la falta de cumplimiento de los objetivos.

Sin embargo, Howlett (2012) menciona que de acuerdo con algunos estudios entre ellos los de McConnell, el vincular a una política de acuerdo con su éxito o fracaso depende:

i) de si los resultados de la política han alcanzado los objetivos originales; ii) si la política pudo tener impactos positivos o negativos en la población objetivo; iii) si el problema que se se quería solucionar se ha vuelto más grave; iv) si existe una actuación ineficiente; v) los grupos clave se oponen a la política; vi) la falta de innovación en la elaboración de la política; etc (McConnell citado en Howlett 2012, 544).

De igual forma, señala Howlett (2012) citando a McConnell, que se pueden presentar tres formas de falla de implementación en una política pública:

1. En el programa, que es la que más se ha estudiado y que centra su análisis en los objetivos, es decir a que una política falla si no ha cumplido o ha superado los objetivos programáticos o técnicos que se plantearon inicialmente;
2. En el proceso, cuando los formuladores de políticas no logran finalizar las etapas del proceso de las políticas, es decir que no pueden configurar o elaborar el tipo de política que esperaban, no logran obtener apoyo de la población y tampoco responder a tratados multilaterales; y
3. De política, que se refiere las consecuencias políticas que acarrea la política pública y que afectan la capacidad de los partidos y las personas que ocupan cargos públicos de mantener o conseguir posiciones en el gobierno y en otras partes del sistema político. Se relaciona con los costos políticos como: daños a la reputación (McConnell citado en Howlett 2012, 546).

Con esta investigación se pretende analizar el fallo de implementación de la política pública en la reducción de la mortalidad materna, revisando cuáles han sido las razones por las cuales no se ha cumplido con los objetivos, el proceso o los costos políticos que ha tenido; y en la medida de lo posible poder concluir, si la política fue un fracaso, o si existieron unos momentos de éxito.

Por lo cual, a partir de la revisión del informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a 2014, realizado en Ecuador en el 2015 por parte de la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo - SENPLADES, se observó que la reducción de la mortalidad materna es el único de los ODM que no se cumplió en el período 1990 – 2015, inclusive dándose en algunos períodos un aumento de la razón de mortalidad materna, que es el indicador que mide esta problemática. Y esto no es lo más idóneo en términos de lo que se consideraría más adecuado para un país en vías de desarrollo como el Ecuador, y que además persigue como meta principal una mayor equidad y bienestar para la población.

El problema de la mortalidad materna es una de las principales evidencias que dan cuenta del bienestar de la población, por tal razón, alcanzar la reducción de sus indicadores se ha convertido en una prioridad para los gobiernos, no solo de Ecuador sino de todo el mundo, pero que en las últimas décadas ha tenido una mayor importancia, dadas las agendas internacionales como Objetivos de Desarrollo del Milenio y la actual Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Dadas estas condiciones se vio la necesidad de aportar con una investigación que permia responder por qué en Ecuador no se han podido combatir este problema social, dando como resultado una falla en la implementación de la política pública de salud. Política que busca la reducción acelerada de la muerte materna en el período 2007 – 2017.

Justificación

Pese a que inicialmente la mayoría de los estudios sobre el éxito y el fracaso de las políticas se centraron casi exclusivamente en aspectos programáticos del diseño y la implementación de políticas, posteriormente se identificaron otras dos dimensiones significativas de las fallas de política que tuvieron que tener en cuenta y son: el fracaso del "proceso" (implementación de la política) y de lo "político" (relaciones que se construyen para establecer la política) (Howlet 2012). En el caso concreto surge la necesidad de indagar sobre las causas o las influencias en el fallo de implementación de la política pública con la finalidad de dar una respuesta a lo ocurrido con la mortalidad materna en el Ecuador en el período 2007 – 2017.

Este caso de estudio resulta relevante debido a que la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de éste, es una tragedia no solo familiar, sino que repercute a nivel país con efectos tanto sociales como económicos.

Por tal motivo, el presente trabajo busca generar un aporte investigativo en el campo de las políticas públicas, enfatizando en el cognitivismo basado en las ideas programáticas que se desarrollaron en torno a la puesta en agenda de la política de mortalidad materna y la implementación de los diferentes programas que la apoyan. Se genera una investigación que contribuya desde una visión de las ideas que permitan dilucidar las razones por las que se produjo el fallo en su implementación ampliando los estudios previos establecidos en modelos econométricos que aportan con determinantes de la mortalidad materna.

Pregunta de Investigación

¿Por qué el gobierno del presidente Rafael Correa decide formular programas en las políticas a partir de ideas distintas a las que se estabilizaron con fundamentos científicos para la resolución de las causas de mortalidad materna?

Objetivos

Objetivo General

A partir del análisis de redes de políticas públicas, explicar por qué en el gobierno del presidente Rafael Correa se da un cambio de ideas programáticas sobre cómo resolver la mortalidad materna, no alineadas a las recomendaciones internacionales, generando un fallo en la implementación de la política pública.

Objetivos específicos

- Analizar los actores, ideas programáticas e instrumentos de política pública elaborados previo al gobierno de Rafael Correa, que implica una propuesta de ruptura en comparación con las abordadas en el gobierno anterior.
- Estudiar la controversia científica dada en función de la no consideración o consideración parcial de las recomendaciones internacionales para reducir la mortalidad materna, frente al enfoque aplicado en el país en el período de estudio.
- Explicar los datos de la relación redes-resultado de la política pública para la reducción de la mortalidad materna que muestran la falla de implementación.

Formulación de hipótesis

El fallo de implementación de la política pública sobre reducción de la muerte materna, estuvo dado por la no consideración de las ideas programáticas que toman en cuenta el conocimiento científico probado que se estandariza internacionalmente en la resolución mortalidad materna y sus causas.

Capítulo 1

Estado del arte teórico y modelo de análisis

1.1 Las políticas públicas

Las discusiones académicas y perspectivas teóricas que se han dado en torno al concepto de Políticas Públicas son numerosas. Por lo tanto, es importante realizar una revisión conceptual de Políticas Públicas debido a la variedad de disciplinas como la Ciencia Política, Sociología, Economía, Administración Pública que se relacionan con dicho contexto y que se han encargado de estudiarlo.

Es así que Aguilar (1992), señala que los americanos son los precursores en los estudios de Políticas Públicas, puesto que sus análisis, han sido la base para la construcción de las distintas investigaciones, enfoques y enunciados. Sin embargo, Aguilar también sostiene que existe un aparente “olvido teórico”, debido a que la toma de decisiones y la ejecución de las Políticas Públicas, no son el punto central de interés y análisis en este campo como lo constituye el poder político.

Por lo que para lograr un mejor análisis y entendimiento teórico de las políticas públicas, es necesario comprender en primera instancia la diferencia en las dimensiones de la política, debido principalmente a que la palabra política en español, responde a tres conceptos distintos y que es necesario tener en cuenta ya que en español existe una sola palabra para las tres dimensiones; por lo que teniendo claro esto se podrá identificar de mejor manera los errores analíticos y delimitar las concepciones con la finalidad de entender la interrelación de las tres dimensiones: polity, politics, y policy (Roth 2014).

Uno de los primeros autores que posiciona la importancia del análisis o el estudio de las políticas públicas es Lasswell, quien en 1950 destacó que la orientación de las políticas públicas tiene una doble dimensión: por una parte, se interesa en el proceso de la política y por otra en las necesidades de inteligencia de este proceso.

La tarea de la primera busca desarrollar la ciencia de la formación y ejecución de las políticas, utilizando los métodos de investigación de las ciencias sociales y de la psicología. La tarea de la segunda busca mejorar el contenido concreto de la información y de la interpretación

disponibles para los hacedores de las políticas y, por consiguiente, rebasa las fronteras de las ciencias sociales y de la psicología.

Una vez definido el campo de estudio referente al análisis de Política pública es importante conocer de forma precisa su definición y concepto, para lo cual Roth (2014) menciona que en español hay al menos tres acepciones que se encuentran definidas con la palabra “Política”, primero, la política es concebida como el ámbito del gobierno de las sociedades humanas, lo que implica polity en inglés. Segundo, la política es la actividad de organización y lucha por el control del poder, que implica politics en inglés. Y, finalmente, la política es designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas, policy en inglés (Roth 2014,72).

Para Roth las políticas públicas enlazan tanto a la producción normativa de las instituciones públicas, “como las actividades políticas y administrativas oficiales realizadas por actores políticos, sociales y autoridades públicas (discursos, textos, nombramientos, etc.)” (Roth 2018, 35).

Por otro lado, Hogwood y Gunn, sobre la subjetividad inherente a la definición del concepto de política pública, explica que “para que una política pueda ser considerada como una política pública, es preciso que en un cierto grado haya sido producida o por lo menos tratada al interior de un marco de procedimientos, de influencias y de organizaciones gubernamentales” (Hogwood y Gunn 1984, 23).

Posteriormente, Muller y Surel consideran que una política pública “designa el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir, dispositivos político-administrativos coordinados, en principio, alrededor de objetivos explícitos” (Muller y Surel 1998, 13). Por su parte, Deborah Stone definió la política pública como “algo que las comunidades tratan de realizar en tanto que comunidades” (Stone 2002, 18), señalando así que la política pública desborda el ámbito estrictamente gubernamental o estatal y, a su vez, es algo que trasciende lo particular o privado (Roth 2014, 72). Finalmente, Roth la define como:

Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, de medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de

actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática (Roth 2014, 82).

En el campo de las políticas públicas, se ha prestado mayor atención a la planeación y a los sistemas de información en los que basa el personal directivo sus decisiones operativas (Laswell 1950). Existe conciencia de que el proceso de la política (policy process), de su elaboración y realización, es objeto de estudio por derecho propio, fundamentalmente con la esperanza de aumentar la racionalidad de las decisiones.

Ahora bien, en esta investigación se entiende como política pública las actividades políticas y estatales oficiales realizados por autoridades públicas y políticos, que cuentan con el apoyo de la sociedad civil para establecer mecanismos de acción frente a una problemática pública nacional o internacional según los parámetros propios del país que permiten establecer su orientación.

Existen enfoques para el análisis de las políticas públicas como: los enfoques neo-institucionalistas, cognitivistas e interpretativos. Todos ellos muestran la complejidad a la cual se enfrenta un analista para entender, explicar o interpretar la acción pública. Las diversas perspectivas dan cuenta, por lo menos, de la importancia en el proceso de formación de las políticas de factores como los intereses, las ideas y las instituciones. Los enfoques teóricos dan a cada uno de éstos un grado diferente de importancia.

El enfoque de la elección racional inicia con la economía neoclásica y se basa en la preferencia de los actores quienes actúan conforme a la racionalidad instrumental que adecúe medios para conseguir sus propios fines, anticipando costos y beneficios. Los cognitivistas se basan en el análisis de cómo una idea prevalece sobre otras logrando construir la realidad según las interpretaciones de los actores, las mismas se basan en normas e ideas (Fontaine 2015).

El neo institucionalismo busca la comprensión de los problemas sociales desde la transdisciplinariedad entendiendo a las instituciones de manera formal e informal como las reglas y las relaciones en determinada situación que establecen las conductas de los individuos (Peters 2003).

Una vez definidas las políticas públicas y la importancia de su análisis, también es necesario conocer los enfoques tradicionales y racionalistas, dentro del cual se encuentra enmarcada la presente investigación de políticas públicas. Según Roth (2014) dichos enfoques son los siguientes: i) el enfoque neocorporativista; ii) el enfoque basado en teoría de redes; y iii) el enfoque de redes y comunidad de políticas.

El enfoque neocorporativista se refiere a las políticas públicas concebidas como el resultado de la negociación entre el Estado y los representantes de los grupos sectoriales relacionados. El enfoque basado en la teoría de redes percibe a las políticas públicas como el fruto de interrelaciones entre instituciones grupos, organizaciones, individuos e incluso actores no humanos, y que conforman redes de influencia que muestran jerarquías, que en ocasiones no son las establecidas formalmente. Y el enfoque de redes y comunidad de políticas se refiere al análisis de políticas públicas, a través de sus situaciones y estableciendo clasificaciones y pudiendo comparar así, modelos de implementación de políticas en función del papel y la posición del estado (Roth 2014).

Mientras que Chaqués aporta una definición más específica, al mencionar que una red de política es un conjunto de relaciones relativamente estables, no jerárquicas e interdependientes entre actores públicos y privados; con la finalidad de alcanzar objetivos comunes. Esta comunidad de actores permite intercambiar recursos e información, elaborar y discutir propuestas y se perfilan las políticas (Chaqués 2004, 36).

Estas redes son importantes porque permiten que las personas puedan relacionarse según sus ideas, intereses, necesidades, y encontrar soluciones a problemas públicos desde una perspectiva única, situación que se enfatiza al momento de que una idea tome fuerza y establezca un discurso consolidado y apoyado por muchos actores y actantes para generar políticas públicas con un enfoque determinado.

1.2 Implementación y fallos en la implementación de políticas públicas

Como se indicó anteriormente, esta investigación busca analizar el fallo de implementación, sin embargo, es importante conocer lo que la teoría define en primera instancia como implementación, para luego hacer un recorrido por los principales autores que han estudiado el fallo de las políticas públicas.

Es así que para Subirats (2008) la implementación se define como el conjunto de procesos que, tras la fase de programación, tienden a la realización concreta de los objetivos de una política pública. Mientras que para Lascoumes y Le Galès (2014) la implementación es un espacio de ajustes, de negociación de intereses que pueden llegar a ser violentos, pero también se convierten en momentos de aprendizaje para los actores involucrados; su finalidad es comprender las lógicas de una dinámica en sus formas, sus participantes y efectos.

Respecto al fallo de implementación, también puede definirse como la no implementación; es decir cuando la política no se lleva a cabo según lo previsto y por lo tanto no logra los resultados o productos deseados (Hogwood y Gun 1984, citado en McConnell 2015),

Según Pressman y Wildavsky (1998), los fallos de la implementación son un proceso de evolución donde de manera continua el plan de acción y por ende la política, se modifican y se adaptan, creando una función de aprendizaje a partir de los errores, de esta forma, no definen como tal el fracaso de la política, sino las ineficiencias y las circunstancias adversas a esta etapa del proceso.

Para Grant (2009) “El fracaso del gobierno es un término que a menudo es usado, pero raramente definido” (Timothy Besley 2007, 45 citado en Grant 2009, 561). Por lo que a menudo se entiende al fracaso de la política como un subconjunto de fracaso del gobierno, así, por ejemplo, los fallos que pueda tener el gobierno, como la provisión subóptima de los bienes públicos, no necesariamente conducen al fracaso de la política pública. Es necesario comprender hasta qué punto un enfoque basado en un modelo derivado de la economía del bienestar, que predomina en la literatura sobre fallas del gobierno, puede ayudar a entender a entender el fracaso de una política pública.

Para Peters (2015), existen algunos tipos de fallas en el sector público (tabla 1) en las que se puede identificar las fuentes del problema, principales características, y posibles remedios o mejoras. A continuación se describen dichas fallas: i) fallos del Estado, que puede darse por ejemplo por pobreza extrema y que no puede ser solucionado con una política simple ya que puede significar incluso un diseño institucional; ii) fallos del gobierno, que Peters lo discute de dos formas, la primera (governance 1) se refiere a la incapacidad de proporcionar una dirección a la sociedad y la economía y la segunda (governance 2) se refiere a la incapacidad de los gobiernos de hacer políticas que aborden cuestiones específicas vinculadas a intereses

sociales y económicos específicos; iii) fallas de políticas que pueden analizarse principalmente por el no cumplimiento de los objetivos propuestos, sin embargo, también cuando un programa implementado, produce consecuencias negativas.

Además, Peters menciona que “incluso los estados fallidos pueden tener algunas políticas viables, y la falla de gobierno generalmente es independiente de la falla (o éxito) de políticas individuales” (Peters 2015, 264).

Tabla 1.1. Tipos de fallas del sector público

	Estado	Governance 1	Governance 2	Política
Fuente	Conflicto; pobreza	Política	Segmentación	Diseño
Características	Provisión alternativa	Inactividad	Múltiples programas y políticas	Resultados perversos
Fracaso mayor	Total	Bloqueo	Pobre coordinación	Inoperancia
Remedio	Estado	Cortesía	Colaboración	Diseño mejorado

Fuente: Peters 2015, 264

Cuando se habla de un fracaso o fallo de una política pública, se refiere por lo general a la verificación de uno (o más) de los siguientes fenómenos: i) falta de logro de objetivos, ii) resultados distributivos negativos; iii) resultados políticos/electorales negativos; y iv) falta de implementación efectiva. Se menciona que estos fenómenos no son mutuamente excluyentes, ya que la falla puede deberse a la ocurrencia simultánea de los mencionados fenómenos. y en muchos casos pueden tener múltiples modos de falla juntamente (Newman y Head 2017).

Para Lahera (2006) el definir un déficit de implementación implica observar la diferencia que existe entre lo propuesto inicialmente con la política y lo que se termina alcanzando, más allá de factores sobrevinientes o inesperados. Por su parte May considera que los fallos o fracasos pueden ser oportunidades para mejorar, por lo que menciona que “la existencia de una falla sirve como un disparador para considerar el rediseño de políticas y como una ocasión potencial para el aprendizaje de políticas” (May 1992, 341).

Además, se describe que la insatisfacción con el resultado de la aplicación de una política, sirve como un estímulo más fuerte para la búsqueda de nuevas alternativas; mientras que los éxitos de políticas brindan una base más sólida para el aprendizaje rastreándolo. Debe tenerse en cuenta que el fracaso de la política ocurre cuando los tomadores de decisiones concluyen

que la política actual ya no cumple con los objetivos políticos y programáticos que se consideraron.

La magnitud del fracaso de una política debería crear mayores presiones para que se ejecute el cambio; así por ejemplo los fracasos de políticas más visibles e inesperados son una depresión económica severa, hiperinflación o pérdida de una guerra, lo cual motivaría la búsqueda de una nueva política. Además, encontrar la respuesta al por qué ocurrió el fracaso en el pasado permite una explicación para proporcionar una nueva idea de política más exitosa en el futuro (Walsh 2006).

Howlett menciona que las fallas de implementación son el resultado de una falta de correspondencia entre las expectativas del gobierno y las condiciones reales de la política, a más de “la capacidad limitada de análisis de políticas” (Howlett 2009, 77), tanto de entidades gubernamentales como no gubernamentales; entendiéndose como las tareas de los actores relevantes que intervienen tanto en el diseño y la implementación de la política, como en la gestión del proceso de la política.

Howlett presenta tres factores que pueden determinar el éxito de la política: i) que los objetivos de la política sean coherentes; ii) que las preferencias de implementación, las herramientas de políticas y las calibraciones de dichas herramientas también sean consistentes; y, iii) que los objetivos de la política, las preferencias de implementación, los instrumentos de política y las calibraciones de herramientas sean también congruentes y convergentes (Howlett 2009).

Las implicaciones de un fallo de implementación residen en el extremo de un espectro de falta de éxito, donde el fracaso está marcado por un absoluto incumplimiento de los objetivos de la política, pero que, en realidad, incluso las políticas que se han conocido como completas fallas también producen pequeños y modestos éxitos en su implementación (McConnell 2015).

El fracaso puede presentarse de manera diferente en múltiples etapas a lo largo del ciclo de la política, pero el denominador común es que, el gobierno no puede hacer lo que se propuso, y la oposición es grande o no logra obtener el apoyo requerido (MacConnell 2015, 231).

Para McConnell (2015) la falla puede identificarse en tres ámbitos, i) en el fracaso del proceso de formulación de la política; ii) en distintos grados de incumplimiento de los programas diseñados; y iii) por la intervención de los gobiernos que al hacer política pueden moldear las políticas públicas; en estos tres ámbitos las fallas afectan a todos los sectores de la política, sin embargo, varían en tipo, magnitud e impacto.

Es decir, falla en el proceso, cuando los formuladores de políticas no logran configurar el tipo de política que esperaban, no logran obtener apoyo y se los consideran ilegítimos; de programa, no siempre las políticas son un fracaso total, puede haber aspectos mínimos de éxito, lo que implica distintos grados de incumplimiento con relación al alcance de los productos deseados, beneficio de los grupos destinatarios, eficiencia presupuestaria, o atraer poco o nulo apoyo para las metas y medios (instrumentos); y de política, relacionada con los costos políticos que afectan a los gobiernos, como “daños a la reputación, agendas fuera de control, daños a los valores centrales del gobierno y oposición a cualquier beneficio político que pueda persistir” (McConnell 2015, 236).

Según Newman y Head (2017) no existe una definición comúnmente aceptada sobre el denominado fracaso de la política pública, por lo que existe una necesidad apremiante de unificar y aclarar el discurso sobre el fracaso de las políticas para que se puedan realizar avances teóricos y prácticos. Por supuesto, dado el vasto potencial para la comprensión subjetiva de los resultados de las políticas, puede ser imposible producir criterios verdaderamente objetivos para determinar el éxito o el fracaso de las políticas públicas. No obstante, es posible identificar fallas particulares y no solo fallas en el contexto de una sola política o programa, de modo que los argumentos relacionados con fallas de política pueden ofrecer análisis más precisos y, por lo tanto, útiles.

En este sentido los autores mencionados consideran más productivo evitar afirmaciones generales de éxito o fracaso, y en su lugar establecer evaluaciones refinadas de las dimensiones separadas de una política y sus resultados. Cualquier marco que pretenda ayudar a determinar la falla de política no debe por lo tanto ayudar a diagnosticar las políticas "fallidas", sino a identificar qué aspectos de una política han fallado y explicar por qué se debe considerar que estos han sucedido. La clave es dividir el análisis en componentes separados para que no se confundan las diferentes formas de falla (Newman y Head 2017).

Una vez analizados los diferentes teóricos, sus posturas y definiciones respecto al fallo en la implementación de las políticas públicas, es necesario recordar que éstas, como cualquier otro objeto de conocimiento, han estado sometidas a múltiples intentos teóricos de explicación (Roth 2014), de ahí la importancia de analizarlas a través de un enfoque adecuado; por esta razón, en el siguiente apartado se presenta una descripción detallada del enfoque seleccionado, que es el de Redes de política pública.

Es preciso mencionar además que dicho enfoque permitirá en la presente investigación un análisis del fallo de la política de reducción de la muerte materna, pudiendo detectar las razones por las cuales ocurrieron estas brechas de implementación a través de las relaciones entre los actores y su influencia dentro de la red, y las diferentes ideas programáticas que intervienen. A continuación, se presenta las principales bases teóricas respecto al enfoque de redes de política pública.

Enfoque de Redes de política pública

En este apartado se muestran algunas definiciones teóricas con el fin introducir al lector lo que son las redes de política pública, para en un segundo momento presentar el modelo que se utiliza en la presente investigación. Así se menciona que, en principio los analistas de políticas no se encontraban interesados en teorizar los componentes dentro del sistema político, sino que se centraban en investigar el desarrollo del ciclo de la política pública.

En América por ejemplo el análisis de política pública recibió el aporte de ramas como la economía y la sociología. Luego los diferentes análisis de carácter empírico, crean una red de política en lugar de un sistema de autoridad al colocar en una posición mayor a los actores (Bogasson 2006). Posteriormente se desarrollan algunas nociones que evolucionaron hacia la teorización del enfoque de redes, por ejemplo, el Triángulo de Hierro, las Comunidades Políticas y las Redes de asuntos, que serán analizados de forma particular:

En este sentido, Freeman y Parris (1987) desarrolla nociones con respecto a los denominados “triángulos de hierro”. Este concepto nace para señalar una fuerte interrelación entre grupos de interés, el servicio civil que trabaja en áreas de política específicas y especialistas parlamentarios. El concepto de triángulos de hierro, enfatiza las relaciones íntimas entre comités o comisiones del poder legislativo, representantes de los grupos de interés y partes de

la burocracia. También subraya la naturaleza herméticamente organizada y estable de las relaciones entre los actores.

Se propone analizar a los actores, las organizaciones en la cuales se agrupan y su interacción en las redes, en la cuáles se desenvuelve la política e introducen algunos conceptos como los de redes temáticas y de comunidades de política (Hecló 1978).

Marsh y Rhodes (1992) Proponen un modelo en el cual se diferencian dos tipos de redes (tales como comunidades de redes y redes de asuntos), que implican diversos resultados de políticas.

Una comunidad política es una forma institucionalizada de relación, que favorece ciertos intereses y excluye otros. Una comunidad política puede involucrar instituciones formales (un comité consultivo) o informales (contacto informal día a día), así como un conjunto de creencias que albergan un acuerdo de las opciones políticas disponibles. De ahí que ciertos grupos y asuntos se excluyen a través de la estructura de la red (Marsh y Rhodes 1992).

En contra parte, las redes de asuntos carecen de contactos formalmente institucionalizados entre grupos y gobiernos. Son redes abiertas con un número amplio de participantes con contactos fluctuantes en cuanto a su intensidad y frecuencia, existiendo un consenso limitado en la naturaleza de los problemas y soluciones, así como poder desigual reflejado en la distribución y el acceso a los recursos. Las redes de asuntos se desarrollan generalmente en áreas nuevas donde ningún grupo tiene un dominio establecido o bien donde no existen instituciones establecidas que posibiliten la exclusión (Hecló 1978).

Autores como Jordan 1990; Marsh y Rhodes 1992; Waarden 1992; Kickert 1997; Rhodes 1997 y Marsh 1998 consideran que el proceso de elaboración de las políticas públicas tiene lugar dentro de una red de relaciones entre actores públicos y privados los cuales se caracterizan por su interdependencia. Esta particularidad llevó a acuñar el término de redes de políticas públicas.

Esta red de política es definida por Benson como “un complejo de organizaciones conectadas a las demás a través de la dependencia de recursos y distinguidas de las otras por rupturas en las estructuras de dependencia de recursos” (Benson 1982, 148), también “la red es el

conjunto de vínculos directos e indirectos definidos por relaciones mutuas de dependencia” (Scharpf 1978, 362).

Las redes de política son patrones más o menos estables de relaciones sociales entre actores interdependientes, que toman forma alrededor de los problemas y/o programas de política. Las redes de política forman el contexto en el que tiene lugar el proceso político” (Klijn 1998, 5). Puede entenderse que “la red de política es un concepto de nivel meso que se ocupa de explicar el comportamiento dentro de secciones específicas del Estado o de áreas específicas de la política pública” (Smith citado en Parsons 2007, 219).

Las redes de políticas públicas se pueden definir como patrones con cierta estabilidad de relaciones sociales entre actores interdependientes, que toman forma alrededor de los problemas y de las políticas. Por tanto, las redes de políticas públicas forman el contexto en el que tiene lugar el proceso político en el cual se encuentran involucrados los actores. Con el fin de analizar la relación entre el contexto y el proceso de formulación de las políticas, la ciencia política ensaya con este enfoque (Klijn 1998, 5).

Las redes de políticas como herramienta analítica son para Kennedy et al. (2008) formas específicas de gobernación. Los gobiernos recurren a la movilización de recursos de los actores políticos fuera de su control político favoreciendo la conformación de redes de políticas. Desde esta segunda perspectiva, se arguye que no es suficiente entender a las redes de políticas como escenarios de intermediación de intereses, sino que tienen características explicativas superiores a la mera descripción de las mismas y atributos personales de los actores involucrados. Es por ello, que cobran relevancia los patrones de vinculación entre los participantes de la red y las cualidades estructurales que facilitan manejar a las redes de políticas como categorías explicativas.

En contraposición se señala que las redes de la política metafóricamente caracterizan las relaciones de la sociedad con el gobierno, y las cuales son utilizadas a fin de analizar la elaboración de políticas públicas y su posterior desarrollo; las considera como un concepto genérico-descriptivo que desarrolla los tipos y características generales de relaciones e intereses entre actores públicos y privados en torno a las políticas públicas.

En esta misma línea Börzel (1997) considera que los intereses y recursos crean estados de interdependencia entre actores vinculándolos a una red de política en la cual pueden mediar sus intereses e intercambiar sus recursos. Sin embargo, los conceptos no tienen una capacidad explicativa en sí mismos. Más bien, los conceptos deben ser entendidos como una regularidad de eventos u objetos designados por la misma etiqueta.

Según Dowling (1995) los conceptos son conjuntos de significados, por ello diferentes conceptos de redes de política deben ser entendidos no más allá de su capacidad de designar regularidades de un flujo de actividades organizacionales que suceden en la formulación de las políticas.

Una vez que se han recorrido estas nociones, retomamos el problema de toma de decisiones en el proceso político y su consecuencia como fallo de la política pública, no sin dejar de reconocer las condiciones de desigualdad y dominación. Y es en este sentido que para Knoke (1993) las relaciones sociales difícilmente son concebibles, sin algún tipo de hegemonía provisional, sin exclusiones y desigualdades, sin antagonismos, debates y polémicas, sin conflictos y tensiones entre los actores en cuestión. “Las redes se asemejan más a ámbitos de relaciones de poder y cuyas estructuras son jerárquicas debido al estado asimétrico de la dependencia de recursos” (Sandstrom y Carlsson 2008).

Por tanto, en el estudio de las redes de política pública, éstas se asimilan como un conjunto de relaciones conflictivas y tensas. El denominador común de todas las manifestaciones de poder implica siempre la posibilidad para algunos individuos o grupos de actuar sobre otros. Se trata de dirigir la atención hacia la constitución del poder que, con los autores mencionados, es su carácter relacional, ya que para actuar sobre un tercero es necesario entrar en relación con él. De ahí que lo esencial del poder es su carácter de relación que no sea un atributo de los actores. Se trata de una relación situada, y por lo tanto contingente, tanto a los actores como a la estructura en la cual actúan (Crozier y Friedberg 1980).

Una vez conceptualizadas las redes de política pública como base del modelo de análisis del fallo en la implementación de la política pública de reducción acelerada de la muerte materna, a continuación, se explica de forma más detallada este patrón de análisis a implementar.

1.3 Redes de política pública

En esta investigación se utilizará el enfoque de Redes para comprender la influencia de actores estatales y no estatales a través del posicionamiento de sus ideas en el diseño de la política pública de reducción acelerada de la muerte materna, y por ende su influencia en el resultado que desencadenó en un fallo de implementación, siendo esto lo analizado. Con este enfoque se busca a través de los elementos explicativos de las redes evidenciar el poder de los actores y su capacidad para promover o limitar la entrada de nuevas ideas a la agenda pública.

En este sentido se presenta a continuación una explicación de cómo se abordan los métodos cualitativos y cuantitativos con este enfoque y que se van a utilizar en la presente investigación.

1.3.1 El modelo dialéctico

Marsh y Smith (2000) proponen el modelo dialéctico para superar el enfoque estructural de redes que Marsh y Rhodes desarrollan en 1992, que descuida las características de los actores, el contexto y los productos de la política. Se trata pues de un modelo de mesonivel que permite comprender el análisis micro del proceso de la política y se hace cargo igualmente del rol del gobierno y de la distribución del poder.

La estructura de las redes explica las relaciones de un limitado grupo de actores que se relacionan durante el proceso de formulación de la política pública. La estructura sigue siendo significativa porque ayuda a explicar las decisiones de la política a través de las creencias y discursos que los actores han definido en relación con la política. De este modo, las características de los actores no son simples atributos, sino características estructurales de la red de política (Marsh y Smith 2000).

Las redes de política son el resultado de comportamientos repetitivos, de la definición de roles y respuestas reflejando cómo se distribuye el poder en la resolución de las controversias. Son igualmente una trayectoria de los conflictos del pasado y de la cultura que se articula alrededor de los valores de los tomadores de decisión. Por ello, Marsh y Smith (2000) proponen a las redes de política como variables explicativas del proceso de formulación de políticas públicas.

El modelo dialéctico se aleja de otros modelos de redes que privilegian la agencia o la estructura y reconoce una relación simétrica y dialéctica entre estructura y agencia. En otras palabras, el modelo centra el análisis de las redes de política en la relación interactiva entre dos variables, donde cada una afecta a la otra dentro de un proceso continuo e iterativo (Marsh y Smith 2000). Al considerar a las redes de política como variables explicativas propone tres relaciones dialécticas para el análisis:

- Estructura y agencia
- Red y contexto
- Red y resultados de la política pública

Estructura y agencia: Las redes de política son portadoras de agencia que mantienen una visión del mundo que funciona como una limitación estructural derivada de una cultura común que condiciona la acción de los miembros de la red. Es por ello que es tan importante entender cómo los patrones de comportamiento se producen, reproducen y cambian dentro de la red porque las preferencias de los agentes y sus construcciones discursivas ayudan a generar los límites y las oportunidades que la estructura de la red ofrece, y al mismo tiempo, la estructura de la red condiciona estas preferencias y discursos. Es por ello que los agentes importan, pues son quienes negocian e interpretan estos límites y oportunidades desde las posiciones que ocupan dentro del contexto estructurado en que opera la red. Por, sobre todo, existe una necesidad de entender cómo los actores interpretan estas estructuras (Marsh y Smith 2000).

Red y contexto: De acuerdo al modelo dialéctico, las redes reflejan estructuras exógenas, de modo que la estructura de la red usualmente reproduce patrones más amplios de estructuras sociales más complejas como inequidad o exclusión, por ejemplo. Es por ello que las redes deben ser explicadas desde su origen, y no deben ser tomadas como estructuras dadas.

Marsh y Smith (2000) proponen que se debe estudiar cómo las redes están inscritas en otras divisiones estructurales, pues la estructura, el cambio de la red y los resultados de la política pueden ser parcialmente comprendidos a través de referencias exógenas, donde la autoridad política constituye la limitación externa más importante que la red tiene, figuras tales como ministros o presidentes cuentan con la capacidad para asumir el costo social, económico y político de interferir o fragmentar una comunidad de política, pero es muy poco frecuente que los miembros de la red ignoren las presiones políticas para el cambio de la red.

Cualquier cambio endógeno o exógeno afecta a los intereses, las relaciones y los recursos de los actores dentro de la red. Todos los cambios están mediados por la comprensión de los agentes y son interpretados dentro del contexto de estructuras, reglas, relaciones interpersonales y normas dentro de la red.

Red y resultados de la política pública: Los productos de la política reflejan una relación dialéctica entre la estructura de la red y sus interacciones, y no constituyen la simple suma de los efectos de las estructuras y sus agentes. Éstos afectan a las redes en la medida en que puede darse un cambio en la composición de la red o en el equilibrio de sus recursos. Los resultados de la política pueden además tener un efecto sobre la estructura social más amplia, lo que podría debilitar la posición de los intereses particulares en relación con la red.

Se provocan cambios en las acciones de los agentes a través de estrategias que les permitan alcanzar un mejor posicionamiento de sus intereses. Considerando que no existe un vínculo causal unidireccional entre redes y resultados, las redes a su vez pueden afectar los resultados de las políticas ya que constituyen la estructuración de los conflictos del pasado y el poder organizacional del presente. En este nivel, los aprendizajes estratégicos se convierten en un mecanismo de acción muy efectivo (Marsh y Smith 2000).

Resumiendo, el modelo dialéctico de redes de políticas destaca las tres relaciones dialécticas identificadas hasta la fecha. Más específicamente, reconoce que:

- El contexto estructural más amplio afecta tanto la estructura de la red como los recursos que los actores deben utilizar dentro de la red.
- La habilidad que un actor tiene que utilizar para negociar es un producto de su habilidad innata, y
- El proceso de aprendizaje a través del cual avanza.

1.3.2 Modelo ideacional

Para explicar de mejor forma la metodología que se abordará, se toma el planteamiento de Kisby (2007) que constituye un aporte al modelo dialéctico ya que intenta ser más explicativo, y por lo tanto introduce las ideas como factores causales o variables independientes en la relación. Es decir; en el modelo ideacional, la variable independiente son

las ideas programáticas, la variable intermedia es la red de la política y los resultados de la política constituye la variable dependiente.

Tabla 1.2. Modelo ideacional

Variable Independiente	Variable Intermedia	Variable dependiente
Ideas programáticas	Red de la política	Resultados de la política

Fuente: Kisby 2007, 85

Según Kisby (2007), la inclusión del enfoque ideacional en el modelo dialéctico hace referencia al concepto de “creencias programáticas” las cuales señalan que las ideas proveen el marco ideacional dentro del cual son formulados los programas de acción de los actores y que, por tanto, se constituye en un puente entre dichas visiones particulares del mundo y el plano operativo.

