

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2019-2021

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

Estudiar las políticas públicas desde el análisis sociotécnico y las redes de política: el rediseño de la Política Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador a partir de la incorporación de la Estrategia de humanización y adecuación cultural del parto

Alexandra Belén Gualavisí Limaico

Asesora: María Belén Albornoz

Lectoras: Isarelis Pérez y Mónica Bustamante

Quito, noviembre de 2023

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todas las mujeres que luchan por la efectivización de los derechos de otras mujeres. A las mujeres que cuestionan lo establecido y se movilizan reclamando autonomía sobre nuestro primer terreno de combate: nuestros cuerpos. Que esto sea una forma de mostrar cómo las mujeres podemos ejercer agencia en distintos momentos de la historia, pero con la constante de la fuerza de nuestro estallido por las ganas de vivir en autonomía, respeto, sin miedo, sin violencia.

Índice de contenidos

| | |
|--|-----|
| Agradecimientos..... | 9 |
| Introducción | 10 |
| Capítulo 1..... | 14 |
| Una apuesta analítica y metodológica para estudiar el diseño de políticas públicas | 14 |
| 1.1. Enfoques teóricos para analizar las políticas públicas | 20 |
| 1.1.1. Los nuevos institucionalismos: el enfoque neoinstitucionalista sociológico | 27 |
| 1.1.2. El diseño de políticas públicas: inicios y desarrollo del campo | 35 |
| 1.2. Marco analítico..... | 56 |
| 1.2.1. El enfoque de redes de política: de la “revolución conductista” a las redes de política | 56 |
| 1.2.1.1. Modelo dialéctico: redes, actores, contexto estructural y resultados de política | 63 |
| 1.2.1.2. Modelo ideacional: ¿Por qué las ideas importan? | 66 |
| 1.2.2. El análisis socio-técnico para el estudio del diseño de políticas públicas..... | 72 |
| 1.3. Metodología de investigación: una apuesta metodológica realista crítica | 78 |
| 1.3.1. El estudio de caso socio-técnico..... | 82 |
| 1.3.2. Un diseño investigativo mixto..... | 82 |
| 1.3.2.1. El componente cuantitativo: método de redes de política y análisis de redes sociales ARS | 83 |
| 1.3.2.2. El componente cualitativo: método de análisis socio-técnico..... | 86 |
| 1.3.3. Las técnicas de investigación | 87 |
| Capítulo 2 | 91 |
| Red y contexto. El surgimiento de las Políticas Públicas para la Reducción de la Mortalidad Materna en Ecuador y el mundo..... | 91 |
| 2.1. La estructuración del problema de la mortalidad materna: breve aproximación global y regional..... | 93 |
| 2.2. La Política Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador 1960-2006: ideas programáticas, red y contexto en relación dialéctica | 105 |
| 2.3. Análisis red-contexto previo al rediseño de la política | 117 |
| 2.4. Conclusiones preliminares | 121 |
| Capítulo 3 | 125 |
| El rediseño de la Política Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador: controversia, co-construcción, red y actantes en relación dialéctica..... | 125 |
| 3.1. La política a partir de 2007 desde una perspectiva de diseño | 126 |

| | |
|---|-----|
| 3.2. Controversia y co-construcción: del enfoque biomédico hacia los instrumentos para la humanización y adecuación cultural de los servicios de salud materna..... | 164 |
| 3.3. El rediseño de la política: la relación dialéctica entre ideas programáticas, estructura de red y agentes..... | 166 |
| 3.4. Conclusiones preliminares | 180 |
| Capítulo 4 | 182 |
| Los resultados de política: el proceso de clausura social de la controversia y estabilización en torno a la Política Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador a partir de las ideas de humanización y adecuación cultural de los servicios de salud materna | 182 |
| 4.1. Análisis comparado con base en la caracterización de los nodos y las estructuras de red | 183 |
| 4.1.1. Explicación de los resultados de política: las ideas materializadas en los instrumentos creados..... | 196 |
| 4.2. Co-construcción de funcionamiento..... | 208 |
| Conclusiones | 213 |
| Lista de referencias..... | 217 |
| Anexos..... | 230 |

Lista de ilustraciones

Figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 4.1. Actantes que reciben mayor influencia en el periodo 1960-2006..... | 184 |
| Figura 4.2. Actantes que ejercen mayor influencia en el periodo 1960-2006..... | 184 |
| Figura 4.3. Actantes puente, focales o puntos de paso obligatorio en el periodo 1960-2006..... | 187 |
| Figura 4.4. Actantes que recibieron y ejercieron mayor influencia en el periodo 2007-2021..... | 190 |
| Figura 4.5. Actantes puente, focales o puntos de paso obligatorio en el periodo 2007-2021..... | 194 |

Gráficos

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1.1. Modelo dialéctico: relación dialéctica entre redes de política y resultados de política..... | 66 |
| Gráfico 1.2. Modelo ideacional..... | 71 |
| Gráfico 2.1. Red de contexto..... | 120 |
| Gráfico 3.1. Red del rediseño de la política..... | 179 |
| Gráfico 4.1. Red <i>k-core</i> del periodo 1960-2006..... | 188 |
| Gráfico 4.2. Red <i>k-core</i> del periodo 2007-2021..... | 195 |
| Gráfico 4.3. Alianza socio-técnica en el rediseño de la política..... | 212 |

Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1.1. Características definatorias del “viejo institucionalismo”..... | 28 |
| Tabla 1.2. Crítica a los estilos teóricos de la ciencia política desde 1950..... | 29 |
| Tabla 1.3. Caracterización del núcleo analítico del neoinstitucionalismo vs el institucionalismo clásico..... | 31 |
| Tabla 1.4. Taxonomía simplificada de instrumentos sustantivos y procedimentales..... | 39 |
| Tabla 1.5. Críticas a la literatura tradicional acerca del diseño de políticas..... | 48 |
| Tabla 1.6. Características de los problemas de política..... | 53 |
| Tabla 1.7. Elementos básicos que definen una red de actores..... | 84 |
| Tabla 1.8. Pasos para la construcción de una red de actores..... | 84 |
| Tabla 1.9. Medidas para el análisis de redes..... | 85 |
| Tabla 1.10. Recursos para la recopilación de información secundaria..... | 88 |
| Tabla 1.11. Métodos y técnicas de investigación..... | 89 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 3.1. Problemas y soluciones en la Planificación Nacional 2007-2010 en el sector salud.. | 134 |
| Tabla 3.2. Problemas y soluciones de la Guía del parto Culturalmente Adecuado | 142 |
| Tabla 3.3. Presupuesto para la implementación del parto en libre posición 2014 | 148 |
| Tabla 3.4. Actores que conforman la red de rediseño de la política | 167 |
| Tabla 3.5. Habilidades, recursos y estrategias de los actores: repertorios de acción, lucha y movilización | 174 |
| Tabla 4.1. Instrumentos creados en el periodo 1960-2006..... | 199 |
| Tabla 4.2. Instrumentos creados en el periodo 2007-2020..... | 202 |

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Alexandra Belén Gualavisí Limaico, autora de la tesis “Estudiar las políticas públicas desde el análisis socio-técnico y las redes de política: el rediseño de la Política Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador a partir de la incorporación de la Estrategia de humanización y adecuación cultural del parto” 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, noviembre de 2023



Alexandra Belén Gualavisí Limaico

Resumen

La presente investigación se orienta a explicar el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna a partir de la materialización de las ideas programáticas de humanización y adecuación cultural del parto en instrumentos de política. Ecuador aparece como un caso excepcional que permite evidenciar cómo la asimetría entre, por una parte, el incremento de los indicadores de acceso y calidad de los servicios obstétricos y neonatales, y, por otro lado, el aumento de las tasas de muerte materna y neonatal; no se enmarca exclusivamente en los aspectos médico/técnicos y de “calidad” de la atención; sino que se relaciona con artefactos, ideas, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores, recursos económicos que viabilizan o impiden la generación, adopción, uso o estabilización de los instrumentos de política. Desde el análisis socio-técnico y de redes de política se trata de explicar el rediseño de la política pública como el resultado de un proceso no lineal de co-construcción, en el que una relación problema/solución prevalece sobre otras y se materializa en instrumentos de política. Las ideas programáticas de humanización y adecuación cultural de los servicios de salud materna que se articulan y estabilizan en instrumentos de política, explican por qué el rediseño no es neutral; sino que responde a la cuestión del poder que marca las controversias.

Agradecimientos

Este trabajo es el resultado del esfuerzo desplegado para sacar adelante un proyecto de investigación durante un periodo en el que el mundo se detuvo y se transformó, en el que el espacio doméstico se convirtió en espacio de trabajo y estudios y en el que la virtualidad se convirtió en el eje fundamental de una “nueva normalidad”. En este escenario, no me alcanzarían las palabras agradecer a todos quienes estuvieron conmigo, abrigando mi corazón y siendo guía y soporte durante este tiempo tan complejo. Con todo mi amor, dedico este trabajo a mi familia. A Santiago y Anita, mis padres, por ser los mejores amigos y guías durante el camino estos 27 años, a Santy y Javier, mis hermanos, por ser mis cómplices, mis amigos y mi alegría diaria. Gracias también a Mélany, por ser como una hermana más y por todos sus consejos para la vida y la academia; y a Marito, por ser como un hermano y el mejor de los amigos.

Así también, extiendo mi más profundo agradecimiento a FLACSO, por permitirme haber cursado esta maestría con una beca y de la mano de excelentes profesores y seres humanos. A todos quienes conforman CTS-Lab, espacio de reflexión crítica y valiosos aportes donde tuve el honor de desempeñar varias actividades como becaria. De manera especial agradezco a mi directora de tesis María Belén Albornoz, por cada uno de sus consejos y por su calidad humana en el ejercicio de la docencia. También a Isarelis Pérez, quien siempre tuvo la mejor predisposición para solventar mis dudas.

Además, extiendo mi profundo agradecimiento al profesor Ángel Gutiérrez, por haber sido luz para nutrir el diseño metodológico de esta investigación. A William, quien fue un soporte fundamental para el levantamiento de información primaria aún en medio de las limitaciones impuestas por la pandemia de COVID-19. Igualmente, mi profundo agradecimiento a las profesoras Dana Hill y Thaís Brandao, por todo el aprendizaje acerca de mi temática de investigación. Finalmente, agradezco a mis compañeros del taller de redes de política, por su amistad, alegría, acompañamiento y apoyo. Sin ustedes este proceso de crecimiento personal y profesional no habría sido igual.

Introducción

En el campo de los estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS), específicamente en el constructivismo social de la tecnología, los instrumentos de política pública son conceptualizados como artefactos socio-técnicos históricamente situados. En tanto tales, están sujetos a ejercicios de co-construcción desde su concepción y diseño hasta su clausura; es decir, desde la formulación de los problemas de política y la selección de instrumentos –ejercicios de adecuación de problemas y soluciones–, hasta las dinámicas de estabilización y cambio.¹ Estas últimas son el resultado de la alteración de alguno de los elementos heterogéneos –que incluye tanto a actores humanos como no humanos– que constituyen un ensamblaje socio-técnico más que el resultado lógico y lineal de resolución de un problema, donde las ideas como elementos constitutivos y de cohesión adquieren un rol explicativo fundamental.

En este marco, desde el análisis de redes de política y el análisis socio-técnico, el objetivo de la presente propuesta de investigación radica en explicar el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna a partir de la incorporación de la estrategia de humanización y adecuación cultural del parto. Se delimita el objeto de estudio estableciendo el período comprendido entre 1970 y 2008. Se concibe a la estrategia en mención como el resultado de un interjuego desplegado por redes de actantes que se relacionan y conforman las alianzas socio-técnicas que participan en un proceso no lineal de co-construcción que incide en el rediseño de la política pública. En este sentido, el rediseño se explica en función de los cambios en las relaciones de las redes de actantes, cohesionadas y movilizadas por sus ideas programáticas e insertas en un contexto estructural, haciendo que los resultados no sean política ni tecnológicamente neutrales; sino socio-técnicamente contruidos.

En consecuencia, se busca responder a la pregunta: ¿Por qué las ideas programáticas de humanización y adecuación cultural del parto materializadas en instrumentos de política gracias a la agencia de redes de actantes explican el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador? Y se plantea la hipótesis que sostiene que: el diseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna, efectuado en un contexto de neutralidad y determinismo; se pone en cuestionamiento con la irrupción de las ideas

¹ Las dinámicas de cambio abarcan tanto el nivel micro político –procesos de toma de decisión– como el semiótico –procesos de asignación de sentido y construcción de funcionamiento–.

programática de adecuación cultural del parto y humanización. La controversia generada entre estos ordenes de ideas programáticas se clausura con la creación de instrumentos de política que las materializan. Las ideas programáticas de adecuación cultural y humanización del parto que se articulan y estabilizan en el rediseño de la política pública, dan cuenta de cómo se despliega una nueva forma de adecuación problemas/soluciones –*policy framing*– debido a la agencia de diversos actantes que desemboca en la (re)configuración de una alianza socio-técnica para su funcionamiento.