Para esta investigación el punto central del modelo ideacional se centra en explicar cómo las ideas son capaces de ejercer, por sí solas, influencia en las decisiones de política. Por lo que se pretende identificar los actores clave de la red de políticas, determinar las creencias programáticas que los motivan, demostrar que los miembros comparten esas ideas y, mostrar cuándo y cómo la red y las ideas que motivan a los actores influyen en la formulación de la política pública y su posterior fallo de implementación (Kisby 2007, 85).

Apoyándose en Majone (1989), Kisby (2007) argumenta que el conjunto de las ideas que poseen los tomadores de decisión permite crear respuestas concretas frente a los eventos de la política pública, y con ello facilitan la definición de alternativas conceptuales frente a los problemas de la política.

Incluso Toke y Marsh (2003) van más allá que Marsh y Smith (2000) y concluyen que los discursos dominantes pueden ser estudiados como estructuras ideacionales utilizadas para excluir explícitamente a aquellos que no tienen el mismo punto de vista.

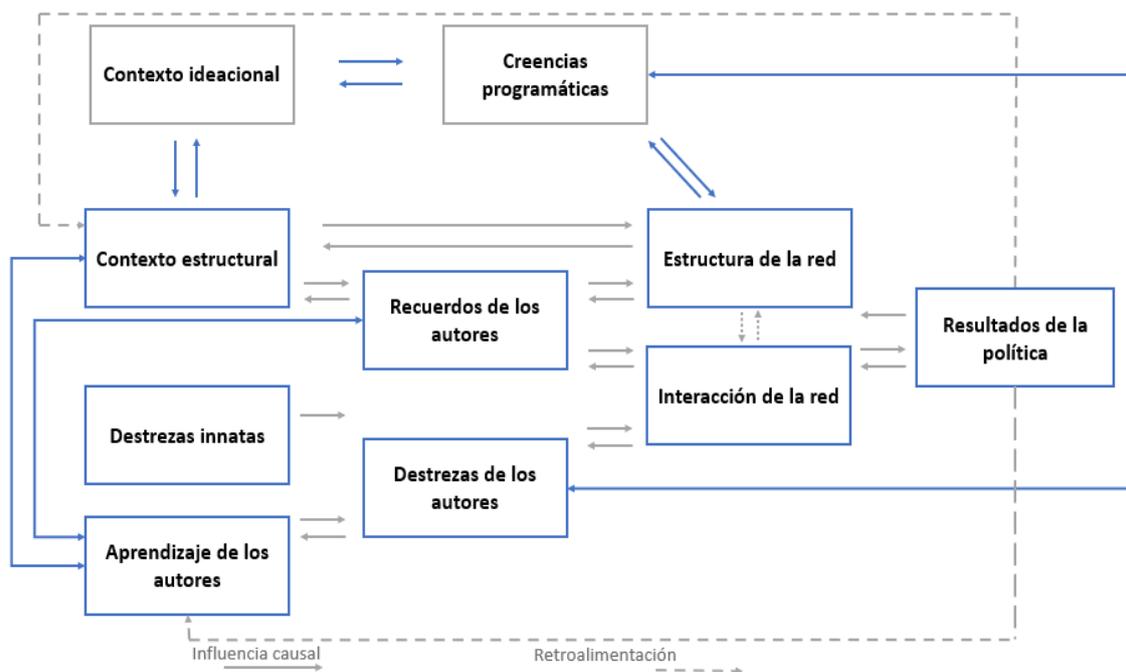
En general según Kisby (2007), las ideas son usualmente ignoradas porque es difícil estudiar el impacto de lo ideacional (Finlayson 2004; Yee 1996; Pierson 1993). Citando a Berman señala que los científicos políticos “prefieren estudiar cosas que pueden ser vistas, medidas y contadas, y las ideas parecen ser lo opuesto -vagas, amorfas y en constante evolución-” (Berman 1998,16 citado en Kisby 2007, 77). Sin embargo, Majone sostiene que el grupo de

ideas existentes moldea la respuesta de los tomadores de decisión a los eventos, al definir alternativas conceptuales entre las que pueden escoger.

La interacción de la red y la negociación refleja una combinación de los recursos, la habilidad del actor, la estructura de la red y la interacción política:

- La estructura de red es un reflejo del contexto estructural, los recursos del actor, la interacción de la red y el resultado de la política.
- El resultado de la política refleja la interacción entre la estructura de la red y la interacción de la red. Casi todas las relaciones son interactivas o dialécticas. Esto se refleja en el hecho de que las flechas son bidireccionales.

Gráfico 1.1. Redes de políticas y resultados de políticas



Fuente: Kisby 2007, 84

A continuación, se presenta de forma teórica cuales son los análisis que se realizarán desde el plano cualitativo y desde el plano cuantitativo, explicándose la posición epistemológica bajo la cual se presenta esta investigación, lo cual se enlaza con la metodología de Redes de Política pública que se aplica en el presente documento.

1.4 Metodología de la Investigación

1.4.1 Ontología – Epistemología

Para Hall (2003) la ontología se entiende como las premisas que van a explicar lo profundo de las estructuras causales en el mundo, permiten saber lo social y lo político, así como la naturaleza de las relaciones causales. Estas posturas implican para Marsh y Furlong (2010), la forma en que entendemos o percibimos el mundo, lo cual puede darse de tres maneras diferentes: esencialista, fundacionalista o anti fundacionalista.

Para Fontaine (2015) en la investigación de las políticas públicas existen preguntas de orden ontológico, es decir aquellas que conciernen a la naturaleza de lo real e informan sobre lo que hay de sustancial o de relativo en el mundo que nos rodea. A partir de estas preguntas se formulan algunas de orden epistemológico y teórico que dan cuenta de la manera de interpretar el mundo que nos rodea desde diversas disciplinas, y formulando hipótesis.

Frente a la pregunta de si existe o no un mundo real, dos posturas ontológicas son posibles: una esencialista que asume que el mundo se compone de objetos discretos cuyas propiedades son independientes del investigador, por lo tanto, existen verdades absolutas e incondicionales, y una anti-esencialista, que asume que las realidades son locales o particulares, las construcciones son elementos ontológicos de la realidad (Fontaine 2015).

Posiciones epistemológicas

Las posturas epistemológicas permiten a los investigadores definir el tipo de evidencia que se busca, los métodos que usará para encontrar, contrastar y analizar la información, las conclusiones a las que se van a llegar (Marsh y Smith 2001). Las posturas epistemológicas determinan las relaciones de las personas con el mundo así no se evidencien de forma sistemática o explícita, se entiende que las mismas son creencias (Fontaine 2015).

Dentro de las posturas epistemológicas se encuentran los positivistas que se adhieren al fundacionalismo por lo que consideran que el mundo real existe y es independiente del conocimiento que se tenga de él. Los interpretativistas se basan en una ontología antifundacional considerando que no existe una verdad objetiva y que el mundo se construye socialmente. Los realistas críticos se adhieren a la ontología antifundacional y buscan entender más no explicar el comportamiento centrándose en los efectos que las acciones tienen sobre los agentes (Marsh y Smith 2001; Hall 2003).

Según Jackson (2016) en el realismo crítico se comparan casos, pero no para aislar sino para individualizarlos y realizar narrativas sin predecir. El mundo es concebido como un sistema abierto y por eso es insuficiente quedarse en el dominio de lo empírico. Lo que puede ocurrir en un caso de estudio es un resultado complejo en el cual interactúan muchos elementos y donde, para el caso del mundo social, no tenemos manera de aislar lo que queremos investigar para determinar poderes causales.

El realismo crítico está posicionado entre el dualismo mente mundo y el transfactualismo, este último implica entender que la realidad está estratificada y que el conocimiento va más allá del dominio actual y empírico para ir hacia el real. La estrategia de investigación que se puede aplicar a partir de esta ontología es lo que se conoce como razonamiento abductivo, es decir, asociar fenómenos observables con sus posibles explicaciones causales (Jackson 2016).

Según Marsh y Smith (2001) los realistas críticos buscan relaciones causales, pero piensan que muchas relaciones importantes entre los fenómenos sociales no pueden ser observadas. Esto significa que pueden usar datos cuantitativos y cualitativos. Los datos cuantitativos solo serán apropiados para aquellas relaciones que sean directamente observables. En contraste, las relaciones no observables solo pueden establecerse indirectamente; es decir, se infieren de la teoría del investigador y otras relaciones observables.

Para los realistas críticos, la teoría es lo que utilizan para establecer qué relaciones sociales son observables e interpretar los resultados que encontramos y además el papel de la teoría en el realismo crítico permite contextualizar la conducta observable mediante el uso de la teoría para inferir las estructuras subyacentes de una situación social particular.

Se reconoce que, como investigadores que no son independientes del mundo social, las teorías contienen suposiciones normativas implícitas y explícitas, por lo que el objetivo que se persigue es el de desarrollar marcos analíticos que nos ayuden a interpretar el mundo complejo (Marsh y Smith 2001). Se hace énfasis en que no se puede mudar de epistemología como si se fuese a cambiar de prenda de vestir, porque debe ser una consolidación de la forma en que se percibe el mundo (Marsh y Furlong 2010).

1.4.2 Variables que intervienen en la investigación

Según Rodríguez y Valldeoriola (2002) se pueden identificar tres tipos de variables en las hipótesis causales, es decir aquellas que plantean relación entre efectos y causas, dichas variables son: independientes, dependientes e intervinientes. Estos tipos de variables pueden estar presentes en hipótesis correlacionales cuando se explica la correlación.

Variable independiente: se refiere a todo aquel aspecto, hecho, situación, rasgo, etc., que se considera la “causa de” una relación entre variables. Variable dependiente: es el resultado o efecto producido por la acción de la variable independiente. Variable interviniente: son los aspectos, hechos y situaciones del medio ambiente, las características del sujeto/objeto de la investigación, el método de investigación, etc. Que están presentes o intervienen (de manera positiva o negativa) en el proceso de la interrelación de las variables dependientes e independientes (Rodríguez y Valldeoriola 2002).

Para el caso específico de esta investigación se ha tomado como variable dependiente a la falla en la implementación de la política pública, como variable independiente a las ideas programáticas y como variable interviniente o intermedia a la red de la política pública.

En tal sentido, lo que se busca es explicar el fallo de la política pública de la Mortalidad Materna a través de las ideas programáticas que se tomaron desde el gobierno del presidente Rafael Correa en las cuales no se tuvieron en cuenta aquellas ideas estabilizadas a nivel internacional, y finalmente cómo se estructuraron las redes de política pública y cuál fue su intervención o influencia en la variable dependiente o independiente.

Tabla 1.3. Hipótesis según el modelo ideacional

Variable Independiente	Variable Intermedia	Variable dependiente
Ideas programáticas del gobierno del presidente Rafael Correa.	Red de la política de reducción de la muerte materna.	Falla en la implementación de la política pública.

Fuente: Kisby 2007

1.4.3 Tipo de investigación

El presente trabajo investigativo usa una aplicación metodológica mixta que permite generalizar las conclusiones en cuanto a algunos temas con la aplicación de métodos

cuantitativos, y ganar en profundidad respecto al tema específico de estudio con el uso del método cualitativo.

Se denominan métodos cuantitativos porque generalmente se valen de números para analizarlos estadísticamente y también describir muestras tomadas de la población. En contraposición, comenzaron a aparecer técnicas de recolección y análisis de información llamados métodos cualitativos, para hacer referencia al registro de información escrita, en fotografía o grabaciones, no manejada estadísticamente, entre las que se incluye el análisis de contenido cualitativo, los distintos tipos de entrevista: los grupos focales, las entrevistas en profundidad, la etnografía, la Investigación Acción Participativa (IAP), etc., en donde se mezclan muchas veces la estrategia investigativa general con las técnicas de recolección de información (Páramo 2011).

Según Páramo (2011), decidir por una estrategia o técnica de investigación cuantitativa o cualitativa, o una combinación de las dos, es una decisión pragmática que se toma según la conveniencia de un método particular, para una circunstancia también particular. Las estrategias de investigación alternativas (Páramo y Otálvaro 2006) deben ser valoradas de acuerdo con su conveniencia para los propósitos del estudio que se emprenda.

En función de lo citado, la presente investigación se realizará desde una posición realista crítica, en la que se aplicará un método mixto, es decir que se apoyará desde una metodología que combine lo cualitativo y cuantitativo para el análisis de los resultados obtenidos a partir del enfoque de redes, comunidades de política e ideas programáticas.

Características de la investigación cualitativa y su uso en la investigación social

Una tarea fundamental en cualquier proyecto de investigación es definir el universo de casos. Idealmente, hay una interacción cercana entre la comprensión del investigador de este universo y las elecciones sobre la teoría que guía el estudio, las hipótesis específicas a ser investigadas, el enfoque de medición que se adopta y la selección de casos para el análisis. A medida que los investigadores establecen el ajuste entre sus hipótesis / modelos y el universo de casos, una preocupación estándar es que, a través del conjunto de casos, los criterios de homogeneidad causal e independencia condicional deben reunirse (Munck 2004).

Los investigadores cualitativos tienen varias herramientas para abordar estos dos problemas, evaluar el supuesto de homogeneidad causal en relación con un conjunto dado de casos y un modelo explicativo particular. Los investigadores cualitativos pueden convertir esta suposición en una hipótesis inicial a ser investigada en el curso de la investigación. Aunque los analistas cualitativos tienen muchos procedimientos para evaluar la homogeneidad causal, tres merecen atención especial y a continuación se detallan (Munck 2004).

Primero, los investigadores a menudo usan conocimiento cercano del contexto cultural, histórico y político para evaluar si los procesos causales identificados en la hipótesis tienen la misma forma e importancia en los diversos casos (Munck 2004).

En segundo lugar, los investigadores cualitativos pueden tratar de lograr la homogeneidad causal considerando los diversos factores que podrían producir heterogeneidad y a través de la conceptualización de variables adicionales para ser incluidas en el análisis. Si, en el transcurso del análisis, estas variables no son importantes, se descartan; de lo contrario, en última instancia, forman parte de la explicación sustantiva producida por el estudio. La coyuntura crítica puede entenderse como un evento que explica la posterior heterogeneidad causal (Munck 2004).

En tercer lugar, los investigadores cualitativos evalúan la homogeneidad causal mediante la aplicación de diferentes formas de análisis dentro del caso. Examinan evidencia detallada sobre el proceso causal que produjo el resultado de preocupación. Si la evidencia sugiere que un mecanismo similar produjo o evitó el resultado en cada caso, esto constituye evidencia de homogeneidad causal (Munck 2004).

Características de la investigación cuantitativa y su uso en la investigación social

Debido a que este tipo de investigación favorece el estudio de las características generales presentes en muchos casos, es especialmente adecuada para varios de los fines básicos de la investigación social. Entre estos están los fines de identificar patrones y relaciones generales, comprobar las teorías y realizar predicciones. Estos tres fines requieren el examen de muchos casos, y de cuantos más, mejor, y favorecen un diálogo entre las ideas y las pruebas empíricas que se centra en cómo los atributos de los casos (variables) están vinculados entre sí (Ragin 2007).

La investigación social trata de identificar relaciones generales. Para que una relación sea general, debe ser observarse en muchos casos, pero en la investigación cuantitativa ello no significa que deba observarse el mismo fenómeno exacto en todos y cada uno de los casos, sino la observación de una asociación entre dos o más fenómenos que estén presente en muchos casos (Ragin 2007).

Para Ragin (2007) El hecho de que se identifiquen los patrones y relaciones generales es importante ya que ofrece claves sobre la causalidad. Obviamente, no es cierto que, si dos variables aparecen relacionadas en muchos casos, una de ellas sea necesariamente causa de la otra. Sin embargo, cuando las variables se relacionan de manera sistemática, es importante considerar la posibilidad de que una pueda ser la causa de la otra. También puede ser que dos variables correlacionadas sean ambas, efectos de una tercera variable no identificada.

Según Ragin (2007) por lo general, los investigadores sociales cuantitativos hacen equivalente la causalidad a la explicación. Una vez que se han identificado las causas de un fenómeno, ya se ha explicado. La secuencia normal es:

- a. Se identifica un patrón de covariación y se evalúa la fuerza de la correlación;
- b. Se puede inferir la existencia de causalidad de esa correlación y, si ello es así,
- c. Se construye una explicación a partir de la relación causal inferida.

Otra forma de comprender esto es decir simplemente que los investigadores sociales cuantitativos construyen imágenes mediante el examen de los patrones de covariación entre variables y que infieren la causalidad de estos patrones amplios (Ragin 2007).

Características desde lo cualitativo

En las metodologías cualitativas para esta investigación en particular, es necesario medir la validez interna y externa, la primera mide si la acción de las variables independientes (ideas programáticas) o los tratamientos producen los efectos de la variable dependiente (fallo en la implementación de la política pública), y la segunda es la capacidad de demostrar que la variable independiente fue la que produjo los cambios en la variable dependiente.

Estos tipos de validez se establecen desde la identificación de un estudio de caso en el cual se identifican la “calidad del diseño: (a) validez de constructo, (b) validez interna (para casos de estudio explicativos o causales solamente), (c) validez externa, y (d) confiabilidad” (Yin

2014, 19). Todos permiten la cohesión de la información obtenida y una adecuada ruta metodológica para el procesamiento de los datos obtenidos a partir de una adecuada hipótesis que responda a la pregunta y la capacidad de contrastar los resultados de la investigación con otras investigaciones.

El proceso de la investigación Cuantitativa

Cuando los investigadores comprueben teorías, deben tener mucha precaución con la manera en que lo realizan de manera que no contaminen sus resultados antes de empezar. La naturaleza más estructurada de la investigación cuantitativa se deriva también de su énfasis en las variables, que son los ladrillos con los cuales los investigadores cuantitativos construyen sus imágenes. Pero antes de que los investigadores tengan variables que puedan conectar mediante correlaciones, deben ser capaces de especificar que sus casos son miembros de un conjunto existente, y deben ser capaces también de especificar qué aspectos de sus casos son relevantes para ser examinados como variables (Ragin 2007).

Método Cuantitativo – Algebra matricial/teoría de grafos

La teoría de grafos ha sido muy útil para el análisis de redes porque: 1) tiene un vocabulario que puede ser utilizado para analizar muchas propiedades de las estructuras sociales; 2) ofrece las operaciones matemáticas por las cuales esas propiedades pueden analizarse y medirse; y 3) nos permite probar teoremas sobre los grafos y, por tanto, deducir y someter a test determinados enunciados (Sánz 2003).

Razón por la cual, para el caso de la política investigada, se aplicarán los grafos como herramienta visual para entender las relaciones de los actores que intervienen, pero además proporcionarán resultados matemáticos que comprueben a través de parámetros, los actores clave, las relaciones y su importancia dentro de las redes estudiadas.

Características de la red desde lo cuantitativo

Según Sánz (2003) en el análisis de redes se han desarrollado un gran número de medidas para caracterizar y comparar las estructuras de las redes y las posiciones dentro de ellas. Dependiendo de qué determine la diferencia en la estructura de oportunidades, el análisis puede focalizarse en las diferencias de centralidad, en los clusters fuertemente conectados, en las posiciones que son estructuralmente equivalentes, o en posiciones únicas.

Otras medidas permiten la comparación de las estructuras de red en conjunto, por ejemplo, la investigación de su efectividad para el logro de metas. Adicionalmente, hay modelos estadísticos de red que pueden usarse para la estimación de parámetros o para testar los efectos de red de diversas estructuras de incentivos. En este sentido se presentan las siguientes propiedades de la red y la posición entre actores:

Medidas de la centralidad de los actores en la red

Grado: número de los actores a los cuales un actor está directamente unido o es adyacente

$$CD(n_i) = \sum_j X_{ij}$$

Centralidad/Proximidad: refiere a la propiedad por la cual un actor puede tener relaciones con otros actores, pero a través de un pequeño número de pasos en la red.

$$D_{i+} = \sum_{j=1}^n D_{ij}$$

Centralidad/Mediación: mide el nivel en que otros actores deben pasar a través de un actor focal para comunicarse con el resto de los actores. La mediación sintetiza, por su parte, el control que cada uno de los actores tiene de los flujos relacionales en el conjunto de la red.

$$C_B(K) = \frac{2 \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n (g_{ij}(k)/g_{ij})}{n^2 - 3n + 2}$$

Medidas generales de la estructura de la red

Densidad del grafo: número de vínculos que se establecen entre los nodos con relación a un número máximo que pudiera establecerse si todos los actores estuvieran conectados directamente por una línea con todos los demás.

$$den = 2L/n(n - 1)$$

Unipolaridad: indica el valor del grado del actor más central en relación al máximo de centralidad posible que podría tener ese actor.

$$U = D/(n - 1)$$

Integración: se obtiene como proporción entre la suma del grado de todos los actores de un grafo, y la suma si todos los actores tuvieran el mayor posible

$$I = \sum \frac{d}{((n) * n - 1)}$$

Centralización: El valor de la centralización es la proporción entre la suma de las diferencias del grado de todos los puntos (d) con el valor bruto de Unipolaridad (mayor grado del grafo, D),

$$C = \sum \frac{(D - d)}{(n - 1) * (n - 2)}$$

1.4.4 Selección de casos

En la muestra de una investigación, la selección de casos suele ser atravesada por características aleatorias. En las investigaciones de estudio de caso, la muestra se vuelve pequeña, y la selección aleatoria se vuelve problemática por la varianza entre uno y otro. Los análisis cruzados de casos y las investigaciones de estudio de casos requieren: identificar casos representativos y mostrar varianza sobre las dimensiones teóricas de interés. Conforme a esto, según Gerring (2007) se plantean nueve técnicas de selección de casos:

- Caso típico: se selecciona el caso que es representativo, entre una serie de casos, y ejemplifica lo que se considera como características típicas para entender un fenómeno. Se escoge un caso a partir de las características descriptivas y se prueba la relación causal. Cuando los criterios de selección sean multidimensionales y existan en un amplio número de casos, ciertos factores de análisis permiten identificar el caso más típico.
- Técnica de Casos cruzados: en ciertas ocasiones se evalúa más de un factor causal o incluso factores de control, lo que requiere un análisis cruzado de casos para identificar aquellos que son típicos. La relación entre variables puede se puede expresar

matemáticamente en una función que muestre las ideas centrales de la relación causal (tipicidad). Entre los casos que cumplan con la función de tipicidad, se puede seleccionar aquel que mejor ejemplifica la relación causal (Gerring 2007).

- **Caso diverso:** El objetivo es alcanzar la mayor variación posible entre las dimensiones relevantes. Esta técnica requiere la selección de una serie de casos (al menos dos) que representen todo el rango de valores que toman las variables y su relación. Se asume que, al considerar múltiples variables, el análisis de caso diverso evidencia las diferentes combinaciones de variables que pueden tener efectos de distintos tipos.

Técnica de Casos Cruzados: cuando la diversidad se refiere a las combinaciones particulares de variables, esta se convierte en una versión estratificada de muestreo aleatorio. El método se centra en establecer relaciones que se suponen que existen y se establecen en el caso de cada grupo. Las consideraciones de diversidad y tipicidad se juntas (Gerring 2007).

- **Caso Radical:** se selecciona un caso porque es extremadamente representante de la variable dependiente o independiente. Corresponde a un caso que se considera como un prototipo de un fenómeno de interés y que se trata de una manera ideal.

Técnica de Casos Cruzados: para definir la radicalidad del caso, Se establece el promedio de la muestra y la desviación estándar de esa muestra. Se refiere a una gran muestra que permite el análisis de antecedentes y un alto grado de varianza (Gerring 2007).

- **Caso Desviado:** se selecciona los casos que hacen referencia a la comprensión general de un tema y demuestra un valor distinto. Se escogen los casos que, por referencia de una relación general de caso cruzado, demuestra un valor extraño y que son pobremente explicados por el modelo multivariable. El objetivo del estudio de este caso es el probar que existen nuevas explicaciones.

Técnica de Casos Cruzados: es el sentido de la selección típica del caso, el caso deseado se encuentra lo más alejado posible de la predicción (Gerring 2007).

- **Caso Influyente:** en ocasiones, la selección de casos se encuentra motivada por la necesidad de verificar la hipótesis general de un modelo de relación causal. El caso influyente aparece para invalidar la teoría o para generar duda sobre esta. Una versión simple del análisis de caso de influencia incluye la confirmación de casos claves para calificar algunas dimensiones críticas. A pesar de la semejanza en el caso desviado, el caso influyente surge con la intención de confirmar el modelo general.

Técnica de Casos Cruzados: en este caso, no se trata de un valor distinto en la variable dependiente, cambiará de forma determinante el resultado esperado (matriz sombrero, distancia de cocinero). Se limita a los casos en que el investigador tiene dudas sobre los resultados orientados a un caso o a varios (Gerring 2007).

- **Caso Crucial:** es la técnica más estudiada y más controvertida. La determinación de un caso es crucial de una forma débil cuando, es más, o menos, semejante para cumplir con la predicción teórica. De esta forma un caso crucial puede ser calificado de dos formas: Caso Crucial Conforme (menos semejante) y Caso Crucial Inconforme (más semejante).
- **Caso de Sendero (rastros):** Cuando se trata de una hipótesis, se puede ver, y se ha confirmado con el análisis del caso cruzado, el enfoque de la investigación debe centrarse en un factor aislado que otros posibles factores confusos. El caso de Sendero se basa en el análisis de caso cruzado (Gerring 2007).
- **Más semejante:** se sustenta en, al menos, dos casos y en este caso se escoge por sus similitudes en todos los aspectos, excepto en las variables de interés. Son casos que difieren en los resultados teóricos de interés pero que son semejantes en varios factores que contribuyen a estos resultados. Esta es una forma de selección común para la etapa inicial de investigación, permite iniciar con la preparación del proceso y a medida que la investigación avance se establece un análisis confirmatorio.
- **Más diferente:** Una diferencia de la técnica anterior, es que la variación en las variables independientes es importante, mientras que se evitan las diferencias en los resultados. Se buscan casos que sean lo más diferentes posibles, por lo que se busca identificar casos en los que una sola variable de independiente, corresponde a la variable dependiente, mientras que todos los demás factores plausibles tienen valores diferentes (Gerring 2007).

Una vez analizadas y repasadas todas las técnicas de selección de casos, se identifica para esta investigación el tipo radical, ya que para el Ecuador el analizar el fallo de la política pública de reducción de la muerte materna, es de mucho interés dado que lo que se intenta es responder el por qué habiendo un camino trazado internacionalmente para combatirla, desde el país se optó por implementar otra opción, dando como resultado la variable dependiente que es el fallo en la implementación.

Debe tenerse en cuenta que la muerte materna tiene un impacto muy grande en las relaciones de la sociedad desde la madre ausente para el bebé y los efectos de su omisión en sus relaciones sociales, por ello también es una investigación radical ya que se enfoca en uno de los elementos base de la sociedad, la futura madre que ya no podrá cumplir con su rol porque desde el Estado no se implementaron las medidas que ya reconocían un éxito en la reducción de las muertes.

Además, este tipo de selección de casos se combina con el modelo de análisis de redes ya que al analizar las ideas, los actores, intereses y sus correspondientes interacciones se podrá conocer las alianzas y las entidades que influyeron más en la toma de decisiones de la política pública de reducción acelerada de la muerte materna, y que al final terminó dando como resultado que no se cumplan los objetivos que se habían trazado inicialmente para dicha política.

1.4.5 Dilemas de aumentar el número de observaciones

Un consejo recurrente con respecto a la selección de casos es aumentar o agregar nuevas observaciones más allá de las estudiadas previamente. Este procedimiento es recomendado repetidamente y es extensamente discutido en tratamientos de metodología cuantitativa. Los investigadores cualitativos aumentan el número de observaciones extraídos de los casos que ya se están analizando como una práctica estándar entre investigadores cualitativos.

A continuación, en el capítulo dos, se presenta una revisión sintetizada del estado del arte temático, lo cual servirá como antesala para la revisión del contexto de las redes de la política pública que es objeto de esta investigación.

Capítulo 2

Redes y contexto

El objetivo de este capítulo es analizar los actores, ideas programáticas e instrumentos de política pública elaborados previo al gobierno de Rafael Correa, que implica una propuesta de ruptura en comparación con las abordadas en el gobierno anterior, lo cual se realizará a través de la descripción del contexto histórico de las políticas de Mortalidad Materna en el mundo y de manera particular en Ecuador previo al período de estudio. Investigar sobre la estabilización de las ideas programáticas en el país y conocer a los actores que influyeron en las políticas aplicadas previamente para reducir la mortalidad materna de forma directa y también aquellas que se relacionan y aportan a su cumplimiento. Lo importante es entender las relaciones, los actores y las ideas que forman parte de la temática en el momento previo al periodo de estudio, lo que permitirá adentrarse en el siguiente capítulo de una forma más precisa y conociendo un poco más el fenómeno que se investiga.

En la primera sección de este capítulo se muestra una investigación de forma global/mundial de lo que ocurre respecto a la mortalidad materna, contextualizando el problema, desde que se vuelve una preocupación de los gobiernos; posteriormente se exponen de forma descriptiva las características, determinantes y causas de la mortalidad materna y su estado a nivel mundial.

Se mencionan los Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS como el impuso para que los países se comprometan en mejorar los indicadores y cumplir las metas trazadas; luego de esto se centra el análisis un poco más en los países de la región y se realiza una revisión de las políticas públicas, planes y programas que se han implementado para mejorar la mortalidad materna en estos países, lo que sirve además como insumo en la selección del caso de estudio dadas sus características.

En la segunda sección se habla de forma específica del Ecuador y sus esfuerzos en el contexto de la política de reducción de la muerte materna; los actores que intervinieron a lo largo de la historia en el país, los organismos internacionales y su papel; además de las ideas programáticas que lograron implantarse. Se presenta el gráfico la red usando el software de Gephi, considerando

los tipos de actores, a las “ideas programáticas” que comparten y que les permite asociarse, formando sub redes. Finalmente, al ser un estudio mixto, se realiza un análisis de las medidas de la red y usando el modelo dialectico (red y contexto) de redes de política de Marsh y Smith (2000) se analiza de qué manera se ha modificado la política en el contexto.

2.1 Estado del arte temático

Allan Rosenfield y Deborah Maine en 1985, mostraron por primera vez a nivel mundial, a la mortalidad maternal como un problema que debía ser atendido a través de políticas públicas enfocadas en esta población mediante su publicación denominada “Mortalidad materna- una tragedia y descuido - ¿dónde está la M en MCH?” en cuyo título se hace una denuncia a tomar en cuenta también a las madres en temas de salud materna e infantil.

Los autores intentan con su estudio, estimular a aquellos preocupados por la salud internacional, los médicos y responsables políticos en países en desarrollo, para reducir la mortalidad materna y ubicarlas dentro de sus prioridades, ya que esto no era considerado un tema muy importante en esa época como para ser incorporado en las agendas públicas.

En resumen, en dicho estudio se hace un llamado de atención a que los presupuestos de la salud estén mejor enfocados, ya que en países pobres se destina más presupuesto al área urbana que al área rural, que es en dónde se encuentra más concentrada la muerte materna y estos problemas son atendidos por una pequeña minoría de médicos y con menos recursos económicos, lo que amplía más las desigualdades; además se reconoce que los problemas recurrentes o las principales causas de la muerte materna en hospitales se da por hemorragia, eclampsia, etc. (Rosenfield y Maine 1985).

Se concluye que la mejora en la atención materna influye en desarrollo de los países y se constituye una inversión a largo plazo que requerirá la planificación de la salud para proporcionar las instalaciones, personal y suministros necesarios y así lograr que se pueda solucionar este problema que afronta la sociedad (Rosenfield y Maine 1985).

Por su parte algunos organismos internacionales han emitido recomendaciones y formulados programas para lograr la disminución de la mortalidad materna e infantil en el mundo; dados los determinantes de la mortalidad se han tomado varias acciones desde 1990, UNFPA por ejemplo promovió programas de planificación familiar y políticas de población para fines demográficos y de salud materno infantil; la OMS/OPS se centró en la promoción de la atención primaria de salud en general. El Banco Mundial por su parte ha sido un líder en la descripción de las formas en las que el crecimiento poblacional dificulta el desarrollo socioeconómico, por lo que sostiene a partir del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se puede reducir la mortalidad materna.

Como se mencionó en 1985, Rosenfield y Maine empezaron a analizar lo que se denominaba mortalidad materno-infantil. Sin embargo, más de tres décadas después, la mortalidad materna sigue siendo uno de los peores indicadores de salud, especialmente en los países con menos ingresos; razón por la cual han existido varios foros internacionales en los cuales se han buscado pronunciamientos y compromisos desde los países; como por ejemplo: en la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo, celebrada en Nairobi (Kenia) en 1987, la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, celebrada en El Cairo (Egipto) en 1994, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing (China) en 1995 y la Cumbre del Milenio (2000) (OMS 2001).

Según la OMS (2001), en América Latina y el Caribe (ALC), se registraron alrededor de 9.500 muertes maternas, lo que según el principal indicador que lo mide (Razón de mortalidad materna); representa una razón de mortalidad materna (RMM) de 88,9 por 100 mil nacidos vivos. Existen nueve países: Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname que tienen un valor mayor al promedio de la región y la principal característica es que estas muertes ocurren en el momento del parto y en las primeras horas del puerperio.

Razón por la cual la OMS/OPS desarrollaron en el año 2012 el “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave” el cual buscaba entre el 2012 y el 2017 en América Latina: i) aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en las

mujeres en edad fecunda, haciendo énfasis en el grupo de adolescentes; ii) contar con servicios de atención materna de calidad dentro de los sistemas integrados de servicios de salud; iii) aumentar el número de recursos humanos calificados para la atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud; iv) fortalecer los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal y las estadísticas vitales en el marco de los sistemas de información y estadísticas vitales (OMS/OPS 2012).

Los puntos mencionados, para efectos de la presente investigación, serán considerados como las principales ideas programáticas que se estabilizan a nivel internacional y que pretenden permear en las políticas de cada país.

Desde 1998 y de la mano de OPS se creó el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR), el cual promueve la colaboración y sinergia entre los gobiernos de los países y agencias de naciones unidas, para aplicar políticas y poner en marcha programas de reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe, fortaleciendo la capacidad de los ministerios de salud para implementar sistemas de vigilancia de la mortalidad materna y neonatal (GTR 2017).

En 2003, gracias al impulso y trabajo del GTR se logró firmar el “Consenso estratégico interagencial para la reducción de la morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe”. Ese documento, que fue avalado por los gobiernos de la región, contiene el consenso, con base en la evidencia disponible para ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad maternas durante el período 2004-2014” (GTR 2017, 5).

2.1.1 La mortalidad materna y sus causas

Es a partir de 1990, el año de referencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuando se empieza a concientizar al mundo sobre la importancia de mejorar los indicadores de mortalidad materna, y es el momento en el cual se inicia la preocupación de los gobiernos por desarrollar políticas públicas que permitan mejorar estos indicadores, en este sentido según lo presenta la UNICEF con datos del banco Mundial:

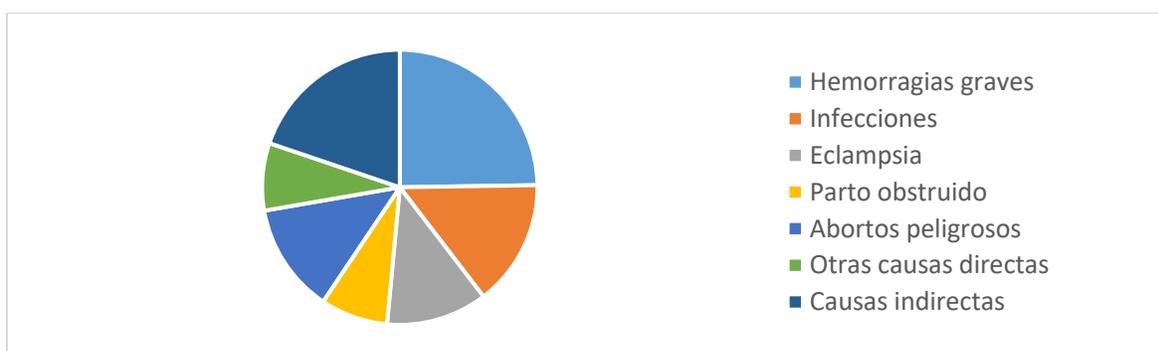
Alrededor de 10 millones de personas han muerto debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, y alrededor de 4 millones de recién nacidos han muerto todos los años durante los primeros 28 días de su vida (UNICEF 2009)

<https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>

Es importante mencionar que la mortalidad materna es uno de los indicadores de salud que revelan de manera más evidente las inequidades de la población, por lo que pese a que mundialmente se ha acordado que la buena nutrición; el tratamiento oportuno durante el embarazo de enfermedades crónicas como anemia, diabetes, VIH, Tuberculosis y Malaria; tener más y mejores asistentes de salud calificados y una mayor atención obstétrica de emergencia oportunas pueden aportar a un mejoramiento del problema, persisten altos valores de mortalidad (Berer 2007).

Por su parte para la OMS (2005), existen numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

Gráfico 2.1. Causas de mortalidad materna



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005

Además, existen otra serie de factores indirectos, relacionados con la mortalidad y la morbilidad materna, por ejemplo la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados y la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, instalaciones de salud medioambiental deficientes, servicios de atención sanitaria básica inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal. Existen también factores básicos, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género, que exacerbaban tanto las causas directas como las causas subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal (UNICEF 2009, UNICEF 2018).

En función de lo descrito es importante reconocer que el analizar a través de los datos que los indicadores proporcionan, permite analizar y tratar pormenorizadamente para inferir en un estudio; es así que se puede decir que un país que parte de un nivel alto de mortalidad, tiene mayores posibilidades de lograr la reducción de sus tasas que aquel que presenta niveles bajos. Esto se debe a que cuanto más alta es la tasa de mortalidad, mayor es la prevalencia de las defunciones por causas evitables, las que pueden ser reducidas a un costo inferior –en términos económicos y de políticas públicas-, con respecto a las defunciones difícilmente reducibles, que son las que prevalecen cuando el nivel de mortalidad es bajo y que no se consideran evitables (Santillán et al. 2011).

2.1.2 Formulación científica de la política pública de mortalidad materna

Desde la creación del GTR, su labor se ha desarrollado en torno a los siguientes objetivos:

- i) generar compromisos políticos de alto nivel para la implementación de prácticas en salud materna eficaces y eficientes;
- ii) movilizar financiamiento global y nacional para la implementación de programas de salud materna sustentables;
- iii) promover el monitoreo de estrategias conjuntas para la reducción de las muertes maternas en la región;
- iv) dar visibilidad al problema de la morbilidad y mortalidad maternas a través de acciones de incidencia en plataformas globales, regionales y nacionales;
- v) disseminar conocimientos, buenas prácticas y lecciones aprendidas de la región en el campo de la salud materna. Lo cual crea la oportunidad de

formular políticas públicas entorno a lo que propone el grupo a nivel regional, y que se apalanca con los objetivos de desarrollo del Milenio y los de Desarrollo Sostenible (GTR 2017, 10).

Objetivos de Desarrollo del Milenio

En septiembre de 2000, luego del desarrollo de algunas conferencias y cumbres de las Naciones Unidas con la participación de países de todo el mundo, los líderes mundiales se reunieron en la sede en Nueva York para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas; en la cual se acordaba, en un plazo de quince años, cumplir con los ocho objetivos y sus respectivas metas, estos serían conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (PNUD 2000).

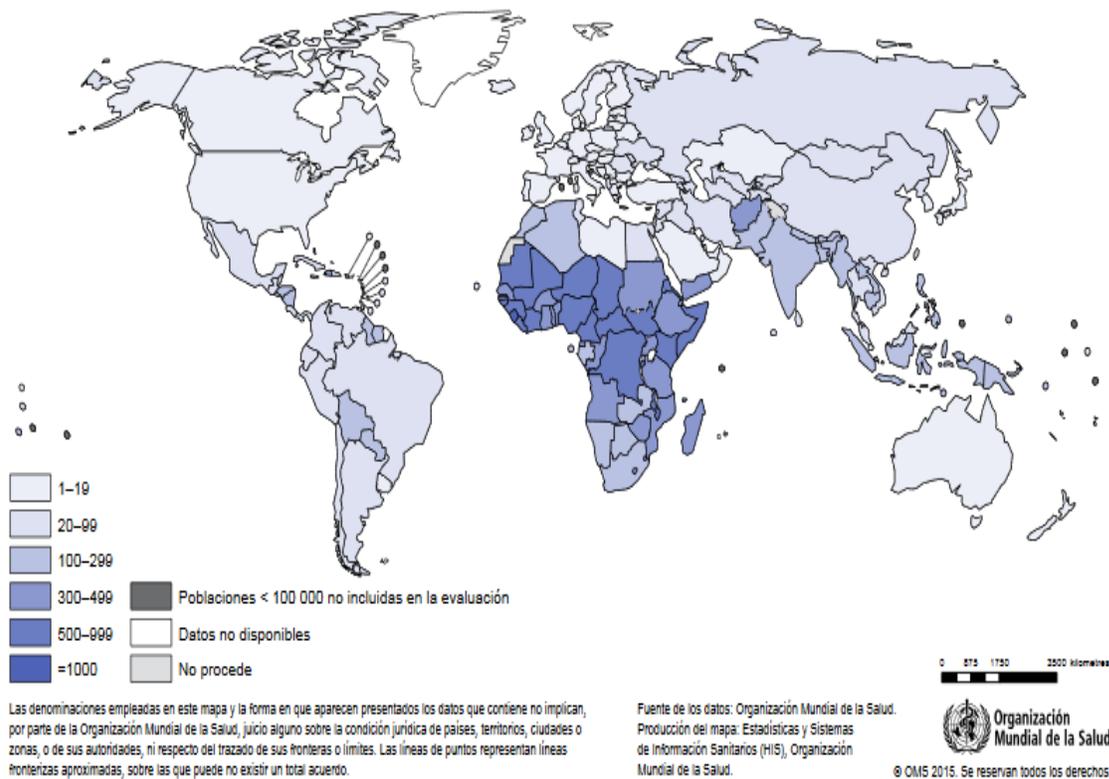
El objetivo que atañe a la presente investigación es el número 5 “Mejorar la salud materna”, el cual consiste en mejorar la salud materna, y para ello se esperaba conseguir dos metas: i) reducir la RMM en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y ii) lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015.

Estas metas no se consiguieron del todo, según las estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA y otras; entre el 1990 y 2015 que era el plazo para cumplirlas se realizaron algunas cumbres para comprometer de forma más profunda los países en la formulación de políticas públicas en cada país, que permitieran mejorar el indicador las acciones e iniciativas se reactivaron con fuerza en los últimos cinco años, previo a cumplirse en plazo buscando que los países presentaran informes periódicos de lo realizado a manera de rendición de cuentas para una mayor planificación en pro de reducir la mortalidad materna (OMS 2015).

A pesar de ser un reto, que la medición de la Mortalidad materna sea exacta y comparable, la realidad es que cada año mueren cientos de miles de mujeres debido a complicaciones del embarazo o el parto. En el 2015 se hablaba de acelerar los esfuerzos para conseguir que estas muertes fueran cada vez menos, y además de la importancia de fortalecer los registros civiles y las estadísticas vitales que contribuyeran a los esfuerzos por obtener mediciones válidas y ayudaran a seguir los progresos hacia la consecución del objetivo 5 (OMS 2015).

En el siguiente gráfico se muestra a nivel mundial, el indicador de razón de mortalidad materna, en donde se observa que existe una mayor prevalencia de muerte en los países africanos, pero eso no quiere decir que no sea importante en los demás continentes, lo que lo convierte en un problema social a nivel mundial. Se observa en el mapa en América Latina y el Caribe se destacan países como Bolivia y Paraguay con mayor razón de mortalidad materna, esto no evidencia el cumplimiento del objetivo, ya que como se mencionó existen también problemas de sub estimación en los registros de los países a nivel mundial.

Gráfico 2.2. Razón de mortalidad materna mundial al 2005

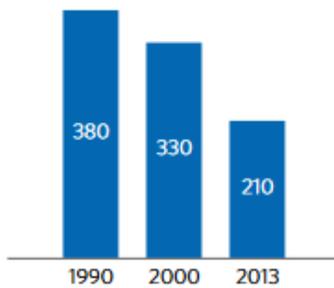


Fuente: OMS, 2015

Al final, según el reporte de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a nivel mundial se alcanzó respecto al objetivo 5: i) Desde 1990, la tasa de mortalidad materna ha disminuido en un 45% a nivel mundial y la mayor parte de esta reducción ocurrió a partir del año 2000; ii) En Asia meridional, la tasa de mortalidad materna disminuyó en un 64% entre 1990 y

2013; y en África subsahariana cayó en un 49%; iii) Más del 71% de los nacimientos en todo el mundo fueron atendidos en 2014 por personal de salud capacitado, lo que significa un aumento a partir del 59% de 1990; iv) En África septentrional, la proporción de mujeres embarazadas que ha recibido cuatro o más visitas prenatales se incrementó del 50% al 89% entre 1990 y 2014; v) La prevalencia de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en pareja, se incrementó del 55% a nivel mundial en 1990 al 64% en 2015 (OMS 2015). La reducción, aunque no la esperada, se puede ver en las ilustraciones 4 y 5.

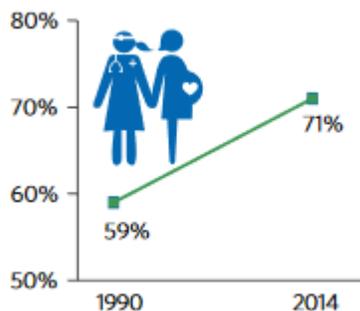
Gráfico 2.3. Tasa mundial de mortalidad materna (muertes por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: OMS 2015

Como se puede observar en los gráficos, las tareas realizadas por las Naciones Unidas para lograr que los indicadores mejoraran tuvo un efecto positivo, ya que se redujo de 1990 a 2013 la tasa de mortalidad materna, sin embargo, no se muestra el indicador de Razón de mortalidad materna. Por otro lado, el porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud capacitado pasó de un 59% en 1990 a un 71% en 2014, según los valores que muestra el informe.

Gráfico 2.4. Tasa de partos atendidos por personal de salud



Fuente: OMS. 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Dados los resultados obtenidos con los objetivos de Desarrollo del Milenio; Naciones Unidas plantea los Objetivos de Desarrollo sostenible por la necesidad de “transformar el paradigma de desarrollo dominante en uno que nos lleve por la vía del desarrollo sostenible, inclusivo y con visión de largo plazo” (Naciones Unidas 2018, 7).

La CEPAL (2018) afirma que los ODS permiten a los países de la región formular los medios para alcanzar el desarrollo sostenible mediante la planificación y el seguimiento en los países a nivel nacional y local que a largo plazo permiten un desarrollo sostenido, inclusivo y armónico con el medio ambiente para que la dignidad y la igualdad de las personas constituyan el centro de las políticas públicas.

Naciones Unidas, en función de los retos que implica la creación de los nuevos objetivos que marcaran el actuar de los países del mundo para el 2030, entabló un proceso abierto y democrático de negociación con un gran número de actores de la sociedad civil, el mundo académico y el sector privado; con lo cual se proclamó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en septiembre de 2015. La Agenda que incluye 17 Objetivos y 169 metas que responden a indicadores que respaldarán su medición (Naciones Unidas 2018).

El objetivo 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Es en este objetivo en donde se sitúa este tema de investigación ya que apunta a mejorar los indicadores de muerte materna; teniendo en cuenta las necesidades sanitarias son diferentes entre hombres y mujeres, pero ambos poseen el mismo derecho de gozar de una vida sana. Es necesario tener en cuenta que, para muchas mujeres y niñas, la discriminación de género socava sistemáticamente su acceso a la atención sanitaria (ONU Mujeres, s.f).

Según ONU Mujeres (s.f), el embarazo y el parto entrañan riesgos específicos. En todo el mundo mueren cada día 840 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto que podrían haberse evitado. A nivel mundial, esto supuso el fallecimiento de 303.000 mujeres en 2015; razón por la cual se busca que al 2030 se reduzca entre otros, el indicador de tasa de mortalidad

materna, cuya meta es: “De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”.

Con lo cual se resalta la búsqueda constante de Naciones Unidas de comprometer a los países y apoyarles a conseguir, a través del impulso de políticas públicas, programas o proyectos, que se cumplan las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteadas en la Agenda 2030.

2.1.3 Políticas públicas de mortalidad materna en la región

En la región se han desarrollado múltiples políticas y programas con la finalidad de lograr reducir la mortalidad materna, ya que como se ha mencionado anteriormente, este es considerado uno de los principales indicadores de desigualdad y pobreza de los países. En este sentido, a continuación, se muestra en la Tabla 2.1, los datos del indicador de Razón de Mortalidad Materna por cada uno de los países de la región, para los años 2000 a 2016, en donde se puede analizar la evolución que ha presentado dicho indicador en los países de América Latina

Tabla 2.1. Razón de mortalidad materna (datos nacionales reportados a la OPS) Por 100.000 nacidos vivos

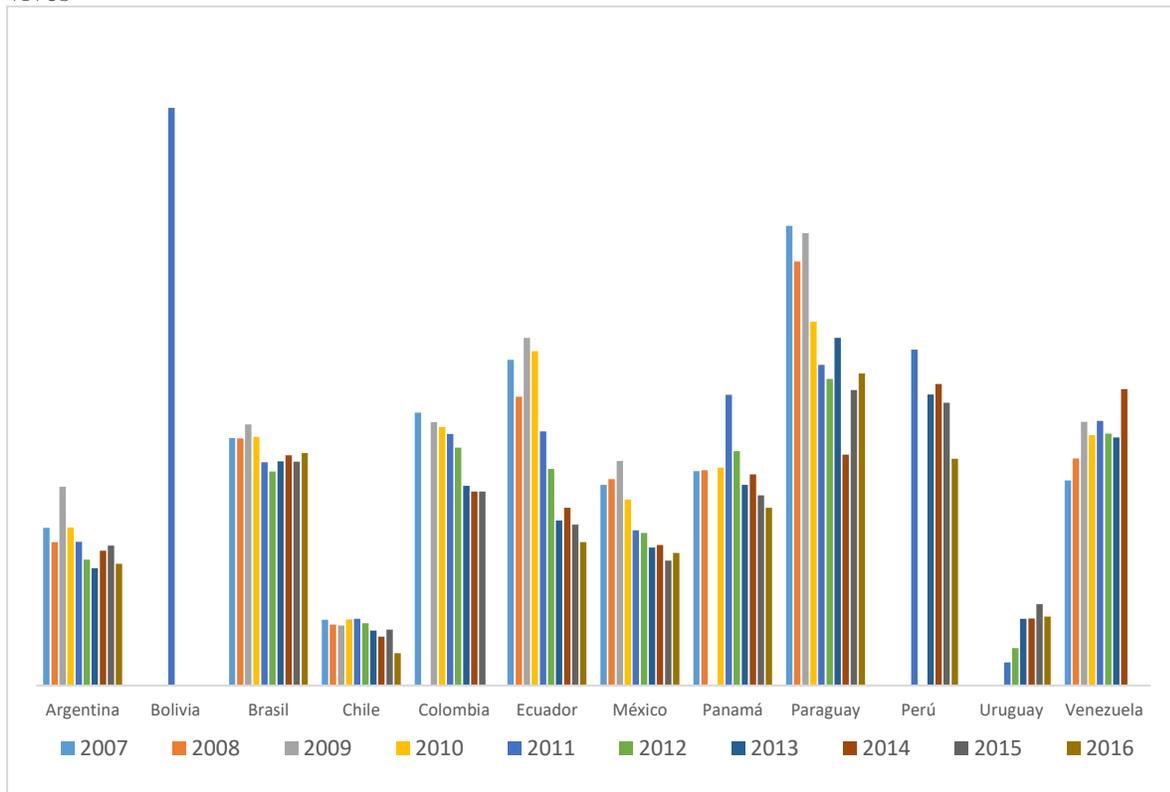
AÑO	PAÍS											
	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Panamá	Paraguay	Perú	Uruguay	Venezuela
2000	35,0	-	89,7	18,7	104,9	-	72,6	61,7	164	-	-	60,1
2001	43,5	229,0	84,1	-	98,6	97,0	70,8	76,7	159,7	-	-	67,2
2002	46,1	-	79,8	16,7	84,4	81,1	59,9	71,3	182,1	-	-	68,0
2003	43,6	-	76,6	13,4	77,8	77,8	62,6	68,0	174,1	-	-	57,8
2004	40,1	-	74,1	17,3	78,7	76,4	60,9	43,0	153,5	-	-	-
2005	39,2	310,0	72,1	19,8	73,1	85,0	61,8	66,0	128,5	-	-	59,9
2006	47,8	-	70,1	18,1	75	73,0	58,6	83,6	121,4	103	-	-
2007	43,7	-	68,5	18,2	75,6	90,2	55,6	59,4	127,3	-	-	56,8
2008	39,7	-	68,4	16,9	-	80,0	57,2	59,6	117,4	-	-	62,9
2009	55	-	72,3	16,6	72,9	96,3	62,2	-	125,3	-	-	73,0
2010	43,8	-	68,9	18,3	71,6	92,6	51,5	60,3	100,8	-	-	69,3
2011	39,8	160,0	61,8	18,5	69,7	70,4	43,0	80,5	88,8	93,0	6,4	73,3
2012	34,9	-	59,3	17,2	65,9	60	42,3	64,9	84,9	-	10,4	69,8
2013	32,5	...	62,1	15,2	55,3	45,7	38,2	55,6	96,3	80,6	18,5	68,7
2014	37,3	-	63,8	13,5	53,7	49,2	38,9	58,5	63,9	83,5	18,6	82,1
2015	38,7	-	62	15,5	53,7	44,6	34,6	52,7	81,8	78,3	22,5	-
2016	33,7	-	64,4	9,0	-	39,7	36,7	49,2	86,4	62,8	19,1	-

Fuente: OPS - PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas, 2018

Como se puede observar, Bolivia no ha reportado a la OPS los suficientes datos sobre este indicador, pero a pesar de esto, se observa que su razón de mortalidad materna en los tres años de los que se tiene información es bastante alta, con valores de hasta 310; otro país que destaca por sus altos valores de mortalidad materna es Perú, que en el 2006 presenta una razón de 103 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; Sin olvidar a Paraguay que presenta también valores bastante altos aunque han ido cayendo con el paso del tiempo.

Por su parte Chile y Uruguay, son los países con mejores datos respecto a este indicador, ya que a lo largo de los años presentan valores bajos y sostenidos en el tiempo. En el gráfico 2.5 se presentan los mismos valores del indicador, sin embargo, estos se ilustran gráficamente para una mejor visualización, además se muestra únicamente los años 2007 a 2016, dada la extensión de los datos.

Gráfico 2.5. Razón de mortalidad materna (datos nacionales reportados a la OPS) Por 100.000 nacidos vivos



Fuente: OPS - PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas, 2018

Los datos previamente expuestos, pretenden mostrar cuan efectivos han sido los planes, programas y políticas implementadas en esos países, respecto a reducir la mortalidad materna. En los siguientes párrafos se presentan a manera de resumen las políticas aplicadas en 12 países de América Latina, con la intención de exponer las principales diferencias en la aplicación de las políticas en cada país y de esta manera analizar desde la variable dependiente, es decir desde el fallo en la implementación, los resultados en cada país y lograr justificar la selección de caso para la presente investigación, por lo que una vez descritas las principales políticas se realizará una tabla resumen por país con la finalidad de explicar por qué se eligió a Ecuador como caso de estudio.

Para recabar la información de las políticas planes o programas implementados, el documento consultado expone que se ha utilizado un cuestionario denominado “Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” y la información corresponde a lo implementado hasta el 2014 (Burgos 2015).

Argentina

Las principales políticas implementadas en Argentina para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable - 2003;
- Programa de Promoción de Conductas Saludables en adolescentes de 14 a 18 años (Municipios y comunidades saludables) – 2001;
- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia – 2007;
- Programa de Suministro de una alimentación y nutrición adecuada para las mujeres embarazadas – 2003;
- Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materna, Infantil, de la Mujer y Adolescentes – 2009;
- Plan Nacer – 2004;
- Programa Sumar;
- El Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención Post-Aborto – 2005.

Bolivia

Las principales políticas implementadas en Bolivia para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Programa Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud – 2008;
- Ley Seguro Universal Materno e Infantil (SUMI) – 2002;
- Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PE-SSR) – 2009.

Brasil

Las principales políticas implementadas en Brasil para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Guías Nacionales de Atención Integral para Adolescentes y Jóvenes Salud de promoción, prevención y recuperación – 1987;
- Organización de la vigilancia de las muertes fetales materna e infantil, mujeres en edad fértil y niños – 1987;
- Programa de Salud en la Escuela, implementado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, dirigido a niños y adolescentes de 0 a 19 años – 2007;
- Política Nacional de atención integral para la salud de los adolescentes en régimen de detención y la admisión provisoria – 2004;
- Política Nacional de Atención Integral de Salud de la Mujer – 2004;
- La Red Cegonha (Cigüeña) – 2012;
- Política Nacional de Atención Integral del Hombre – 2009;
- Estrategia de Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas 2009;

Chile

Las principales políticas implementadas en Chile para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Programa de Salud de la Mujer – 1997;
- Programa de Salud Integral del Adolescente – 2012;
- Estrategia Nacional De Salud 2011-2020;
- Sistema Chile Crece Contigo – 2005.

Colombia

Las principales políticas implementadas en Colombia para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Directrices del Plan de Atención Básica (PAB), Circular 18 – 2004;
- Plan de Choque reducción de la mortalidad materna (MM) – 2004;
- Consejo Nacional de Política Económica y Social 091 – 2005;
- Sentencia C-355 de la Corte Constitucional – 2006. Despenalizar el aborto en tres eventos: 1. Resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento. 2. Riesgo a la salud física o mental de la madre y 3. Grave malformación del feto que haga inviable su vida;
- Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de mortalidad materna del INS – 2007;
- Estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes – 2007;
- Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía – 2008;
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – 2006;
- Plan Nacional de Salud Pública y Plan Decenal de Salud 2007-2021;
- Protocolo de atención en salud para víctimas de violencia sexual – 2006.

Ecuador

Las principales políticas implementadas en Ecuador para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013;
- Plan de reducción acelerada de la muerte materna e infantil – 2008;
- Parto culturalmente adecuado; introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido – 2008.
- Programa de Micronutrientes, entrega de suplemento de vitamina A, ácido fólico y hierro a mujeres embarazadas en los subcentros de salud – 2008.

México

Las principales políticas implementadas en México para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Programa Nacional de Salud – 2007;

- Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes – 2010;
- Programa de Acción Específico de Arranque Parejo en la Vida – 2007;
- Estrategia Embarazo Saludable – 2008;
- Programa Desarrollo Humano Oportunidades – 1997;
- Estrategia para la Reducción de la Mortalidad Materna – 2011.

Panamá

Las principales políticas implementadas en Panamá para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Programa de Salud Sexual y Reproductiva – 2007;
- Programa de Niñez y Adolescencia – 2005;
- Política Pública de Igualdad de Oportunidades – 2009;
- Políticas y Lineamientos Estratégicos de Salud – 2009;
- Política de Discapacidad de la República – 2009.

Paraguay

Las principales políticas implementadas en Paraguay para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Plan Nacional de Juventud – 2011;
- Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – 2009;
- Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) – 2005;
- Estrategia de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) articulada con las USF (Unidades de Salud de la Familia) – 2011.

Perú

Las principales políticas implementadas en Perú para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Programa de Atención Integral de Salud de la Adolescente y el Adolescente 2004-2013;

- Estrategia de Servicios Diferenciados para Adolescentes en los establecimientos de salud y Espacios de escucha en Instituciones Educativas y Centros de Desarrollo Juvenil – 2012;
- Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva – 2006;
- Programa Presupuestal Materno Neonatal – 2007;
- Seguro Social a hijas de derechohabientes – 2011;
- Norma Técnica de Planificación Familiar – 2005;
- Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural – 2005.

Uruguay

Las principales políticas implementadas en Uruguay para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud – 2007;
- Ley 18426: Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva – 2008;
- Espacios de salud adolescentes – 2011;
- Guía de implementación de servicios de SSR – 2010;
- Guías de atención a la SSR en personas con discapacidad – 2010;
- Aborto sin riesgo: Ley N° 18.987 – 2012;
- Educación en Derechos en Salud Sexual y Reproductiva – 2011;
- Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género – 2005;
- Plan perinatólogico – 2014.

Venezuela

Las principales políticas implementadas en Venezuela para reducir la mortalidad materna son las siguientes:

- Misión Niño Jesús – 2010;
- Norma Oficial para la Atención de Salud Sexual y Reproductiva – 2009.

Por tal motivo, una vez descritas las políticas, programas y demás instrumentos diseñados por los países de América Latina para reducir la mortalidad materna e infantil, en la Tabla 2.2 se muestra un resumen de las políticas o normativas que se ejecutan en los países, con la finalidad de justificar la selección del caso de estudio, que para esta investigación es Ecuador.

Tabla 2.2. Resumen de políticas de disminución de la Mortalidad Materna e Infantil diseñadas por los países de América Latina y el Caribe

PAÍS	Salud Sexual y Reproductiva	Aborto seguro y atención post aborto	Estrategias de embarazo saludable	Programas de Planificación familiar y embarazo saludable	Programas de salud y nutricionales
Argentina	X	X	X	X	X
Bolivia	X		X		X
Brasil	X		X	X	X
Chile	X		X		X
Colombia	X	X	X	X	X
Ecuador			X	X	X
México	X		X		X
Panamá	X				X
Paraguay	X				X
Perú	X		X	X	X
Uruguay	X		X	X	X
Venezuela	X		X		

Fuente: Resultado del trabajo investigativo

2.1.4 Selección de caso

Como se observa en la Tabla 5, de los 12 países descritos que han efectuado acciones para enfrentar la muerte materna existen muchas similitudes, y en casi todos aplican planes o programas enmarcados en las cinco categorías presentadas en la tabla, pero relacionándolo con los resultados, no en todas hay resultados exitosos, como es el caso de Perú y Ecuador, en los cuales los datos de mortalidad eran de los más altos de la región, junto con Bolivia, sin embargo, para este último no se tienen los suficientes datos para el análisis.

Ecuador, al ser el país que ha implementado una política pública específica de reducción de muerte materna, y planes y programas de Salud sexual y reproductiva, mantiene una gran prevalencia de muerte de mujeres después del parto o puerperio, por lo que esto, sumado al ser el único indicador de los ODM que no se pudo cumplir en el país, se torna llamativo para esta investigación; sin olvidar que en el período de análisis del presente estudio, el gobierno de

Ecuador es progresista y uno de los más enfocados en reducir las brechas de desigualdad en la región.

2.1.5 Estudios de Mortalidad Materna

Existen diversos estudios realizados por organismos internacionales como UNICEF, universidades o investigadores independientes que no solamente analizan las causas sociales y médicas de la Mortalidad Materna e infantil, sino que además observan las políticas implementadas o generan recomendaciones para la política, que permita obtener mayor respuesta positiva por parte de los gobiernos. Por ello se presentarán los principales resultados de los estudios realizados en torno a la temática.

Según un estudio econométrico realizado, para determinar el impacto de cuatro tipos específicos de programas de financiamiento de la salud de oferta y demanda en lactantes, niños y mortalidad materna a nivel mundial y por categorías de ingresos, se concluyó que no hay un impacto significativo de las transferencias monetarias condicionadas, programas de cupones, o programas de pago por desempeño en la mortalidad materna o infantil, analizando todos los países y todas las regiones del mundo. Además, que, en todos los países y regiones, hay un impacto significativamente negativo entre la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años en los países que han implementado un seguro de salud basado en la comunidad (Bowser, Gupta y Nandakumar 2016).

Por su parte un estudio realizado sobre la política pública de mortalidad materna en México, mide el impacto y la magnitud de este problema. Expresa que más de un millón de niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres; lo que desencadena un menor cuidados, menos educación, los niños padecen baja autoestima y desintegración del núcleo familiar, orillando a que los hijos se inicien en la vida laboral y se expongan a ser maltratados o a vivir en condiciones de calle, ingresando a la delincuencia, adicciones y violencia extrema por la carencia de dicho afecto en su vida, de igual forma los recién nacidos también tienen +menos posibilidades de sobrevivir (Briones y Días de León 2013).

En este mismo contexto del estudio para Briones y Días de León (2013), se presentan los siguientes factores asociados a la mortalidad materna en México:

- El machismo impide a las mujeres que confíen en sí mismas;
- Poca oportunidad de acceso a la información y los servicios de salud;
- Desconocen sus derechos y los servicios otorgados en el Sector Salud.
- Inicio temprano de actividad sexual, en un rango de los 10 a los 19 años de edad, lo que las expone a embarazos no deseados, abortos, VIH/SIDA y a ser maltratadas física, psicológica o sexualmente, complicaciones del embarazo, incluso la muerte;
- La falta de acceso a servicios de planificación familiar inadecuados genera más embarazos con los riesgos que impone cada gestación, y a mayor pobreza mientras más hijos tenga una mujer.
- El trabajo pesado y en malas condiciones, así como la mala nutrición, hacen que las mujeres de bajos recursos económicos sean más propensas a tener complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio.
- La falta de acceso a servicios de salud por dificultades geográficas, económicas y culturales (Briones y Días de León 2013).

En este estudio se concluye que para disminuir la muerte materna en México se debe contar con una adecuada cobertura y mejor calidad de los servicios de salud, el acceso al segundo nivel de atención y la atención prenatal de manera continua. La OMS aboga por tratamientos más asequibles y eficaces, y además se encarga de elaborar materiales didácticos y directrices para los profesionales sanitarios, y presta apoyo a los países para que ejecuten políticas y programas y efectúen un seguimiento de los progresos respecto a esta problemática. Se menciona que la mortalidad materna no es sólo un problema de salud, es una prioridad de la política pública que deberá atenderse tomando en cuenta la situación social, cultural, económica, étnica y de planeación presupuestal (Briones y Días de León 2013).

Mientras que Vos et al. (2004) presentan en su estudio para Ecuador mediante un modelo de sobrevivencia estimado, por medio del cual confirmaron varios determinantes de la mortalidad infantil que plantea la literatura y los cuales clasificaron en tres categorías:

1. Relacionados con factores personales y biológicos

- Nacer hombre o prematuramente incrementan la probabilidad de mortalidad infantil.
- Ser el primogénito (con o sin otros hermanos) implica tener una menor probabilidad de morir durante el primer año de edad.

2. Relacionados con el comportamiento y la política de salud

- El cuidado médico profesional y la cobertura de inmunización reducen la probabilidad de mortalidad infantil.
- La lactancia materna reduce considerablemente la mortalidad infantil. Su efecto es el que causó un mayor impacto entre todos los factores analizados.

3. Relacionados con características socioeconómicas

- Un mayor nivel de educación de la madre reduce la mortalidad infantil.
- El tamaño del hogar también afecta la probabilidad de mortalidad infantil. Un mayor tamaño puede reflejar una mayor fertilidad y más competencia por los recursos del hogar y por tanto un mayor riesgo (Vos et al. 2004).

Según un estudio de la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con el Gobierno de Chile (2006), se analiza las estrategias que pueden darse para una reducción de la mortalidad materna y neonatal en la Región de América Latina y el Caribe, dado que, según el documento, cada año mueren más de 22 mil mujeres por causas relacionadas al embarazo y el parto, lo que significa es de 190 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Cada una de estas muertes tiene un efecto devastador en la familia, en la comunidad y en la sociedad en general.

Se muestra que los indicadores de muerte materna y neonatal se asocian estrechamente con el desarrollo socioeconómico de los países, así como al acceso y efectividad de los servicios de salud y la educación de la población, especialmente mujeres (OPS y Gobierno de Chile 2006).

El aborto, especialmente aquel que es provocado, es un problema importante de salud pública. Ya que se relacionan con la falta de acceso o utilización de los servicios salud para la maternidad y puede devenir en la muerte de la madre. La infección por el VIH/SIDA es una causa indirecta de

defunción materna. En los países de ALC, se calcula que 1,4 millones de adultos y niños padecen actualmente la infección por el VIH/SIDA. Un cuarto de los adultos VIH-positivos son mujeres. El Caribe es la zona más gravemente afectada de la Región (OPS y Gobierno de Chile 2006).

Para concluir esta sección del capítulo, a partir de 1985 se inicia a nivel mundial la contextualización del problema de mortalidad materna, luego de esto tomaría más fuerza con el establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, visualizándola como un problema que podía solucionarse con mejor infraestructura, mejor acceso y atención médica, sin dejar de lado la importancia de la participación de los organismos internacionales.

Más adelante se mencionan las causas principales de la mortalidad materna e infantil y se analizan a nivel mundial y de América Latina los datos del indicador de mortalidad materna, destacándose a países como Perú, Bolivia y Ecuador como los que poseen las cifras más alarmantes de muertes; además se detallan las políticas públicas implementadas a nivel de la región sur para paliar este problema.

Finalmente, se hace un barrido de los principales estudios sobre mortalidad materna, con lo que se concluye que las ramas de dónde provienen las investigaciones son de corte econométrico, económico – matemático, y los estudios de agencias de Naciones Unidas. Por lo que la presente investigación, aporta el estudio de la mortalidad materna desde un punto de vista diferente y no abordado hasta el momento, como es el análisis de fallo en la implementación de la política pública para reducir la mortalidad materna; además es innovador este estudio ya que es de tipo mixto; se realiza a través del análisis de redes de política pública mostrando los actores, los intereses e ideas programáticas que influyeron en la toma de decisión de la política pública.

En la siguiente sección se presentará algunas características de la mortalidad materna en Ecuador para luego centrarnos en el análisis de redes de política pública.

2.2 Red de Contexto - caso ecuatoriano

En esta parte, una vez descrito el estado a nivel mundial y regional de la mortalidad materna, y conocido además cuáles son los principales estudios y las ramas a las que responden, a

continuación, se realizará una descripción de la situación del contexto respecto a la política de mortalidad materna en el caso ecuatoriano.

Se evidencia el estado del indicador de mortalidad materna, los actores y principales ideas programáticas que se estabilizaron previo a la política; se realiza el gráfico de la red usando el software de Gephi, los tipos de actores, sus respectivas ideas programáticas, además de identificar cuáles son aquellas que son compartidas y que los llevan asociarse. Se analizan también las medidas que se desprenden de la red y se hace un análisis usando el modelo dialectico de redes de política de Marsh y Smith (2000) para la red de contexto.

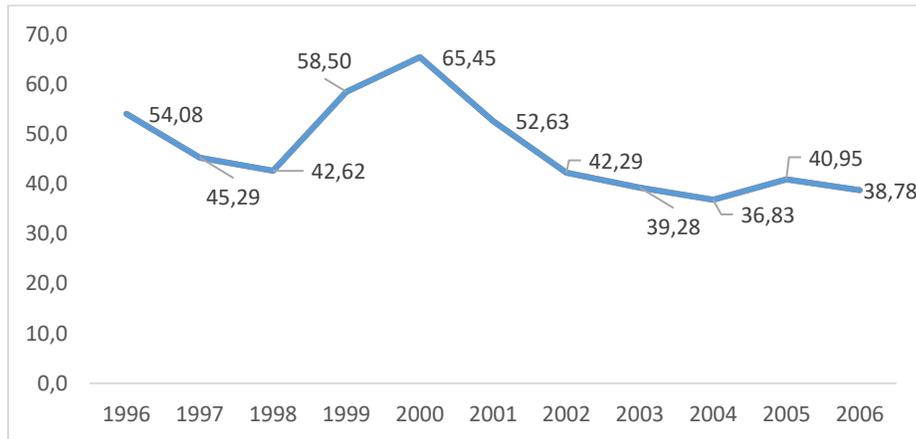
2.2.1 Características de la Mortalidad materna en el contexto

Usando la información de la estadística de nacimientos y defunciones que publica el INEC de manera anual, a continuación, se hace una revisión del principal indicador que mide la muerte materna: Indicador de razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos 1996-2006. Este indicador a nivel mundial posee inconvenientes ya que toma información de los Registros Civiles, y existen algunos problemas a los que se enfrenta, por ejemplo, el subregistro, el registro tardío o mal registro de causas de muerte.