Objetivo general

Explicar el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador a partir de la estabilización de las ideas programáticas de humanización y adecuación cultural del parto en instrumentos de política, para dar cuenta de cómo se clausura una controversia que se abre entre órdenes de ideas programáticas que entran en pugna en un contexto de neutralidad y determinismo tecnológico, generándose un nuevo marco interpretativo de los problemas y soluciones –*policy framing*– debido a la agencia de redes de actantes.

Objetivos específicos

- Analizar la relación dialéctica entre la red y el contexto estructural que antecede al rediseño de la política, para explicar cómo este, posteriormente, es el resultado de una dinámica de co-construcción que surge de una controversia. Este análisis incluye la estructuración del problema de la mortalidad materna tanto a nivel mundial como regional, así como la trayectoria de la política pública para la reducción de la mortalidad materna en Ecuador, centrándose en el periodo 1960-2007.
- Analizar el rediseño de la política a partir de la estabilización y materialización de las ideas programáticas adecuación cultural del parto y humanización en instrumentos de política, para mostrar cómo su creación es parte del proceso de clausura de la controversia que se abre. Este análisis parte de la discusión de la controversia y del proceso de co-construcción de funcionamiento de los artefactos socio-técnicos (instrumentos) que marcan el rediseño de la política pública; para luego centrarse en la relación dialéctica entre las ideas programáticas, los actores –incluyendo sus habilidades y aprendizaje estratégico– y la estructura de red. El análisis toma como base el periodo 2007-2021.

- Explicar los resultados de política a partir del proceso de clausura de la controversia y estabilización, para mostrar cómo las ideas de adecuación cultural y humanización del parto influyeron en el rediseño de la política para la reducción de la mortalidad materna en Ecuador en el periodo 2007-2021.

Los estudios sociales de ciencia y tecnología en América Latina, desde sus orígenes en los años sesenta hasta su profesionalización iniciada en los años ochenta y noventa, se han consolidado como un esfuerzo por construir nuevas miradas sobre los significados sociales, económicos y políticos de la ciencia y la tecnología (Pérez y Casas 2019). El aparataje analítico se ha nutrido de los aportes que se han hecho al campo a nivel internacional y ha sido alimentado con perspectivas regionales propias, con el objetivo de cuestionar la simplicidad de la relación ciencia, tecnología y sociedad; y problemas/soluciones. Los ejercicios de problematización se han desplegado a través del análisis socio-técnico de experiencias concretas, poniendo en el centro a actores humanos y no humanos como las leyes, el agua, las infraestructuras o las políticas públicas; para explicar a los artefactos socio-técnicos en estrecha relación con las estructuras y los cambios de las propias sociedades, en este caso, latinoamericanas (Kreimer 2007).

En términos sustantivos, es decir, en relación al tipo de conocimiento que se está produciendo, se observa una dimensión transdisciplinar que se refleja en la multiplicidad de cuestiones abordadas. Las agendas comprenden problemas como la efectivización del derecho a la salud, el consumo del agua, el saneamiento de las ciudades, los conflictos ambientales; llegando hasta temáticas referentes a los usos y significados sociales del conocimiento, la innovación responsable, la democratización de las tecnologías o la construcción de sistemas tecnológico-sociales inclusivos.² Las bases teóricas y metodológicas de las investigaciones más recientes sacan a relucir la vigencia de los estudios de corte socio-técnico, así como su combinación con enfoques más generales de las ciencias sociales, no sólo en la arena académica sino en los procesos que marcan las elaboraciones de políticas públicas.

La presente propuesta de investigación se constituye como un esfuerzo que va en esta línea, al construir un marco analítico original mediante la fertilización cruzada de dos cuerpos de literatura: el del análisis de políticas públicas privilegiando el enfoque de redes de política y el de

² Tienen una dimensión estratégica y sistémica en relación a las formas de adecuar problemas y soluciones. Su finalidad es profundizar la democracia, mejorar la calidad de vida y empoderar a diversos sectores sociales.

los estudios sociales de la ciencia y la tecnología. Este ejercicio de triangulación conceptual, a partir del cual se integran categorías de campos disciplinares distintos para realizar una investigación de base empírica, posibilita que el objeto de estudio no se restrinja a uno caracterizado a priori como “científico-tecnológico”: una política pública.

Este diálogo busca aportar a la resolución de una serie de cuestiones emergentes que están ingresando en las agendas investigativas latinoamericanas, tales como: las tecnologías sociales en relación a los problemas de inclusión, desempleo, pobreza y violencia; las dimensiones de género en los procesos de co-construcción de las políticas públicas; y las relaciones y tensiones entre conocimiento local o “autóctono” y el conocimiento científico codificado e institucionalizado. De esta forma, el método de estudio de caso enmarcado en una propuesta interdisciplinar, toma estos dos últimos tópicos para revisar desde una perspectiva socio-técnica el ensamblaje de actores, artefactos, tecnologías biomédicas, discursos, normas y pre-conceptos de los hacedores de políticas, que, junto con los factores particulares del proceso local; opera en las negociaciones, disputas, controversias y resistencias que subyacen al rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna. Se trata de desarmar la “caja de negra” del diseño de las políticas públicas para indagar en sus adentros; es decir, en las ideas o imaginarios institucionalmente estabilizados y públicamente materializados en instrumentos de intervención en el proceso de rediseño de la política y que tienen potencial explicativo más allá de la relación lineal problema/solución.

Capítulo 1. Una apuesta analítica y metodológica para estudiar el diseño de políticas públicas

¿A qué hace alusión el diseño de políticas públicas? Para responder a esta interrogante se tomará como punto de partida la definición del concepto de políticas públicas, la cual representa aún hoy una tarea compleja debido a dos razones. La primera tiene que ver con que el Estado y las políticas públicas son dos categorías y dos realidades sociopolíticas e institucionales concomitantes; y la segunda está en relación a las particularidades que han marcado el desarrollo del análisis de políticas públicas en tanto campo disciplinar. Estos dos factores están entrelazados en la medida en que los procesos de construcción y transformación de los Estados en diversas partes de la geografía mundial son el objeto de reflexión. En otras palabras, retomando a (Parsons 2007), las políticas públicas –y su abordaje – cambian en la medida en que los Estados modifican su base racional para actuar, transforman su ejercicio o varían su forma de legitimarse (2007, 48, 49). Es así que las políticas públicas, en tanto acciones de los Estados, se configuran como un objeto de análisis interactivo y reflexivo.

El Estado en su concepción moderna es el resultado de un proceso sociocultural que se produjo en Europa Occidental, a través del cual la idea de un poder no individualizado encontró una concretización. Dicha concretización es de carácter eminentemente histórico, pues está en correspondencia con condiciones sociales, económicas y culturales específicas; las cuales, a su vez, determinan las peculiaridades de los procesos de formación y transformación de los Estados en otros lugares del mundo. Si en Europa el proceso de diferenciación de la función pública se basó en la creación de instituciones especializadas en tareas específicas y en la monopolización del poder en un ente central; en América Latina se produjo un ejercicio de importación y adaptación de dicho modelo (Roth 2014, 25). En la región, los principios y fundamentos del Estado europeo occidental se establecieron de forma parcial, pues a pesar de la “receptividad” de este patrón de organización, hubo resistencias en los espacios sociales y comunitarios.

En consecuencia, el Estado, en tanto invención política, permite entrever la variabilidad que marca a las instituciones desarrolladas en áreas distintas al contexto de Europa Occidental, las cuales aparecen como un híbrido de características exógenas y endógenas. Esta situación incide en las modalidades de acción y relación entre el Estado, sus segmentos de poder y la sociedad (Roth 2014, 28). Es por ello que el qué y cómo de las intervenciones estatales están sujetos a

debate, tal como se evidencia en la dinámica de prevalencia/decaimiento que ha marcado la trayectoria socio-política de Latinoamérica, la cual muestra el paso de distintos modelos: el del Estado liberal, el Estado “socialista y de bienestar”, el Estado “cepalino”, el Estado neoliberal de los ochenta, o el más reciente intento de Estado neo-regulador o del “socialismo del siglo XXI” (2014, 30, 32). En la actualidad, en el marco de las iniciativas de gobierno abierto y de gobernanza en la era digital, se discute acerca del funcionamiento mismo de las instituciones estatales, del rol de la ciudadanía en tanto agente y del carácter y objeto de las políticas públicas en tanto productos co-construidos resultantes de dinámicas de participación, transparencia, colaboración, innovación y uso de tecnologías (Subirats 2017; Montero 2017).

El desarrollo de estos procesos muestra que la reflexión sobre las políticas públicas, entendida como la cuestión de la “naturaleza” de las “intervenciones estatales”, sigue estando vigente, en particular, desde la segunda mitad del siglo XX. Como se ha expuesto, el surgimiento y las transformaciones del análisis de políticas públicas se sitúan en el contexto de la racionalización del Estado, en el que la política se configura como la actividad de formular políticas públicas (Parsons 2007, 50). Pero, ¿cómo se han modificado las bases del análisis de políticas públicas a la luz de la evolución del Estado contemporáneo y del contexto en el que está inserto? Del mismo modo en que la penetración de un modelo de Estado en la región respondió a una dinámica de trasposición; el concepto de política pública en América Latina ha sido el resultado de la incorporación de lo que fue un discurso “modernizador” (Roth 2014, 64).

El campo de investigación que nació en Estados Unidos en 1951, con la propuesta seminal de Harold Lasswell de “las ciencias de las políticas”, fue objeto de difusión geográfica. Por tanto, antes de abordar la dinámica de trasposición del proyecto lasswelliano en la región, se expondrán sus principales características. El precursor del movimiento de las ciencias de políticas fue una forma de conductismo multidisciplinario, que, por su foco conductual –y el consecuente reconocimiento de los numerosos determinantes políticos, sociales, económicos y legales de la conducta humana– cruzó las fronteras entre disciplinas; caracterizándose por una actitud reformista y de compromiso, tanto con los asuntos públicos como con la integración de las ciencias sociales (Ascher 1994, 184). Así, las ciencias de políticas se definieron por una orientación hacia las políticas marcada por una doble dimensión: un interés en el proceso de las

políticas,³ por una parte, y, por otra, en la necesidad de inteligencia de este proceso. Dicha necesidad o función de inteligencia se encaminaba a mejorar el contenido concreto de la información disponible para los hacedores de las políticas (Lasswell 1994b, 80).

En otras palabras, para Lasswell, se trataba de desarrollar el estudio científico de las políticas –*policies*–, y, al mismo tiempo, satisfacer las necesidades de inteligencia para mejorar la racionalidad del proceso político; o, “reafirmar y conseguir que la racionalidad y el intelecto ocupen un papel central en los asuntos humanos” (Dror 1994, 145). En este sentido, la calidad de la función de inteligencia radicaba en su capacidad de anticipar exitosamente las necesidades de una política previo su amplio reconocimiento, con la finalidad de desarrollar una tecnología social confiable (Torgerson 1994, 202; Lasswell 1994b, 82). El componente predictivo que se esperaba del proyecto de Lasswell yacía en la adopción del método cuantitativo –y la científicidad que lo revestía–, mismo que sobresalió por la influencia que las disciplinas que lo desplegaban en el desenvolvimiento de la primera guerra mundial ejercieron. De ahí que Merriam y varios pensadores del periodo entreguerras impulsaran el despegue de una suerte de “remodelación de las disciplinas sociales”, con énfasis en el método y encaminada a alcanzar la “excelencia técnica” al servicio de la toma de decisiones de política (Lasswell 1994b, 86; Garson 1994, 153).

El punto central de la propuesta consistía en echar mano de todos los recursos de una “ciencia social en expansión” para resolver los conflictos civilizatorios apremiantes, determinar sus causas y consecuencias situándolos en una perspectiva temporal, contextual pero global,⁴ que, además, fuera sensible a la amplia matriz social de despliegue del proceso dinámico de elaboración de las políticas (Garson 1994; Lasswell 1994b; 1994a; Ascher 1994). De este modo, el enfoque científico de las ciencias de las políticas ponía énfasis en los problemas fundamentales del hombre en sociedad, y, a partir de ellos, en el desarrollo de modelos complejos para su resolución. No obstante, lejos de la “neutralidad” que suele revestir las pretensiones de objetividad, las ciencias de las políticas posicionaban la yuxtaposición entre la política –*politics*– y la ciencia. En consecuencia, se reconocía que al desarrollo de los modelos subyacían propósitos

³ Para Lasswell, el proceso de la política –*policy process*– era un objeto de estudio por derecho propio, fundamentalmente con la esperanza de aumentar la racionalidad de las decisiones (Lasswell 1994b, 80).

⁴ Según Lasswell, las ciencias de las políticas tienen un acento en su aplicación a problemas, que, si bien se insertan en un periodo de tiempo y un contexto determinados; se enmarcan en una perspectiva global, “en virtud de que la población del mundo constituye una comunidad en la que el destino de unos afecta a otros” (Lasswell 1994b, 95).

valorativos dependientes de aquello que el investigador considerara deseable, porque “no se puede afirmar que las actividades científicas sean neutrales en términos valorativos” (Lasswell 1994a, 107-8). Por tanto, estos propósitos valorativos, en última instancia, hallaban su asidero en la cuestión de la democracia –tanto en la teoría como en los hechos– como la forma deseable para la realización de la dignidad humana y el interés público (Lasswell 1994b, 93; 1994a, 117).

No obstante, la ambiciosa visión de Lasswell de establecer una nueva ciencia social unificadora, dirigida a asuntos sociales y políticos sustanciales, y basada en un énfasis en favor de la metodología cuantitativa con fines humanistas; se fue desvaneciendo a medida que los años de la posguerra transformaron las ciencias de política al servicio de la democracia en análisis de políticas al servicio del gobierno (Garson 1994, 155). Acorde a los planteamientos de Torgerson (1994), entender el análisis de políticas en términos de su significado político e histórico implica identificar la relación entre el conocimiento y la política –*politics*– que, de manera diferenciada, marca su desarrollo y evolución. Así pues, se identifican tres momentos en esta trayectoria.⁵ En un primer momento, gracias a la ilustración y al advenimiento del positivismo, el objetivo fue fundamentar los asuntos públicos en bases racionales y aboliendo la *politics*, en línea con un programa de orden y progreso industrial. En un segundo momento se trató de la victoria de la *politics* sobre el “conocimiento eminentemente racional”, ya que salió a relucir el hecho de que el estilo tecnocrático y su imaginiería eran en sí mismos parte de la retórica política, ocultándose la política tras la máscara del conocimiento (Torgerson 1994, 207). Por tanto, del paso de la propuesta inicial de las ciencias de políticas –primer momento– al análisis de políticas, se vislumbra un potencial para el establecimiento de una relación en la cual la política y el conocimiento no sean mortalmente antagónicos; este es precisamente el tercer momento: uno que busca desmitificar el análisis tecnocrático y hallar una ruta de convergencia entre ciencia y *politics* (Torgerson 1994, 229).

A la luz de la exposición de estos antecedentes, que permiten entrever el desarrollo de la disciplina en su contexto originario, las ciencias de las políticas, en tanto conjunto de disciplinas ocupadas de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas, así como de construir interpretaciones relevantes para los problemas de política en un periodo determinado y caracterizadas por su contextualidad, orientación hacia problemas y diversidad en cuanto a los

⁵ Las denominadas tres caras del análisis de políticas públicas, se presentan artificialmente en una secuencia histórica en la que cada una emerge de la fase anterior (Torgerson 1994, 199).

métodos (Lasswell 1994b, 102, 1994a, 110); arriban a América Latina en la última década del siglo XX, coincidiendo con un momento de reforma del Estado y con el rol predominante que en este escenario jugaban las agencias y los organismos internacionales (Roth 2014, 63). De esta forma, las líneas fuerza de la propuesta inicial, entre las cuales resaltan el objetivo de racionalizar la acción gubernamental, de contribuir al alcance de la dignidad humana y de elaborar soluciones a problemas de forma eficaz, técnica, científica y objetiva; se siguieron por las élites latinoamericanas. Como lo estipula (Nelson 2001), es una especie de norteamericanismo⁶ el que marcó la disciplina en la región; pues siendo normativo y pragmático en sus inicios, luego, se configuró como la apuesta por establecerse como una ciencia libre de los efectos de la política *–politics–*.

Siguiendo a Parsons (2007), se distinguen dos tipos de enfoques: por una parte, el análisis del proceso de las políticas públicas *–knowledge of–*; y, por otro lado, el conocimiento en el proceso de toma de decisiones *–knowledge in–* (2007, 32). Es importante realizar una diferenciación entre estos elementos. Por una parte, el *knowledge of* refiere a los estudios sistemáticos y empíricos de cómo se elaboran y se llevan a cabo las políticas (Lasswell 1994a, 105); es decir, se trata de un conocimiento de carácter más analítico y empírico respecto a los factores explicativos de la toma de decisiones y los resultados políticos.⁷ Por otro lado, el *knowledge in* se remonta a los orígenes de la disciplina, es decir, al desarrollo de conocimiento con fines prescriptivos *–función de inteligencia–* encaminado a definir los mejores instrumentos y procedimientos para la solución de problemas públicos. Esta puntualización permite evidenciar que la propuesta inicial de las “ciencias de las políticas” *–policy science–* fue más bien reemplazada por el análisis de políticas, que se caracteriza por ser un campo multi, inter y transdisciplinario;⁸ incluyendo diversos métodos y enfoques para comprender el proceso de las políticas en un escenario complejo.

⁶ La diferenciación que existe en la tradición norteamericana, requiere de aclaraciones idiomáticas y semánticas. Existen tres términos *polity*, *politics* y *policy*; cada uno de ellos hace referencia de forma diferenciada al sistema, actividades y resultados de los subsistemas políticos.

⁷ Para Lasswell, el requisito de sistematicidad y la insistencia en el criterio empírico constituyen la distinción fundamental entre la ciencia y la “no ciencia” (1994a, 105).

⁸ De hecho, desde la propuesta inicial de las ciencias de las políticas, se reconoce que “los científicos sociales no son los únicos que pueden contribuir a su desarrollo; sino que se pueden integrar los académicos, los hacedores de políticas, y, en términos amplios, el conocimiento proveniente de cualquier fuente en el marco de un intercambio creativo y de cooperación fluida entre equipos interdisciplinarios”; esto debido a que un campo social tan amplio requiere de un cuerpo de especialistas mayor” (Lasswell 1994b, 100-102; 1994a, 111).

En el marco de esta perspectiva, las políticas públicas son comprendidas como las acciones orientadas a generar resultados en aquello que se comparte y debe estar regulado. La definición va más allá de perspectivas limitadas que consideran a un Estado reactivo cuyo objetivo es generar políticas públicas que son, ante todo, respuestas para una sociedad pasiva. Se propende a la inclusión de diversos actores además de los pertenecientes al ámbito estrictamente gubernamental o estatal, porque inciden en el proceso de elaboración de las políticas públicas (Roth 2014, 36, 37). De este modo, además de lo que Dewey comprendió como lo que hacen los gobiernos y el por qué lo hacen, es decir, la forma en la que se definen y construyen los problemas y llegan a la agenda política (Parsons 2007, 31); existen al menos cinco elementos que permiten comprender qué es una política pública: acción –e inacción – de autoridad, problemas, definición de objetivos, procesos seguidos para la transformación de una situación problemática y actores sociales. Además, la política pública está relacionada operativamente con un campo de aplicación, por ejemplo, se pueden tomar como referencia las clasificaciones de las políticas públicas por el macro sector, por el nivel y el subsector, por la función y el alcance de su contenido, por el ámbito de acción o por los materiales y símbolos.⁹

En las sociedades contemporáneas, en las que se enfrentan problemas multi-causales en un escenario multi-actoral, la importancia del análisis de políticas públicas radica en sus dimensiones tanto críticas como analíticas, para pensar en lo que debería ser la sociedad sin tener un compromiso con el poder.¹⁰ Esto quiere decir que el ejercicio del análisis de políticas públicas, si bien tenderá a la objetividad y a la contribución a una comunidad epistémica –aún emergente– a través de la producción de conocimiento; también estará marcado por la dimensión política de las políticas y la necesidad de mejorar la toma de decisiones para el fortalecimiento de la democracia (Fontaine 2014). Entonces, ¿Cómo movilizar los saberes que nos permitan aproximarnos a las políticas públicas en tanto productos de las interacciones que constituyen la acción pública?

⁹ Esta conceptualización de las políticas públicas implica una distribución de la realidad que solo se cumple idealmente en términos de la división tanto sectorial como espacial de la realidad (Roth 2014, 38).

¹⁰ Como lo plantea (Roth 2014), la visión sinóptica de las “ciencias de las políticas”, más que servir a la democracia, servía a los intereses de los gobernantes de turno y sus aliados (2014, 55).

1.1. Enfoques teóricos para analizar las políticas públicas

Históricamente, la ciencia política fue el impulso para el despliegue del enfoque de la política pública, pues, en los años sesenta, se desplaza de su interés casi exclusivo por la *politics* para incluir la cuestión de las *policies*; entendiéndolas como elementos que, precisamente, pueden minar o reforzar la *politics* (Thoenig 1997, 26). Esta dinámica yace en un escenario que, rebasando la dinámica centralista de los Estados benefactores, se caracteriza porque los problemas colectivos y su tratamiento público se empiezan a producir a partir de procesos de co-construcción que vinculan en ellos al poder público, a actores de la sociedad civil y a actores privados; desde el plano local hasta el mundial y en múltiples escenarios de acción (Thoenig 1997, 29). Se trata de un contexto en el que las políticas públicas están en todas partes, y, consecuentemente, en el esfuerzo de formular un enfoque que sea tanto analítico como prescriptivo; convergen una gran variedad de disciplinas, atribuyéndole al objeto denominado política pública un valor muy variable. Por ejemplo, Thoenig (1997) postula que las políticas públicas se caracterizan por el trabajo de las autoridades investidas de legitimidad política o gubernamental; mientras que para Dye (2017), las políticas públicas son todo aquello que los gobiernos deciden o no hacer –en consecuencia, el análisis de políticas recae en descubrir qué hacen los gobiernos, por qué lo hacen y qué diferencia marca dicha acción o inacción– (2017, 8).

En otras palabras, las políticas públicas, como objeto de conocimiento, han estado sometidas a múltiples intentos para explicarlas. Siguiendo el hilo del apartado precedente, el análisis de políticas lo ha hecho con las particularidades que han permeado su desarrollo en tanto campo disciplinar; lo cual, entre otros elementos, ha respondido a su contexto¹¹ –aunque en términos más amplios, a los procesos de organización de la administración pública moderna–. Más allá de ello, el análisis de políticas aparece como un enfoque empírico potenciado por el reimpulso de la relación entre la *politics* y la *policy*, en un escenario marcado por la generalización de la intervención estatal y una suerte de necesidad de profesionalización de la administración pública al servicio del interés general. Así, pasando del auge y posterior crítica al origen norteamericano de la disciplina –proyecto lasswelliano–, se ha llegado a definir al análisis de políticas a partir de

¹¹ Por ejemplo, el trabajo de Meny y Thoenig (1989) permite entrever las diferencias –y puntos de encuentro– entre las tradiciones europea y norteamericana.

las teorías que lo anteceden e incluso a caracterizarlo en tanto método portador de su propia caja de herramientas (Rodrigues 2017).

Se puede afirmar que los marcos analíticos utilizados se han ido modificando para dar cuenta de las crecientemente complejas formas de accionar del Estado, mismas que han estado en correspondencia con sus procesos de metamorfosis¹² (Fontaine 2014). Así pues, las disputas se sitúan en un plano epistemológico y tienen implicaciones a nivel teórico y metodológico. A continuación, se realizará un breve recorrido por el debate generado en el terreno de las perspectivas epistemológicas, los paradigmas, los marcos analíticos y las teorías en este campo disciplinar.

En el plano epistemológico, la discusión ha estado signada por el debate entre las corrientes empiricistas y posempiricistas. Si bien inicialmente la corriente principal de investigación fue la empiricista –basada en la lógica científica–; posteriormente emerge una postura que considera los factores cognitivos y la dimensión “artesanal” de las políticas públicas. Este debate, finalmente, da cuenta de la forma en la que las teorías no son neutrales ni puramente objetivas; estando más bien enmarcadas en una visión del mundo o paradigma (Roth 2014, 71). Es en el marco de esta diversidad de visiones del mundo desde donde es posible abordar los múltiples esfuerzos que se han desplegado y se han cristalizado en la forma de marcos analíticos, teorías y modelos; con la finalidad de acercarse al objeto de estudio.

En primera instancia, resaltan cuatro paradigmas o visiones del mundo como marco más amplio para la comprensión de los diversos marcos o enfoques analíticos. El primero de ellos es el positivista –y neopositivista–,¹³ el cual constituye el fundamento de la ciencia moderna. Se caracteriza por la concepción de la realidad como objetiva y plenamente accesible en la medida en que está regida por leyes naturales. En ese sentido, la forma de acceder a ella recae en la investigación empírica y experimental. En el terreno de las políticas públicas, este paradigma se

¹² La metáfora de la metamorfosis del Estado se enmarca en la discusión de la gobernanza. Siguiendo a Peters (2012), la gobernanza, en tanto acción de dirección de la economía y la sociedad, tiene que ver con las limitaciones de la acción individual para hacer frente a los problemas de acción colectiva –caracterizados por una creciente complejidad debido a su multicausalidad y a la interferencia de múltiples actores–; y a la necesidad de convergencia de actores públicos, privados y de la sociedad civil para la consecución de objetivos comunes.

¹³ Aunque el neopositivismo efectúa una crítica a las pretensiones de objetividad del positivismo, insiste en la posibilidad de separar hechos y valores. Esta pretensión se refleja en los intentos de formalización matemática y en la importancia de la medición de los hechos.

traduce en el deseo de producción de un conocimiento objetivo por parte de expertos,¹⁴ basado en la develación de las relaciones de causalidad para el desarrollo de su potencial predictivo. Son claros ejemplos las perspectivas incrementalista, utilitarista o la teoría de la elección racional (Roth 2014, 72, 73).