En Ecuador se ha realizado el ejercicio de homologar el cálculo de este indicador de acuerdo con una metodología del 2014, producto del séptimo análisis del Grupo Interagencial de Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG), integrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), la División de Población de las Naciones Unidas (PNUD) y el Banco Mundial, junto con un equipo de la Universidad Nacional de Singapur y la Universidad de California en Berkeley (INEC 2017).

Este indicador fue estimado hacia atrás, por lo que es perfectamente comparable en los años anteriores, además los esfuerzos realizados entre INEC y MSP para un mejor registro de las muertes maternas gracias a su búsqueda exhaustiva, según lo manifestaron los responsables de la estadística en el INEC, permite ofrecer un dato con las características de exhaustividad y calidad necesarios para este tipo de indicadores.

Gráfico 2.6. Razón de Mortalidad materna 1996 – 2006



Fuente: Instituto Nacional de estadística y Censos, anuario de nacimientos y defunciones 2017

Como se puede observar en el gráfico 2.6, este indicador se ha mantenido alto a lo largo de los años, sin embargo, en el año 2000 tiene un repunte, lo que podría estar asociado a la profunda crisis económica por la que atravesó el país en esos años que tuvo como resultado el cambio de moneda, una gran migración entre otros problemas sociales asociados. Además, se observa que entre el 2002 hasta el 2006 se evidencian las señales de mejoramiento del indicador de razón de mortalidad materna.

Causas de mortalidad materna

La mortalidad materna en el país tiende a no mostrarse de la forma adecuada, si se la mira en términos de números absolutos ya que parecería un problema marginal, razón por la cual las muertes maternas corren el riesgo de ser “invisibilizadas”. Además de las implicaciones sociales que ya se han mencionado en los apartados anteriores de este capítulo, una de las razones por las que se le presta especial atención, es por un término clave en Epidemiología: la evitabilidad (MSP 2013); ya que se dice que la muerte materna en la mayoría de causas es evitable con una atención oportuna de salud.

Según OPS (2007) en la tabla 2.3 se presenta el número de causas anuales de muerte según los certificados de defunción para el período 1997-2003. Aquí se muestra que la hipertensión es la primera causa de muerte materna con 37,4%, luego se encuentran las complicaciones del parto como es la hemorragia con 23,9% de las muertes maternas, respecto a las muertes debidas al feto

corresponden a un 11%, los abortos en cambio representan el 8,2% en este período de tiempo; las complicaciones del parto y puerperio (como sepsis y embolia) representan un 6,7% de las muertes maternas

Tabla 2.3. Causas de mortalidad materna entre 1997 – 2003

Año	Total	Aborto	Hiper tension	Otros, embarazo	Embarazo y feto	Complicaciones hemorragia	Sepsis, embolia	Otras
1997	162	17	63	2	18	52	2	8
1998	153	12	61	2	11	37	11	19
1999	209	16	84	1	19	54	20	15
2000	232	20	77	3	26	61	19	26
2001	187	11	75	3	24	35	10	29
2002	149	20	43	4	23	32	11	16
2003	139	6	58	6	15	24	10	20
Total	1231	102	461	21	136	295	83	133
%	100 %	8,20%	37,44%	1,70%	11%	23,90%	6,70%	10,80%

Fuente: INEC – OPS 2007

En el siguiente apartado se analizarán los actores e ideas que conformaron el contexto de la política, y así poder identificar las sub redes e ideas programáticas que se presentaron.

2.2.2 Instituciones y Actores

En este apartado se describen los principales actores e instituciones que se encargaron de desarrollar las primeras políticas, planes o proyectos para combatir la muerte materna e infantil en Ecuador, es decir que se describe lo ocurrido previamente al período que se está estudiando con esta investigación.

En 1970 se crea la institucionalidad para la defensa de la mujer con la creación del departamento de la Mujer dentro del Ministerio de Previsión Social y Trabajo en el Gobierno de José María Velasco Ibarra, luego en 1984 pasa a ser la oficina nacional de la mujer en la presidencia de Oswaldo Hurtado, sin embargo, con León Febres Cordero se transforma en la Dirección nacional de la mujer, hasta que con Abdalá Bucaram ya se vuelve una institución independiente al ser el Consejo Nacional de las Mujeres, con la cual se ganó peso en la lucha en favor de los derechos de

las mujeres y la defensa de los mismos. En la actualidad se conoce como el Consejo Nacional para la igualdad de Género, el cual trabaja de forma coordinada con organismos internacionales (Consejo Nacional para la Igualdad de Género s.f).

Por su parte el Ministerio de Salud también ha desarrollado desde el año 2000 algunos programas con la finalidad de reducir la mortalidad materna, entre los cuales se encuentran, el programa nacional de Alimentación y Nutrición, Maternidad saludable (gratuita), Provisión de medicamentos genéricos, Control y vigilancia epidemiológica, Plan ampliado de inmunizaciones 2001 – 2002 (MSP 2003).

Según el MSP (2013), se implementó un sistema de Vigilancia epidemiológica para la muerte materna con la publicación del Manual para operativizar y obtener la información de estas muertes realizado en 1994, y actualizado en 1999 y, en el 2002 se elaboró un alcance a nivel de provincias del país. En el 2006 el propósito de la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna fue mejorar la información, disminuir el subregistro, mejorar la calidad del dato y que la discordancia de los datos existente en las dos fuentes oficiales el INEC y el MSP tenga una diferencia muy reducida.

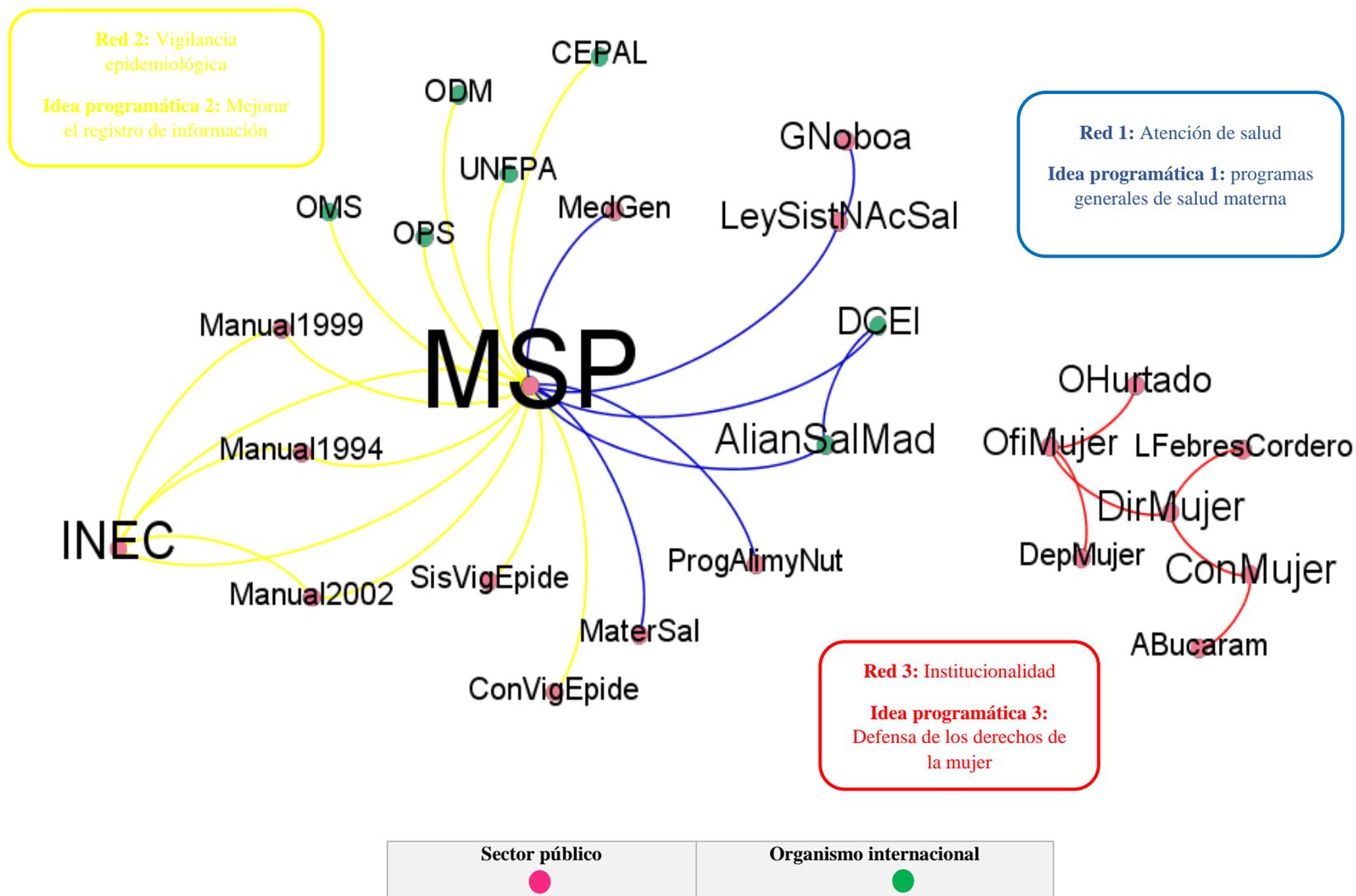
Además, el MSP mantiene continuas relaciones con organismos internacionales como OMPS/OPS, UNFPA, CEPAL en el contexto del cumplimiento del objetivo 5 de los ODM, en función del compromiso Internacional, donde deberá reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna en el periodo 1990 (RMM 117.2X 100.000 N.V.) al 2015 (RMM 117.2 X 100.000 N.V.) (MSP 2013).

Respecto a las Leyes o instrumentos normativos expedidos previo a esta investigación se pueden mencionar, la publicación de la Ley del Sistema Nacional de Salud (Registro Oficial No. 670 del 25 de septiembre de 2002) que fue expedida por el presidente Gustavo Noboa Bejarano, cuyo objetivo era atender de manera integral a todos los ciudadanos y fomentando ambientes saludables dentro de las familias y la sociedad con accesos permanentes e ininterrumpidos al sistema de salud.

Ecuador se compromete a llevar a cabo las acciones que se definan desde la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño de acuerdo con el Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y El Caribe (DCEI); en pro de la reducción de la muerte materna en Ecuador. Dicho compromiso se da por una profunda reflexión de las condiciones y necesidades específicas de las mujeres y hombres ecuatorianas/os y del marco legal nacional y acuerdos internacionales, hacia la formulación de lineamientos basados en el enfoque de derechos, equidad, calidad y solidaridad que permitan el desarrollo pleno, integral y armónico del capital humano del país.

En conclusión, durante tres lustros, diferentes instituciones del Estado y principalmente desde el Ministerio de Salud Pública se desarrollaron planes, programas y proyectos que fueron incorporando los avances en esta materia, sin embargo, se identificó la necesidad de formular una Política Nacional de Salud, que apoyara en la atención de la mujer en estado de gestación a la luz de los acuerdos internacionales y conforme a la normativa interna, esta se constituye en la guía principal para el desarrollo de acciones en las que participen tanto las instituciones del Estado como la sociedad civil en su conjunto para alcanzar los objetivos que compartimos con el resto de la humanidad.

Gráfico 2.7. Red y contexto de la política, ideas programáticas y sub redes



Fuente: Resultado del trabajo investigativo

Una vez descritos los actores e instituciones que forman parte del contexto de la política pública de reducción de la muerte materna, se pudo graficar la red de contexto e identificar tres sub redes que la conforman (gráfico 2.7). Se observa la importancia que tiene el Ministerio de Salud Pública (MSP) al estar relacionado con actores internacionales y nacionales para la ejecución de programas, además se vislumbra que por cada red se formulan ideas programáticas en torno a los actores; lo que muestra la centralidad que genera el MSP.

En el gráfico de la red se puede distinguir a dos tipos de actores, en rosa aquellos pertenecientes al sector público, y en verde, los que pertenecen a organismos internacionales; mientras que la arista en azul representa la sub red e idea programática 1; en amarillo la sub red e idea programática 2; y finalmente en rojo la sub red e idea programática 3 que se encuentra desconectada, ya que como se observa la institucionalidad creada en torno a la defensa de los derechos de la mujer no ha sido considerada para la elaboración de planes o programas que permitan la reducción de la muerte materna, por ninguno de los demás actores que componen la red.

2.2.3 Sub redes e ideas programáticas

En este apartado, se busca dar una explicación más detallada de lo que ocurre en la red de contexto, los actores, sus relaciones, conformación de sub redes y las ideas programáticas que les permiten asociarse.

Conformación de la Sub red 1 “Atención de salud”

De esto se estabiliza la idea programática 1 denominada “programas generales de salud materna” que es aquella que sirve como pegamento entre los actores y les lleva a asociarse en torno a dicha idea, razón por la cual esto desencadena en la elaboración y expedición de la Ley nacional de salud, cuyo objetivo era lograr un mejor acceso a los servicios de salud en toda la ciudadanía, de esta forma se lograba equidad y se aportaba al mejoramiento no solo de la salud de la madre sino también de los hijos y del entorno familiar en general.

Conformación de la Sub red 2 “Vigilancia epidemiológica”

La sub red denominada vigilancia epidemiológica, está liderada por el Ministerio de Salud Pública, el cual busca fortalecer la información que se recaba sobre la mortalidad materna (MSP 2013); para lo cual, en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos, pretende homologar los procedimientos y cálculo del indicador de mortalidad materna a

través de la redacción de tres manuales, el primero se realizó en 1994, tuvo una actualización en el 1999 y finalmente se realizó un alcance 2002; luego de esto y por influencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se ha contado con el apoyo de organismos de naciones unidas, quienes demandan del país acciones que mejoren los indicadores relacionados con el objetivo 5 para de esta manera contar con mejor información que mida este problema (INEC 2017).

El requerimiento de información se convierte en la idea programática denominada “Mejorar el registro de información” que sirve como el punto en común de todos los actores que conforman esta red, ya que en general se realizan acciones, se elabora documentación y existe una oferta y demanda de información actualizada y comparable sobre la muerte materna, lo que da como resultado que esta sub red sea la que concentre más actores en torno al MSP y así dotar de mejor información que mida el fenómeno de mortalidad materna que también es un inconveniente resaltado a nivel mundial (INEC 2017). Es así que al tener mayor información de calidad se puede enfocar mejor las políticas que se desea aplicar para reducir la mortalidad materna y poder obtener mejores resultados con un mejor conocimiento de en qué medida está afectando el problema en el país.

Conformación de la Sub red 3 “Institucionalidad”

Otra de las aristas dentro de la mortalidad materna, es la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, al no tener políticas o algún programa en este sentido, se indagó sobre las instituciones creadas para mejorar el acceso de las mujeres a los servicios públicos y la salud, y es donde se encontró que desde 1970 ya se crearon algunas direcciones o secretarías a cargo de ministerios para buscar proteger los derechos de la mujer; sin embargo, esta red se muestra completamente desconectada al Ministerio de Salud Pública, o a cualquier otro programa de salud, lo que puede deberse a que no se consideró incluir a estas instituciones para la redacción de leyes o elaboración de planes, programas o proyectos, que le atañen de forma directa a la mujer y que se debió buscar que tengan más presencia o una mejor representación para que por ejemplo lo que hace el MSP esté acorde a los derechos a la salud sexual y reproductivos de la mujer.

La idea programática en esta sub red es la “Defensa de los derechos de la mujer” que se vuelve una necesidad cada día mayor en el país, pero que quizás en el contexto de la política aún no contaba con la suficiente fuerza de sus actores para que logren relacionarse con el

actor más importante que es el MSP, y así lograr que en la salud pública se integren también los derechos de la mujer para la generación de planes y programas que permitan la reducción de la mortalidad materna.

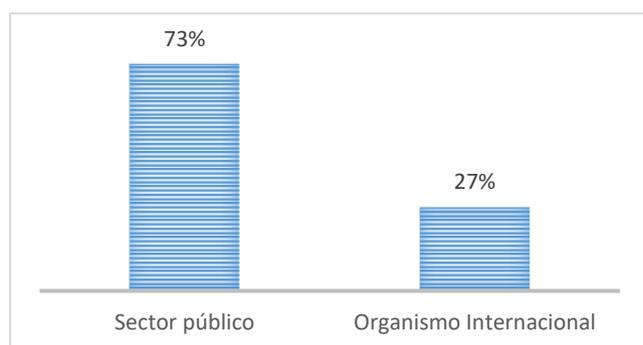
2.2.4 Análisis de los Estadísticos de la Red

Una vez analizado el gráfico de la Red de Contexto, tanto de los actores e instituciones como las sub redes formadas y sus ideas programáticas, se proceden a analizar los datos estadísticos de la misma, con la finalidad de dar paso al abordaje cuantitativo en esta investigación, de tal manera que en esta sección se ubicará las estadísticas de la red incluyendo el cálculo de la densidad, el grado, centralidad e intermediación.

Porcentaje de nodos en la red

Con el gráfico 2.8 se quiere mostrar los tipos de actores que conforman la red de contexto, por lo que se muestra el porcentaje que representan los actores del sector público 73% que corresponde a 19 nodos, frente al 27% de los nodos que son relacionados a organismos internacionales y/o agencias de Naciones Unidas que en términos numéricos representan 7 de los actores que intervienen en la red de contexto, dando el total de 26 nodos que intervienen en la red de contexto; Además, se evidencia la supremacía de los actores nacionales frente a los organismos internacionales, previo a la aplicación de la política que se estudia, lo que demuestra su mayor presencia en el contexto.

Gráfico 2.8. Representación gráfica de los nodos de la red de contexto



Fuente: Resultado del trabajo investigativo

2.2.4.1 Densidad de la red

En el gráfico 2.7 que representa la red del contexto, previo a la política de reducción de la mortalidad materna, se puede identificar un total de 26 nodos, los cuales comprenden actores humanos y no humanos como instrumentos, planes etc.; además, cuenta con 29 aristas que

representan las veces en que se conectan los diferentes actores de la red. Al realizar la fórmula matemática para obtener la densidad, se muestra que la red posee un 8,92% de densidad, lo cual permite conocer los vínculos que se establecen entre los nodos con relación a un número máximo que pudiera establecerse si todos los actores estuvieran conectados directamente por una línea con todos los demás.

Tabla 2.4. Medidas de red

Nodos	26
Aristas	29
Densidad	8,92%

Fuente: Resultado del trabajo investigativo

La densidad se calcula matemáticamente de la siguiente manera es:

$$\begin{aligned} \text{den} &= 2L/n(n - 1) \\ \text{den} &= 2(29)/26(26 - 1) \\ \text{den} &= 58/650 \\ \text{den} &= 0,0892307 \\ \text{den} &= 8,92\% \end{aligned}$$

En este sentido es necesario recordar que la densidad representa el número de vínculos existentes en la red, presentados como una proporción del número de vínculos posibles. En este sentido, el número de vínculos posibles dependerá del tipo de red, diferenciando entre redes no dirigidas y dirigidas. “En el caso de redes grandes la densidad tiene valores comúnmente bajos, debido a que la cantidad de vínculos posibles es proporcional al tamaño de la red; es decir, mayor tamaño de la red (mayor número de nodos), mayor número de vínculos posibles” (Aguilar, Martínez y Aguilar 2017). Sin embargo, como se muestra esta red de contexto esta es pequeña y por lo tanto su valor es cercano a 10.

En términos de poder, la red de contexto, en función de su densidad asegura el flujo y nivel de comunicación adecuada entre los actores, lo cual facilita la toma de decisiones, además como se mencionó anteriormente, la red de dado su tamaño, presenta una baja densidad que representa un nivel bajo de actividad y no es una red cerrada (8,92%). Por lo que se puede decir que, al no ser una red cerrada, esta permite el ingreso de nuevos actores, que podrían permear en la red de contexto sus ideas, razón por la cual se puede mencionar que la red del

gráfico 8 es innovadora y abierta, con la presencia de vínculos débiles pero variados, con una importante participación de un actor como es el MSP quien centraliza los vínculos.

2.2.4.2 Centralidad de la red

Es importante recordar que la centralidad mide el grado en el cual un actor es dominante en la red, se pueden obtener diferentes medidas de centralización basadas en los tres indicadores de centralidad de los nodos (Sánz 2003).

Respecto a las medidas de grado, cercanía e intermediación que se muestran en la tabla 2.5, es importante recordar que dichas estadísticas permiten analizar al o los actores que predominan o tienen mayor poder en la red de contexto de la política de reducción de muerte materna.

Tabla 2.5. Medidas de centralidad en la red de contexto

Nodo	Grado	Cercanía	Intermediación
OfiMujer	3	1.0	3.0
DepMujer	1	0.0	0.0
OHurtado	1	0.6666666666666666	0.0
DirMujer	3	0.75	3.0
LFebresCordero	1	0.0	0.0
ConMujer	2	0.5555555555555556	0.0
ABucaram	1	0.0	0.0
MSP	19	1.0	80.0
ProgAlimyNut	1	0.0	0.0
MaterSal	1	0.0	0.0
MedGen	1	0.0	0.0
ConVigEvide	1	0.0	0.0
SisVigEvide	1	0.0	0.0
INEC	5	0.5833333333333334	0.0
Manual1994	2	0.0	0.0
Manual1999	2	0.0	0.0
Manual2002	2	0.0	0.0
ODM	1	0.0	0.0
OMS	1	0.0	0.0
OPS	1	0.0	0.0
UNFPA	1	0.0	0.0
CEPAL	1	0.0	0.0
GNoboa	1	0.3555555555555557	0.0
LeySistNacSal	2	0.5172413793103449	15.0
AlianSalMad	2	0.5333333333333333	0.0
DCEI	2	0.5172413793103449	0.0

Fuente: Resultado del trabajo investigativo

En la tabla 2.5 se puede observar que dado que la red de contexto no se centra totalmente en un solo nodo se muestra una centralidad diferente del 100%, sin embargo, se destacan un actor muy importante como es el MSP, que es el que sirve de contacto con muchos de los actores de la red. Al respecto de la Centralidad de grado se puede decir que mide grado o las veces en el que un actor está conectado a otros actores; es decir, es adyacente. Destacándose de la tabla 8 el Ministerio de Salud Pública con 19 veces en las que se ha relacionado con los demás actores de la red.

Centralidad de cercanía: se refiere a la independencia que tiene un nodo con respecto a todos los demás nodos en la red. Por ejemplo, MSP se convierte en un nodo cercano ya que está en contacto con otros y necesita de uno o pocos nodos para alcanzar a otros más. Mientras que los demás nodos de la red de contexto necesitan de muchos nodos para alcanzar a otros lo cual los convierte en nodos distantes.

Centralidad de intermediación: se basa en la frecuencia con la cual un nodo está ubicado entre los caminos más cortos que conectan a pares de otros nodos en la red. En función de la tabla 5 se destaca nuevamente al MSP (80), ya que forma parte o es el camino más corto entre cualquier otro par de nodos en la red.

Una vez analizadas las medidas de la red, se puede concluir de forma general que en la red de contexto se permitiría la entrada de nuevos actores, ya que tiene potencial de ser una red innovadora, lo que generará que se sumen muchos más actores con sus respectivas ideas programáticas que aportarán y transformarán la política de mortalidad materna, que se analizará en el siguiente capítulo.

2.2.5 Relación dialéctica: red y contexto

Lo que se ha pretendido en este capítulo es entender como han ido evolucionando las ideas y actores previo a la política que se estudia en la presente investigación; dado que existen actores humanos y no humanos que forman sub redes y en función de sus ideas programáticas se asocian, lo que sirve de punto de partida y deja sentadas las bases para la política de reducción de muerte materna.

Como se mencionó en el estado del arte temático, la metodología a usar es el modelo de Marsh y Smith, quien da las pautas para analizar la relación dialéctica, en este caso la red y el

contexto dentro del cual se ha desarrollado la política de reducción de mortalidad materna y las transformaciones que esta ha sufrido debido a los cambios en el entorno.

Para Marsh y Smith (2000) el análisis dialéctico debe tener una perspectiva temporal de la política que se estudia, es decir analizar lo que ocurrió de manera previa a la aplicación de la política y luego analizar cómo cambió a lo largo del tiempo, por ejemplo: que actores ingresaron y cuáles desaparecieron. Dado que las redes deben ser explicadas desde su origen y contar los cambios a las que se someten ya que no son estructuras dadas.

Dada la evolución histórica que se ha descrito en este capítulo, se ha podido conocer cómo en el contexto mundial se empezó a tomar el problema de la mortalidad materna como sujeto a la generación de una política; luego se reconoce que el problema es generalizado en muchos países del mundo y de forma particular en aquellos con más bajos recursos, luego se realiza una revisión de las políticas implementadas en América Latina y sus repercusiones en el contexto de la política ecuatoriana.

Tras acordar entre los países el cumplimiento de los ODM, se puede decir que se abre una “ventana de oportunidad” que permite que ingrese en el país la importancia de mejorar el indicador de Mortalidad materna, creando y/o fortaleciendo la idea programática sobre la importancia de mejorar el registro de información, dado que a partir de los ODM la demanda de información acerca de este indicador crece y por lo tanto es necesario que se homologuen procesos y cálculos.

Además, se conoce cómo se había intentado mejorar la mortalidad materna en el país, y es a través de la generación de programas generales de salud, como inmunizaciones, nutrición y demás, los cuales no se especializan a la atención de la mujer embarazada, sino que se realizan de forma general, lo cual no implica que se haya realizado mal las cosas, sino que marca el camino para crear programas más específicos que contribuyan específicamente a mejorar la mortalidad materna.

La tercera sub red es más sobre la institucionalidad que se creó para defender los derechos de la mujer, pero que no alcanzó a unirse con las sub redes relacionadas a la salud. Finalmente se puede decir que las sub redes terminarán influyendo en la política de reducción de la muerte materna, esto visto desde el modelo dialéctico.

2.3 Reflexiones preliminares del capítulo

El objetivo del presente capítulo era describir el contexto histórico de las políticas de mortalidad materna, primero a nivel mundial, regional y centrándose en lo ocurrido en el país, conocer cuáles fueron las ideas programáticas que se estabilizaron en el contexto, conocer las sub redes, los actores y programas ejecutados; con lo que se llegó a las siguientes reflexiones respecto al capítulo:

La política de mortalidad materna tiene una trayectoria a nivel mundial que data de 1985 con los primeros estudios que posicionan a esta muerte como un problema público, se destaca que los países con mayores problemas de mortalidad materna son aquellos con bajos ingresos.

Las causas más frecuentes a nivel mundial, asociadas directamente a la mortalidad materna son las hemorragias graves, los abortos peligrosos y las infecciones; mientras que las causas indirectas son la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal; así como el acceso insuficiente a alimentos. En la región, Bolivia, Perú y Ecuador son los países con más altos niveles de mortalidad materna. De forma particular en Ecuador las causas principales de mortalidad de dan por problemas relacionados con la hipertensión (preclapsia, eclapsia); Complicaciones en el embarazo como la hemorragia.

En Ecuador, respecto a los actores de la política en la red de contexto, se encuentra al MSP como el actor que concentra la mayor cantidad de relaciones y comparte dos de las tres ideas programáticas encontradas.

La idea programática 1 denominada “programas generales de salud materna” busca lograr equidad mejorando no solo de la salud de la madre sino también de los hijos y del entorno familiar en general. La idea programática 2 “Mejorar el registro de información” busca dotar de mejor información que mida el fenómeno de mortalidad materna, dado el aumento de demanda de esta data con el compromiso internacional de cumplir los ODM. La idea programática 3 “Defensa de los derechos de la mujer” busca garantizar los derechos de la mujer.

Capítulo 3

Estructura y agencia – Política de reducción de la mortalidad materna

Posterior al recorrido histórico realizado en el capítulo anterior en el que se muestran los momentos por lo que atravesó la política de reducción de mortalidad materna en el ámbito nacional, regional y mundial, es importante destacar que las principales ideas programáticas que se identificaron fueron las relacionadas con proveer más y mejor acceso a programas generales de salud, tanto a las madres, sus hijos como a las personas en general; otra idea identificada muestra la importancia que se dio a lograr la mejoría del registro de muertes maternas, con lo cual se buscaba tener información clara que luego permitiría enfocar de mejor manera las políticas para mejorar la muerte materna en el país.

Finalmente, la tercera idea programática que se identificó en el contexto se refiere a la defensa de los derechos de la mujer; es importante mencionar que, dentro de cada idea programática identificada, se pudo observar que los actores se asociaron entorno a estas y formaron tres sub redes denominadas: i) Atención de salud; ii) Vigilancia epidemiológica; y iii) Institucionalidad.

Con estos antecedentes, el presente capítulo contendrá en su primera sección, la descripción de las características demográficas que giran en torno a la muerte materna como son la edad, lugar de residencia y las principales causas de la muerte en el país; además se describirá lo ocurrido con la política pública de reducción acelerada de la muerte materna en el período 2007 – 2017, identificando los actores, los principales planes y programas elaborados y su influencia en la política.

En la segunda sección se graficará la red de la política de Mortalidad materna en el período 2007 -2017, mediante el uso del software Gephy; se analizará las sub redes que se conforman en función de las ideas programáticas, además se identificarán cuáles de ellas se mantienen a partir de la puesta en marcha de política; frente a las detectadas en la red de contexto, la inclusión de nuevos actores en la red; y el papel que cumplen.

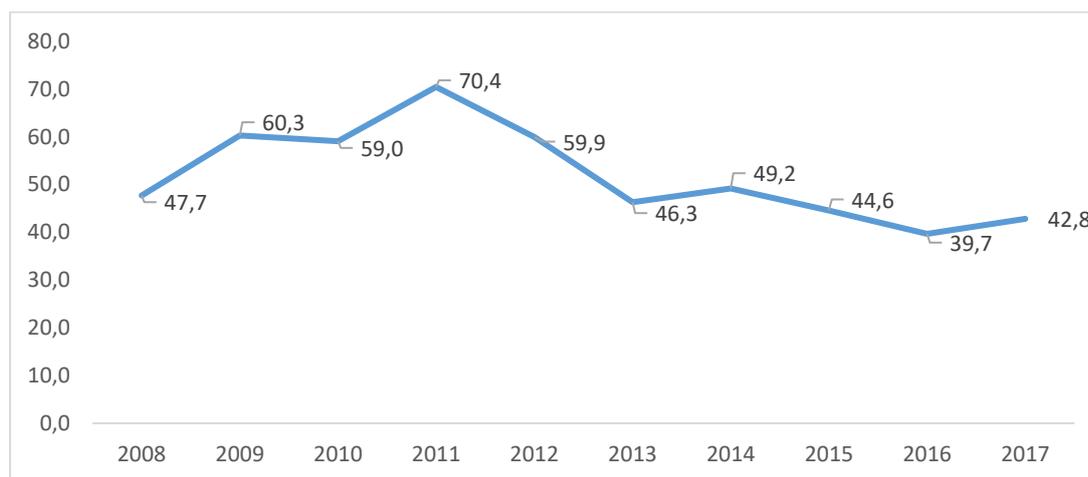
Finalmente, respondiendo al objetivo del capítulo, estudiar la controversia científica dada por la no aplicación o la aplicación parcial de las recomendaciones internacionales, para reducir la

mortalidad materna frente al enfoque aplicado en el país, y que afectó de forma significativa a los resultados de la política pública.

3.1 Características demográficas en la muerte materna en el momento de la política

En esta sección se busca mostrar y analizar de forma descriptiva, algunas de las características demográficas que poseen las mujeres que han fallecido en el período de estudio (2017-2017); entre las características que se analizan se encuentran: la edad de la mujer, la provincia de residencia y las principales causas registradas sobre la muerte materna; sin embargo, para dar una visión general de lo que ocurre con la mortalidad materna en el país, se partirá con la descripción de lo que muestra el indicador de razón de mortalidad materna, que es el que mide dicho fenómeno a nivel mundial, este análisis se realizará también para el indicador de número de muertes maternas.

Gráfico 3.1. Razón de mortalidad materna



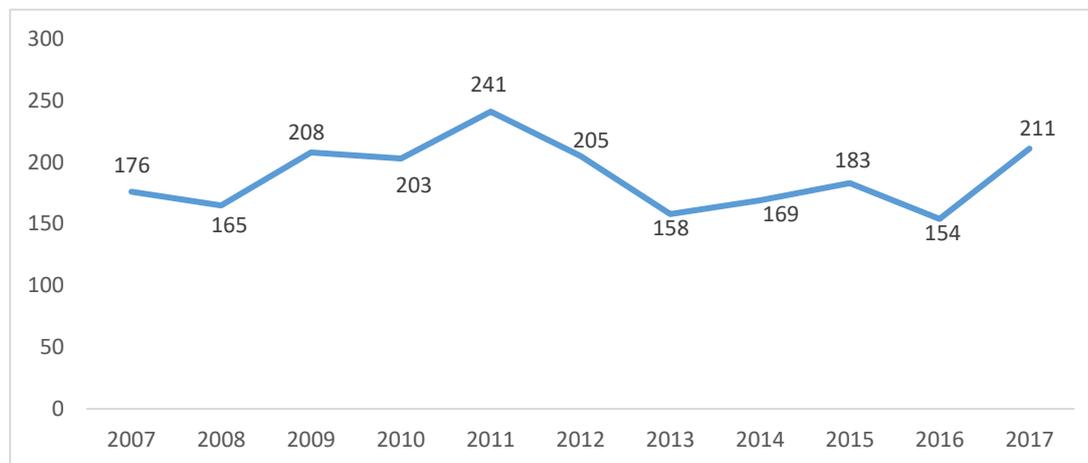
Fuente: Instituto Nacional de estadística y Censos, anuario de nacimientos y defunciones 2007

En el gráfico 3.1, se muestra la evolución del indicador de razón de mortalidad materna, el cual estima, según el INEC (2017) la frecuencia de muertes maternas de 10 a 49 años de edad que ocurren hasta 42 días después del término del embarazo, y que sus causas están ligadas al embarazo, parto y puerperio, con relación al total de nacidos vivos estimados.

En la ilustración se pueden observar estimaciones desde el 2008 que son los valores con los que se cuenta con una estimación homologada, para los años anteriores solamente se calculó en intervalos de cinco años. Al analizar la tendencia se puede describir que el indicador inicia con 47,7 en el 2008, llega a su punto más alto en el 2011 con 70,4 y su punto más bajo en

39,7 en el 2016 y en el último año de estudio se puede observar un nuevo incremento con el 42,8, lo que evidencia la inestabilidad del indicador.