Por otra parte, el paradigma pospositivista –o del racionalismo crítico– comparte la concepción de la realidad del positivismo; difiriendo en la forma de acceder a ella, en tanto considera que está determinada por múltiples causas y efectos. Por esta razón, aunque no desecha por completo el experimentalismo, señala que las teorías de tipo cualitativo pueden tener lugar en los esfuerzos explicativos de la realidad. Debido a ello, desde esta visión del mundo se resalta el rol de la comunidad científica en los intentos de acercamiento a la objetividad. En el campo disciplinar de las políticas públicas, un claro ejemplo está constituido por los esfuerzos teóricos y analíticos contemporáneos orientados a entender el rol de las ideas en el proceso de cambio de las políticas públicas, los cuales han puesto sobre la mesa el concepto de paradigma de políticas, asociado con la tipología del cambio de las políticas de (Hall 1993). El concepto de paradigma de políticas se ha posicionado como un trabajo clásico que, adoptando la lógica del desarrollo científico de la ciencia normal, se orienta a la comprensión de los cambios de primer, segundo y tercer orden (Daigneault 2015, 45).

En tercer lugar, está el paradigma de la teoría crítica desarrollado por la Escuela de Fráncfort. Este paradigma comparte la postura ontológica del pospositivismo, es decir, aquella que sostiene que la realidad existe; sin embargo, para la teoría crítica, ésta es de imposible acceso. Desde esta visión del mundo y del conocimiento del mundo, la actividad investigativa estará siempre guiada por valores, por lo que el investigador debe asumir una postura de compromiso con la transformación social. En el campo de análisis de las políticas públicas este posicionamiento se refleja en los esfuerzos encaminados a mostrar empíricamente las relaciones de poder que permean el proceso de “hechura” de las políticas y las posibilidades de transformarlas.

Finalmente, el paradigma constructivista sostiene que la realidad es una construcción social de imposible acceso, debido a que es relativa a la percepción de los sujetos. En esta visión del mundo, se niega la posibilidad de establecer explicaciones universalmente válidas; tratándose

¹⁴ Estos encarnan la autoridad cognitiva, misma que desempeña una función de separación del saber científico del saber no científico y de los expertos de los no expertos.

más bien de esfuerzos de credibilidad social más que de “verdad” científica (Roth 2014, 77). En el campo de las políticas pública, esto repercute en la preponderancia de las ideas y los factores cognitivos en la comprensión de la formulación de políticas públicas.

Ahora bien, el predominio de enfoques enmarcados en el positivismo y neopositivismo continúa teniendo gran relevancia en el análisis de las políticas públicas. Se trata de análisis de tipo “profesional”, desplegados principalmente por organismos internacionales, de planeación o de consultoría; a los cuales subyace una pretensión evaluativa y de ayuda a la toma de decisiones. Sin embargo, a diferencia de estos estudios “para la política”, de utilidad práctica y para usos especializados; existen los estudios “de la política”, los cuales son esfuerzos de corte más “académico” de tipo más analítico y crítico.

En este amplio marco de comprensión, algunos de los enfoques o marcos de análisis se detallan a continuación, tomando como punto de partida el marco secuencial que dio inicio al análisis de políticas públicas. El modelo del ciclo surgió de la especial atención que Lasswell prestó al proceso de las políticas públicas, al cual concibió como las etapas o fases funcionales que una política debería transitar durante su vida política (De León 2007, 463). La propuesta inicial de Lasswell se articuló al pragmatismo de Dewey, razón por la cual el modelo del ciclo tuvo su base en una orientación a la resolución de problemas y un razonamiento causa/efecto y costo/beneficio. Debido a que la comprensión del proceso de las políticas públicas de Lasswell era más prescriptiva y normativa que descriptiva y analítica, el modelo se diseñó como una secuencia lineal, una sucesión de etapas que finalizaba con la solución de problemas. Consecuentemente, el ciclo se asemejaba a los modelos de planificación y toma de decisiones desarrollados por la teoría de las organizaciones y la administración pública (Werner y Wegrich 2007).

La propuesta de 1971 de Lasswell,¹⁵ encaminada a simplificar la complejidad subyacente al proceso de las políticas públicas, fue el marco más influyente hasta mediados de los años 80 (P. Sabatier 2010, 9). Sin embargo, para 1983, el enfoque secuencial intentó volcar su análisis al nivel sistémico, para profundizar en la complejidad de la interacción de diversos actores e instituciones en el proceso de las políticas públicas. Esto posibilitaría superar el sesgo del análisis

¹⁵ Se articulaba a la concepción de Lasswell de la *Policy Science* como propuesta multidisciplinaria y valorativa, encaminada a definir los mejores instrumentos y procedimientos para la resolución de problemas.

del proceso de la política centrado en los denominados *inputs*. En este sentido, fue Anderson quien comprendió el proceso de las políticas públicas como un desarrollo en forma de espiral. Esta concepción posibilitaría rescatar la dimensión social, política y técnica de las políticas públicas, concebidas como un constructo complejo. Fue entonces como quedaron establecidas cuatro etapas, mismas que se explican en las líneas subsiguientes.

La primera etapa corresponde a la puesta en agenda, definición de problemas y selección de alternativas. El reconocimiento de un problema social como problema público aparece como el punto de partida del proceso de puesta en agenda, el cual se desarrolla en un contexto marcado por una constelación de instituciones, intereses, ideas y actores con capacidades diversas de acción; que configuran las percepciones acerca de los problemas y sus posibles soluciones. La confluencia de estos elementos y su interacción determina si un asunto puede convertirse en un tema de importancia mayor, es decir, que pasa a formar parte de la agenda formal¹⁶ (Werner y Wegrich 2007, 47). El carácter táctico y político para la definición de la agenda explica la diferencia existente entre la agenda sistémica y la formal, donde la primera es aún una agenda en discusión y depende de la acción de los emprendedores de políticas que los problemas que en ella constan pasen a formar parte de la agenda formal. En cuanto a la selección de alternativas, cabe reiterar que los problemas no son reconocidos de forma técnica o formal en su totalidad, sino que lo que entra en juego es la creación de una imagen política particular, la cual que permite conectarlo con una solución.

La segunda etapa corresponde a la formulación de las políticas y la toma de decisiones. Existe una diferenciación entre la formulación de alternativas de acción y la adopción, es decir, la decisión formal; ello debido a que las políticas no siempre se formalizan en programas y a que no existe una separación clara entre la formulación y la toma de decisiones. Esta última es la razón por la cual estos dos elementos son considerados como dos sub-etapas (Werner y Wegrich 2007, 48). Como lo plantean Werner y Wegrich (2007), la formulación de políticas procede de procesos sociales complejos, en los cuales se enmarca la interacción entre actores y se determinan los

¹⁶ Como lo plantean Werner y Wegrich (2007), existen asuntos que pasan a la agenda a causa del soporte público del que gozan, asimismo hay procesos en los que los grupos de interés pueden influir en las agencias de gobierno sin la necesidad del soporte o reconocimiento público. Estos y otros mecanismos de movilización o consolidación entran en juego en la configuración de la agenda.

factores para la adopción de políticas. Con el objetivo de comprender esta complejidad, se han desarrollado diversos estudios que, al haber estado marcados por la influencia de la economía y del análisis político basado en la planificación costo/beneficio, no han abarcado el rol de la burocracia y su interacción con la sociedad, ni el rol de la asesoría política, la influencia de los tanques de pensamiento y el intercambio o la transferencia de ideas. Estos son algunos de los factores que entran en juego en la formulación de políticas contemporánea (Werner y Wegrich 2007, 51).

La tercera etapa corresponde a la implementación, en la cual se ejecutan o aplican las políticas por parte de las instituciones y organizaciones, que, por lo general, son parte del sector público. Esta es una etapa crítica, debido a que la acción política y administrativa pocas veces pueden controlarse y las políticas y sus objetivos pueden ser cambiados, o su ejecución puede ser retrasada o bloqueada totalmente (Werner y Wegrich 2007, 51). Hasta los años setenta la implementación era un eslabón perdido en el análisis de políticas públicas, ya que no era reconocida como una etapa separada¹⁷ (Werner y Wegrich 2007, 52). Una primera línea de estudios basada en un enfoque *top down* se vio desafiada porque empíricamente, el proceso no respondía a una dinámica vertical. Una concepción *bottom up* sugería una reorientación analítica que reconocía el rol fundamental de la “burocracia a pie de calle” en la implementación y planteaba que esta última era el resultado de la interacción entre diferentes actores y programas (Werner y Wegrich 2007, 53).

Finalmente, la última etapa es la de la evaluación, en la cual el elemento de análisis central es el resultado deseado de la política implementada, es decir, la contribución de la política a la resolución o reducción del problema. Sin embargo, también se consideran los resultados no esperados y las consecuencias imprevistas de las políticas durante todo el proceso –aunque desde diversas perspectivas en términos del momento en el que se realiza, pudiendo ser *ex ante* o *ex post*– (Werner y Wegrich 2007, 53). Esta etapa ha dado lugar a una rama casi independiente, que despliega una metodología evaluativa basada en evidencias empíricas. En varios países de la región, como en Colombia, los gobiernos nacionales destinan los recursos necesarios para, a

¹⁷ Fue decisivo el análisis de Pressman y Wildavsky, quienes pusieron de relieve la alta probabilidad de implementaciones fallidas antes que exitosas.

partir de estos esfuerzos evaluativos, crear sistemas de monitoreo y seguimiento (Roth 2014, 67, 68).

Si bien el enfoque o marco secuencial posicionó al análisis de políticas públicas como campo de interés en la academia, ha sido objeto de varias críticas, entre las cuales resaltan que el modelo no ofrece explicaciones causales respecto a la transición entre las diferentes etapas, siendo más bien una perspectiva *top-down* que concibe al proceso a partir de un carácter jerárquico de aplicabilidad vertical; en consecuencia, se postula también que el enfoque secuencial ignora los elementos del proceso político que no están relacionados a actividades orientadas a la resolución de problemas, tales como el conocimiento, las ideas, el aprendizaje en el proceso de las políticas, el rol de las políticas previas, o la interacción entre ciclos, etapas y actores en la configuración de políticas (Werner y Wegrich 2007, 56). No obstante, este modelo clásico sigue siendo una herramienta útil, ya que facilita la delimitación del objeto de análisis para su explicación (Roth 2014, 86). Como lo plantean Werner y Wegrich citando a Mayntz, la perspectiva del ciclo provee una herramienta heurística de utilidad que puede contribuir al entendimiento de las condiciones y factores centrales que influyen cada etapa del proceso; siempre que se tenga en cuenta que es una forma de aproximarse a una realidad compleja (Werner y Wegrich 2007, 56).

Teniendo esto en consideración, (P. Sabatier 2010) postula que durante los últimos dos décadas han surgido nuevos marcos teóricos orientados a comprender la complejidad que subyace al proceso de las políticas públicas. Estos cumplen con los criterios de una teoría científica, cuentan con un marco conceptual capaz de ser objeto de comprobación empírica y hacen referencia a un conjunto de factores como los valores e intereses en conflicto, los flujos de información, los arreglos institucionales, entre otros. Así pues, algunas de las teorías que permitirían abordar la realidad de forma sistémica, lógica y racional, serían la de la elección racional o la de las coaliciones promotoras (P. Sabatier 2010, 10-12). Más tarde, como crítica a estos enfoques de corte más racionalista, surgen los enfoques neoinstitucionalistas. Estos, al concebir a las instituciones de forma renovada, generan un intenso debate epistemológico. A continuación, se profundiza en una de las tres escuelas o vertientes del neoinstitucionalismo: el neoinstitucionalismo sociológico, en el cual las redes son concebidas como instituciones (Fontaine 2014, 107).

1.1.1. Los nuevos institucionalismos: el enfoque neoinstitucionalista sociológico

A partir de las dos últimas décadas del siglo XX la reflexión sobre las instituciones y su rol recupera peso en el análisis político,¹⁸ permitiendo su retorno a las agendas de investigación de varios campos disciplinares y desde diversos enfoques teóricos (Caballero 2007; Córdova 2017; Peters 1999). Siguiendo a Rothstein (2001), la superación del institucionalismo clásico, centrado en la construcción y el funcionamiento de las instituciones “preferibles” para una “buena sociedad”, se explicaría por dos factores. El primero tiene que ver con el fracaso de las grandes teorías conductistas,¹⁹ estructural-funcionalistas²⁰ y marxistas; mientras que el segundo está en relación al colapso de la meta-hipótesis de convergencia en las ciencias sociales²¹ (Rothstein 2001, 210). Por su parte, Fontaine (2015) subraya como un factor central para la revisión de la visión clásica del institucionalismo la discusión acerca de la gobernanza que cobra fuerza en los años ochenta, debido a la introducción de una nueva dimensión a las estructuras de gobierno clásicas.²²

En este marco, la emergencia del neoinstitucionalismo a inicios de los ochenta ciertamente constituye una innovación teórica y metodológica del viejo pensamiento institucionalista, la cual implicó una ruptura epistemológica con los presupuestos de la revolución conductista que dominó el pensamiento en la época de la posguerra. Precisamente, durante los años cincuenta y sesenta, ante las limitaciones teóricas y metodológicas que llevaron a caracterizar al viejo pensamiento institucionalista como un enfoque descriptivo y normativo, de carácter legalista, estructuralista, holístico, histórico y normativo; el movimiento conductista impulsó un paradigma de impronta positivista, caracterizado por una fijación ontológica en el individuo, en las preferencias agregadas de su comportamiento y en su capacidad de hacer elecciones racionales

¹⁸ El renovado interés por las instituciones ocurrió de forma independiente en varios sub-campos, entre los cuales resaltan: el neo marxismo, el análisis de las organizaciones, el análisis histórico comparado y las relaciones internacionales (Rothstein 2001, 209-10).

¹⁹ Para las teorías conductistas y de la elección racional las instituciones eran el producto del cálculo racional de un grupo de individuos, es decir, la sumatoria de preferencias individuales (Fontaine 2014). Además, el Estado es visto como el producto de interacciones racionales.

²⁰ Según esta postura teórica, en el centro de las relaciones sociales estaba una pugna por el acceso a recursos escasos (Fontaine 2014).

²¹ Hace alusión a la no convergencia en los “procesos de modernización” de los países del tercer mundo en contraste con las democracias capitalistas occidentales, misma que se esperaba en la primera generación de análisis comparado de políticas públicas.

²² Se trata de la aparición de los niveles de gobierno subnacionales y supranacionales, así como de la intervención de actores no estatales en los procesos políticos.

(Córdova 2017; De la Hoz 2016; Peters 1999). No obstante, el renovado interés por las instituciones, suscitado en los años posteriores, se configuró como un rechazo a la comprensión de la conducta política colectiva y al mundo de la *politics* en tanto consecuencia agregada de elecciones individuales (Córdova 2017; Peters 1999). De este modo, el neoinstitucionalismo constituyó el replanteamiento de aquello que estuvo en las raíces del pensamiento político, es decir, el estudio de las instituciones gubernamentales; pero, entendiéndolas ahora desde su posición causal en la organización de la vida política (De la Hoz 2016; Eslava 2010; Peters 1999). A continuación (Tabla 1.1.), se exponen las principales características del denominado “viejo institucionalismo”

Tabla 1.1. Características definitorias del “viejo institucionalismo”

| | |
|-----------------|--|
| Legalismo | <ul style="list-style-type: none"> - Equiparación de la preocupación por la ley con la preocupación por las instituciones. - La ley como elemento crucial en el moldeo del Estado. |
| Estructuralismo | <ul style="list-style-type: none"> - Las estructuras importan, en tanto son consideradas como elementos determinantes del comportamiento. De ahí se deriva una pretensión predictiva. - No hay lugar para los individuos, a excepción de aquellos considerados como “grandes hombres de historia”. - Dimensión prescriptiva, fundamentada en la identificación de los defectos de los diseños formales de las organizaciones. - Tendiente al etnocentrismo, pues los supuestos basados en los aspectos formales de los diseños institucionales no son traspasables a escenarios distintos al occidental. |
| Holismo | <ul style="list-style-type: none"> - Tendiente al análisis comparativo de sistemas para identificar variaciones y realizar generalizaciones. - No se admite la comparación de instituciones individuales. - Se tiende a divorciar la <i>politics</i> de sus dimensiones sociales y económicas. |
| Historicista | <ul style="list-style-type: none"> - Análisis centrado en la comprensión de los patrones de desarrollo histórico de los sistemas políticos. - El comportamiento individual –reducido al comportamiento de las élites– es una función de la historia colectiva. |
| Normativo | <ul style="list-style-type: none"> - Establece un vínculo entre sus postulados descriptivos con preocupaciones por el “buen gobierno”. |

Fuente: Peters (1999).

En este marco, March y Olsen en su obra seminal de 1984 postulan que “el neoinstitucionalismo hace énfasis en la relativa autonomía y coherencia de las instituciones en tanto actores políticos independientes, en las posibilidades de ineficiencia de la historia y en la relevancia de la dimensión simbólica en el entendimiento de la *politics*” (Atkinson 1990; Córdova 2017; Caballero 2007; March y Olsen 1984). Para dichos autores, el resurgimiento del interés en las instituciones “es una consecuencia de la transformación moderna de las instituciones sociales, políticas y económicas (...); pues éstas han devenido más complejas e importantes para la vida colectiva” (March y Olsen 1984, 734). En esta línea, el neoinstitucionalismo busca esclarecer el lugar de las instituciones en las explicaciones de los resultados de política, a partir de la crítica a la visión básica de las instituciones en la teoría política desde 1950. En la tabla que sigue a continuación (Tabla 1.2.) se resumen los cinco pilares a partir de los cuales March y Olsen (1984) despliegan su crítica al pensamiento institucionalista tradicional:

Tabla 1.2. Crítica a los estilos teóricos de la ciencia política desde 1950

| | |
|---|--|
| <p>Contextualismo: la política <i>–politics–</i> subordinada a fuerzas exógenas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - El Estado, así como las formas más amplias de organización política, pierden su posición central en el análisis. - Adquieren preeminencia los factores contextuales como la estructura de clases, la geografía, la etnicidad, el lenguaje, la cultura, las condiciones económicas, la tecnología, la religión. - La <i>politics</i> es definida como un epifenómeno derivado de una o más de estas “fuerzas contextuales”. - Cualquiera de estas “fuerzas contextuales” puede afectar la <i>politics</i>; mientras que ésta no puede ejercer influencia significativa sobre ellas. |
| <p>Reduccionismo: las macro-consecuencias del comportamiento individual</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados de política no se adscriben a la estructura adaptativa y normativa configurada por las instituciones – lógica de lo adecuado que incide en la conducta de los individuos–; sino que son entendidos como macro-agregaciones de preferencias individuales. - Las preferencias de los actores son exógenas al sistema político, por lo que dependen de sus posiciones en el sistema social y económico. - Los individuos son la unidad fundamental para la comprensión de los resultados a nivel colectivo. Por ejemplo, se realizan hipótesis acerca de los consumidores individuales para entender el mercado, o de los votantes para entender los sistemas políticos. |
| <p>Utilitarismo: la acción como resultado del cálculo del interés individual</p> | <ul style="list-style-type: none"> - La acción aparece como producto del cálculo del interés individual en lugar de como respuesta a deberes y obligaciones. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Las decisiones derivan de conjeturas acerca del futuro – incertidumbre– que realizan los individuos. - Las preferencias son estables, no son ambiguas, son consistentes y exógenas al sistema político; por lo que son buenos elementos predictores. |
| Funcionalismo: la eficiencia de la historia | <ul style="list-style-type: none"> - La historia es considerada como un mecanismo eficiente para el logro de equilibrios apropiados. - Esta concepción se asocia a cierta idea de progreso y evolución tendiente al equilibrio. |
| Instrumentalismo: la primacía de los <i>outcomes</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Los <i>outcomes</i> adquieren preminencia respecto a las acciones simbólicas. - Se omite la forma en que la vida política se organiza alrededor del despliegue de significados mediante símbolos, rituales y ceremonias. - Las acciones simbólicas se presentan como maniobras estratégicas de los actores. |

Fuente: Córdova (2017); March y Olsen (1984); Peters (1999).

Con base en estas críticas, March y Olsen (1984) afirman que “el nuevo institucionalismo es una perspectiva epistemológica que articula elementos del viejo institucionalismo” en favor de tres premisas fundamentales: la interdependencia entre las instituciones y los individuos; la existencia de procesos históricos complejos y no necesariamente eficientes; y la centralidad de la dimensión simbólica en las lógicas de acción de los actores. La primera premisa insiste en la dinámica de afectación mutua entre la sociedad y el Estado, entre los individuos y las instituciones. Éstas últimas son conceptualizadas como “actores políticos por derecho propio, debido a su capacidad de incidir en la distribución de recursos, por ende, en el poder que detentan los actores”; dejando claro que son más que un reflejo de “fuerzas sociales-contextuales” (March y Olsen 1984, 738, 739). La segunda premisa toma como punto de partida la autonomía de las instituciones y sus procesos internos para poner sobre la mesa su potencial de afectar el flujo de la historia, señalando la posibilidad de que éste no necesariamente tienda al equilibrio. La tercera premisa, partiendo de la complejidad que marca la dinámica de interdependencia en la que están imbricados individuos e instituciones; subraya la importancia de la dimensión simbólica en la forma en la que se elaboran y establecen valores y concepciones compartidos u opuestos (March y Olsen 1984, 741, 743). Esto, para el entendimiento del proceso de las políticas públicas, se traduce en el desmonte del supuesto de un proceso lineal y automático de articulación de

problemas y soluciones; pues se trata más bien de dinámicas de búsqueda-encuentro que incluso se ven afectadas por el momento en que se asigna atención a determinados problemas.

De este modo, a partir del trabajo seminal de March y Olsen (1984) el neoinstitucionalismo aparece como una alternativa plausible para trascender las fronteras explicativas del viejo paradigma institucional, que sufrió un embate desde el conductismo y perdió vigencia. Se abre un debate que parte de una perspectiva de interdependencia entre el Estado, las organizaciones, las acciones individuales y colectivas; permitiendo así “pensar al Estado en interacción” (Roth 2014, 95). Ya no se trata de reflexionar acerca de los principios del “buen gobierno”; sino sobre los procesos dinámicos que marcan el funcionamiento de las instituciones, así como sus efectos sobre las decisiones en términos de políticas públicas (Córdova 2017). En esta línea, si bien uno de los aportes principales del neoinstitucionalismo es su concepción del Estado como un sistema complejo que estructura los resultados y la naturaleza de los conflictos colectivos; pero, a la vez, está determinado por algo, es producto de algo, no es una entidad autónoma (Fontaine 2014, 105); las particularidades de su núcleo analítico no se agotan en él. En la tabla que sigue (Tabla 1.3.) se exponen las características del mismo:

Tabla 1.3. Caracterización del núcleo analítico del neoinstitucionalismo vs el institucionalismo clásico

| Institucionalismo | Neoinstitucionalismo |
|---|---|
| Fijación en las organizaciones. | Focalización en las reglas y en la lógica normativa que determina la conducta adecuada. |
| Concepción formal-legal de las instituciones. | Igual importancia tanto para las instituciones formales como para las informales. |
| Carácter estático de las instituciones. | Caracterización de las instituciones como inherentes a la acción humana, imperfectas y temporales. |
| Conjunto predeterminado de valores y modelos de gobierno. | Valores en constante impugnación y cambio, diversas formas en las que dichos valores se forman y encarnan por/en las instituciones. |
| Concepción holística de las instituciones. | Concepción desagregada/diferenciada de las instituciones (el análisis se focaliza en diversos componentes de la vida política). |

Fuente: Lowdes (2002) citado en (Córdova 2017).

Ahora bien, en el trabajo seminal de March y Olsen (1984) se reconoce que el nuevo institucionalismo no constituye una teoría única consolidada. Así pues, debido a que el retorno del institucionalismo y su reformulación como neoinstitucionalismo está marcado por una heterogeneidad epistemológica de los enfoques, es pertinente hablar de neoinstitucionalismos en plural. En consecuencia, se han desarrollado diversas clasificaciones de los distintos enfoques neoinstitucionalistas, entre las cuales destacan la de Hall y Taylor (1996) y la ampliación que Peters (1999) realiza sobre su base. A continuación, se detalla cada una de ellas.

Siguiendo a Hall y Taylor (1996), el neoinstitucionalismo no constituye un cuerpo unificado de pensamiento, sino que más bien se entiende a partir de la categoría de “enfoques analíticos” o “escuelas”, que se clasifican en: el neoinstitucionalismo histórico, el neoinstitucionalismo de la elección racional y el neoinstitucionalismo sociológico. Cada uno de dichos enfoques interpreta de forma distinta la relación instituciones/comportamiento; y explica de modo diferente el surgimiento y cambio de las instituciones. Esto se debe a que cada escuela emplea diferentes definiciones, despliega métodos distintos y construye su objeto de análisis de formas múltiples (Boin 2008, 89). En este marco, el neoinstitucionalismo histórico subraya la importancia de las decisiones iniciales en la determinación de las decisiones subsecuentes –dependencia de sendero–; el neoinstitucionalismo de la elección racional supone que las instituciones son un conjunto de reglas e incentivos a partir de los cuales los individuos intentan maximizar sus intereses; y el neoinstitucionalismo sociológico, que está abocado a los sistemas de símbolos, las pautas cognoscitivas y los patrones morales que se sintetizan a través de las interacciones entre las instituciones y los individuos (De la Hoz 2016, 114; Hall y Taylor 1996).

El trabajo de Hall y Taylor (1996), es ampliado por Peters en 1999, quien no sólo incorpora en su clasificación estas tres “escuelas”; sino también la propuesta original de neoinstitucionalismo normativo de March y Olsen. Para Peters (1999), los límites entre los diversos enfoques neoinstitucionalistas son bastante difusos, por lo que más que ser vistos como posturas contendientes, deberían tender a la complementariedad para la explicación de la *politics*, considerando tanto el macro-nivel como el micro-nivel de análisis. La esencia del argumento del autor radica precisamente en el eclecticismo, es decir, en la necesidad de combinar las diversas versiones del neoinstitucionalismo para obtener una perspectiva integral; ello debido a que “el neoinstitucionalismo no es un único animal, sino un género con un número de especies específicas en él” (Peters 1999, 2).