Gráfico 3.2. Número de muertes maternas

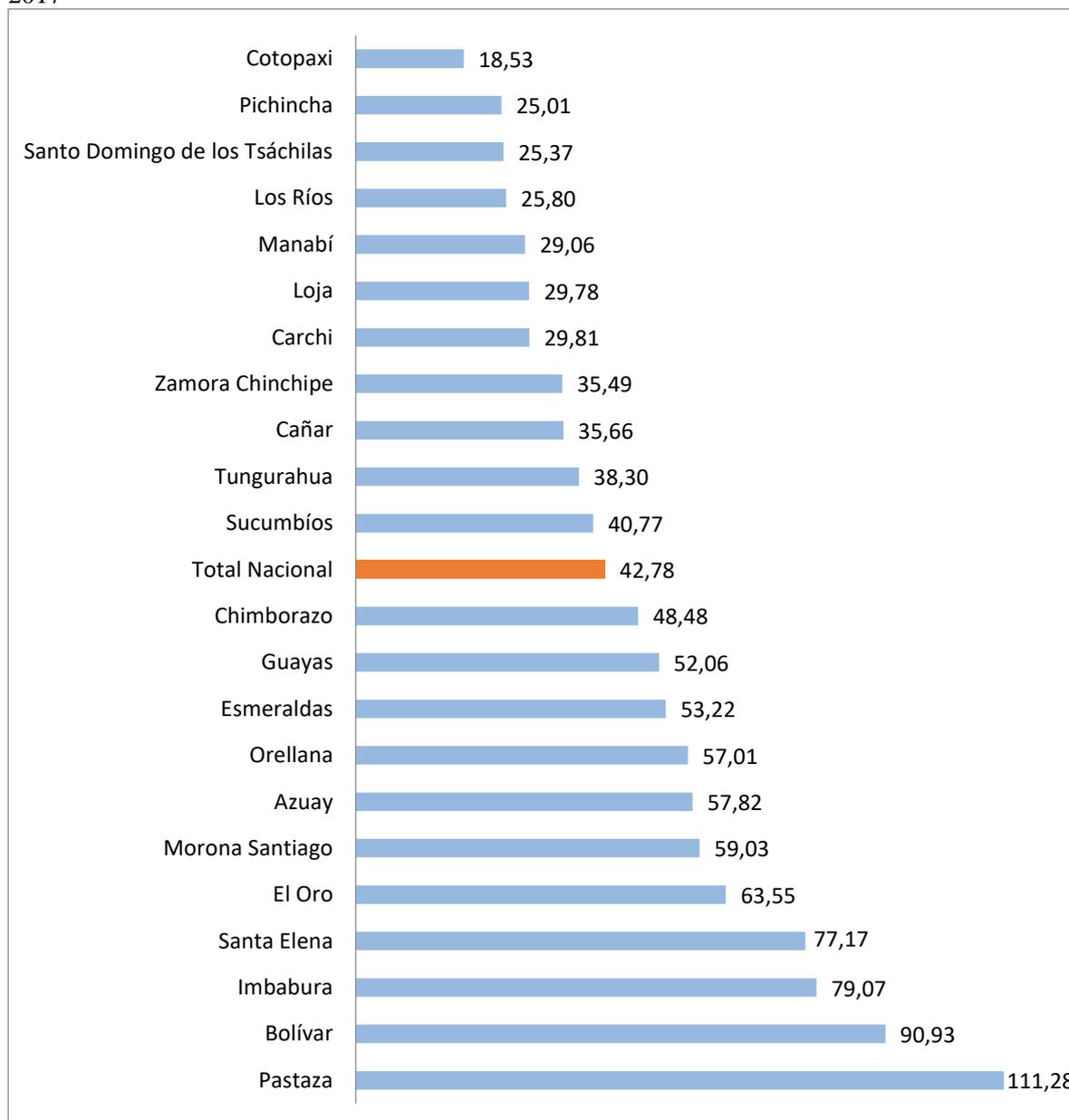


Fuente: Instituto Nacional de estadística y Censos, anuario de nacimientos y defunciones 2007

En el gráfico 3.2, en cambio se muestra el número de las muertes maternas que han ocurrido entre el 2007 y el 2017 con la finalidad de detallar de forma precisa la cantidad de las muertes que han ocurrido; se puede observar que la tendencia es exactamente la misma que en el indicador de razón de mortalidad materna, sin embargo, si solamente se mostrara este gráfico se podría pensar que no es un valor representativo y hasta creer que es un valor bajo ya que las muertes no superan las 200 al año, en el período en el que se centra esta investigación, pero analizarlo de esta forma implica no evidenciar correctamente el efecto porque invisibilizaría la problemática de este fenómeno, razón por la cual es importante analizar este indicador y complementarlo con la razón de muerte materna ya que en este se toma en cuenta la mortalidad materna por la cantidad de nacidos vivos, lo que evidencia que el problema es más preocupante.

En los siguientes gráficos se mostrará información específica del último año de estudio, en donde se puede encontrar la razón de muerte materna según provincia de residencia habitual de la fallecida tanto en gráfico de barras para el año 2017 como a través de un mapa temático que muestra la evolución de la tasa de mortalidad materna entre 2008 a 2018 (Anexo 1). Además, se muestra mediante una tabla, las principales causas de muerte materna y los porcentajes que le corresponden para finalmente mostrar la edad de la mujer en años, cuando ocurrió la muerte.

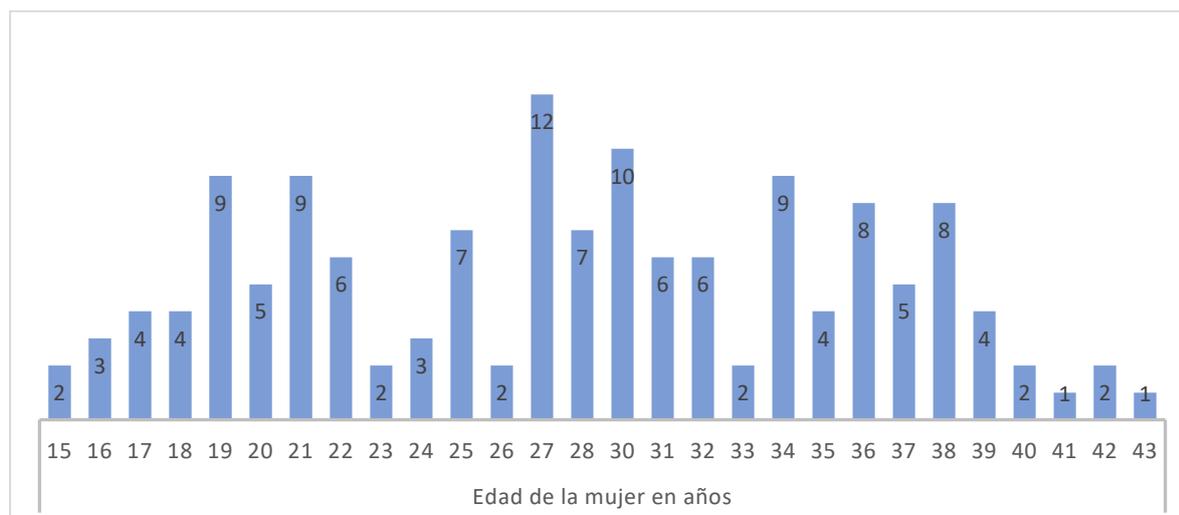
Gráfico 3.3. Razón de mortalidad materna en el año (t), según provincias de residencia habitual Año 2017



Fuente: Instituto Nacional de estadística y Censos, anuario de nacimientos y defunciones 2017

Lo que se puede resaltar del gráfico 3.3, es el preocupante valor del indicador, en provincias como Pastaza (111,28), Bolívar (90,93) y muy de cerca Imbabura (79,07) y Santa Elena (77,17); las provincias con menos muertes son Cotopaxi (18,53), Pichincha (25,01) y Santo Domingo (25,37). Además, es importante resaltar el total nacional, que es de 42,78. Lo que muestra que Pichincha se encuentra por debajo del total nacional, mientras que Guayas y Azuay están unos puntos por encima del valor de nacional. Manabí y Loja también tienen valores por debajo del indicador nacional.

Gráfico 3.4. Edad de la fallecida. Año 2017



Fuente: Instituto Nacional de estadística y Censos, anuario de nacimientos y defunciones 2017

Lo que muestra el gráfico 3.4 es la edad que tenían las mujeres que fallecieron y que son consideradas como parte del indicador de muerte materna por sus características de ocurrencia; en este gráfico se observa que en el 2017 fallecieron mayor número de mujeres de 27 años, seguido de las mujeres que fallecieron con 30 años. Algo importante de resaltar de este gráfico es que existen 2 muertes maternas en personas de 15 años; y como dato importante en el 2018 (que es un año que sale del período de análisis) presenta 2 casos de muerte materna a la edad de 13 años, lo que permite entender también, la necesidad urgente de que este problema público sea mejor atendido por parte de los gobiernos, ya que está causando con el paso de los años efectos más graves.

Tabla 3.1. Causas de la muerte materna en porcentaje y número

CAUSAS DE MUERTE MATERNAL	NÚMERO	%
1/ Muertes maternas (opotunas)	143	100%
2/ Causas obstétricas directas (O00-O94)	96	67,1%
O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	17	11,9%
O15 Eclampsia	13	9,1%
O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	6	4,2%
O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	6	4,2%
O06 Aborto no especificado	5	3,5%
O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada	5	3,5%
O72 Hemorragia postparto	5	3,5%
O00 Embarazo ectópico	4	2,8%
O43 Trastornos placentarios	4	2,8%

O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	4	2,8%
O71 Otro trauma obstétrico	4	2,8%
O44 Placenta previa	3	2,1%
O02 Otros productos anormales de la concepción	2	1,4%
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [Abruptio placentae]	2	1,4%
O86 Otras infecciones puerperales	2	1,4%
Resto de causas	14	9,8%
3/ Causas obstétricas indirectas (O98-O99)	45	31,5%
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y	6	4,2%
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	39	27,3%
Causas no especificadas (O95)	2	1,4%
O95 Muerte obstétrica de causa no especificada	2	1,4%
4/ Causas de muerte materna después de 42 días del parto (O96 - O97)	68	32,2%
O96 Muerte materna debido a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días, pero antes de un año del parto	68	
O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas directas	-	
Defunciones maternas totales (incluidas tardías)	211	

Fuente: Instituto Nacional de estadística y Censos, anuario de nacimientos y defunciones 2017

Cómo se observa en la tabla 3.1, las principales causas de muerte materna en el año 2017 son: hipertensión gestacional (11,9), eclampsia (9,1), infecciones a las vías gineco urinarias (4,2), atención por otros problemas fetales (4,2) y finalmente con el 3,5 aparece el aborto no especificado. En conclusión, las principales causas que se observan están relacionadas a problemas asociados a complicaciones en el embarazo, lo cual representa casos de evitabilidad, es decir que estas muertes podrían no suceder, si se atendiera a tiempo a las madres o se acceda de mejor manera a controles prenatales o la adecuada planificación familiar. Recién como una quinta causa aparece el aborto, sin embargo es un dato que no se puede dejar sin analizar ya que el no tener buenas políticas de acceso a planificación familiar o el no acceso a aborto seguro, podrían ser las principales razones por las que la causa de la muerte de la madre sea por aborto, lo cual como se revisó en el capítulo anterior, es un problema a nivel mundial, en los países más afectados por esta problemática.

3.2 Instrumentos de la política de reducción de la Muerte Materna

Previo a contextualizar los distintos instrumentos aplicados en la política de reducción de la muerte materna, es necesario mencionar antes, que los instrumentos de política no son simplemente los medios para cumplir objetivos, sino que son medios que se seleccionan y

adaptan según el contexto en el que se los aplique, por lo que su selección y aplicación resulta todo un reto.

Se hace necesario recalcar que, si bien el enfoque de análisis de esta investigación son las redes de política y el enfoque ideacional bajo una epistemología del realismo crítico, se utilizará una adaptación propia de la tipología NATO de Hood con fines descriptivos para identificar y describir los componentes del instrumento de política pública (Plan de reducción acelerada de la muerte materna en el Ecuador) en los momentos de la política.

Hood (1983) calificó en su libro a los instrumentos de política pública como las herramientas del gobierno, y aportó con una tipología denominada NATO, la cual se destacan los siguientes: i) la nodalidad o información referida a los instrumentos en función de los recursos estatales; ii) la autoridad o regulación que comprende el sistema normativo en el que se enmarcan las políticas, iii) el tesoro o financiamiento incluye los instrumentos monetarios, financieros y fiscales que hacen viables o no a las políticas, y iv) la organización comprendiendo a las instituciones formales y personas responsables que inciden en la política (Hood 2007, Howlett 2009).

En este sentido, a continuación, en la tabla 3.2, se presentan los principales instrumentos que se detallarán posteriormente y que fueron implementados con la finalidad de cumplir el objetivo de reducir la mortalidad materna en el país; los cuales se encuentran resumidos en la siguiente tabla:

Tabla 3.2. Resumen de Planes y estrategias de la política de reducción acelerada de la muerte materna

Planes/Estrategias	Instrumento
Plan de reducción acelerada de la Mortalidad Materna e infantil	Cuidado obstétrico y neonatal esencial CONE
	El sistema integrado de vigilancia Epidemiológica (SIVE)
Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar	Planificación familiar
	Difusión masiva para el cambio de patrones socioculturales
	Servicios de Educación, información y consejería
	Servicios de salud sexual y reproductiva

	Mecanismos de participación social para adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres
Plan familia	Intervención intra y extramural
	Misión Leonidas Proaño
	Reposicionamiento de la Familia
	Campañas de comunicación

Fuente: Ministerio de Salud Pública

3.2.1 Plan de reducción acelerada de la muerte materna e infantil

En el Plan de reducción acelerada de la muerte materna e infantil desarrollado en el 2008, se describe a la muerte evitable de una mujer y un recién nacido como un hecho inadmisible e injusto, por cuanto la creación de dicho plan buscó a través de una atención integral de salud, disminuir tanto la mortalidad materna como la infantil (MSP 2008).

Además, se menciona que la muerte materna provoca consecuencias sociales y económicas por tres razones: i) Reduce la posibilidad de que los recién nacidos sobrevivan; ii) Provoca una disminución del desempeño escolar de los niños y niñas que sobreviven; y iii) representa una pérdida de ingresos en la familia y afecta la productividad económica (MSP 2008).

Es importante mencionar que en la descripción del problema ya se detallaron algunos aspectos del plan de reducción acelerada de la muerte materna e infantil, sin embargo, a continuación, se describirán aspectos importantes de los principales instrumentos que conforman el plan: i) Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial – CONE; y ii) el Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica – SIVE.

Cuidado obstétrico y neonatal esencial CONE

Es un instrumento de política pública, que busca implementar el denominado Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, para coordinar a los prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales articulados por territorios. Su propósito principal es asegurar una atención esencial y de calidad a todas las madres y recién nacidos que lo requieran, ofreciendo servicios integrados y continuos a la madre durante el embarazo, parto y puerperio (MSP 2008).

El CONE permitió integrar a la familia, la comunidad para que accedan de forma efectiva a los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel. El CONE se ofertó según el nivel de

complejidad por los establecimientos del Sistema Nacional de Salud en forma coordinada, manteniendo relación de referencia, contrarreferencia, referencia inversa y derivación, en concordancia con los Principios del MAIS (MSP 2008).

El enfoque de esta estrategia está basado en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su mayoría pueden ser prevenidas o evitadas y por lo tanto requieren CONE rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo (MSP 2008).

Los CONE pueden ser ofrecidos por las unidades de salud según niveles de resolución o perfil de complejidad. Para el Ecuador se identifican tres niveles de resolución:

- **Primer Nivel: Cuidados Obstétricos y Neonatales Ambulatorios (CONE-A):** son acciones de salud esenciales para la madre y el neonato que por lo general se ofrecerán en el domicilio, en casa comunal, en el puesto, subcentro o centro de salud (MSP 2008).
- **Segundo Nivel: Cuidados Obstétricos y Neonatales Básicos (CONE-B):** ofertados en el hospital básico (MSP), Hospital Nivel I y II (IESS), Clínica y Hospital de Brigada (FFAA y Policía), que deben contar con insumos, equipos y profesionales médico u obstetrix calificado durante 24 horas al día, todos los días del año, con la finalidad de brindar las prestaciones clínicas e información epidemiológicas que requiera la madre (MSP 2008).
- **Tercer Nivel: Cuidados Obstétricos y Neonatales Completos (CONE-C):** Se ofrecerán de preferencia en un hospital general, especializado o de especialidades (MSP), Hospital de tercer nivel (IESS), hospital General y Nacional (FFAA y Policía) que deberán contar con lo necesario es decir: insumos, equipo y personal profesional, para ofrecer durante las 24 del día, todos los días del año los servicios de CONE básicos mencionados anteriormente, incluyendo además procedimientos, actividades, técnicas e información epidemiológica que se encuentra en las normas definidas para este nivel (MSP 2008).

El sistema integrado de vigilancia Epidemiológica (SIVE)

Otro de los instrumentos de la política pública, que se desprenden del Plan de reducción acelerada de la muerte materna e infantil, es el denominado Sistema Integrado de Vigilancia

Epidemiológica -SIVE, que inició su implementación en el año 2001, sin embargo, toma fuerza y se implementa con mayor rigurosidad, a partir del Plan. Se encuentra conformado por 4 subsistemas: SIVE-Alerta, SIVE-Hospital, SIVE-Programas Prioritarios y SIVE-Comunitario.

La vigilancia de la mortalidad materna, a pesar de ser un sistema de vigilancia especializado, por razones operativas y de seguimiento de política pública se lo integró al subsistema SIVE-Alerta. Con lo cual se propone realizar una vigilancia de mortalidad y morbilidad grave materna y neonatal pues tanto las defunciones como los casos graves se consideran eventos centinelas que deben ser observados de forma particular y además notificados inmediatamente, ya que pueden requerir una intervención inmediata para evitar eventos similares en el resto de la población (MSP 2008).

La identificación de casos sospechosos de mortalidad o morbilidad materna y neonatal se realiza a nivel ambulatorio a través de la denominada búsqueda activa de casos en las oficinas de registro civil y a través de informantes calificados como: promotores, colaboradores voluntarios y líderes comunitarios entre otros. En los hospitales se realiza a través del registro de ingresos y egresos hospitalarios. Los responsables son los epidemiólogos o los subdirectores técnicos del centro hospitalario (MSP 2008).

Los Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS) y los coordinadores o epidemiólogos de área son los que se encargan de la identificación y notificación de los casos detectados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Una vez identificados los casos sospechosos se procede a la investigación epidemiológica, la cual se encuentra a cargo de los epidemiólogos con el apoyo de otros funcionarios (estadístico y especialistas clínicos quienes utilizan las fichas específicas diseñadas para el efecto) (MSP 2008).

3.2.2 Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar – ENIPLA

Por su parte la ENIPLA se presenta como una acción del Estado en forma de proyecto en 2011, con el objetivo de fomentar el acceso a derechos, en particular los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en este marco, proveer de acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En éstos se brindaría educación, consejería en sexualidad y planificación familiar, ya que los indicadores que tenía en su radar eran las altas

tasas de fecundidad, los embarazos adolescentes, número de abortos; y además la mortalidad materna, que es el tema de estudio, lo cual demuestra que la planificación familiar apunta al mejoramiento de varios indicadores.

La ENIPLA buscaba la transformación de patrones socioculturales impregnados en la sociedad ecuatoriana y que estaban relacionados con la sexualidad y la planificación familiar, con el propósito de que los hombres se involucren y corresponsabilicen en la salud sexual y salud reproductiva tanto de ellos como de sus parejas. Los cambios socioculturales se cimentarían en los siguientes ámbitos: personal, familiar, comunitario, así como en los prestadores y decisores de políticas del Sistema Nacional de Salud (MSP 2011).

A través de esta estrategia se promovía también, el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo ya que se lo veía como un factor protector frente a embarazos no planificados o no deseados. Se enfocaba en el derecho que tienen las personas a decidir sobre su vida reproductiva, dado que es un derecho humano el cual debe ser ejercido libremente, informado, voluntario y responsablemente, en atención a lo definido en los postulados de la Constitución y del entonces Plan Nacional del Buen Vivir (MSP 2011).

La ENIPLA estaba enfocada en cuatro aristas, la cuales son i) altas tasas de fecundidad; ii) embarazo adolescente, iii) mortalidad materna; y iv) aumento progresivo de abortos en el país; los cuales se convierten en ejes a los que se ataca con esta estrategia y que para efectos de esta investigación forman parte de lo que se busca mejorar, ya que dentro de la Estrategia se aplican varias herramientas para mejorar los indicadores como son: i) planificación familiar; ii) difusión masiva para el cambio de patrones socioculturales; iii) servicios de Educación, información y consejería; iv) servicios de salud sexual y reproductiva; y v) mecanismos de participación social para adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres.

Métodos de planificación familiar

De acuerdo con el Proyecto para ENIPLA, la relación que existe entre el Acceso a Métodos Anticonceptivos (MAC), respecto al conocimiento y el uso es amplia en el Ecuador, al igual de lo que sucede en los países de América Latina, por lo que dicho fenómeno se presenta con una marcada diferencia. Así por ejemplo el conocimiento de los métodos modernos de anticoncepción se presenta con un 97% frente a su uso entre adolescentes con un 56% y el 13,5% que usaron MAC en la primera relación sexual, esto según datos de la Encuesta

Demográfica de salud materna e infantil, realizada en Ecuador en el año 2004 -ENDEMAIN 2004 (MSP 2011).

Razón por la cual para la ENIPLA era de vital importancia apoyar a la mujer y su pareja para que ejerzan su derecho informado a acceder a métodos de planificación familiar, que luego decantarían en la mejora de indicadores como la tasa de fecundidad adolescente, número de abortos y razón de mortalidad materna, etc. (MSP 2011).

Posibilidad de tomar decisiones libres e informadas sobre los derechos sexuales y reproductivos

Con respecto al grupo de mayor riesgo para el embarazo, en Ecuador se encuentra representado por adolescentes y jóvenes que viven en zonas urbanas o rurales, con nivel socioeconómico bajo, dado que no acceden a educación formal o tienen educación hasta primaria completa. Los conocimientos acerca de la sexualidad y de la salud reproductiva están afectados por patrones socio – culturales patriarcales y hegemónicos, lo que constituye en una barrera al momento de ejercer una sexualidad plena y placentera (MSP 2011).

Dichos paradigmas, marcados por la tradición, acentúan la idea de que la sexualidad está principalmente ligada a la reproducción. Lo que provoca que desde la población adulta se dé una respuesta relacionada con el control moral de la sexualidad, lo cual no permite que los jóvenes accedan a respuestas efectivas, científicas que permitan garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva. Otra barrera importante es la desconfianza, ya que por lo general los adolescentes y jóvenes no se sienten confiados en los servicios de salud, ya que no se les garantiza una efectiva confidencialidad, ni se cuenta con ambientes amigables de atención (MSP 2011).

Por lo tanto, la ENIPLA buscó cambiar parones socioculturales (control moral) respecto a la sexualidad y la planificación familiar, dotando a los hospitales de centros más amigables que orienten a los jóvenes a cerca de estos temas y que se corresponsabilicen de la salud sexual y reproductiva suya y de sus parejas. Además, los cambios socio-culturales buscaron llegar también al ámbito personal, familiar, comunitario, así como en los prestadores y decisores de políticas del Sistema Nacional de Salud.

Utilización de anticonceptivos

El Ecuador había logrado hasta el 2004, según datos de ENDEMAIN, mejorar los indicadores de conocimiento de métodos anticonceptivos; ya que el 96% de las mujeres en edad fértil (15-49 años) han oído hablar al menos de un método anticonceptivo, y el 95.5% de un método moderno. A pesar de ello la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es significativamente más bajo en el mismo año, lo que demuestra que existe una gran problemática (MSP 2011).

Por lo que la ENIPLA también buscó promover el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo para lograr que las personas a través de la educación puedan evitar o hacer frente a embarazos no planificados y además que puedan estar más y mejor informados sobre la utilización de métodos anticonceptivos.

3.2.3 Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia “Plan Familia”

El Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia “Plan Familia” fue puesto en marcha en el 2015, además de mostrarse como un indicativo de que su aplicación tuvo un efecto negativo en la mortalidad materna y en el acceso a derechos sexuales y reproductivos, también crea un precedente sobre los efectos que conlleva pasar de un programa acorde a lo recomendado internacionalmente con evidencia científica y probada; como era el ENIPLA y mejorar el acceso a salud sexual, reproductiva y planificación familiar; a uno que retorna al papel de la familia el poder y la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva de forma única.

A continuación, se describe en qué consistía el Plan Familia, que, entre sus diferencias destacadas era el estar a cargo directamente de la Presidencia de la República, a diferencia de la ENIPLA, que estaba en el Ministerio de Salud y el Ministerio de Inclusión Económica y social.

Los objetivos del Plan Familia eran: i) prevenir el embarazo adolescente, robusteciendo el rol protagónico de la familia y empoderando a los y las adolescentes de manera que puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables; ii) incrementar la educación y asesoría en afectividad y sexualidad para adolescentes y jóvenes, tomando como punto de partida a la familia y el desarrollo de todas las dimensiones de la persona; iii) incrementar el conocimiento y posicionamiento del Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia (Presidencia 2015).

En función de lo detallado, se puede destacar que, según este Plan, la familia es la principal y básica institución sobre la que se sostienen y se construyen las demás instituciones, además, porque ninguna otra institución puede sustituir a la familia en sus funciones esenciales. Por lo que se puede decir que las instituciones que tienen lugar a partir de la principal que es la familia, tienen funciones y responsabilidades adicionales, pero en ningún caso las sustituyen (Presidencia 2015).

Además, según el Plan, la familia es representada como el eje de la sociedad, que se constituye como el núcleo básico de la formación social y el medio natural y necesario para el desarrollo integral de los que la componen, principalmente los niños, niñas y adolescentes. En el Plan familia también se destacaron algunos instrumentos a caracterizar.

Fortalecimiento de capacidades con el MSP

El Plan Familia en Ecuador proponía una intervención intra y extramural a través del Ministerio de Salud Pública, para ello buscaría capacitar a 1.700 profesionales de salud y 1.800 Técnicos de Atención Primaria de Salud en temas como la afectividad y sexualidad con enfoque de familia, esto con la finalidad de que luego estos se encarguen de trabajar con los adolescentes y sus familias a través de consejería y asesoría para que se tomen las mejores decisiones respecto a su vida presente y futura (Presidencia 2015).

Básicamente las capacitaciones debían promover que los adolescentes posterguen su primera relación sexual, como el método más indicado y el 100% seguro que permite evitar embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, las cuales como se describía, eran consecuencias de vivencias sexuales prematuras etc. Además, buscaba motivar a que los adolescentes comuniquen sus decisiones a sus padres o familiares cercanos (Presidencia 2015).

Fortalecimiento de capacidades con el MIES

El Plan Familia, además, reconocía la amplia cobertura que el MIES tiene con sus programas dirigidos a adolescentes, jóvenes y familias. Por lo cual consideró pertinente que a través de dichos programas se realice una intervención conjunta con Plan Familia Ecuador para fortalecer las capacidades de los Técnicos de Juventud del MIES respecto a los temas de afectividad y sexualidad con enfoque de familia. Esta intervención se realizaría a través de la Misión Leonidas Proaño en sus modalidades (Presidencia 2015).

Edu comunicación

Plan Familia contaba con un instrumento que apuntaba a la generación de una campaña de comunicación para sensibilizar y movilizar a la sociedad en la prevención del embarazo adolescente incorporando a la familia como la institución básica y la primera formadora en valores rescatando su rol protagónico (Presidencia 2015).

Con lo cual crearía, fortalecería y potenciaría la imagen de Plan Familia Ecuador como un referente para que la sociedad pueda tener un espacio de apoyo, información, inclusión y contribución a los objetivos y metas del Plan.

Las campañas tenían un alcance nacional, y estaban sustentadas técnica y pedagógicamente con la finalidad de informar y formar a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en afectividad y sexualidad con un enfoque integral, recuperando el rol protagónico de la familia que les permita tomar decisiones libres, informadas y responsables.

Una vez conocido los programas implementados que explican de alguna forma lo ocurrido en Ecuador respecto a la muerte materna, se procede a resumir como se conforma la red de la política investigada.

3.3 Actores que conforman la red de la Política de reducción de la muerte materna

Las redes están compuestas por dos elementos básicos: “los actores que establecen la relaciones entre sí, y estas relaciones; los primeros son representados por puntos en la redes o nodos y los segundos por líneas” (Sanz 2003, 25).

Por lo que en esta sección se describirán aquellos actores humanos y no humanos que intervinieron en el desarrollo de la política de reducción de la muerte materna en el período de estudio (2007-2017), describiendo el principal aporte o relación con la política; para en la siguiente sección graficar la red mediante el uso del software Gephy, y analizar las sub redes e ideas programáticas, y analizar sus respectivos estadísticos.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

El Ecuador como uno de los miembros del Sistema de Naciones Unidas se comprometió a realizar esfuerzos para el cumplimiento de las metas 4,5 y 6 que se relacionan con disminuir todas las formas de discriminación de la mujer, entre las que se encuentra la Mortalidad

materna; es así que para cumplir estas metas se planteó la un Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008 (MSP 2007a).

El mencionado Plan complementaba la posterior Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos del 2007, que buscaba la reforma del sector salud para el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva y humanización de los servicios de salud; que se enlazaba con una demanda al Estado ecuatoriano, para que se asignen los recursos necesarios que permitan solucionar el problema de la mortalidad materna, en pro del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010

Es el primer Plan de Desarrollo realizado en Ecuador, a partir del gobierno de Rafael Correa, el cual fue denominado “Planificación para la revolución ciudadana”, respaldado con el plan de gobierno con el que llegó a la presidencia Correa; este Plan contaba con 12 grandes objetivos; de los cuales el tercero denominado “Aumentar esperanza y la calidad de vida de la población” es el que se relaciona con esta investigación, ya que contiene la meta 3.4 que buscaba reducir en un 30% la mortalidad materna en consonancia con la meta planeada en los ODM; demás, se tenían metas relacionadas como la 3.5 y la 3.6 que buscaban reducir en 25% el embarazo adolescente y aumentar los servicios de salud a las mujeres, respectivamente (SENPLADES 2007).

Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2007

Esta política nace de una profunda reflexión sobre las condiciones actuales de los derechos sexuales y salud reproductiva tanto en hombres como mujeres en el país; fue presentada en el 2007 época en la que Dra. Caroline Chang era la Ministra de Salud Pública, se generó como propuesta del MSP, en conjunto con el Consejo Nacional de Salud – CONASA quien se encargaría de seguimiento, monitoreo y evaluación de esta política; y respaldada por la Presidencia de la República (MSP 2007b).

En función de los marcos legales y acuerdos internacionales se elaboraron lineamientos basados en el enfoque de derechos, equidad, calidad y solidaridad que permitan el desarrollo pleno, integral y armónico del capital humano del país (MSP 2007b).

Esta política contaba con el respaldo del H. Congreso Nacional, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Consejo Nacional de la Salud, el Sistema de Naciones Unidas: UNFPA, UNICEF, OPS/OMS, la academia como la FLACSO, la cooperación internacional como QAP, FCI, organizaciones no gubernamentales como CEPAR, APROFE, entre otras (MSP 2007b).

Esta política buscaba enfrentar los problemas de la mortalidad materna y el embarazo adolescente como acciones de salud pública prioritarias en los servicios de salud, haciendo que las instituciones de salud públicas y privadas actúen coordinadamente y así poder optimizar sus recursos. Se buscó acoger las resoluciones de la 57^a Asamblea Mundial de la Salud de mayo 2004, en Ginebra en donde se acordó cumplir 5 puntos para mejorar la salud sexual y salud reproductiva:

- i) mejorar las coberturas y calidad de la atención prenatal, parto, posparto, perinatal y neonatal; ii) Ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; iii) eliminar los abortos peligrosos; iv) combatir las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, eliminar la violencia de género, el cáncer del cuello uterino y otras afecciones ginecológicas; y v) Promover la salud sexual.¹

Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal 2008

Se emitió en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública, bajo la dirección de Caroline Chang y con el apoyo del CONASA y los principales programas que se ataban a este plan son el CONE y el SIVE Alerta, como se mencionó en la sección anterior. El objetivo principal de este Plan era aportar a la reducción de la muerte materna desde la atención primaria y especializada, teniendo un control y seguimiento de las causas de muerte materna a través del seguimiento epidemiológico, con la finalidad de evitar que vuelvan a ocurrir.

La Constitución Política de la República 2008

La nueva constitución del Ecuador entró en vigor con Registro Oficial 449 el 20 de octubre de 2008, en el gobierno de Rafael Correa. Los artículos 42, 43, 44, 45, 46 y 47 establecen la garantía y acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; el acceso ininterrumpido a las

¹ 18 Boletín de prensa de la 57^a Asamblea Mundial de la Salud Primera estrategia mundial sobre salud reproductiva. Ginebra, Mayo de 2004

emergencias de los establecimientos públicos o privados, así como a una promoción de la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, el reconocimiento y respeto y promoción al desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, el compromiso y rectoría en la organización del sistema nacional de salud (Constitución de la República del Ecuador 2008).

Con estos artículos se apalancan las posteriores políticas, planes y programas que buscan reducir la muerte materna en el país, ya sea con un mejor acceso a salud, derechos sexuales y reproductivos, etc.

Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013

Este Plan amparado en la constitución del 2008, buscaba construir el Buen vivir, desde las reivindicaciones por la igualdad y la justicia social, y desde el reconocimiento, la valoración y el diálogo de los pueblos y de sus culturas, saberes y modos de vida (SENPLADES 2009).

Respecto al tema investigado, este plan se propuso en su meta 3.4.2: Disminuir en 35% la mortalidad materna hasta el año 2013, dado que se evidenció que aquellos datos que se encuentran por arriba del promedio nacional se caracterizan por tener altos niveles de pobreza, mayor ruralidad y deficiencias en servicios básicos. Las principales provincias afectadas por la mortalidad materna según el plan son: Chimborazo, Cotopaxi, Cañar, Sucumbíos y Bolívar; y las regiones, Sierra y Amazonía (SENPLADES 2009).

Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar – ENIPLA

Fue liderado e ideado por el Ministerio de Salud Pública que era dirigido por Carina Vance y buscaba prevenir el embarazo adolescente a través de mejor acceso a la planificación familiar, lo que también influye en la mortalidad materna por lo que se buscaba también mejorar este problema a través de esto; su ejecución se apoyaba en el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social que se encontraba a cargo de Doris Soliz quien calificó al ENIPLA como proyecto emblemático, dicho ministerio era el encargado coordinar las actividades que cumplirían el MIES, Mineduc y MSP respecto al ENIPLA.

Por ejemplo, el Mineduc ejecutó las reformas a la normativa relacionada a la educación sexual y reproductiva en el Ecuador mientras que el MIES trabajó en la capacitación y educación de

las familias de escasos recursos en temas relacionados a la educación sexual y reproductiva y planificación familiar. Su trabajo se concentró además en los jóvenes que se encontraban fuera del régimen escolar y en la promoción de la participación. Fue el mismo presidente Rafael Correa presentó el ENIPLA al país mediante una sabatina en el 2011 (SENPLADES 2011).

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017

El Plan Nacional para el Buen vivir 2013 – 2017 era más ambicioso y buscaba sobrepasar las metas que se habían planteado por los ODM, ya que quería impulsar un cambio irreversible, rápido, profundo y radical en el país apalancado en lo que se denominaba el Buen Vivir (SENPLADES 2013).

En este plan se busca ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas a través del desarrollo e implementación de programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural; y de forma particular la meta principal de reducción de la mortalidad materna era, el reducir el indicador de razón de mortalidad materna en 29,0% (SENPLADES 2013).

Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia “Plan Familia”

Se presentó en julio del 2015 y tuvo la particularidad de ser generado directamente desde la Presidencia de la República y respaldado por el presidente de la república. Mónica Hernández que hasta el momento era asesora de la presidencia se convirtió en la responsable del Plan familia, quien fue cuestionada y vinculada con grupos conservadores y del Opus Dei. El MSP recibió el apoyo como ejecutor del programa, por su parte el MIES realizó una intervención para fortalecer las capacidades de los Técnicos de Juventud del MIES respecto a los temas de afectividad y sexualidad con enfoque de familia.

Este plan se enfocaba devolver a la familia el poder y la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva, y con lo cual se ganó el respaldo del colectivo denominado “Somos 14 millones” el cual promovió el rechazo a la ideología de género, la entrega gratuita de la anticoncepción oral de emergencia y la educación sexual desde la familia y los valores. Además, se contaba con el apoyo de la iglesia católica, ya que es la que defiende el no uso de

anticonceptivos y el respeto a los valores y a la unidad de la familia; también la iglesia evangélica hace su apoyo al Plan (Global Voices 20 de mayo de 2013).

Finalmente, al analizar los programas implementados para el Plan de reducción de muerte materna se quiso detallar en qué estaban enfocados y dar a conocer las principales características de cada uno; en esta sección, se muestra cuáles son los actores e instituciones que han formado parte de la política que se está investigando, pudiendo identificar la presencia del Ministerio de Salud, la política de derechos sexuales y reproductivos, el ENIPLA y el Plan Familia como los más destacados y con la mayor participación de actores entre sí.