Peters postula cuatro características que, según su posicionamiento, dotan de peculiaridad al análisis neoinstitucional. La primera tiene que ver con el carácter estructural de las instituciones tanto formales como informales; la segunda hace alusión a la estabilidad en el tiempo; la tercera refiere a la capacidad de las instituciones de afectar los comportamientos individuales; y la cuarta señala la importancia de los valores y significados compartidos entre los miembros de una institución (Peters 1999, 18). Ahora bien, la clasificación del autor comprende los siguientes enfoques: neoinstitucionalismo normativo, neoinstitucionalismo de la elección racional, neoinstitucionalismo histórico, neoinstitucionalismo empírico, neoinstitucionalismo sociológico, y neoinstitucionalismo internacional. Cada uno de ellos se diferencian entre sí por el criterio que emplea para definir qué es una institución, por su concepción del proceso de formación y cambio de las instituciones, por su forma de comprender la interacción entre individuos e instituciones, por cómo explica el comportamiento individual y colectivo, por sus límites explicativos, por su conceptualización del diseño institucional y por el criterio normativo inserto en sus planteamientos teóricos.

Para el desarrollo de la presente investigación, es de particular interés el enfoque del neoinstitucionalismo sociológico, que surge en el sub-campo de la teoría de las organizaciones desde finales de los años setenta. Este enfoque parte del cuestionamiento a la tradicional distinción entre un tipo de racionalidad asociada con la forma moderna de organización de la burocracia y la cultura (Hall y Taylor 1996, 28); sosteniendo la premisa de que las formas y procedimientos institucionales modernos no eran adoptados solamente por su relación con la eficiencia; sino que eran resultado de prácticas culturalmente específicas asimiladas por las organizaciones. Se trata de explicar por qué se adopta un conjunto específico de formas institucionales y cómo estas se difunden.²³

Hay tres características que distinguen al neoinstitucionalismo sociológico de las otras dos vertientes del neoinstitucionalismo. La primera es la definición de las instituciones como el conjunto de reglas tanto formales como informales; incorporando además de las reglas y procedimientos a los marcos de significación que orientan la acción humana. Esto implica que, no solo se rechaza la división entre instituciones y cultura; sino que la cultura misma es entendida

²³ Algunos trabajos desarrollados entre finales de los ochenta y los primeros años de los noventa empiezan a indagar sobre cómo las concepciones del Estado y del mercado, social y culturalmente construidas, condicionan las políticas; o acerca del isomorfismo institucional.

como una red de rutinas de trabajo, de símbolos o de pautas de comportamiento que tiene importancia (Hall y Taylor 1996, 29).

La segunda característica distintiva del neoinstitucionalismo sociológico tiene que ver con su comprensión de la relación entre las instituciones y las acciones individuales. Se destaca el carácter mutuamente constitutivo de las instituciones y los comportamientos individuales. Esto quiere decir que hay una relación interactiva entre las instituciones y los individuos, que se refuerza dialécticamente. En consecuencia, la relación entre el individuo y la institución se construye sobre un tipo de razonamiento práctico, el cual significa que las pautas o patrones del mundo institucional brindan los medios a los individuos para idear cursos de acción. Esto no anula la capacidad de agencia de los actores; sino que sugiere que se trata de una acción racional socialmente construida²⁴ (Hall y Taylor 1996, 31).

La tercera particularidad del neoinstitucionalismo sociológico radica en cómo se aborda el problema del surgimiento y cambio de las instituciones. Se sostiene que la transformación de las instituciones no sólo tiene que ver con la eficiencia; sino que está en relación con la legitimidad social. Por tanto, la adopción de formas o prácticas institucionales específicas puede responder a su valoración en un contexto estructural más amplio, existiendo incluso la posibilidad de un divorcio con el logro eficiente de los objetivos. Es por ello que se habla de una lógica de conveniencia social más que de una lógica instrumental-funcionalista (Hall y Taylor 1996, 31, 32). De este planteamiento se deriva una preocupación por las fuentes de autoridad cultural, las cuales confieren legitimidad o conveniencia social a algunos acuerdos institucionales.

Finalmente, es preciso establecer que, con base en el trabajo de March y Olsen (1984), y siguiendo a Córdova (2017), se puede afirmar que el análisis neoinstitucionalista implica una redefinición del sentido ontológico-epistemológico en el campo disciplinar de la ciencia política. Esto quiere decir que, tanto los presupuestos respecto a la forma de entender el mundo, así como aquellos referentes a la manera de conocerlo; se encuadran en una posición particular; la cual, a su vez, define el quehacer del investigador en términos de coherencia respecto al enfoque de teorías y métodos que utiliza (Córdova 2017, 8). En este sentido, el enfoque neoinstitucionalista sociológico tomado para el desarrollo de la presente investigación se ubica en una posición

²⁴ Esta forma de entender la relación entre individuos e instituciones se contrapone al postulado del individuo maximizador del bienestar individual propio de las teorías de la elección racional.

realista, misma que brinda la posibilidad de incorporar el rol de las ideas en la configuración de las instituciones; y permite reconocer la utilidad metodológica tanto de la información cualitativa como cuantitativa (Córdova 2017, 9). Entonces, ¿cómo incide esto en el análisis del diseño de políticas públicas?, ¿se trata de comprenderlo y explicarlo como un proceso en el que se impulsan las soluciones más eficientes a los problemas técnicamente identificados?; o ¿se trata más bien de un proceso más interactivo que se aleja de un ejercicio mecánico de articulación de problemas y soluciones?

1.1.2. El diseño de políticas públicas: inicios y desarrollo del campo

El diseño es un concepto que se ha ido empleando de forma creciente para describir el proceso de creación de una respuesta –política pública– para un problema de política. A pesar de su auge, no constituye una preocupación totalmente nueva, pues ha sido objeto de estudio, aunque de forma variable, poco explícita y fragmenta, desde los primeros aportes referentes a las ciencias de las políticas que se remontan a 1951 (Hernández 2019; Peters 2015; 2018; Rodrigues 2019). Si bien los primeros intentos por analizar las políticas públicas se centraban en los *inputs*,²⁵ los trabajos seminales de Lasswell ya hacían alusión al diseño de políticas al hablar de la forma en la que los gobiernos tienen el potencial de afectar el proceso de elaboración de las políticas a través de “símbolos, signos e íconos”. El icónico “*who gets what*” de Lasswell encerraba una definición de la *politics* que abría la posibilidad de pensar en cómo y por qué el gobierno intervenía en la economía y en la sociedad (Peters 2015). Estos postulados iniciales dieron lugar a varias nociones flexibles acerca de los múltiples medios, herramientas o técnicas que los gobiernos podían emplear en diversas instancias del proceso de las políticas (Howlett 2011, 42).

Consecuentemente, los debates más claros se desarrollaron a partir de finales de los años setenta e inicios de los ochenta. Las primeras preocupaciones recayeron exclusivamente en el estudio de los instrumentos de política, dando lugar a varios intentos por clasificar los medios o herramientas disponibles para el gobierno en la consecución de sus fines; es decir, por desarrollar inventarios. Estos trabajos se articularon a esfuerzos que se orientaban a la evaluación de impactos, específicamente de las “alternativas de implementación” o instrumentos de índole económica. Para entonces, se trataba de una línea innovadora porque acontecía en un contexto

²⁵ Tal como las preocupaciones relativas a la opinión pública, las actividades de partidos políticos, los electores y su forma de afectar en la definición del contenido de las políticas públicas.

marcado por el final de la Segunda Guerra Mundial y los esfuerzos de reconstrucción de Europa (Howlett 2011, 42-45).

El enfoque centrado en los instrumentos se volvió uno de los más relevantes en los estudios de diseño de políticas, la atención se volcó a la necesidad de categorizar de forma precisa los tipos de herramientas elegidas para comprender las consecuencias de dichas decisiones, así como los factores que influyen en una u otra selección y en la efectividad de los resultados de política. Algunas de las primeras y más relevantes clasificaciones de instrumentos fueron las de Kirschen y Tinbergen (1964), quienes detallaron 64 tipos de instrumentos disponibles para la política económica; Mosher (1980), quien centró su clasificación en la distinción entre instrumentos con y sin costo; y Salamon (1981), que tomó como base para su clasificación la distinción entre prestación de servicios directa e indirecta (Howlett 2011; Linder y Peters 1993). Con base en los trabajos enfocados en inventariar los instrumentos de política, posteriormente se desplegaron esfuerzos por construir taxonomías que permitían examinar la lista de fenómenos bajo consideración y clasificarlos en un número pequeño y mutuamente excluyente de categorías (Howlett 2011). En este marco, resaltan los trabajos de Kirschen (1964), Lowi (1966, 1972), Balch (1980) y Elmore (1987) (Howlett 2011).

Investigaciones posteriores, direccionadas hacia la comprensión más amplia del diseño de políticas a través de los instrumentos de política, refinaron esta idea de un número limitado de recursos o herramientas del gobierno. Se considera que la clasificación de Hood (1983) es una síntesis admirable de los modelos desarrollados con anterioridad y constituye la taxonomía más relevante de los instrumentos de política denominada “NATO”. Hood (1983) toma como punto de partida la concepción de los instrumentos como las herramientas utilizadas por los gobiernos en relación a los recursos de los que dispone, que son cuatro: nodalidad, autoridad, tesoro y organización (Howlett 2009).

La pregunta a la que intenta responder Hood (1983) es qué hace el gobierno con la sociedad “*what government does with us*”, más no qué pasa dentro de él (Hood 1983). Por tanto, el argumento central es que el gobierno utiliza los recursos de los que dispone: nodalidad –hace alusión a la posición central del gobierno en una red social o de información–, autoridad –poder oficial y legal de los gobiernos–, tesoro –referente a la capacidad del gobierno de obtener recursos– y organización –recursos humanos, burócratas, materiales, equipos–; para

manipular/regular a los actores sociales (Hood 1983). La taxonomía en mención se centra en la “caja de herramientas” del gobierno, conformada por mecanismos que se dirigen a alterar/regular la sociedad. Estos pueden ser de dos tipos, detectores, destinados a la obtención de información; y efectores, los cuales se aplican para impactar en el entorno social de su aplicación. Esta visión del diseño de políticas, que se enmarca en una concepción más amplia de sistemas de control cuyo asidero es la teoría cibernética, fue la base de intentos de clasificación de instrumentos subsiguientes.

Éstos últimos dieron paso a la consolidación del denominado enfoque de instrumentación, que otorgó gran primacía a los instrumentos de política, y que, hasta la actualidad, se constituye como una de las entradas analíticas más sólidas y prominentes en el estudio de las políticas públicas desde el diseño (Rodriguez 2019). Sin embargo, la omisión de este enfoque de la comprensión del significado de los instrumentos de política y su selección, así como su interacción con factores institucionales y sistémicos; fue la crítica fundamental que impulsó a Linder y Peters (1984, 1993) a sentar los cimientos para “elaborar una teoría de niveles múltiples para el diseño de políticas, que sirva tanto para explicar los patrones micro de selección de instrumentos, como para entender mejor las características macro del diseño de políticas” (Linder y Peters 1993, 6).

Los trabajos de Linder y Peters se opusieron fuertemente a la literatura más robusta que equiparaba y reducía el diseño de políticas a la mera selección de instrumentos, por lo que representaron un giro significativo al hacer explícita la intención de abordar sistemáticamente los procesos de decisión involucrados en la selección de instrumentos y sus influencias institucionales, así como de colocar en el centro del análisis a la comprensión previa de los procesos causales de los problemas públicos que anteceden las elecciones instrumentales (Linder y Peters 1993, 27). Esta es una línea diferente a lo que los autores denominan como “enfoque de inventario”, centrado en la construcción de clasificaciones y taxonomías. Estas últimas se consideran tan solo como un elemento más para la construcción de una teoría definitiva de rango medio, capaz de ser verificada empíricamente para explicar la selección de instrumentos en contextos institucionales definidos (Linder y Peters 1993, 29-30). Estos esfuerzos representan el inicio del enfoque de la institucionalización que se desarrolló desde entonces, que actualmente es de gran relevancia, y que se toma como base para la presente investigación.

Estos son los antecedentes a partir de los que, en las décadas recientes, se comprende por qué el diseño de políticas ha adquirido una posición central, que se expresa en sus dos dimensiones, la académica y la práctica (Peters 2015; 2018). Por una parte, en términos analíticos, una aproximación a las políticas públicas desde el diseño permite superar la separación artificial entre formulación e implementación de políticas; abriendo la posibilidad de introducir la discusión a una comunidad más amplia y así superar la fragmentación que ha caracterizado el campo disciplinar. Por otro lado, esta entrada analítica más holística se hace necesaria debido a los desafíos, a las complejidades y a las oportunidades presentados por el escenario actual de formulación contemporánea de políticas públicas. Esto es, si bien los problemas que enfrentan los gobiernos son más demandantes; la irrupción de la tecnología, así como de las grandes bases de datos, ofrece la posibilidad de incrementar la efectividad de las políticas (Peters 2019).

Por tanto, estudiar las políticas públicas hoy implica estudiar cuestiones referentes al diseño, pues cualquier política existente es el producto de uno. Indudablemente, este esfuerzo por analizar sistemáticamente el diseño de políticas demanda superar la aproximación tradicional centrada en la “etapa de formulación de soluciones” restringida a un momento particular (P. Sabatier 2010). Además de avanzar un paso hacia adelante en la concepción del diseño como una etapa separada en el ciclo de políticas, y más allá de asociar al diseño con el establecimiento de soluciones a problemas claramente identificados; es necesario abordar cómo se formulan los diseños y cuáles son los modos alternativos pudieran producir mejores resultados (Peters 2019).

Esta tarea está marcada por las numerosas escuelas y enfoques existentes en un campo que se ha ido configurando en torno a una preocupación común, pero con diferentes perspectivas. A continuación, se detallan los cuatro enfoques o modelos de diseño de políticas más relevantes. Entre ellos constan el enfoque de la instrumentación expuesto brevemente con anterioridad y sobre el que se profundizará, así como el enfoque de la institucionalización. Este último se detalla en el tercer apartado de la presente sección, por constituir el enfoque central de diseño tomado para esta investigación.

El modelo de instrumentación toma como punto de partida el trabajo seminal de Hood (1983), referente a la existencia de una pluralidad de instrumentos que se definen como las técnicas regulares de intervención disponibles para los “hacedores de políticas” o *policymakers* (Hood 1983; Howlett 2009). Estos recursos básicos del gobierno estarían en correspondencia con

determinados modos de gobernanza; los cuales, a su vez, marcarían los procesos de toma de decisión que desembocan en el diseño de las políticas públicas. La relación establecida entre instrumentos de política y modos de gobernanza permite pensar además en: la efectividad o grado de coherencia, consistencia y convergencia necesarios para la consecución de los fines u objetivos de la intervención; el contenido de los instrumentos; las características del subsistema de políticas; y las ideas de los actores relevantes (Howlett 2009, 137).

Como ocurre con los trabajos de Schneider e Ingram (1997, 2010) que son representativos del modelo de interpretación, el modelo de instrumentación toma como base las direcciones marcadas por la taxonomía NATO, pero busca mejorarla incorporando los instrumentos procedimentales. Además, se modifica el trabajo de Hood (1983) incluyendo la distinción entre instrumentos detectores y efectores, es decir, entre los usos positivos y negativos de los recursos del gobierno para elucidar cuáles son los instrumentos que incentivan o desincentivan la participación de los actores. Con base en estas modificaciones y articulando su planteamiento teórico a la noción de gobernanza, globalización y emergencia de amplias redes de diversos actores, Howlett intenta describir los “mixes” de instrumentos más comunes empleados en los diseños de política contemporáneos (2011, 52-53).

Así se expone en la tabla que sigue a continuación (Tabla 1.4.):

Tabla 1.4. Taxonomía simplificada de instrumentos sustantivos y procedimentales

| | | Nodalidad/ información | Autoridad | Tesoro | Organización |
|---------------------------|---------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Propósito del instrumento | Sustantivo | Campañas de información | Agencias regulatorias independientes | Subsidios y subvenciones | Empresas públicas |
| | Procedimental | Actos secretos oficiales | Comités asesores administrativos | Financiamiento de grupos de interés | Arreglos del gobierno |

Fuente: Howlett (2011).

Por otro lado, aunque también partiendo de los estudios seminales de inventarios y taxonomías, los planteamientos de Schneider e Ingram (1991, 1997, 2010) se enmarcan en una línea más sofisticada de análisis, orientada a explorar las interrelaciones entre los modelos de gobernanza y

la construcción de poblaciones objetivo, así como sus efectos en la democracia (Howlett 2011, 50). Las autoras posicionan el concepto de construcción social de poblaciones objetivo para explicar los efectos de las intervenciones; es decir, por qué éstos son positivos o negativos, por qué no se logran resolver problemas, se perpetúa la injusticia o se produce una ciudadanía desigual (Ingram, Schneider, y De León 2010, 99). Por lo tanto, la propuesta de construcción social de grupos *target* está relacionada con preocupaciones normativas sobre la justicia, la democracia y la ciudadanía; colocando en el centro del debate las consecuencias sociales y políticas de las intervenciones del gobierno.

Yendo más allá de un listado de instrumentos, la teoría de construcción social de poblaciones objetivo la posiciona como un ejercicio que da forma al mundo a través de la asignación de estereotipos y valores a objetos, personas y acontecimientos que operacionalizan las políticas públicas. Así, los diseños de política dan forma a las experiencias de los grupos, a las instituciones y a la cultura a través de sus efectos instrumentales y retóricos; generando impactos en la opinión pública, en la distribución de recursos, en la visión de la ciudadanía y en la legitimidad de los sistemas de conocimiento (Ingram, Schneider, y De León 2010, 103). Además, en la comprensión de la dinámica de formulación de las políticas, el marco incorpora a los emprendedores de políticas, grupos de interés, movimientos sociales, y, en general, a actores con roles determinantes en los futuros diseños de políticas.

Estos actores conforman los grupos objetivos, mismos que son aquellos efectivamente electos para recibir beneficios y/o cargas mediante diversos elementos del diseño de políticas. La definición y selección de estos grupos poblacionales no son producto de un ejercicio tecnocrático; sino el reflejo del ejercicio del poder político (Ingram y Schneider 1991, 135). Entonces, entrecruzando las dimensiones correspondientes al tipo de construcción social –merecedores y no merecedores– y al poder –poderosos y carentes de poder–, existen cuatro posibles *target*: aventajados, contendientes, dependientes y desviados (Ingram, Schneider, y De León 2010; Pierce et al. 2014) .

La construcción social de los grupos objetivo permite entrever que las políticas –*policies*– crean/afectan la política –*politics*–, porque inciden en la orientación y en las dinámicas de participación de los ciudadanos (Pierce et al. 2014). Por consiguiente, aunque las construcciones sociales, por su hegemonía, puedan ser vistas como condiciones naturales e incuestionables; están

en competencia por ganar aceptación (Ingram, Schneider, y De León 2010, 101-2). En otras palabras, a pesar de que los diseños de políticas existentes condicionan los diseños ulteriores –tanto como las oportunidades de participación– por una tendencia a la reproducción de la cultura institucional predominante y de los patrones de relaciones de poder; a través del reconocimiento de que las construcciones sociales están en interacción con el poder de los grupos meta y su capacidad de impulsar el debate, se pueden definir las condiciones que llevarán a la transformación de las asimetrías en el orden social; es decir de los diseños degenerativos (Schneider y Ingram 1997, 102; Ingram, Schneider, y De León 2010, 104).

Finalmente, y en una línea similar, desde el modelo de la emancipación, los diseños de políticas son concebidos como intentos discursivos por reducir las asimetrías del orden social. Para Bobrow y Drysek (1987), esta concepción del diseño de políticas dista de posiciones racionalistas, pues su trabajo se inscribe en la noción de inconmensurabilidad de los diversos marcos –*frames*– de políticas existentes. En este sentido, los autores postulan que los intentos positivistas por hallar los mejores diseños de política fracasan en su pretensión de universalidad, pues las evaluaciones responden a una pluralidad irreductible de marcos de referencia o *frames* que caracterizan al mundo real de la política (Bobrow y Dryzek 1987, 149).

Señalan que el análisis de políticas es un argumento crítico que descansa en un mundo dinámico y complejo, porque se caracteriza por valores y objetivos en conflicto, los cuales están incrustados en perspectivas organizacionales. Por tanto, según los autores, no se trata de desplegar esfuerzos por pensar en el diseño de políticas en términos ingenieriles; sino de analizarlo en términos críticos respecto a la dimensión ética subyacente. En este sentido, se alinean a la visión seminal de Laswell de las ciencias de las políticas, respecto al compromiso de los analistas y los hacedores de políticas de generar “mejores” diseños. Esto no es una tarea fácil, debido a que no se trata de un ejercicio de “acomodación” sino de emancipación; es decir, de mejorar, avanzar, perfeccionar la existencia humana a través de las políticas, a partir de un intercambio continuo de ideas, interpretaciones y críticas entre diversos actores sociales (Bobrow y Dryzek 1987, 171).

Como se ha expuesto, los inicios y el desarrollo de la perspectiva del diseño en políticas públicas no ha seguido un camino marcado por una única aproximación (Hernández 2019; Rodrigues 2019). En las tres escuelas o modelos abordados en el apartado precedente, hay un núcleo de

convergencia, y es el esfuerzo por comprender las dimensiones de complejidad, creatividad e incertidumbre que van marcando el diseño de políticas, con divergencias en torno a qué se privilegia, si los instrumentos, los discursos, los actores o el contexto; es decir, se trata de diferencias de índole metodológica (Fontaine 2020; Fontaine, Medrano, y Narváez 2020). Sin embargo, los diversos enfoques han contribuido con un sinnúmero de aportes para emprender el desarrollo de una perspectiva integral, que vaya más allá de analogías del diseño de políticas con el diseño en campos como la arquitectura o la ingeniería; o que lo considere como una actividad meramente técnica de resolución de problemas bien definidos. Por esta razón, la opción epistemológica más coherente con la presente propuesta de investigación recae en el modelo de la institucionalización del diseño de políticas, que es parte de una línea crítica con las concepciones del diseño que dejan de lado el hecho de que está inserto en un entorno político y social.

La evolución de la perspectiva del diseño del modelo de institucionalización puede rastrearse en los trabajos desarrollados por Linder y Peters desde los años ochenta en adelante. El argumento central es que es posible entender y explicar las políticas públicas desde una perspectiva de diseño, esto quiere decir, desde las conexiones que deben existir entre la concepción de las causas de un problema a ser resuelto, los instrumentos empleados para remediar dicha situación problemática y un entendimiento del resultado esperado o deseable (Peters 2015; 2018). En esta perspectiva analítica, tanto las políticas como los problemas para los que fueron concebidas, son más que el resultado de un proceso científico en el sentido positivista basado en la racionalidad y linealidad, y tampoco están reducidas a los instrumentos de política y al momento de la implementación (Peters 2015). Esta forma de comprender el proceso de diseño, al ser holística, rebasa la asimilación tradicional de la consecución de los objetivos de política con las intervenciones efectivas; rescatando la necesidad de pensar en otros elementos, tales como: la legitimidad, las condiciones donde se desplegará la política en los niveles transnacionales, nacionales y subnacionales –entendidos como escenarios de implementación–, o la definición misma de la naturaleza y tratabilidad de los problemas (Peters et al. 2018, 54-56).

En la misma línea, debido a que esta perspectiva está en consonancia con la naturaleza cambiante y compleja del contexto contemporáneo, el modelo de institucionalización sostiene que todo diseño de políticas es y debería ser objeto de modificaciones; porque el entorno requiere de diseños con capacidad adaptativa, esto es, mantener las intenciones de la formulación sin perder la capacidad de trabajar en el mundo real (Peters 2015). Además, una concepción más

significativa del diseño se despliega, porque se consideran al riesgo y la incertidumbre como factores presentes en el proceso de diseño que se despliega en el escenario contemporáneo, esto debido a que se trata de un contexto crecientemente abierto a la intervención de diversos actores no estatales, de mercado, y de la sociedad civil con la capacidad de incidir en los resultados de política. Como consecuencia de este descentramiento del Estado, la perspectiva del diseño también considera el énfasis en la apertura y la transparencia que se derivan de los postulados de inclusión y participación (Peters 2015).

El diseño de políticas se caracteriza por dos dimensiones, una académica y una política/práctica. La primera, como se ha expuesto, ha estado sujeta a periodos de auge y decaimiento de los múltiples enfoques de análisis; por su parte, la segunda hace alusión al mundo real de las políticas donde se despliegan los diseños. No obstante, ambas dimensiones encierran un desafío común: la necesidad de pensar en la capacidad colectiva para desarrollar diseños efectivos de política. Este desafío se reviste de mayor complejidad en un escenario que es, al mismo tiempo, el mejor y el más caótico para los hacedores de políticas. Por una parte, el contexto se caracteriza por un marcado escepticismo acerca del desempeño del Estado y sus resultados, que no son los esperados; por otra parte, a pesar de la abundancia de información y evidencia, tiene más peso la concepción de que los complejos problemas pueden enfrentarse o resolverse con soluciones simples y libres de evidencia que haga que las respuestas sean informadas (Peters 2018, 3).

Por tanto, es importante pensar las políticas sistemáticamente desde una lógica de diseño para alcanzar cuatro objetivos fundamentales. Primero, una lógica de diseño permite establecer qué elementos constituyen una “buena” política. Segundo, se abre la alternativa para abandonar las intervenciones incrementalistas, las cuales imposibilita generar aprendizajes y mejorar los diseños. Tercero, construir una base analítica sólida para entender por qué los diseños de política se efectúan de cierto modo y no de otro y qué significado adquieren en el sistema político y en la sociedad. Y cuarto, generar una interacción entre los campos académico y práctico para mejorar su desempeño (Peters 2018, 3-4).

Todo ejercicio de formulación o elaboración de políticas es diseño. El diseño no necesariamente constituye una novedad, pues la mayoría de políticas se re-diseñan en medio de la persistencia de elementos de políticas pasadas. El elemento diferenciador del diseño es un esfuerzo consciente, tanto analítico como práctico, por crear una suerte de patrón capaz de guiar las intervenciones;

esto es, por integrar determinadas concepciones de los problemas y sus causas con ideas acerca de los instrumentos a emplearse para su resolución, así como con los valores que se busca alcanzar –y que serán la base de la evaluación de los diseños–. Por tanto, el diseño de políticas no es equiparable al diseño en otros campos disciplinares como la arquitectura o ingeniería, fundamentalmente porque este debe enfrentarse con la dimensión humana y comportamental de las poblaciones a las que se dirige, las cuales puede diferir de lo esperado y así incidir positiva o negativamente en la consecución de los objetivos perseguidos (Peters 2018, 4-5).