En la siguiente sección se describe de forma resumida cómo se dio el contexto del cambio a la política de reducción de la muerte materna.

3.4 Contexto del cambio de la política de mortalidad materna

A nivel mundial se han venido desarrollando muchas conferencias y reuniones auspiciadas por agencias de Naciones Unidas, respecto a la salud y a la mujer y de forma particular lo que tiene que ver con la maternidad y la mortalidad asociada a esta; así por ejemplo se desarrolló: la Conferencia sobre Maternidad Sin Riesgo, celebrada en Nairobi (Kenia) en 1987, la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto en 1994, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing en 1995, la Cumbre del Milenio celebrada en el 2000.

Además, en 2002 y 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó dos resoluciones vinculadas con la salud reproductiva, y el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2009 reconoció que la morbimortalidad materna prevenible supone un problema de salud, desarrollo, derechos humanos y libertades fundamentales.

Desde el derecho internacional se reconoce que la Constitución no está conformada solo por las reglas internas, sino que existe un principio de supremacía de los derechos fundamentales de la persona humana. Tal como es reconocido desde el preámbulo de la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos donde se afirma que: “Reconociendo que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado,

sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana”. En Ecuador se ha reconocido que:

En esencia significa que los Estados no están obligados solamente al cumplimiento del contenido de sus constituciones, sino también al de los tratados internacionales que han suscrito y ratificado, puesto que existen disposiciones concretas de respetar sus preceptos, y por lo tanto pasan a insertarse dentro de la normativa con máxima jerarquía.²

Mediante la Constitución Política se introduce una mayor obligatoriedad para los instrumentos que integran el soft law al establecer de manera genérica que los instrumentos (tratos y convenios) internacionales no diferencian entre las normas ratificadas y las que no lo han sido que bajo una interpretación sistémica reconocen la obligatoriedad del cumplimiento de ambas (Caicedo, 2009).

Según lo anterior las ideas y recomendaciones internacionales se van estabilizando y calando en los actores e instituciones del Estado, es así que se empiezan a configurar a partir de 2007 políticas que apuntan a los derechos sexuales y reproductivos, para luego armar estrategias que apuntan también a la planificación familiar bajo un enfoque de derechos de la mujer, derechos sexuales y reproductivos y de los adolescentes, con miras a buscar la reducción de la mortalidad materna.

Posteriormente se puede observar en el mismo periodo en el que se basa esta investigación, que se visualiza una ruptura respecto a las recomendaciones internacionales, y esto se da al momento de aplicar el denominado “Plan familia” el cual se contrapone con todo lo establecido en otros países y recomendado por organismos de Naciones Unidas en las distintas cumbres y reuniones; por lo que se habla de una ruptura y retroceso de la política en el país, ya que el acceso a atención de calidad en salud debe estar complementado con un mejor acceso a derechos sexuales y a una mejor planificación familiar.

En la siguiente sección se graficará a través del software Gephy, la red de la Política de reducción de la muerte materna, mostrando las relaciones de los actores identificando las sub redes que se forman en torno a ideas programáticas, además se podrá notar la mayor

² Resolución No. 001-2004-DI, 9-VII-2004, Tribunal Constitucional, (R.O. 374).

participación entre los actores, dialogando con la teoría intentando explicar lo que se muestra en la red.

3.5 Análisis de redes en torno de la política de reducción de muerte materna

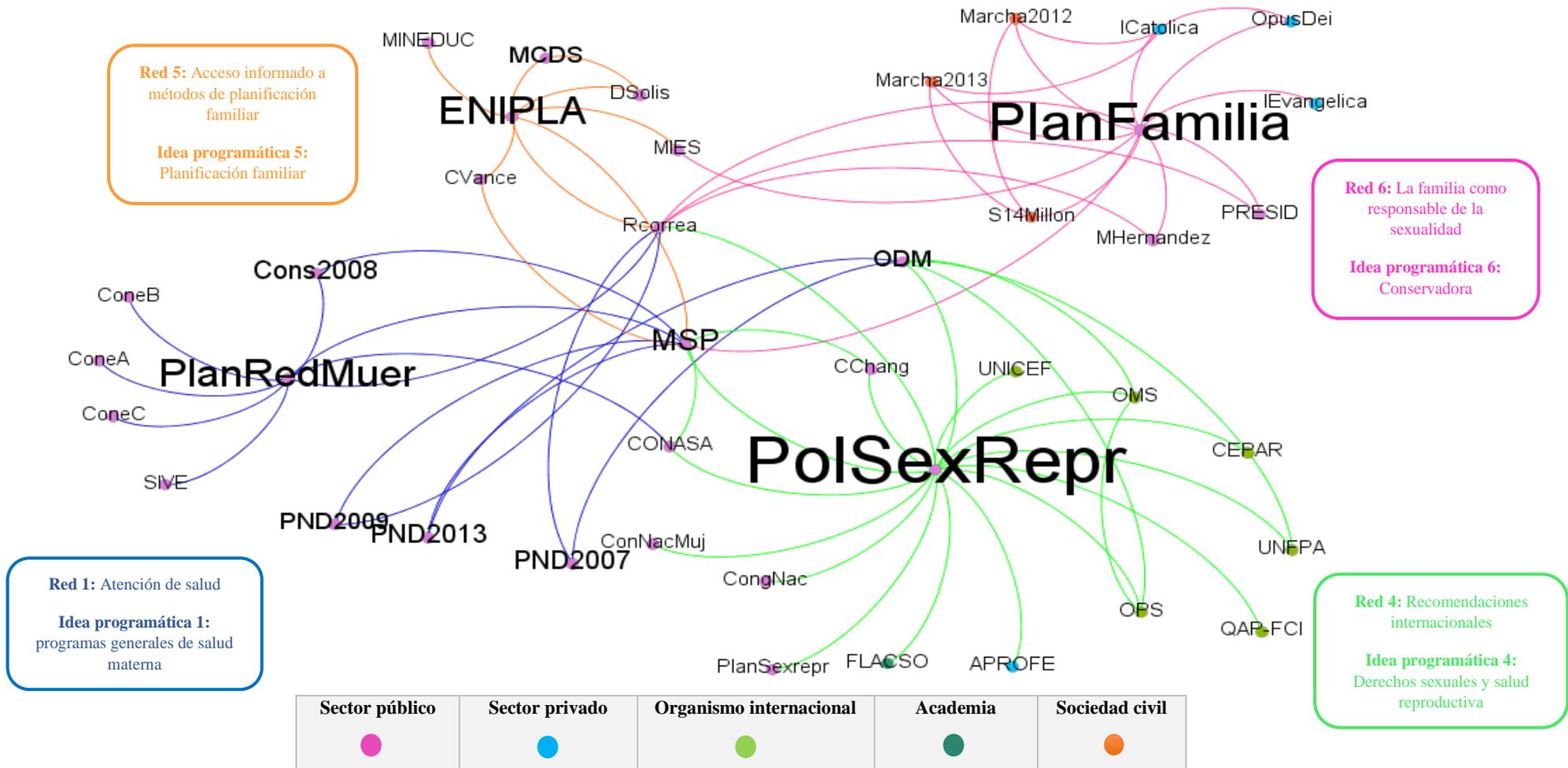
Una vez detallado el contexto del cambio de la política a continuación en la ilustración se muestra la representación gráfica del análisis de redes sociales y se describe los actores e instituciones que forman parte de la política pública de reducción de la muerte materna.

El análisis de la red de la política de reducción de muerte materna que se efectúa en el presente capítulo se alinea a lo señalado por Sandstrom y Carlsson (2008), que definen que el mapeo de actores es un elemento fundamental para su reconocimiento y sus relaciones como una variable fundamental para explicar los resultados y el desempeño de la política pública. Los autores sostienen que el éxito o el fracaso de la formulación de la política pueden ser explicadas desde sus características estructurales de la red. Para ello, es importante considerar la relación entre redes, instituciones y capital social.

El llamado análisis estructural, entendido como “un conjunto de instrumentos para conectar el mundo de los actores con las estructuras sociales emergentes que resultan de las relaciones que los actores establecen” (Sanz 2003, 21), se busca que en la presente investigación aporte a conocer si las ideas programáticas tuvieron que ver con la falla en la implementación de la política de reducción de la muerte materna.

Al analizar las redes de contexto y estructura y agencia se busca comprender, predecir y gestionar mejor los resultados de la acción humana; reflejar los flujos de conocimiento y comunicación, identificar los resultados en las estructuras, y analizar también cómo la estructura social de relaciones en torno a las personas, grupos, u organizaciones afecta las creencias y a la conducta de los mismos; es decir permite “medir la magnitud de las presiones” (Sanz 2003, 22-23).

Gráfico 3.5. Grafo de estructura y agencia de la política de reducción de muerte materna, ideas programáticas y sub redes



Fuente: Resultado del trabajo investigativo

Una vez descritos los actores e instituciones que forman parte del contexto de la política pública de reducción de la muerte materna, se grafica la red de la política de reducción de la muerte materna y se identifican cuatro subredes que la conforman (gráfico 3.5), con sus correspondientes ideas programáticas que funcionan como “pegamento” de las mencionadas sub redes. Se observa la importancia que muestra en la reducción de la muerte materna, que es una política asociada, sobre salud sexual y reproductiva.

También la ENIPLA como estrategia para la planificación familiar que se asocia como una herramienta para combatir la mortalidad materna, los planes de salud enfocados directamente en la reducción de la muerte materna y finalmente el Plan Familia, que se desarrolla casi al final del período de análisis de la presente investigación.

En el gráfico de la red de la política de reducción de la muerte materna se pueden distinguir a cinco tipos de actores, en lila aquellos pertenecientes al sector público; en azul los que pertenecen al sector privado; en verde claro a los organismos internacionales; en verde oscuro a la academia y finalmente en naranja a los que responden a la sociedad civil.

Se observan a la primera sub red “Atención en Salud” con su respectiva idea programática en azul; la sub red que se denomina “recomendaciones internacionales” se encuentra en verde con su idea; En naranja está la sub red “Acceso informado a métodos de planificación familiar” y en morado la sub red “La familia como responsable de la sexualidad”, ambas con sus respectivas ideas programáticas.

3.5.1 Sub redes e ideas programáticas

En este apartado, se busca dar una explicación más detallada de lo que ocurre en la red de la política de reducción de la muerte materna, los actores, sus relaciones, conformación de sub redes y las ideas programáticas que les permiten asociarse.

Conformación de la Sub red 1 “Atención de salud”

El Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, partió desde un enfoque integral e intercultural de la atención materna y neonatal; haciendo énfasis en la atención y un

mejor acceso a salud de emergencia a través del SIVE o CONE, se aplicaron mejores normas de atención, vigilancia epidemiológica, mejora continua de la calidad, mecanismos de estímulo a la demanda con enfoque de derechos, equidad e interculturalidad (MSP 2008).

Este plan se enlazó con los planes nacionales de desarrollo que se elaboraron entre el 2007 y el 2017, y de la constitución del 2008 cuyo objetivo principal es aportar con acceso y mejora calidad de salud a las personas y de forma particular a las madres y así mejorar los indicadores de muerte materna. De este modo se implementaron y mejoraron programas específicos de atención como son el CONE, a través de una atención de calidad a la madre y su hijo; y del SIVE a través del seguimiento y vigilancia epidemiológica enfocada a conocer la causa de muerte materna y lograr evitarlo en las demás; todo esto articulado y de la mano del Ministerio de salud; con la idea programática que se ha denominado “programas generales de salud materna” ya que todo está enfocado a la reducción de la mortalidad atendiendo de forma oportuna y de calidad a la salud de las madres y de sus hijos.

Conformación de la Sub red 4 “Recomendaciones internacionales”

Durante los últimos 15 años, las organizaciones de las Naciones Unidas han realizado continuas conferencias para tratar los temas como el respeto a los derechos humanos, por lo que Ecuador ha suscrito estos acuerdos internacionales, de carácter vinculante para el país. Por lo que a pesar de no tener el mismo peso jurídico que la constitución, los acuerdos internacionales, son compromisos éticos que tienen implícita la obligación de cumplirlos y de informar los avances; por esta razón el país decide atender los derechos sexuales, la salud reproductiva y la igualdad de la condición de la mujer a través de la Política de Salud y Derechos Sexuales Reproductivos del 2007 (MSP 2007a).

Al estar atada esta política a acuerdos internacionales, tiene el respaldo de las oficinas de naciones unidas como OPS, OMS, UNFPA entre otros, que buscan la mejora de los derechos de la mujer y recomiendan a los países un mejor acceso a este derecho, para combatir no solo la violencia contra la mujer, sino como una herramienta útil para lograr bajar los indicadores de mortalidad materna. Esta política además contó con la participación de la academia y el aporte

específicamente de FLACSO. La idea programática que une a estos actores es la garantía de los “Derechos sexuales y la salud reproductiva”.

Conformación de la Sub red 5 “Acceso informado a métodos de planificación familiar”

Esta sub red se configura en torno a los actores que desarrollan la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar, buscando que mediante un mejor acceso y mayor información de los métodos de planificación familiar se reduzcan los índices de embarazo adolescente y de forma paralela aportar también a los indicadores de mortalidad materna; se presenta como una alternativa innovadora no solo para cumplir con los objetivos directos, sino también los indirectos.

Se vuelve una estrategia referente a nivel regional elaborada en conjunto con la ministra de salud de ese entonces quien promovía la planificación familiar, y la convierte en una idea programática a la que se adhieren actores como el presidente de la república, la Ministra Coordinadora de Desarrollo Social. Se logra la intervención del MIES, Mineduc entre otras, sin embargo, no alcanza a aglomerar los suficientes actores para que la respalden y le permitan mantenerse y continuar aplicándose, razón por la cual solo se implementa por cuatro años.

La ENIPLA promovió prácticas de vida saludable en la población y brindó atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria con enfoques de género, relación intergeneracional, familiar, comunitaria e intercultural. Se buscó intervenir en el nivel macro social del problema atacando los condicionantes culturales, de estructura social, de estructura económica y las condiciones de prestación de servicios estatales; y en el nivel micro social a través de estrategias próximas al espacio de vida del individuo que van a modificar la toma de decisiones en el nivel personal (MSP 2011).

Conformación de la Sub red 6 “La familia como responsable de la sexualidad”

Esta red se fue configurando a partir de la puesta en marcha de la ENIPLA y de la continua lucha de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, por lo que entre el 2012 y el 2013 se realizaron marchas por parte del grupo denominado “somos 14 millones” quien mantuvo un peso bastante importante en la escena pública ya que se encargó de promover el cambio de las

estrategias usadas para la reducción de la mortalidad materna, la fecundidad y derechos como el matrimonio entre personas de mismo sexo o el acceso a aborto seguro.

Después de la constante presión y de la agencia generada por los actores en torno a esta idea programática, en el 2015 se propone la implementación del denominado “Plan Familia” que buscaba retornar la responsabilidad a los padres o familiares de la vida sexual de sus hijos, lo cual devenía en un gran retroceso del país en torno a las recomendaciones internacionales y los programas implementados anteriormente por el mismo gobierno. Se logra la puesta en marcha del proyecto, que dura hasta el 2017, con la salida del gobierno del presidente Rafael Correa.

La directora de este plan admitió ser cercana con la iglesia católica y el Opus Dei (Yépez 6 de marzo de 2015) lo cual demuestra que su implementación tiene muchos sesgos por estas relaciones, por lo cual se ha denominado la idea programática que junta a estos actores, como “moralista” ya que toma en cuenta y apela a los valores y la moral para lograr retrasar el inicio de la vida sexual, y por ende se mostró como un aporte indirecto para mejorar la mortalidad materna. Se resalta la influencia de los actores al conseguir un cambio de 180 grados respecto a las estrategias anteriores que se habían implementado.

3.5.2 Análisis de los Estadísticos de la Red

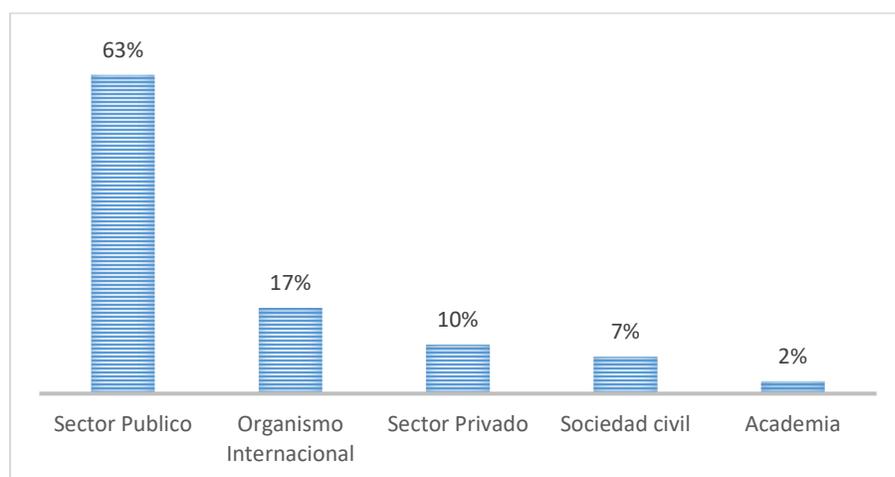
Una vez analizado el gráfico de la red de la Política de reducción de la muerte materna, y analizar las 4 sub redes, los actores, instituciones y sus respectivas ideas programáticas, se proceden a analizar los estadísticos de la misma, con la finalidad de dar paso al abordaje cuantitativo en esta investigación.

En este sentido se puede mencionar que según Sanz (2003, 26), en el estudio de la estructura social operativiza a través de medidas básicas que responden a la posición de cada uno de los actores en la red, pudiendo ser estas, de centralidad y de cohesión. La primera se representa a través del grado, la proximidad y la mediación; mientras la segunda a través de la densidad, unipolaridad, integración y centralización.

Porcentaje de nodos en la red

En el gráfico 3.6 se presentan los porcentajes que representan todos los actores que intervienen en la red según su tipo; así por ejemplo el porcentaje que representan los actores del sector público es del 63% que corresponde a un total de 26 nodos, el 17% corresponde a los actores de organismos internacionales que son un total de 7 nodos, los del sector privado tienen un 10% con 4 actores; los que representan a la sociedad civil tienen una participación de 3 actores que corresponde a un 7%, y finalmente la academia que cuenta con un actor representa el 2% del total de nodos que se tienen en la red de la política de mortalidad materna, con lo cual se llega al total de 41 actores o nodos dentro de la mencionada red.

Gráfico 3.6. Representación gráfica de los nodos de la red de contexto



Fuente: Resultado del trabajo investigativo

Densidad de la red

En la tabla 3.3 que muestra la densidad de la red de la política de mortalidad materna, se puede observar que existen un total de 41 nodos, los cuales comprenden actores humanos y no humanos como instrumentos, planes etc.; además, cuenta con 64 aristas que representan las veces en que se conectan los diferentes actores de la red en torno a las ideas programáticas. Al realizar la fórmula matemática para obtener la densidad, se muestra que la red posee un 7,80% de densidad, lo cual permite conocer los vínculos que se establecen entre los nodos con relación a un número máximo que pudiera establecerse si todos los actores estuvieran conectados directamente por una línea transversal.

Tabla 3.3. Medidas de red

Nodos	41
Aristas	64
Densidad	7,80%

Fuente: Resultado del trabajo investigativo

La densidad se calcula matemáticamente de la siguiente manera es:

$$\begin{aligned} \text{den} &= 2L/n(n - 1) \\ \text{den} &= 2(64)/41(41 - 1) \\ \text{den} &= 128/1640 \\ \text{den} &= 0,07804878 \\ \text{den} &= 7,80\% \end{aligned}$$

Como se mencionó anteriormente la densidad representa el número de vínculos existentes en la red, presentados como una proporción del número de vínculos posibles. En este sentido, el número de vínculos posibles dependerá del tipo de red, diferenciando entre redes no dirigidas y dirigidas.

En el caso de redes grandes la densidad tiene valores comúnmente bajos, debido a que la cantidad de vínculos posibles es proporcional al tamaño de la red; es decir, mayor tamaño de la red (mayor número de nodos), mayor número de vínculos posibles (Aguilar, Martínez y Aguilar 2017).

Sin embargo, como se muestra esta red de contexto es pequeña, y por lo tanto su valor es cercano a 10, sin embargo, presenta una densidad mayor que la red de contexto ya que tiene una mayor cantidad de actores y aristas, lo que le hace disminuir en casi un punto el valor de la densidad.

En términos de poder, la red de contexto, en función de su densidad asegura el flujo y nivel de comunicación adecuada entre los actores, lo cual facilita la toma de decisiones, además como se mencionó anteriormente, la red de dado su tamaño, muestra una baja densidad que representa un nivel bajo de actividad y no es una red cerrada. Se puede concluir que continúa siendo una red abierta y puede seguir permitiendo el ingreso de nuevos actores que permean en la red, por lo que

estamos hablando de una red innovadora y abierta, con la presencia de vínculos entre algunos de los programas implementados.

Centralidad de la red

Es importante recordar que la centralidad mide el grado en el cual un actor es dominante en la red. Por lo tanto, las medidas de grado, cercanía e intermediación que se muestran en la tabla 10, recalcan que dichas estadísticas permiten analizar al o los actores que predominan o tienen mayor poder en la red de la política de reducción de muerte materna.

Tabla 3.4. Medidas de centralidad en la red de la política de muerte materna

Nodo	Grado	Cercanía	Intermediación
ODM	6	0,36	18,40
PolSexRepr	16	0,51	383,60
PND2007	2	0,38	5,89
Rcorrea	8	0,55	233,55
PlanSexrepr	1	0,34	0,00
CChang	2	0,42	0,00
MSP	10	0,56	275,21
CONASA	3	0,44	21,00
OMS	3	0,35	0,00
CongNac	1	0,34	0,00
ConNacMuj	1	0,34	0,00
UNFPA	2	0,35	0,00
UNICEF	1	0,34	0,00
OPS	3	0,35	0,00
FLACSO	1	0,34	0,00
CEPAR	1	0,34	0,00
QAP-FCI	1	0,34	0,00
APROFE	1	0,34	0,00
PlanRedMuer	8	0,43	155,49
ConeA	1	0,30	0,00
ConeB	1	0,30	0,00
ConeC	1	0,30	0,00
SIVE	1	0,30	0,00
Cons2008	2	0,39	0,00
PND2013	2	0,39	5,89
PND2009	2	0,38	0,49

ENIPLA	7	0,42	130,49
MIES	2	0,34	9,33
MINEDUC	1	0,30	0,00
DSolis	2	0,30	0,00
MCDS	2	0,30	0,00
CVance	2	0,39	0,00
PRESID	2	0,39	0,00
PlanFamilia	11	0,45	235,32
OpusDei	2	0,32	0,00
MHernandez	2	0,39	0,00
ICatolica	4	0,32	1,33
IEvangelica	1	0,31	0,00

Fuente: Resultado del trabajo investigativo

En la tabla 3.4 se puede observar que la red de la política de mortalidad materna no se centra en un solo actor, ya que muestra una centralidad diferente del 100, sin embargo, se destacan actores muy importantes, como la política de derechos sexuales y salud reproductiva, el Plan Familia y la ENIPLA, ya que estos sirven de contacto con otros actores que forman parte de la red.

Al respecto de la Centralidad de grado se puede decir que mide grado o las veces en el que un actor está conectado a otros actores; es decir, es adyacente. Destacándose de la tabla 10 la política de derechos sexuales y salud reproductiva (16), Plan familia (11) y el MSP (10) es decir el número de veces que estos actores se han relacionado con los demás actores de la red de la política.

Centralidad de cercanía: se refiere a la independencia que tiene un nodo con respecto a todos los demás nodos en la red. Por ejemplo, en este caso los nodos son cercanos entre sí, y necesitan menos de un paso o dos para llegar a otro nodo.

Centralidad de intermediación: se basa en la frecuencia con la cual un nodo está ubicado entre los caminos más cortos que conectan a pares de otros nodos en la red. En función de la tabla 5 se destaca nuevamente política de derechos sexuales y salud reproductiva, el Plan Familia y la ENIPLA, además se puede observar la presencia de la figura del presidente Rafael Correa como un nodo importante en la intermediación.

Una vez analizadas las medidas de la red, se puede concluir de forma general que esta es una red innovadora, es decir que permite la entrada de nuevos actores como se observa, ya que pudieron ingresar tres tipos de ideas programáticas distintas a las que se habían mapeado en la red de contexto; lo que muestra que se da paso al ingreso de nuevos actores y que sus ideas permean rápidamente en la red y permite formar sub redes en torno a dichas ideas programáticas.

3.5.3 Relación dialéctica: estructura y agencia

En este apartado se realiza un análisis a través del modelo dialéctico de estructura y agencia. Para Capano (2009) la estructura enfatiza las instituciones, los patrones de comportamiento y las unidades colectivas; mientras que la agencia aborda las decisiones, preferencias y comportamientos individuales. Aunque algunos teóricos privilegian la estructura y otros la agencia, al usar a las redes como variables explicativas, no hay que separarlas, pues las estructuras importan, pero son los individuos quienes interpretan esas estructuras y toman las decisiones, en otros términos, el contexto estructurado forma la acción del agente y esta acción afecta al conocimiento estratégico del actor y del contexto, por tanto, implica una relación interactiva (Marsh y Smith 2000).

El modelo dialéctico, por un lado, analiza la incidencia de los comportamientos colectivos representados en las estructuras de las redes, como es el caso de la organización “somos 14 millones”; el plan familia, el ENIPLA, etc. El principal actor es la organización “Somos 14 millones- Vida, familia y libertad” que es una iniciativa ciudadana de laicos católicos sin fines políticos ni discriminativos que desea promover valores y principios.

Se declaran a favor de la vida, familia y libertad y se oponen a la distribución gratuita de la píldora del día después, además no apoyan leyes que vayan en contra de la vida como el aborto y desean promover los derechos desde la concepción, y a otras políticas de planificación familiar. Esta organización termina permeando dentro de la red, de tal forma, que cambia su estructura, y dado que es innovadora, esta puede entrar. Lo que llama la atención es la agencia tan grande que forma esta organización, que permite que la política se encamine a la idea conservadora sin la necesidad de tener tantos actores que la respalden, al contrario de los que sucede en de la política de derechos sexuales y salud reproductiva.

Por otro lado, el modelo dialéctico también analiza los comportamientos individuales de actores como es el caso el presidente de la República, Mónica Hernández, Ministros de Salud, y demás actores que, con sus posiciones individuales crean agencia dentro de la red.

Es así que se destaca la participación del presidente Rafael Correa en la implementación del Plan Familia, ya que, a través de un decreto ejecutivo, puso en marcha un programa totalmente distinto al que se venía aplicando, es decir, reemplazó a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo adolescente – ENIPLA por el denominado “Plan familia”. Lo que demuestra que al juntarse la estructura de la organización “somos 14 millones” y la agencia creada por el presidente de la república, da como resultado que se imponga la idea programática conservadora, que es la que no responde a las recomendaciones internacionales, y recrudece el fallo en la implementación de la política pública de reducción de la muerte materna.

3.5.4 Reflexiones preliminares del capítulo

El objetivo de este capítulo era estudiar la controversia científica dada en función de la no consideración de las recomendaciones internacionales, o recomendaciones parciales para reducir la mortalidad materna, frente al enfoque aplicado en el país en el período de estudio una vez que se ha realizado la investigación se encuentra que:

Los programas aplicados en la política buscaban disminuir la mortalidad materna atacando el problema desde aristas diferentes, tal es así que el programa denominado ENIPLA fomentaba la planificación familiar, mientras que el programa aplicado que lo reemplazó le daba un rol protagónico a la familia y defendía una idea más conservadora de contrarrestar la muerte materna.

Los programas aplicados no buscaban únicamente disminuir la muerte materna, sino contribuir además en la reducción de las tasas de fecundidad y de fecundidad adolescente, las tasas de abortos, entre otros indicadores relacionados, que ven afectada a la muerte materna.

Ecuador en el período de estudio, aplicó cuatro programas totalmente distintos relacionados con la disminución de la mortalidad materna, sin embargo, pese a los esfuerzos en su aplicación, ninguno permitió una efectiva reducción de la mortalidad materna.

Finalmente, con el presente capítulo, se responde al objetivo planteado inicialmente, ya que como se menciona, si existió una desatención de las recomendaciones internacionales lo que genera controversia científica, ya que al cambiar al ENIPLA por el Plan familia, se dejan de lado iniciativas probadas científicamente y con base en la experiencia internacional, y se aplica un enfoque totalmente distinto, lo que genera no solo un deterioro del indicador de mortalidad materna, sino que confirma que se falló en la implementación de dicha política pública.

Capítulo 4

Red y resultado

El objetivo de este capítulo es explicar los datos de la relación redes-resultado de la política pública para la reducción de la mortalidad materna que muestran la falla de implementación, dada la no consideración de forma integral de las recomendaciones internacionales, análisis que se realizó a través del estudio de las redes de contexto y estructura y agencia de acuerdo con el modelo de análisis que se utilizó como es el Dialéctico propuesto por Marsh y Smith (2000), y que metodológicamente se complementa con el modelo ideacional de Ben Kisby (2007).

En este capítulo también se analizará el comportamiento de la hipótesis en función de la pregunta de investigación y los referentes metodológicos de la investigación. Teniendo en cuenta que la hipótesis está relacionada con el fallo de implementación de la política pública sobre reducción de la muerte materna, que estuvo dado por la no consideración de las ideas programáticas que toman en cuenta el conocimiento científico probado que se estandariza internacionalmente para la resolución mortalidad materna y sus causas; y lo que se intenta responder con esta investigación es por qué en el período de estudio (gobierno de Rafael Correa) se formularon programas distintos a los estabilizados a nivel internacional sobre la resolución de la mortalidad materna.

Para esto se consideran los modelos Marsh y Smith (2000) y Ben Kisby (2007), con la finalidad de identificar las ideas programáticas que se formaron alrededor de la política de mortalidad materna, los actores que se asociaron en torno a estas, identificar cuales ideas se diluyeron con el paso de los años, y aquellas que se estabilizaron o resultaron “ganadoras” y generaron el fallo de implementación de la política pública de mortalidad materna.

De forma esquemática se puede decir que el presente capítulo contendrá en la primera parte, el tratamiento del fallo de implementación de manera teórica y la aplicación del Modelo a la hipótesis planteada; se encontrará también una descripción de las seis ideas programáticas encontradas, las ganadoras y las que desaparecen entre la red de contexto y en la estructura y agencia de la política de muerte materna, con la finalidad de identificarlas como la variable explicativa de la investigación; luego de esto se detallarán los principales actores que se

destacaron el contexto ideacional en el que se desarrollaron y definir aquellos actores que generaron aprendizajes estratégicos; y su enlace con las ideas programáticas. Luego se identifica el tipo de fallo que se dio en la política y se describe la relación dialéctica entre la red y el resultado, para terminar con la explicación detallada de lo que ocurrió con la hipótesis de la investigación

4.1 El Fallo de la política pública de reducción de la muerte materna

En el primer capítulo se mencionó que existen algunos tipos de fallas en la implementación que devienen en el sector público y estas son:

i) fallos del estado, que puede darse por ejemplo por pobreza extrema y que no puede ser solucionado con una política simple ya que puede significar incluso un diseño institucional; ii) fallos del gobierno (governance 1, como la incapacidad de proporcionar una dirección a la sociedad y governance 2 que es la incapacidad de los gobiernos de hacer políticas que aborden cuestiones específicas vinculadas a intereses sociales y económicos específicos); iii) fallas de políticas que pueden analizarse principalmente por el no cumplimiento de los objetivos propuestos, sin embargo, también cuando un programa implementado, produce consecuencias negativas (Peters 2015, 363).

Además, Peters menciona que “incluso los estados fallidos pueden tener algunas políticas viables, y la falla de gobierno generalmente es independiente de la falla (o éxito) de políticas individuales” (Peters 2015, 264).

En función de lo descrito anteriormente, en este capítulo se intentará responder a la hipótesis acerca de que el fallo de implementación de la política de reducción de la muerte materna, se debió a la no consideración de las ideas programáticas que toman en cuenta el conocimiento científico probado internacionalmente; por lo que a través de los modelos de análisis como son: el Dialéctico de Marsh y Smith, y complementado con el modelo ideacional de Ben Kisby, se busca poder comprobar la planteada hipótesis.

Es así que el Modelo Dialéctico aporta en la investigación la definición de cómo las estructuras de las redes de política explican las relaciones de los grupos de actores que se conectaron entre sí,

para la formulación de la política pública de reducción de la muerte materna, pudiendo mostrar además el surgimiento de nuevos actores que se relacionan de acuerdo a sus creencias y discursos.

Eso se complementa con el Modelo Ideacional, ya que, a estas creencias y discursos del Modelo dialéctico, se las explica mejor y se les asigna el papel de ideas programáticas siendo factores causales o consideradas variables independientes dentro del análisis de políticas públicas; en conclusión, en este modelo se estudia cómo dichas ideas son capaces de influir por sí mismas en las decisiones de política.

Por ende, la hipótesis que se pone a prueba con los modelos mencionados toma como variable independiente a las ideas programáticas dadas en el gobierno del presidente Rafael Correa, frente a la variable dependiente que es el fallo en la implementación de la política pública y como variable intermedia, a la red y los actores que componen la política de reducción de muerte materna.

Es decir que, a través de dichos modelos, se pudo identificar los actores clave de la red de la política de muerte materna, determinar las ideas programáticas que los motivaron y que les permitieron aliarse, y, mostrar el momento en el que las ideas que motivaron a los actores, influyeron en la formulación de la política pública y su posterior fallo de implementación.

A continuación, se analizan las ideas programáticas que se identificaron en los dos momentos de la investigación; la red de contexto y la red de estructura y agencia, posteriormente se realizará una descripción de los principales cambios identificados en las redes de acuerdo a los actores y sub redes que se asociaron entorno a las ideas que defendían y finalmente hacer el análisis de la relación dialéctica entre las redes investigadas.

Cómo se mencionó, las ideas o creencias programáticas proveen un marco ideacional en donde se formulan los programas de acción de los actores y son una especie de puente entre lo que pasa en el mundo y como se operativiza o ejecutan las cosas (Kisby 2007); este enfoque se complementa con lo mencionado por Marsh y Smith (2000) ya que menciona que las redes pueden explicar

resultados de políticas, es decir, pueden ser consideradas como variables independientes y además menciona que es importante enfocarse en la cantidad de factores materiales: la influencia de los actores informales y formales teniendo en cuenta la relación que tienen entre su estructura y agencia, así como los factores exógenos y endógenos que afectan la red de actores que se analiza y sus respectivas ideas programáticas.

Según Berman (1998) las ideas influyen en las decisiones de los actores políticos de tal manera que son una poderosa fuerza política, sin embargo, no deben ser confundidas con las ideologías de los actores; Además, una idea debe llamar la atención para que logre alcanzar una importancia política y que los actores la adopten. También se considera importante describir cómo influyen las ideas en el comportamiento político, por lo tanto, será necesario conocer el comportamiento y actitudes de los actores y preguntarse cómo influyen los factores del ambiente en las elecciones de los actores políticos o cuales son los factores más importantes que motivan el comportamiento de los actores (Berman 1998).

Finalmente se puede acotar que para Berman (1998) las ideas deben traer consigo acciones de política concretas y que la correlación de ideas en los resultados no necesariamente demuestra causalidad, y que para que las ideas sean consideradas variables explicativas deben asociarse a actores puntuales, caso contrario no tendrán impacto si se presentan de forma independiente ya que podrían solamente quedar flotando en el sistema de gobierno.

En este sentido, la Idea programática 1: programas generales de salud materna. Representa en primera instancia el contexto y se encontraba enfocada en las decisiones del MSP, quien centralizaba el actuar, sin embargo, se realizaron algunos instrumentos de política como la ley del Sistema nacional de salud, que buscaba mejorar el nivel de vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud, que pretendía una reducción de la mortalidad materna a través de programas de maternidad gratuita y atención a la infancia (MSP 2002).

De igual forma se establecieron programas de maternidad saludable, acceso a medicamentos genéricos, los cuales fueron implementados en el gobierno de Gustavo Noboa; además estaba respaldado por el Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe; el cual

promovía el cumplimiento de lo acordado en la Alianza Mundial para la Salud de la Madre la cual se operativizaba a través del MSP y los distintos programas que se implementaron para el efecto (MSP 2002).

En el segundo momento, es decir cuando se analiza la estructura y agencia que se da en la política de reducción de la muerte materna, la idea programática sobre programas generales de salud materna, amplía sus horizontes y se respalda en los tres planes de desarrollo que se formularon en el país entre el 2007 y el 2017; en donde se apalanca el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Además se fortalecen los programas de salud para atención a la madre gracias a que el MSP expide del Plan de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal, que entre sus programas asociados tiene el denominado SIVE, que busca a través del seguimiento y vigilancia a las muertes de la madre, evitar que vuelvan a ocurrir por causas similares; además con el CONE se buscaba atender a la madre y a los hijos en tres niveles, de acuerdo a la complicación de la atención; todo esto operativizado a través del MSP.

Idea programática 2: Mejorar el registro de información. En la red de contexto de la política, la segunda idea, nace por la necesidad de contar con información comparable y fortalecida metodológicamente, dado que por el surgimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio existe una mayor demanda de información de los indicadores de mortalidad materna, por lo cual entre el MSP y el INEC se crea un sistema de vigilancia epidemiológica que se basaba principalmente en el seguimiento a la información presentada por ambas entidades consideradas fuentes de información, por lo que a través de manuales e instrucciones se quería conseguir que se mejorara el registro de información y así poder aportar de mejor forma con datos para la toma de decisiones. Esta idea desaparece en el segundo momento, es decir en la red de estructura y agencia y sus actores pasan a vincularse a otra idea programática.

Idea programática 3: Defensa de los derechos de la mujer. Si bien esta idea luce desconectada de las demás redes, se debe a que no se configuraron alianzas entre las entidades encargadas de vigilar y ayudar al cumplimiento de los derechos de la mujer y los planes y programas que

buscaban un mejor acceso a la salud de las mujeres, por ende, solamente se muestra la evolución de la institucionalidad de las encargadas de velar por estos derechos y los presidentes que las crean y adscriben a ministerios.

Idea programática 4: Derechos sexuales y salud reproductiva. Se desarrolla en torno a la política desarrollada para los derechos sexuales y salud reproductiva, la cual es elaborada por el MSP, pero respaldada por muchos actores, ya sean organismos internacionales, academia o entidades de defensa de los derechos de mujer o congreso nacional; dado que respondía al requerimiento enmarcado en muchas cumbres efectuadas a lo largo de los años.

Internacionalmente se busca un mejor acceso a salud reproductiva y a los derechos sexuales especialmente de las mujeres; y que afianza su cumplimiento con el apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; además este también es elaborado y operativizado por el Ministerio de Salud pública del Ecuador, y entre sus objetivos está el de la reducción de la mortalidad materna pero enfocada en un mejor acceso a los derechos y respetando su condición de género.

Idea programática 5: Planificación familiar. La idea más revolucionaria entre los países de la región es la que buscaba el acceso a planificación familiar, con la principal idea de reducir las altas tasas de fecundidad adolescente y los crecientes abortos que impactan en los indicadores de muerte materna, ya que no se realizan en condiciones adecuadas; esta idea se encontraba patrocinada por Carina Vance, quien era en ese entonces la Ministra de Salud que se encontraba abiertamente a favor de la planificación y por lo tanto abanderó esta idea, que fue respaldada por el presidente de la república y que se encontraba avalada por recomendaciones internacionales enlazadas a los derechos sexuales y reproductivos.

Se buscaba educar desde los jóvenes sobre los diferentes métodos de planificación familiar y se dotaba a los hospitales de lugares adecuados para dar charlas y consejería respecto a la temática; esto se operativizaba con el apoyo del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud.

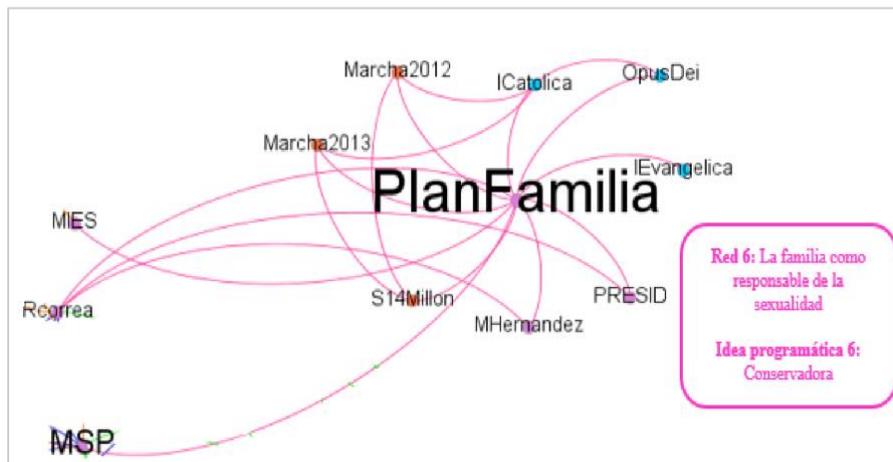
Idea programática 6: Conservadora. Finalmente, la idea más controversial que se implantó en esta red es la que se denomina idea conservadora, ya que como principal programa se encuentra el denominado Plan Familia, que solamente duró dos años (2015-2017) pero que con su aplicación no se obtuvo el cambio o mejoramiento significativo en los indicadores de mortalidad materna que se esperaba, y que si bien es cierto en el período de estudio no presenta altos niveles de mejoría, por lo cíclico del indicador tampoco se muestra como la panacea dicho Plan.

Lo que sí, este es mostrado como un retroceso del país en cuanto a acceso de derechos sexuales, reproductivos y de salud, ya que las recomendaciones internacionales respaldan su mejoramiento y mayor acceso esos mencionados derechos, sin embargo aquí se intenta devolver el papel a la familia sobre la responsabilidad de la sexualidad de los hijos, intentado retrasar el inicio de las relaciones sexuales; y no permitiendo el acceso de métodos anticonceptivos o de planificación familiar; estas ideas estaban respaldadas por la Asesora de la presidencia Mónica Hernández, quien era vinculada al Opus Dei y que hizo prevalecer la idea conservadora en la presidencia de tal forma que el presidente Rafael Correa termina cambiando la Estrategia de planificación familiar por esta idea conservadora que se constituiría como el Plan Familia, esta fue apoyada tanto por la Iglesia católica como evangélica cuando se emitió.

Además, en los años 2012 y 2013 se constituyó una organización de sociedad civil, denominada somos 14 millones que estaba en contra no solo del ENIPLA, sino del matrimonio entre personas del mismo sexo, el aborto y otras. Se le atribuye el inicio de la configuración de la idea programática conservadora, que termina desplazando a las demás ideas de la red de la política de mortalidad materna.

La idea programática conservadora, que se muestra en el gráfico 4.1 es la que resulta ganadora ya que desplazó al ENIPLA imponiendo la idea en el gobierno de que la planificación familiar genera una destrucción de la familia y que, para disminuir el embarazo adolescente y la mortalidad materna, es necesario realizar conciencia dentro de la familia, por lo que se traslada la responsabilidad del estado al hogar.

Gráfico 4.1. Idea programática ganadora – “Conservadora”

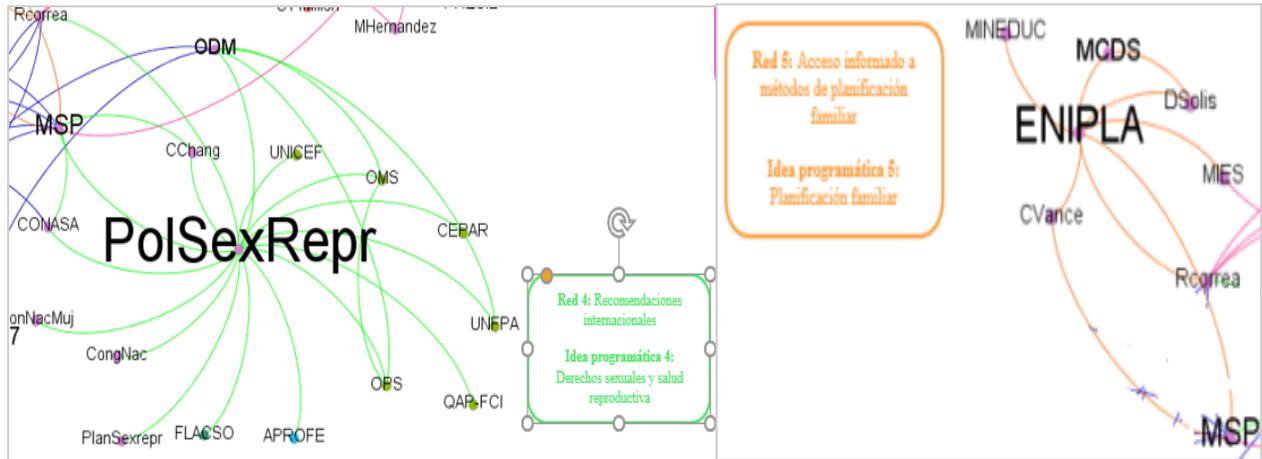


Fuente: Resultado del trabajo investigativo

Además, esta idea logra influir en las decisiones de la política a tal punto que cambia los programas que se venían implementando en concordancia con recomendaciones internacionales y que habían permitido un mejor acceso a derechos tanto de salud como reproductivos, y da paso a una concepción conservadora de tratar el problema de la política pública e impone el Plan Familia, como la solución a la mortalidad materna.

Mientras que el modelo que se venía aplicando y que respondía a recomendaciones internacionales, enfocadas en la idea programática 4 sobre los derechos sexuales y salud reproductiva y la 5 sobre planificación familiar, se dejaron de lado, dando herramientas para concluir que la hipótesis de esta investigación es cierta, ya que al dejar de lado dichas recomendaciones, influyó directamente el indicador de razón de muerte materna, además que el hecho de que no se pueda mantener un programa con una misma idea pudo casuar en este caso particular que no se cumpla con el objetivo de disminuir la mortalidad materna. Mientras que las ideas a favor de los derechos sexuales y reproductivos, y de la Planificación Familiar, a pesar de estar respaldadas el conocimiento científico y ser aceptadas internacionalmente, pierden fuerza y atención dentro de la red, a pesar de contar con muchos actores que la respaldan, como se muestra en el gráfico 4.2.

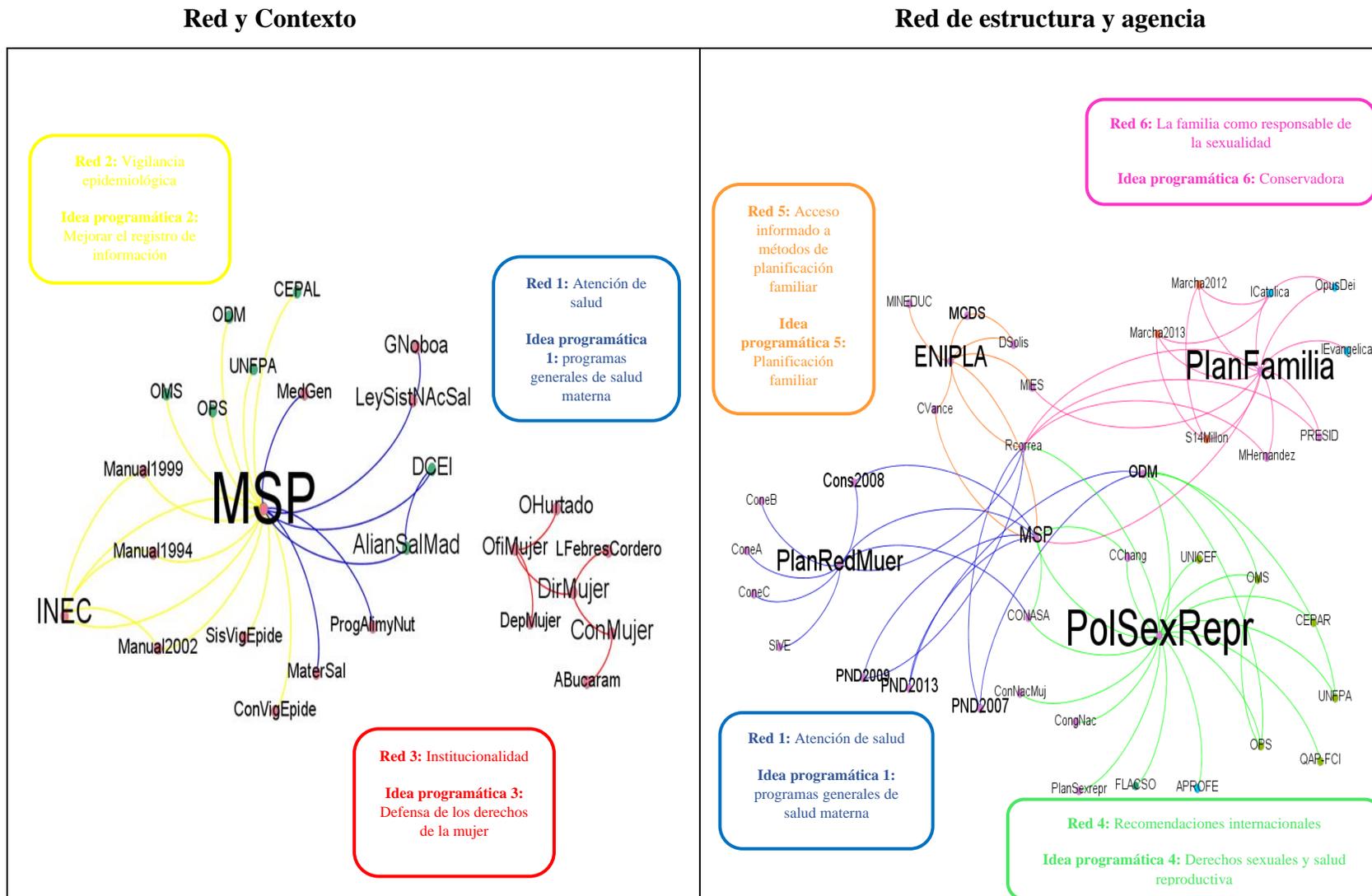
Gráfico 4.2. Ideas programáticas perdedoras – “Derechos sexuales y salud reproductiva” y “Planificación Familiar”



Fuente: Resultado del trabajo investigativo

A continuación, en el gráfico 4.3 se hace una comparación de las redes, las sub redes que se configuran entorno a los actores y las ideas, se analiza las principales diferencias entre el contexto y la estructura y agencia de las redes que se graficaron anteriormente.

Gráfico 4.3. Comparación de redes del contexto y de estructura y agencia



Fuente: Resultado del trabajo investigativo

La red de la izquierda muestra cómo se configuraron los actores respecto a la lucha contra la mortalidad materna, desde que se la consideró un problema social en el país. Se puede observar la predominancia de influencia y participación del MSP en todas las relaciones con los demás actores, que son en gran medida del sector público, pero se puede encontrar también a aquellos que pertenecen a organismos internacionales entre los que se destaca la OMS y la OPS, UNFPA, entre otras.

Dentro de esta red se puede observar que se aglomeran en tres sub redes, las cuales son: i) atención en salud; ii) vigilancia epidemiológica; y iii) la institucionalidad creada en torno a la defensa de los derechos de la mujer; siendo la segunda red la que está compuesta por más actores y que la idea que servía como pegamento entre estos era la denominada “Mejora del registro de información” ya que dado el incremento de demanda de información sobre mortalidad materna gracias a los ODM, permitió que los actores se junten y puedan homologar y garantizar el acceso a la información para la toma de decisiones de la política pública.

La red de la derecha muestra cómo se mencionó anteriormente, la estructura y agencia en el período de estudio de la política de reducción de la mortalidad materna; en esta se destacan tres sub redes adicionales con sus respectivas ideas programáticas; se observa que, del contexto hasta esta red, desaparecen dos ideas programáticas (vigilancia epidemiológica e institucionalidad) las cuales no logran mantenerse y son absorbidas por otras redes.

Tal es el caso de la de vigilancia epidemiológica que buscaba fortalecer los indicadores de mortalidad materna, en la red de estructura y agencia solo se mantienen el sistema de vigilancia epidemiológica, pero como parte de la sub red de atención en salud, ya que este actor se estructura más como un apoyo de acceso a salud en torno al Plan de reducción acelerada de la mortalidad materna e infantil. Además, la sub red de institucionalidad, ya no aparece como tal en la red de contexto, ya que pasa a aportar y apoyar como actor en la ejecución de la política de derechos sexuales y salud reproductiva.

Los actores que más se destacan en la red de contexto son los que se consideran también programas dentro de la política investigada, tal es el caso del Plan de reducción acelerada de la muerte materna e infantil, la ENIPLA, la ley de derechos sexuales y salud reproductiva y el Plan Familia; sin embargo, no se puede dejar de destacar la participación del Ministerio de

Salud como del presidente de la República Rafael Correa, como actores por los cuales se comunican y operativizan los demás actores.

Otra cosa que destacar en esta ilustración, es la presencia de otros tipos de actores en la red de estructura y agencia, a los que se presentaban en la de contexto; es así que en la de la derecha solo se contaba con dos tipos de actores (sector público y organismos internacionales), en la red de estructura y agencia se puede observar también actores del sector privado, de la academia y de la sociedad civil.

Respecto al Modelo de Marsh y Smith, el cual incluye tres tipos de relaciones dialécticas como son: la relación contexto y red, la relación estructura y agencia y la relación red y resultados nos permitió observar el comportamiento de los actores en los distintos momentos de la política, así, por ejemplo, se puede observar que en la red y contexto existen actores que traen conocimientos estratégicos a contextos estructurados y por ende logran moldear las posiciones de los agentes.

Se muestra además la presencia de actores centrales, que para el caso de la red y contexto es el Ministerio de Salud Pública, que es quien ejerce una fuerte influencia entre las relaciones de la red, ya que se encuentra relacionado con dos de los tres tipos de sub redes, logrando ser el más importante y con mayor poder dentro de la red; se puede decir que es el que se encuentra privilegiado ya que posee acceso a información y más recursos que cualquier otro actor; además puede tomar la decisión de asociar a los actores o evitar que se asocien.

Para el caso de la red de estructura y agencia, uno de los que se presenta como actor central es Rafael Correa, ya que a partir de él se enlazan diferentes tipos de actores, además es quien se encargaba de aprobar los programas o proyectos que se implementaban dentro de la política. Otro actor central es el Ministerio de Salud Pública, que a pesar de continuar teniendo la capacidad de formar alianzas entre los diferentes actores de las tres sub redes, pierde un poco esta capacidad si se la compara con lo que ocurría en la red y contexto.

Resulta importante destacar la presencia del actor Mónica Hernández quien, a pesar de ser periférico dentro de la red, logra encaminar acciones respecto hacia la idea conservadora de protección de la familia y beneficiándose de sus conexiones con Rafael Correa que es un actor

Central, logran cambiar el ENIPLA por el Plan Familia, lo cual como se había mencionado, estaba en contra de las recomendaciones internacionales para reducir la mortalidad materna.

Como actores Broker, en la red de estructura y agencia se puede mostrar el papel que cumplen la organización “Somos 14 millones” o las iglesias católica y evangélica ya que, haciendo uso de sus recursos, ejercen influencia dentro de la red y realizan alianzas apoyando las propuestas del actor periférico “Mónica Hernández” y pudiendo cambiar de una idea programática a otra por su influencia.

De acuerdo con el Modelo Ideacional en cambio se puede ver como cada actor se agrupa en torno a aquellas creencias a las cuales defienden y forman asociaciones, pudiendo identificar de forma clara aquellos actores periféricos, centrales y brokers; lo cual se da en las distintas relaciones dialécticas de la red. Además, estas ideas permiten que los actores se agrupen en sub redes las cuales son visibles en el gráfico 4.3.

Finalmente, para los actores de la idea conservadora los aprendizajes estratégicos resultaron ser útiles mecanismos de acción para afectar el resultado de la política como se pudo observar en la estructura y agencia, lo cual se demuestra con el continuo cambio de programas aplicados para reducir la mortalidad materna y su final posicionamiento dentro de la sub red que tenía a la familia como responsable de la sexualidad, que luego decantaría en el fallo de la implementación de la política pública analizada.

Una vez analizado los gráficos de las redes que intervienen en la política de reducción de la muerte materna, es necesario analizar, cual es el tipo de fallo de implementación que sufre esta política, es así que Newman y Head (2017), destacan cuatro tipos de fallos: i) falta de logro de objetivos, ii) resultados distributivos negativos; iii) resultados políticos/electorales negativos; y iv) falta de implementación efectiva.

Dado que no son fenómenos mutuamente excluyentes se puede concluir que en esta investigación existió una falla de logro de objetivos ya que nunca se cumplió con la meta de los ODM que buscaba Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes, sin embargo, en Ecuador, durante el período 1990 - 2014 la razón de mortalidad materna disminuyó en 68%, por lo que no se cumplió con el objetivo planteado, a pesar de haber implementado algunos programas de acceso a salud y con enfoque a derechos sexuales

además de invertir en el mejoramiento de sus registros administrativos, mediante la búsqueda activa de casos de mortalidad materna.

Por otro lado, se podría decir que existió una falla en la implementación de la política ya que no se implementó efectivamente un programa que prevaleciera en el tiempo, sino que cambió de programa en promedio cada tres años y no se pudo observar el efecto de uno solo, y finalmente el continuo cambio de programas dentro de la política llevó a desatender las recomendaciones internacionales que se habían dado para la reducción de la muerte materna.

4.2 Relación dialéctica: red y resultado y el comportamiento de la hipótesis

En la presente investigación se definió como variable dependiente al fallo en la implementación de la política pública de reducción de la muerte materna y como variable independiente a las ideas programáticas que se generaron en torno a la política. Así según el modelo de Marsh y Smith (2000) un resultado de política puede afectar a la red de tres maneras:

- i) cuando un resultado particular se puede producir un cambio en la membresía dentro de la red o afectar al equilibrio de los recursos con los que cuentan los actores; ii) cuando los resultados afectan una estructura social y debilitar intereses particulares, y; iii) cuando los resultados afectan a los agentes (Marsh y Smith 2000, 15).

Es así que si se cumplen o no los objetivos que son de beneficio del agente o su organización determinará si este continua con las mismas estrategias o decide cambiarlas. En esta investigación se puede concluir que lo realizado en la política no cumplió los objetivos del Agente principal que era el presidente de la república, razón por la cual, y dado que es una red innovadora, pudieron ingresar nuevos actores, los cuales permitieron que la idea conservadora a través de los aprendizajes estratégicos de estos, pueda permear en el actor central y dada la inconformidad que se tenía al no cumplir con los objetivos de reducir la mortalidad materna con los dos programas implementados anteriormente, cambia totalmente su posición e influye en los demás actores y distintas instituciones para aplicar el Plan Familia, lo cual atañe al segundo punto de lo plateado por Marsh y Smith.

Respondiendo a la pregunta de investigación ¿Por qué el gobierno del presidente Rafael Correa decide formular programas en las políticas a partir de ideas distintas a las que se

estabilizaron con fundamentos científicos para la resolución de las causas de mortalidad materna? Se puede concluir que dada la presión y los aprendizajes estratégicos que tuvieron los actores Brokers y Periféricos, se logró posicionar la idea programática “conservadora” en un actor central como era el presidente Rafael Correa

Al ser el presidente el actor más importante dentro de la red, ya que es quien tomaba las decisiones finales respecto a los programas que se implementaban en el país, es por ello que se termina dejando de lado el conocimiento científico probado internacionalmente para reducir la muerte materna, y gracias a la fuerza de los actores de la sub red “la familia como responsable de la sexualidad” ya que su fortaleza radica en la influencia que generan en las decisiones del presidente y la facilidad con la que logran permear la idea conservadora en este actor, más que en la cantidad de actores que la componen, por lo que de esta manera se logra formular un programa como el “Plan Familia” el cual, como ya se ha mencionado, se contrapone totalmente a las recomendaciones internacionales pero favorece las creencias de un grupo de la población.

Respecto a la hipótesis de la investigación planteada acerca de que, del fallo de implementación de la política pública sobre reducción de la muerte materna, estuvo dado por la no consideración de las ideas programáticas que toman en cuenta el conocimiento científico probado que se estandariza internacionalmente en la resolución mortalidad materna y sus causas, se puede comprobar la hipótesis planteada luego de la investigación y la aplicación de los modelos de análisis, Dialéctico de Marsh y Smith, y el modelo ideacional de Ben Kisby,

Esta comprobación se da ya que respecto al modelo dialéctico se puede demostrar como los actores se organizan y relacionan entre sí, formando redes que influyen en la formulación de los programas de política pública, es así que se muestran actores como Mónica Hernández, la organización somos 14 millones con sus respectivas marchas, así como la iglesia evangélica y católica, que al asociarse buscan influir en el presidente Rafael Correa y logran que se cambie el ENIPLA por el Plan familia.

Esto se complementa con el Modelo Ideacional, ya que a más de asociarse los diferentes actores que representan una gran fuerza dentro de esta red, las ideas programáticas juegan un papel muy importante, ya que la idea conservadora logra afianzar y fortalecer las relaciones entre los actores, dado que estas funcionan como pegamento y permite que la sub red se

fortalezca. Además, se demuestra que las ideas son capaces de influir por sí mismas en las decisiones de política, ya que las ideas asociadas al mejoramiento de derechos sexuales y reproductivos, como las relacionadas con la planificación familiar terminan perdiendo, dada la mayor influencia y fuerza de los actores que defienden la idea conservadora.

Respecto a lo anterior se puede mencionar que al complementar tanto el modelo dialéctico como el ideacional, se responde de mejor manera a la hipótesis planteada, ya que no solo se analiza el comportamiento de los actores y su influencia en la red, sino que también se pone atención en aquellas ideas programáticas que defienden esos actores y que les permite asociarse.

Los modelos usados también fueron útiles para concluir que las ideas y los actores jugaron un papel fundamental en la política de reducción de la muerte materna, ya que se pudo rastrear a través de las relaciones dialécticas, como los actores se movieron, ingresaron o desaparecieron en los distintos momentos, además como fueron cambiando las ideas entre la red y contexto, la estructura y agencia y finalmente la red y el resultado, inclusive se pudo observar cómo se transformaron las ideas programáticas iniciales a las ideas estudiadas en el período 2007 – 2017; los actores que pasaron a formar parte de una sub red a otra y los comportamientos de ciertos actores centrales, brokers y periféricos.

Finalmente, con los modelos analíticos aplicados en esta investigación se observó la profundidad del problema de la mortalidad materna, es decir se ahondó en sus causas y analizó sus determinantes, ya que a pesar de poder concluir que el no tener acceso a un aborto seguro, no poder tener un mejor y oportuno acceso a servicios de salud dado que persisten problemas asociados a complicaciones con el embarazo (preeclampsia, sepsis), o el bajo conocimiento sobre métodos de anticoncepción y la satanización de la sexualidad que empeoran el problema; con esta investigación se logró aportar desde la visión de las redes de política pública, el porqué del fallo de implementación y la importancia de tomar en cuenta recomendaciones internacionales que ya han sido probadas y que pueden dar mejores resultados que las ideas implementadas que retrasan al país; sin embargo, no se puede dar una respuesta concreta de cómo mejorar el problema de la mortalidad materna en Ecuador.

Conclusiones

El análisis de las políticas públicas permite a cualquier persona, especializada o no en el tema, conocer los impactos y las implicaciones que trae consigo la toma de decisiones por parte del gobierno central, regional, local, con o sin participación ciudadana o influencia económica, y esto permite una apertura al conocimiento y que se pueda construir por parte de toda la sociedad.

Esta se convierte en una tarea primordial para el estudiante de la maestría en políticas públicas, el que pueda tomar parte del conocimiento y compartirlo para generar nuevas teorías o formas de analizar diversas problemáticas que se evidencian en el día a día de cualquier organización pública. Pensar en una política pública de reducción de la mortalidad materna no puede responder solamente a la presión que genere un grupo social sino al que hacer construido a partir de todas las visiones y propuestas en el respeto a la madre y al feto.

De esta forma es necesario el análisis a partir de la concepción integral de los derechos de la mujer, y en la inclusión en la agenda del reconocimiento y el respeto por la dignidad humana como eje regulador de la toma de decisiones estatales que permita la acción coordinada de políticas, planes, programas y proyectos que respondan a la realidad y no a un imaginario de un pequeño colectivo.

Se evidencia como la agencia cumplió un papel fundamental en el cambio de los programas de la política para la reducción de la mortalidad materna que contribuyó a la falla en el cumplimiento de los objetivos planteados internacionalmente, con ello se vislumbra la necesidad de tomar decisiones estatales en beneficio del bien común y no siguiendo las preferencias personales de los individuos, que si bien están permeadas por intereses morales y religiosos, los mismos no deben impedir el cumplimiento de los fines y obligaciones del Estado.

Se puede confirmar la hipótesis planteada con el análisis de la agencia, las redes formadas y el contexto en que se desarrollaron, dado que Ecuador inicialmente desarrolla un plan de trabajo basado en el cumplimiento de los fines internacionales bajo premisas, tratados y convenios que se encaminaban a la reducción de la muerte materna, pero bajo un contexto de primacía

de los fines religiosos y de la implementación de la idea de la familia sobre el papel Estatal permite pensar una discusión entre la esfera de lo público y de lo privado.

Si bien la familia se desenvuelve dentro de la esfera privada, no puede ignorarse que la defensa y la promoción de los derechos de la mujer es un deber del Estado que reivindica las prácticas patriarcales que por años se han desarrollado en el país, por ello, una política pública de reducción de la muerte materna enlazada a la planificación familiar debe enmarcarse en el respeto de la mujer y en la lucha por el garantismo de su realización, no solo como madre, sino en permitir continuar con su plan de vida reduciendo la probabilidad de morir en el momento de dar a luz o en el puerperio, además del acceso a mecanismos para decidir libremente el momento en que desea tener hijos.

Además de ello, diversas consignas actuales promueven que lo privado ya es parte de la esfera pública, al reconocerse que los problemas dentro de los hogares van a afectar las percepciones que sus miembros tengan frente a las relaciones en la sociedad, de esta forma una familia con lazos de afecto sanos va a permitir el trazo de mejores lazos en la sociedad. Si un bebé es criado sin la figura materna, probablemente no tendrá las mejores referencias para un trato respetuoso al otro, es por ello que una política pública de reducción de la muerte materna es fundamental para la construcción de ciudadanía.

El presidente de la república como agente principal en el control y desarrollo del país se vio permeado por la primacía de ideas conservadoras que irrumpieron en el logro de los objetivos trazados internacionalmente, evidenciando la necesidad de analizar las políticas vigentes antes de cambiarlas por propuestas, y si son exitosas, debería analizarse de forma minuciosa si una política pública nueva o programa nuevo va a generar mayores y mejores respuestas frente a una problemática, que en este caso es tan sensible como la vida humana y aún más, el desarrollo integral de un niño con derecho al amor de una madre.

Se observa la evidente falta de capacidad de enfrentar la mortalidad materna en país, dado que desde el contexto hasta la ejecución de la política, no se generaron herramientas o políticas públicas efectivas que permitan la disminución de la muerte de las madres; además el continuo cambio de la dirección de la política desencadenó en una falla de implementación, dada la no consecución de los objetivos planteados, lo cual no solo afecta el cumplimiento de acuerdos internacionales, sino que principalmente deteriora la sociedad ya que al faltar la

madre, los hijos están expuestos a diversos problemas sociales y además las familias disminuyen sus ingresos por la falta de su fuerza laboral.

Las principales causas de muerte materna en el país están vinculadas a complicaciones en el embarazo como hemorragia o Sepsis, además enfermedades como la preeclampsia, sin embargo, es importante no descuidar las muertes por aborto, lo cual podría decantar en la aplicación de nuevos programas o políticas enfocados a que las mujeres accedan a aborto seguro y en casos particulares ya que no siempre enfocarse en la prevención, como se ha demostrado, permite una mejora de los indicadores de la muerte materna, y aunque revoluciona los preceptos del país, podría ser una opción que permita palear de alguna manera el problema de la mortalidad materna.

La importancia que se puede observar en la idea conservadora y la agencia que generan ciertos actores, nos demuestra la capacidad que tienen las ideas de posicionarse en la mente de los actores y permear de tal forma en una red, que puede cambiar una dirección de una política a una totalmente diferente; incluso dejando de lado las ideas o recomendaciones probadas internacionalmente y que al implementarse de manera sostenida en el tiempo, pudieran haber conseguido mejores resultados en la reducción de la muerte materna.

Se evidencia la necesidad de que se tomen en cuenta las ideas programáticas de índole internacional que se coordinen con programas, agendas, pactos, alianzas, y cualquier otra iniciativa supranacional que cuentan con el respaldo del análisis de resultados en diversos países, lo que genera cierta confianza en la toma de decisiones al tener clara la existencia pruebas-error, y, por tanto, la consolidación de programas que mejoran de forma evidente la reducción de la muerte materna.

De igual forma, quedan abiertas nuevas preguntas frente al direccionamiento que debe tomar la Política Pública en la reducción de la muerte materna si se evidencia el fracaso de los programas implementados como el Plan Familia, con ello también se abre la puerta a que nuevos actores participen y promuevan sus intereses. Debe el gobierno tener en cuenta los efectos que trajo este nuevo plan para no caer de nuevo en la implementación de una política que reduzca los derechos humanos de las mujeres.

Es necesario por tanto establecer en este nuevo programa unos lineamientos base que no puedan ser permeados por ideas programáticas contrarias, sino que se establezcan como los ideales a cumplir para efectivamente reducir la muerte materna, reconociendo los derechos básicos a la dignidad y a la vida, aunados a los derechos fundamentales de la mujer y de los hijos en el Estado Ecuatoriano.

Permitir la entrada a la toma de decisiones de nuevos actores va a garantizar una mayor promoción de los derechos de las mujeres y de los niños, generando una política pública inclusiva y responsable, que efectivamente establezca medidas para la reducción de la muerte materna, y que a su vez tome en cuenta la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer para reducir los embarazos adolescentes, ya que esta población es la más afectada por la muerte al momento de dar a luz, o en los meses siguientes.

Es necesario por tanto enfocarse en las adolescentes y en la promoción de programas y proyectos que mejoren la utilización del tiempo libre, el conocimiento en la sexualidad y en la planificación familiar, todo ello no solo reducirá las cifras de la muerte materna, sino que permitirá la reducción del ciclo de la pobreza ya que las familias no están preparadas para nuevos miembros, las jóvenes y adolescentes no cuentan con ingresos que den una alta calidad de vida al bebé, podrían darse casos de padres ausentes por la falta de preparación.

Se evidencia con ello que la implementación de una política pública para la reducción de la muerte materna no va a incidir únicamente en este ítem, sino en la reducción de los ciclos de violencia, de pobreza, de familias disfuncionales, de la indecisión en la continuación del embarazo, en los embarazos deseados, en la reducción de abortos clandestinos y de muertes por prácticas insalubres y anti higiénicas, en la idea de la realización de la mujer como persona que no requiere tener hijos para sentirse plena, entre muchas otras.

Por estas razones, la política pública de la reducción de la muerte materna debería ser un eje fundamental en las medidas a implementarse por el gobierno nacional, regional o local teniendo en cuenta su impacto en diversas áreas personales, familiares y sociales, y a su vez en la garantía de una vida digna para todos los ciudadanos. En caso de realizarse una toma de decisiones que tenga en cuenta a las mujeres desde una edad temprana y no solo a los grupos pro vida, va a garantizar el adecuado respaldo del gobierno a la vida y al respeto por los derechos de la mujer.

El enfoque de análisis de esta investigación es desde la epistemología del realismo crítico es decir que se contrasta la información existente con la realidad evidenciada desde una óptica mixta de investigación.

Para esta investigación se usó el enfoque de Redes de política pública, con la finalidad de conocer el nivel de intervención de actores estatales y no estatales y el reconocimiento y posicionamiento de sus ideas programáticas que intervienen en el diseño de la política pública que se analiza y su posterior fallo de implementación.

A través del Modelo Dialéctico se puede analizar la relación simétrica que existe entre la estructura y agencia de la red de política. Así la estructura y agencia muestra a las redes de política son portadoras de dicha agencia ya que limita su estructura y condiciona las acciones de los miembros de la red de política. La red y contexto por su parte refleja estructuras exógenas, es decir produce estructuras sociales más complejas como la inequidad y la exclusión.

Según la metodología utilizada para el Modelo Ideacional, se presenta como variable independiente a las ideas programáticas de los actores, como variable intermedia a las redes de política pública y como variable dependiente al resultado de la política; esto ya explicado al ejemplo de la presente investigación da como resultado que la variable independiente son las ideas programáticas dadas en el gobierno del presidente Rafael Correa, la variable intermedia son las redes de la política de reducción de la muerte materna; y la variable dependiente es el fallo en la implementación de la política pública de reducción de la muerte materna.

El tipo de investigación es mixto ya que se vale tanto del método cualitativo como del cuantitativo, ya que busca la especificidad del tema investigado a través de lo cualitativo y de acuerdo a las medidas de la red y sus estadísticos sacar conclusiones respecto a lo cuantitativo.

La política de mortalidad materna, tiene una trayectoria a nivel mundial que data de 1985 con los primeros estudios que posicionan a esta muerte como un problema público, se destaca que los países con mayores problemas de mortalidad materna son aquellos con bajos ingresos.

Las causas más frecuentes a nivel mundial, asociadas directamente a la mortalidad materna son las hemorragias graves, los abortos peligrosos y las infecciones; mientras que las causas indirectas son la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal; así como el acceso insuficiente a alimentos. En la región, Bolivia, Perú y Ecuador son los países con más altos niveles de mortalidad materna. De forma particular en Ecuador las causas principales de mortalidad se dan por problemas relacionados con la hipertensión (preclampsia, eclampsia); Complicaciones en el embarazo como la hemorragia.

En Ecuador, respecto a los actores de la política en la red de contexto, se encuentra al MSP como el actor que concentra la mayor cantidad de relaciones y comparte dos de las tres ideas programáticas encontradas.

La idea programática 1 denominada “programas generales de salud materna” busca lograr equidad mejorando no solo de la salud de la madre sino también de los hijos y del entorno familiar en general. La idea programática 2 “Mejorar el registro de información” busca dotar de mejor información que mida el fenómeno de mortalidad materna, dado el aumento de demanda de esta data con el compromiso internacional de cumplir los ODM. La idea programática 3 “Defensa de los derechos de la mujer” busca garantizar los derechos de la mujer.

Los programas aplicados en la política buscaban disminuir la mortalidad materna atacando el problema desde aristas diferentes, tal es así que el programa denominado ENIPLA fomentaba la planificación familiar, mientras que el programa aplicado que lo reemplazó le daba un rol protagónico a la familia y defendía una idea más conservadora de contrarrestar la muerte materna.

Los programas aplicados no buscaban únicamente disminuir la muerte materna, sino contribuir además en la reducción de las tasas de fecundidad y de fecundidad adolescente, las tasas de abortos, entre otros indicadores relacionados, que ven afectada a la muerte materna.

Ecuador en el período de estudio, aplicó cuatro programas totalmente distintos relacionados con la disminución de la mortalidad materna, sin embargo, pese a los esfuerzos en su aplicación, ninguno permitió una efectiva reducción de la mortalidad materna.

Respecto a la mortalidad materna, aún quedan muchas aristas que estudiar con la finalidad de buscar respuestas a este problema en el País, sin embargo, es necesario que se dejen de lado los vínculos morales o personales al momento de tomar decisiones de política, y basarse en experiencias probadas sin desentenderse de la realidad del país, con la finalidad de diseñar planes, programas o proyectos mejor enfocados a disminuir el problema.

Es necesario mantener una cultura de aprendizaje continuo, respecto a los programas que se implementan para paliar la mortalidad materna, dado que no se deberían repetir prácticas o programas que se ha probado que no funcionan, sino más bien construir nuevas herramientas de política, de acuerdo al aprendizaje obtenido y a las recomendaciones probadas internacionalmente.

Los diferentes actores que participaron en los momentos analizados en esta investigación, dan cuenta de la importancia que pueden llegar a tener dentro de la generación de políticas, por lo tanto es necesario generar acciones entre los tomadores de decisiones para que ciertas creencias o ideas no logren permear o influir demasiado en la generación de políticas públicas, ya que como se observa en esta investigación, estas pueden causar resultados negativos y la no consecución de los objetivos de la política.

No solo la mortalidad materna, sino la mortalidad infantil o neonatal, entre otras; representan problemas sociales que urge solucionar no solo en Ecuador, ni América Latina, sino en todo el mundo, ya que muchas de las causas pueden ser evitables con políticas públicas efectivas, que logren un equilibrio entre los derechos de las personas, las características sociales del país y las ideas que los actores defienden.

Es necesario que los tomadores de decisiones y los gobernantes se abran a la posibilidad del cambio de época y los nuevos desafíos en torno a las relaciones familiares y personales que pueden afectar e influir en la toma de decisiones para la aplicación de planes, programas y proyectos para la reducción de la mortalidad materna, ya que el no tomar en cuenta esto podría significar una vulneración de derechos, los cuales son cada vez más amplios.

En el marco de la política de reducción de la mortalidad materna, se puede decir que las ideas programáticas si tienen capacidad explicativa, en los resultados de la política y no deben ser consideradas como meros discursos o dispositivos retóricos.

El análisis de redes de políticas públicas, permitió identificar a actores y sus respectivas ideas programáticas las cuales lograron permear en la política, y conseguir que el presidente Rafael Correa de un cambio de ideas programáticas con la finalidad de resolver la mortalidad materna, sin considerar las recomendaciones internacionales, lo cual generó un fallo en la implementación de la política pública.

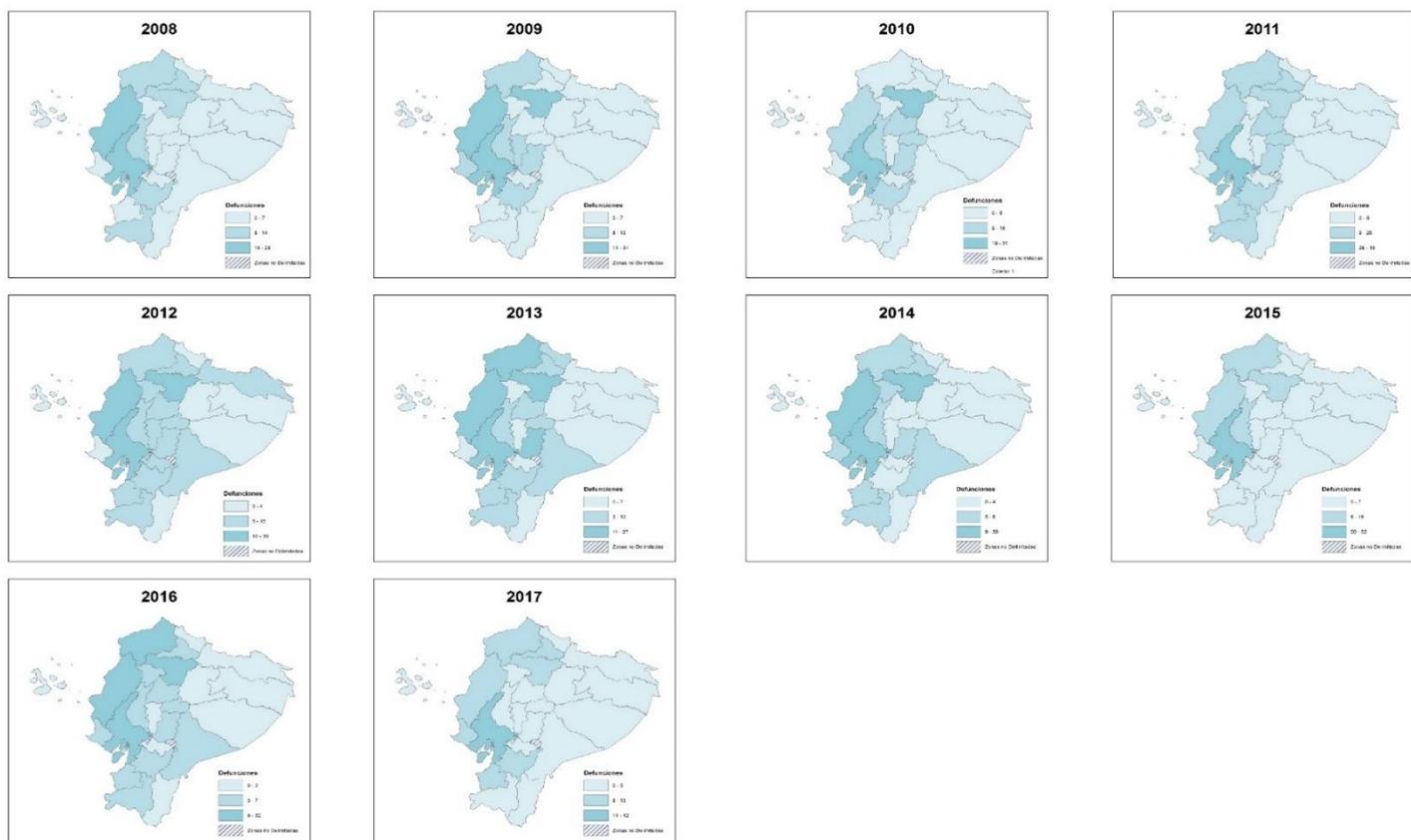
Por último, frente a la replicabilidad y efectos que puede traer esta investigación, se enfatiza en que el análisis de redes es un aliado muy útil en la determinación de los agentes que tienen mayor peso para la toma de decisiones para su capacidad de influencia, ello permite evidenciar hacia qué dirección se encaminaría el resultado final, y con esta investigación, un analista de políticas puede extraer los aliados importantes para tomar una decisión que de forma real reduzca la muerte materna.

Anexos

Anexo 1

Mapa de evolución la razón de la muerte materna, por provincia de residencia habitual de la fallecida 2008-2017

Mapa de Evolución de las Muertes Maternas por Provincia de Residencia Habitual del Fallecido (a) de 2008 - 2017



Fuente: Instituto Nacional de estadística y Censos, anuario de nacimientos y defunciones 2017

Anexo 2

Registro de actores, instrumentos, eventos de la Política pública de reducción acelerada de la muerte materna

ACTORES	ROL
Ministerio Coordinador de Desarrollo Social	Era el encargado de coordinar las actividades de sus ministerios coordinados (Salud, educación e Inclusión) en el desarrollo de la ENIPLA.
Ministerio de Salud Pública	Cumplió un rol fundamental como el principal encargado de la política de reducción de la muerte materna, a través de la creación de programas como el SIVE y el CONE; además de intervenir en las estrategias relacionadas como: ENIPLA y Plan Familia
Ministerio de Educación	Formó parte de ENIPLA, coordinó las reformas a la normativa relacionada a la educación sexual y reproductiva en el Ecuador.
Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES	<p>Formó parte de ENIPLA, trabajó en la capacitación y educación de las familias de escasos recursos en temas relacionados a la educación sexual y reproductiva y planificación familiar. Su trabajo se concentró además en jóvenes fuera del régimen escolar y promoción de la participación.</p> <p>Además, aportó en el Plan familia con la realización de una intervención conjunta para fortalecer las capacidades de los Técnicos de Juventud del MIES respecto a los temas de afectividad y sexualidad con enfoque de familia.</p>
CONASA	Consejo Nacional de Salud. Se encargó de la coordinación y concertación técnica y financiera para liderar la ejecución interinstitucional del Plan de reducción de la muerte materna e infantil, así como el seguimiento, monitoreo y evaluación con participación y veedurías de organizaciones sociales, se realizó a través de la Comisión de Derechos Sexuales y Reproductivos del CONASA, presidida por la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud/MSP.
Presidencia de la Republica	Dependencia pública a donde se adscribe el Plan Familia Ecuador.
Caroline Chang Campos	Ministra de Salud Pública. En 2008 declara como política prioritaria para el sector salud al Plan Nacional de Reducción Acelerada de

	Muerte materna y neonatal. A través del acuerdo ministerial 474
Doris Solíz	Ministra coordinadora de desarrollo social en la creación y calificación de la ENIPLA como proyecto emblemático. Ministra de inclusión económica y social en el proceso de implementación de la ENIPLA.
Carina Vance	Ministra de Salud en el período de implementación de ENIPLA.
Rafael Correa	Presidente del Ecuador. Presentó la ENIPLA en el 2011 y la derogó en el 2014. Aprobó la implementación del Plan Familia en lugar de la ENIPLA.
Mónica Hernández	Asesora presidencial y responsable del Plan Familia. Vinculada a grupos conservadores
UNFPA	El Fondo de Población de Naciones Unidas, constituye una de las organizaciones más importantes como promotora y financista de diferentes programas de salud sexual y reproductiva en el Ecuador, orientados al cumplimiento de los compromisos nacionales respecto a las Conferencias internacionales de población.
APROFE	La asociación Pro – Bienestar de la Familia Ecuatoriana, pionera en brindar servicios médicos de planificación familiar. En la actualidad sus servicios se centran en la atención y promoción de la planificación familiar
Iglesia Católica	Se opone al uso de anticonceptivos modernos como mecanismo de planificación, promoviendo los valores, tiene como aspecto central su relación con la familia.
Iglesia Evangélica	Se opone al uso de anticonceptivos modernos como mecanismo de planificación, promoviendo los valores, tiene como aspecto central su relación con la familia.
Somos 14 millones	Colectivo que promovió el rechazo a la ideología de género, la entrega gratuita de la anticoncepción oral de emergencia; promueve la educación sexual desde la familia y los valores.
OMS	La Organización Mundial de la Salud, Una de las primeros 5 años el crecimiento de niñas y niños era similar alrededor del mundo, si se cumplían con las siguientes condiciones: eran amamantados, tenían las necesidades fisiológicas satisfechas y el ambiente apoyaba su desarrollo. De esta manera, estableció parámetros o estándares de crecimiento ideales para niñas y niños. Su cumplimiento depende de la

	alimentación y del ambiente en el que se desarrolla el infante. Si un niño o niña mide menos que el parámetro de su edad, tiene desnutrición crónica infantil, a la que también se le conoce como “retardo de crecimiento”.
MARCO LEGAL/NORMATIVO	DESCRIPCIÓN
La Constitución Política de la República (2008)	Los Art. 42, 43, 44, 45, 46 y 47 establecen la garantía y acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; el acceso ininterrumpido a las emergencias de los establecimientos públicos o privados, así como a una promoción de la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, el reconocimiento respeto y promoción al desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, el compromiso y rectoría en la organización del sistema nacional de salud.
La Ley Orgánica de Salud (2002)	Establece los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) que rige en todo el territorio nacional. Procura Implementar planes integrales de salud con las instituciones que forman parte del SNS, articulándose y colaborando en el marco de sus funciones específicas y de sus respectivas competencias, para el cumplimiento de los mandatos previstos en esta Ley y en el Código de Salud y en su Art. 1 manifiesta que “...se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético”
La Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2004)	Establece en su objetivo estratégico “Disminuir las brechas existentes entre los enunciados de derechos, especialmente sobre salud sexual y reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos”(9). Los principales lineamientos de la política en salud sexual y derechos sexuales y reproductivos relacionados con la reducción de la muerte materna y neonatal

	<p>ya declaran a la reducción de la muerte materna y el embarazo en adolescentes como problemas prioritarios de salud pública. También recalcan la importancia de garantizar el acceso universal, integral, intersectorial y efectivo a la atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva en todo el ciclo vital, con alta calidad, humana, con oportunidad, continuidad, interculturalidad y con proyección comunitaria orientada a las personas, parejas y al ambiente, adecuado a la realidad local. Subrayan el aseguramiento del financiamiento público, la asignación de recursos y la calidad del gasto para las necesidades de la salud sexual y reproductiva conforme a la Constitución y las leyes vigentes, especialmente la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.</p>
<p>El Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva (2007):</p>	<p>Sugiere las siguientes actividades tomadas en cuenta en el presente Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de factores que se relacionan con la muerte materna, el aborto y el embarazo no deseado, a través del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna, - Creación de los comités de Vigilancia de la Muerte Materna y generación de actividades intersectoriales, incluyendo al Registro Civil y participación ciudadana. - Creación de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) incluyendo la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC), a las cuales hemos añadido el componente neonatal.
<p>El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007-2010 establece como metas para el sector salud hasta el año 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir en 25% la mortalidad de la niñez, - Reducir en 25% la mortalidad infantil, - Reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, - Reducir en 30% la mortalidad materna, - Reducir en 25% el embarazo adolescente.

	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar los servicios de salud a las mujeres: Conseguir que un 80% de las mujeres se realice al menos un examen de Papanicolaou cada 3 años, - Desacelerar la tendencia del HIV y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud.
El Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017 establece como metas para el sector salud hasta el año 2017	La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.
“Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y El Caribe” (DCEI)	Propone estrategias basadas en la evidencia para reducir las defunciones maternas en la región y da paso a la declaración de Delhi sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño. En abril del 2005, haciendo un llamado a la acción, para que los países desarrollen acciones orientadas a salvar la vida de las madres, de los recién nacidos y de los niños. El 12 de septiembre de 2005 se lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño; ratificado en la región desde abril del 2005.
CONE A:	Cuidados Obstétricos y Neonatales Ambulatorios son acciones de salud esenciales para la madre y el neonato que por lo general se ofrecerán en el domicilio, en casa comunal, en el puesto, subcentro o centro de salud (MSP), dispensarios, Unidades de Atención ambulatorias y Centros de Atención Ambulatoria (IESS/SSC), Policlínicos (FFAA) de la red pública de servicios y en la atención domiciliar realizada por los Equipos Básicos de Salud (EBAS).
CONE B:	Cuidados Obstétricos y Neonatales Básicos ofertados en el hospital básico (MSP), Hospital Nivel I y II (IESS), Clínica y Hospital de Brigada (FFAA y Policía), que

	deben contar con insumos, equipos y profesionales médico u obstetrix calificado durante 24 horas diarias y todos los días del año, para brindar las prestaciones clínicas e información epidemiológica
CONE C:	Cuidados Obstétricos y Neonatales Completos, ofrecerán de preferencia en un hospital general, especializado o de especialidades (MSP), Hospital de tercer nivel (IESS), hospital General y Nacional (FFAA y Policía) que deberán contar con los insumos, equipo y personal profesional necesario para ofrecer durante 24 horas diarias y todos los días del año los servicios de CONE básicos, más los procedimientos, actividades, técnicas e información epidemiológica establecidas
SIVE	Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), que inició su implementación en el año 2001. Este se conformaba por 4 subsistemas: SIVE-Alerta, SIVE-Hospital, SIVE-Programas Prioritarios y SIVE-Comunitario, con el objetivo de proveer información necesaria a los actores institucionales de todos los niveles de salud que planifican y evalúan el impacto de las intervenciones.
Edu comunicación	Plan Familia contaba con instrumento que apuntaba a la generación de una campaña de comunicación que permitiera sensibilizar y movilizar a la sociedad en la prevención del embarazo adolescente incorporando a la familia como la institución básica y la primera formadora en valores rescatando su rol protagónico.

Fuente: Resultado del trabajo investigativo

Anexo 3

Abreviaturas

ALC América Latina y El Caribe.

APROFE Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana.

CEPAL Comisión Económica para América Latina y El Caribe.

CEPAR Centro De Estudios De Población Y Desarrollo Social.

CONASA Consejo Nacional de Salud.

CONE Cuidado obstétrico y neonatal esencial.

CONE-A Cuidados Obstétricos y Neonatales Ambulatorios.

CONE-B Cuidados Obstétricos y Neonatales Básicos.

CONE-C Cuidados Obstétricos y Neonatales Completos.

DCEI Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y El Caribe.

EBAS Equipos Básicos de Atención de Salud.

ENDEMAIN Encuesta Demográfica de salud materna e infantil, realizada en Ecuador.

ENIPLA Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar.

FCI Family Care Internacional.

FFAA Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas del Ecuador.

GTR Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos.

MAC Acceso a Métodos Anticonceptivos.

MAIS Modelo de Atención Integral de Salud.

MIES Ministerio de Inclusión Económica y Social.

MMEIG Grupo Interagencial de Estimación de la Mortalidad Materna.

MSP Ministerio de Salud Pública.

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS Organización Mundial de la Salud.

OPS Organización Panamericana de la Salud.

PLISA Plataforma de Información en Salud para las Américas.

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

QAP Quality Assurance Project.

RMM Razón de Mortalidad Materna.

SENPLADES Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo.

SIVE Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica.

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Lista de referencias

- Aguilar-Gallegos, Norman, Enrique Martínez, Jorge Aguilar. 2017. Análisis de redes sociales: conceptos claves y cálculo de indicadores. Serie: Metodologías y herramientas para investigación No. 5. México: Universidad Autónoma Chapingo (UACH), Centro de Investigaciones Económicas, Sociales y Tecnológicas de la Agroindustria y la Agricultura Mundial (CIESTAAM).
- Benson, J.K. 1982. "A framework for policy analysis". En *intergovernmental coordination*, editado por D.L. Rogers y D.A. Whetten, 137-176. Ames: Iowa State University Press.
- Berer, Marge. 2007. "Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Women?". *Reprod health matters* 15 (30): 6-16.
- Berman, Sheri. 1998. *The Social Democratic Moment: Ideas and Politics in the Making of Interwar Europe*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bogason, Peter. 2006. *Networks and Bargaining in Policy Analysis*. En *Handbook Public Policy*, editado por Guy Peters y Jon Pierre, 97-114. Londres: Sage.
- Börzel, Tanja. 1997. "¿Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernanación europea", <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>
- Bowser, Diana, Jaya Gupta, and Allyala Nandakumar. 2016. *The Effect of Demand- and Supply-Side Health Financing on Infant, Child, and Maternal Mortality in Low- and Middle-Income Countries*. *Health systems y reform* 2: 147-159.
- Briones, Jesús y Manuel Días de León. 2013. *Moralidad materna*. México D.F: Impresiones Editoriales FT, S. A. de C. V.
- Burgos, Alejandra. 2015. "Población y Desarrollo. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014". *Población y desarrollo* 112, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39303/1/S1500990_es.pdf.
- Caicedo, Danilo. 2009. "El bloque de constitucionalidad en el Ecuador. Derechos Humanos más allá de la Constitución". *Foro* 12 (2): 1-29.
- Capano, Gilberto. 2009. "Understanding policy change as an epistemological and theoretical problem". *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 11 (1): 7-31.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe). 2018. *LA Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una Oportunidad para América Latina y El*

- Caribe,
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf.
- Chaqués, Laura. 2004. *Redes de políticas públicas*. Madrid: Siglo XXI de España editores S.A.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. s.f. reseña histórica,
<https://www.igualdadgenero.gob.ec/resena-historica/>.
- República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2008,
<http://www.ug.edu.ec/talento-humano/documentos/CONSTITUCION%20DE%20LA%20REPUBLICA%20DEL%20ECUADOR.pdf>
- Crozier, Michel y Erhard Friedberg. 1980. El actor y el sistema: Las restricciones de la acción colectiva, <https://fcpolit.unr.edu.ar/blogs/sociologiapolitica/files/2013/09/EL-ACTOR-Y-EL-SISTEMA.pdf>
- Dowding, Keith. 1995. "Model or metaphor? A critical review of the policy network approach". *Political Studies* XLIII, 136-158.
- Finlayson, Alan. 2004. "Political science, political ideas and rhetoric". *Economy and Society* 33 (4): 528-49
- Fontaine, Guillaume. 2015. *El análisis de políticas públicas: conceptos, teorías y métodos*. Quito: FLACSO Ecuador - Editorial Anthropos.
- Freeman, J.L. y J.P Parris. 1987. "A theoretical and conceptual re-examination of subsystem politics". *Public policy and administration* 2 (1): 9-24
- Gerring, John. 2007. *Case study research: principles and practices*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grant, Wyn. 2009. "Intractable Policy Failure: The Case of Bovine TB and Badgers". *The British journal of politics and international relations* 11 (4): 557-573.
- GTR. 2017. *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
- Global Voices. 25 de mayo de 2013. "Iniciativa pro vida "14 millones" genera polémica en Ecuador", <https://es.globalvoices.org/2013/05/20/iniciativa-provida-14-millones-genera-polemica-en-ecuador/>.
- Hall, Peter. 2003. "Aligning ontology and methodology in comparative politics". En *comparative historical analysis in the social sciences*, 373-406. Cambridge: Cambridge University.

1978. “Las redes de asuntos y el poder ejecutivo”,
https://negociacionytomadecisiones.files.wordpress.com/2019/04/05_heclo_h_las-redes-de-asuntos-y-el-poder-ejecutivo.pdf
- Hogwood, Brian y Lewis Gunn. 1984. Policy analysis for the real world. Oxford: Oxford University Press.
- Hood, Christopher. 1986. The Tools of Government. Chatham: Chatham House
- Hood, Cristopher. 2007. “Intellectual Obsolescence and Intellectual Makeovers: Reflections on the Tools of Government after Two Decades”. Governance and international journal of Policy, Administration and Institutions 20 (1): 127-144.
- Howlett, Michael. 2009. “Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design”. Political Sciences 42 (1): 73-89.
- . 2012. “The lessons of failure: learning and blame avoidance in public policy-making”. International Political Science Review: 539-555.
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos).2017. Anuario de nacimientos y defunciones 2007, https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf
- . 2017. Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador, https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf.
- Jackson, Patrick. Ed. 2016. The conduct of inquiry in international relations: Philosophy of science and its implications for the study of world politics. London: Routledge.
- Jeffrey, Pressman y Aaron Wildavsky. 1998. Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Jordan, Grant. 1990 “Sub-governments, policy communities and networks: refilling the old bottles?”. Journal of Theoretical Politics 2 (3): 319-338.
- Kennedy, Tracy, Aaron Smith, Amy Tracy y Barry Wellmann. 2008. “Networked families Parents and spouses are using the internet and cell phones to create a “new connectedness” that builds on remote connections and shared internet experiences”, https://www.pewresearch.org/internet/wp-content/uploads/sites/9/media/Files/Reports/2008/PIP_Networked_Family.pdf

- Kickert, Walter. 1997. "Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector". En *Public management and network: An Overview*. Editor por Walter Kickert y Joop Koppenjan, 35-60. London: Sage.
- Klijn, Erik. 1998. "Policy Networks: An Overview". En *Managing Complex Networks*, editado por Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F, 2-45. London: Sage.
- Knoke, David. 1993. "Networks as political glue". En *Sociology and the public agenda*, editado por William Julius, 164-183. London: Sage
- Kisby, Ben. 2007. "Analysing policy networks. Towards an ideational approach". *Policy Studies* 28 (1): 71-90.
- Lahera, Eugenio. 2006. "Del dicho al hecho: ¿cómo implementar las políticas?". *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 35, <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/035-junio-2006/0052643>
- Lascoumes, Pierre, y Patrick Le Galés. 2014. *Sociología de la acción pública*. México: El Colegio de México.
- Laswell, Harold. 1950. *Politics: Who Gets What, When, How*. New York: P. Smith.
- 1992. "La orientación hacia las políticas". En *La hechura de las políticas públicas*, de Luis Aguilar, 79-117. México: Miguel Ángel Porrúa
- Majone, Giandomenico. 1989. *Evidence, Argument, and Persuasion in the Policy Process*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Marsh, David. 1998. The development of the policy network approach, En *Comparing Policy Networks*, compilado por David Marsh, 3-17. Buckingham Open University Press.
- y Roderick Rhodes. 1992. "Policy networks in British politics. A critique of existing approaches". *Oxford Scholarship Online*.
- y Martin Smith. 2000. "Understanding policy networks: towards a dialectical approach". *Political Studies* 48, 4- 21.
- y Martin Smith. 2001. "There is more than one way to do political science: on different ways to study policy networks". *Political studies* 49: 528-541.
- y Paul Furlong. 2010. "A Skin, Not a Sweater: Ontology and Epistemology in Political Science". En *Theory and Methods in Political Science*, editado por Gerry Stoker y David Marsh, 184-211. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- May, Peter. 1992. "Policy Learning and Failure". *Journal of Public Policy* 12 (4): 331-354.
- McConnell, Allan. 2010. "Policy Success, Policy Failure and Grey Areas In-Between". *Journal of. Public Policy* 30 (3): 345-362.

- . 2015. “What is policy failure? A primer to help navigate the maze”. *Public policy and administration* 30 (3): 221-242.
 - (MSP) Ministerio de Salud Pública. 2002. Ley orgánica del sistema nacional de salud, del 25 de septiembre, en Registro Oficial 670, <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>.
 - . 2005. Plan de acción: política de salud y derechos sexuales y reproductivos 2006-2008, del 15 de abril, en Registro Oficial 566, <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/67.-Plan-de-Accion-Politica-de-Salud-y-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>.
 - . 2007a. Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008, <http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Salud%20y%20Derechos%20Sexuales/bt14%20-%20Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20y%20Derechos%20Sexuales%20y%20Reproductivos%202006-2008.pdf>.
 - . 2007b. Política de Salud y Derechos Sexuales Reproductivos 2007, <http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Salud%20y%20Derechos%20Sexuales/bt13%20-%20Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20y%20Derechos%20Sexuales%20y%20RReproductivos.pdf>.
 - . 2008. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, <http://observatoriointernacional.com/wp-content/uploads/2014/09/Plan-Nacional-de-Reduccion-Acelerada-de-la-Mortalidad-Materna-y-Neonatal-2008.pdf>
 - . 2011. Resumen de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA, <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/34.Estrategia-Nacional-Intersectorial-Planificacion-Familiar-MSP.pdf>.
 - . 2013. La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el Ecuador: años 2002 al 2011, http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/MUERTE%20MATERNA/1_Analisis_Situacion_MM_12Enero2013.pdf.
- Muller, Pierre y Yves Surel. 1998. *L’analyse des politiques publiques*. Paris: Montchrestien.
- Munck, Gerardo. 2004. “Tools for Qualitative Research”. En: *Rethinking Social Enquiry: Diverse Tools, Shared Standards*, editado por Henry E. Brady y David Collier. Rowman & Littlefield y Berkeley Public Policy Press.

- Naciones Unidas. 2018. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf.
- Newman, Joshua y Head, Brian. 2017. “Categories of failure in climate change mitigation policy in Australia”. *Public policy and administration* 30 (3): 342-358.
- OEA (Organización de los Estados Americanos). 1969. Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos, https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2001. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-12-s.pdf>.
- OMS. 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Día Mundial de la Salud 7 abril 2005, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68865/WHO_RHR_05.01_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- y OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2012. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1504:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=551.
- . 2015. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas, https://oig.cepal.org/sites/default/files/who_rhr_15.23_spa.pdf.
- OMS. 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Spanish2015.pdf>.
- ONU (Organización de Naciones Unidas). 2015. Objetivos de Desarrollo Sostenible, <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.
- ONU Mujeres. S.f. ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades, <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) y Ministerio de Salud de Chile. 2006. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción Síntesis de

situación y enfoque estratégico,

https://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 2007. La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas (Quito: OPS/MSP/CONASA), https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-sanitaria-y-atencion-de-las-enfermedades&alias=58-la-equidad-en-la-mira-la-salud-publica-del-ecuador-durante-las-ultimas-decadas&Itemid=599.
- Páramo, Pablo y Gabriel Otálvaro. “Investigación alternativa: por una distinción entre paradigmas y no entre métodos”. *Cinta moebio* 25: 1-7.
- Páramo, Pablo. 2011. "La falsa dicotomía entre investigación cuantitativa y cualitativa", En *La investigación en ciencias sociales Estrategias de investigación*, compilado por Pablo Páramo, 21-30. Bogotá: Universidad Piloto de Colombia.
- Parsons, Wayne. 2007. *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: FLACSO sede México.
- Peters, Guy. 2003. *El nuevo institucionalismo: Teoría institucional en ciencia política*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- . 2015. “State failure, governance failure and policy failure: Exploring the linkages”. *Public policy and Administration* 30 (3): 261-276
- Pierson, Paul. 1993. “When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change”. *World Politics* 45 (4): 595-628.
- Presidencia de la República de Ecuador. 2015. Proyecto “Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia”, https://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf
- PNUD. 2000. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html
- Ragin, Charles. 2007. *La construcción de la investigación social: introducción a los métodos y su diversidad*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Rhodes, Roderick. 1997. *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. United Kingdom: Open University Press.
- Rodríguez, David y Jordi Valldeoriola. 2002. *Metodología de la investigación*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Rosenfield, Allan y Deborah Maine. 1985. “Maternal mortality a neglected tragedy. Where is the M in MCH??”. *Maternal health* 326: 83-85.

- Roth, André-Noel. 2014. Políticas públicas. Formulación, Implementación y Evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora.
- . 2018. Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Sandstrom, Annica & Lars Carlsson. 2008. "The performance of policy networks: the relation between network structure and network performance". *The policy of studies journal* 36 (4), 497-524.
- Santillán, María, Eleonora Rojas, Dora Estela Celton y Bruno Ribotta. 2011. "La reducción de la mortalidad infantil desde un enfoque de derechos: una comparación entre Argentina y Brasil". *Revista Brasileira de Estudos de População* 28 (2): 321-336
- Sánz, Luis. 2003. "Análisis de redes sociales: o cómo representar las estructuras sociales subyacentes". *Apuntes de Ciencia y Tecnología* 7: 20-29.
- Scharpf, Fritz. 1978. "Interorganizational Policy Studies: Issues, Concepts and Perspectives". En: *Interorganizational Policy Making: Limits to Coordination and Central Control*, editado por Hanf, Kenneth I. y Scharpf, Fritz W, 345–370. Londres: Sage.
- SENPLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). 2007. Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2017, <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.pdf
- . 2011. Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar, https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf.
- . 2013. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Disponible en: https://www.itb.edu.ec/public/docs/baselegal/ea493b_PlanNaciona_para_el_Buen_Vivir_2013_2017.pdf.
- . 2015. Objetivos del Milenio: Balance Ecuador 2014, <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Objetivos-del-Milenio-Balance-2014.pdf>
- Stone, Deborah. 2002. *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. Nueva York; Londres: W. W. Norton & Company
- Subirats, Joan, Peter Knoepfel, Corinne Larrue, y Frederic Varonne. 2008. "La implementación de las políticas públicas". En *Análisis y gestión de políticas públicas*, de Joan Subirats, Peter Knoepfel, Corinne Larrue y Frederic Varonne, 179-206. Barcelona: Editorial Ariel.

- Toke, David y David Marsh. 2003. "Policy Networks and the GM Crops Issue: Assessing the Utility of a Dialectical Model of Policy Networks". *Public administration* 81 (2): 229-251.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2009. Salud materna y neonatal Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>
- UNICEF. 2018. "Lo que viven en sus primeros mil días es la base del resto de su vida unicef.org", https://www.unicef.org/uruguay/spanish/pdf_digital_final_interactivo.pdf.
- Vos, Rob, José Cuesta, Mauricio León, Ruth Lucio y José Rosero. 2004. "Health". En: *Creating fiscal space for poverty reduction in Ecuador: A fiscal management and public expenditure review, Volume II, Report No. 28911-EC 107-274*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Waarden, F. 1992. "Dimensions and types of policy networks". *European Journal of Political Research* 21 (1): 29-52.
- Walsh, James. 2006. "Policy Failure and Policy Change. British Security Policy After the Cold War". *Comparative political studies* 39 (4): 490-518.
- Yee, Albert. 1996. "The causal effect of ideas on policies". *International Organization* 50 (1), 69-108.
- Yépez, Desirée. *El Comercio*. 6 de marzo de 2015. "Mónica Hernández: 'Plan Familia Ecuador se enfoca en la prevención de embarazo adolescente'", <https://www.elcomercio.com/tendencias/entrevista-monica-hernandez-plan-familia.html>.
- Yin, Robert K. 2014. *Case Study Research: design and methods*. Los Ángeles: SAGE.