La diferenciación del diseño de políticas del diseño de estilo ingenieril requiere situarlo en el contexto político y social en el que se despliega. Este postulado es transversal a los seis principios base del modelo de la institucionalización que se detallan a continuación:

El primer principio postula que el diseño de políticas es político, lo cual quiere decir que está permeado por el carácter abierto y participativo que atraviesa el escenario contemporáneo de despliegue de las políticas públicas; haciendo que principalmente sea una actividad de construcción colectiva entre los actores estatales, no estatales, de la sociedad civil y del sector privado. Así también, la dimensión política –de la *politics*– del diseño de políticas implica una tensión entre los principios acerca de cómo funciona un área de política y los compromisos o soluciones de índole política que pueden desembocar en soluciones por el mínimo común denominador. Esto quiere decir que pueden prevalecer soluciones que no necesariamente estén basadas en patrones de intervención acorde a la naturaleza de los problemas, debido a que el diseño se efectúa en un entorno político real marcado por conflictos, controversias y negociaciones entre múltiples actores con diversas visiones del mundo. En consecuencia, se trata de balancear dicha tensión a través de la consideración de las consecuencias políticas de los diseños y de los valores en juego, sin omitir la importancia de la legitimidad o confiabilidad del diseño. Por tanto, la labor de los hacedores de política abarca considerar valores como la justicia y la equidad, más allá de la dimensión técnica (Peters 2018, 7-8).

El segundo principio postula que el diseño es en realidad re-diseño, debido a que muchos problemas de política han sido objeto de intentos pasados por resolverlos, o a que las soluciones impulsadas previamente han sido modificadas de manera incremental. Esto cuestiona la postura que asume que las políticas se diseñan en una *tabula rasa*, señalando que en todos los dominios de política existen remanentes de políticas pasadas. En este sentido, el re-diseño implica

oportunidades y costos, pues, por una parte, existen las posibilidades de generar aprendizajes orientados a la efectividad; pero, por otra, el proceso no está exento de los problemas de dependencia del sendero, es decir, no está libre de elementos anteriores resultantes de los intentos por resolver problemas de política. Estos marcan la trayectoria de las “nuevas” políticas y dificultan las innovaciones por mejores que estas sean. Por tanto, debido a que se trata de rediseño, los hacedores de políticas deberán propender a pensar en las necesidades de modificaciones de las alternativas actuales en el futuro, debido a que las condiciones cambiantes pueden requerir transformaciones y capacidad de adaptabilidad (Peters 2018, 8-9).

El tercer principio resalta que el proceso de diseño implica a los seres humanos como objeto de las políticas, lo cual lo reviste una complejidad particular. Esta premisa posibilita abordar la variabilidad que puede marcar el uso de determinados instrumentos, desde los más “suaves” hasta los más intrusivos. En este sentido, la cuestión comportamental de las poblaciones objetivo puede ser manejada a través de incentivos, de instrumentos de información o de instrumentos sutiles encaminados a modificar comportamientos de forma menos invasiva; sin excluir el potencial uso de instrumentos de coerción, comando y control. Cabe resaltar que estos últimos son muy poco valorados en contextos democráticos (Peters 2018, 9-10).

Como consecuencia del tercer principio, el cuarto principio estipula que el diseño de políticas tiene que ver con valores, los cuales no se inscriben en las concepciones utilitaristas que descansan en la relación costo/beneficio; sino que se vinculan con demandas más amplias por la equidad, la autonomía o la justicia. Esto se debe a que la democracia aparece como un valor central que es al mismo tiempo causa y consecuencia de los diseños efectivos. Por una parte, el tipo de democracia y la profundidad de la misma determinarán el grado de inclusión de actores no estatales y su capacidad de aparecer como participantes genuinos en el proceso de diseño de las políticas; al mismo tiempo, los diseños resultantes fortalecerán esas características del sistema democrático. Existe entonces una relación entre la equidad y la efectividad de los diseños (Peters 2018, 10-11).

El quinto principio estipula que el diseño de políticas conlleva conflicto, el cual es consecuencia de la dimensión política, humana y de valores que lo impregnan. De este modo, la perspectiva del diseño desde el modelo de la institucionalización lleva el análisis más allá de una concepción *top-down* o de elaboración jerárquica y “desde arriba” de las políticas, señalando que una de las

principales fuentes de conflicto radica en las diferencias entre paradigmas de políticas. Son precisamente estos los que posibilitan tener una perspectiva compartida acerca de los problemas de política y las políticas, confrontándose con aquellos que provienen de otro marco de políticas de referencia. En este sentido, uno de los elementos más importantes es la construcción política de los problemas y de las poblaciones objetivo; porque la mayoría de veces, estos dos elementos deben configurarse o enmarcarse a través de un proceso de negociación y conflicto mediante el cual se establece el tipo de problemas a tratar y las organizaciones responsables de su atención. Entonces, el denominado *framing* de las políticas no solo se trata de ideas en solitario; sino que entran en juego dos elementos esenciales: el poder y la pugna por la distribución de recursos (Peters 2018, 10-11). Este tema se profundizará más adelante.

Finalmente, el sexto principio señala que el diseño de políticas está determinado por la focalización y modulación. La focalización tiene que ver con la tarea de los hacedores de política de dirigir la intervención a determinadas poblaciones meta. Una política será exitosa si logra impactar de forma efectiva en sus grupos meta, es decir, proveyendo los máximos beneficios con los mínimos costos. Por su parte, la modulación refiere a la capacidad de reacción frente a nuevos asuntos de política, es decir, potenciales problemas; cuya familiaridad determinará la focalización antes mencionada (Peters 2018, 11-13).

Con base en estos seis principios, el modelo de la institucionalización señala la existencia de una suerte de continuum compuesto por varios tipos posibles de diseños de políticas. Este va desde los “no-diseños” hasta los diseños completos o *full designs*. Como punto de partida, se establece una diferencia entre el diseño de políticas y el diseño de programas; estando este último integrado en el primero por su carácter de mayor especificidad. En este sentido, el caso de los problemas complejos requeriría de una política integral compuesta por varios programas. Esto es lo que se conceptualiza como meta-diseños (Peters 2018, 14).

Por otro lado, están los diseños ideológicos, los cuales, en contraste con aquellos que son resultado de un proceso consciente y reflexivo, se basan en ideología más que en evidencia. En este tipo de diseños, la correspondencia entre un conjunto de ideas y valores con el diseño de política propuesto es más importante que la racionalidad y la evidencia del proceso de diseño. Aunque el diseño es racional desde la perspectiva de los involucrados, este denota una

pertenencia fuerte a un determinado campo de formación profesional que no va más allá de la zona de confort del diseñador. Un ejemplo pueden ser las políticas neoliberales (Peters 2018, 15).

Por otro lado, están los diseños políticos, los cuales reflejan el conflicto potencial entre diseños ideológicos. Se trata de diseños que responden a compromisos particulares antes que a resultados óptimos. En ocasiones, este tipo de diseños resulta en propuestas de intervención muy poco factibles. Así también, están los diseños por transferencia, los cuales se fundamentan en el traspaso de ideas en nombre del éxito atribuido a determinadas políticas. Este tipo de diseños omiten la importancia del contexto de transferencia y de funcionamiento futuro de las políticas (Peters 2018, 16-17).

Por su parte, los diseños innovadores representan la posibilidad de novedades genuinas, aun considerando que el diseño en la mayoría de los casos es rediseño. En esta línea, resalta el rol de espacios como los laboratorios, los cuales despliegan nuevas formas de pensar en los problemas y en las soluciones. Hay dos características importantes de este tipo de diseños: la mayoría de ellos representa una innovación en la forma en la que se proveen los servicios más que en su contenido, y, suelen asociarse con ejercicios de participación y colaboración que propenden a la efectividad (Peters 2018, 18).

Finalmente están los diseños accidentales, experimentales y los no-diseños. Los diseños accidentales suelen aparecer comúnmente en época de guerra o crisis económica y social; estos responden a la necesidad de los gobiernos de hacer algo en contextos extremadamente críticos, aunque la estrategia de intervención no sea óptima. Por su parte, los diseños experimentales son objeto de debate, pues la noción de experimentar con asuntos humanos debería ser aceptable para los ciudadanos y estipulado en la ley. Para concluir, los no-diseños hacen alusión a aquellos que no son producto de un ejercicio consciente y reflexivo, sino que integran los elementos de los *full designs* en alguna medida mínima. Además de no cumplir completamente con dichos elementos, los no-diseños pueden ser aquellos que quedan fuera de la agenda en un escenario de exigencia de cambio; en otras palabras, estos pueden comprenderse como la ausencia de actividad que se traduce en la persistencia de “viejos” diseños de política (Peters 2018, 19-20).

El modelo tiene raíces críticas respecto a lo que Peters (2015, 2018) denomina como el viejo pensamiento acerca del diseño. Este escepticismo se dirige tanto a la dirección de los debates académicos como a la práctica misma del diseño de políticas. Aunque el autor considera que se

han generado numerosos aportes desde estas líneas de pensamiento anteriores, posiciona la necesidad de ir más allá de una concepción estática y hasta tecnocrática. La finalidad recae en fortalecer la capacidad de afrontar los problemas contemporáneos y que esta no se vea limitada por un ejercicio lineal (Peters 2018, 24-25).

En la tabla que sigue a continuación (Tabla 1.5.) se sintetizan las principales críticas:

Tabla 1.5. Críticas a la literatura tradicional acerca del diseño de políticas

| | |
|--|--|
| Enfoque limitado | La literatura presenta una tendencia a centrarse en asuntos aislados, relegando temas referentes a la necesidad de coordinación e integración, por ejemplo. Por ello, es necesario hacer un llamado a una mirada más integral de las áreas de política, los múltiples instrumentos y los múltiples problemas; para lograr la efectividad. |
| Diseños reactivos | Tendencia a concebir los problemas de manera reactiva y retrospectiva, cuando el tiempo y la anticipación son vitales para pensar en diseños a largo plazo. |
| Consideraciones temporales limitadas | Se deben considerar los problemas que podrían surgir y no solo los actuales. Es necesario tomar en cuenta las dimensiones de largo plazo que caracterizan los problemas contemporáneos. |
| Riesgo e incertidumbre | Ambos elementos deben integrarse en la literatura acerca de diseño de políticas, porque los problemas que se confrontan son extremadamente complejos e impredecibles. Incluir el riesgo y la incertidumbre puede contribuir al desarrollo de diseños con capacidades adaptativas. |
| El diseño efectuado en una tábula rasa | Se omite que los diseños de política no se despliegan en un escenario vacío. Existe un conjunto previo de políticas que se persisten, incidiendo en las posibilidades de efectividad de una política. La omisión del contexto abarrotado de políticas existentes como escenario de implementación obstaculiza el éxito de integración de nuevos diseños. Las reformas administrativas son un claro ejemplo de intentos por hacer funcionar nuevos estilos de política en “viejas” estructuras institucionales. |
| Omisión del contexto | No se consideran las características del contexto que tienen el potencial de afectar el desempeño de los diseños de política. Se asume que la política trabajara de forma automática independientemente de las particularidades sociales e institucionales que marcan el escenario de implementación. |
| Primacía de los instrumentos | El diseño se reduce a uno de sus componentes: la selección de instrumentos. Se omite que el diseño es un proceso comprensivo y que no se pueden establecer recetas de diseños exitosos con base en una concepción mecánica. |

Fuente: Peters (2018).

Sobre esta base, Peters (2018) postula un modelo de diseño de políticas orientado a poner sobre la mesa los componentes de los “diseños que trabajan”. Con esta finalidad establece una diferenciación *desing / designing*; es decir, una distinción entre el proceso de diseño y el diseño final, para señalar que existen cuatro componentes esenciales de los diseños integrales o *full designs*: la causalidad, los instrumentos disponibles para la resolución de un problema, los valores a partir de los cuales se efectuará la evaluación de los diseños de política, y el plan de intervención (Peters 2018, 20).

El reconocimiento de un problema y la comprensión de sus causas constituyen el componente de causalidad, que aparece como el paso inicial para formular un diseño de política. Debido a que dicha comprensión está condicionada por la naturaleza compleja y multicausal de los problemas, así como por las cargas políticas e ideológicas que permean el ejercicio de su definición; puede resultar que se atienda más a los “síntomas” que a las causas de los problemas. Es de vital importancia recalcar que la naturaleza del problema a tratar establecida inicialmente ejercerá influencia en el tipo y la calidad del diseño que finalmente se adoptará (Peters 2018, 21).

Por su parte, la selección de instrumentos o componente de instrumentación hace alusión a la caja de herramientas de la que dispone el gobierno para solucionar problemas de política. A diferencia del modelo de instrumentación que reduce el diseño a la selección de instrumentos (Howlett 2009; 2011), en este modelo los instrumentos son tan solo un elemento. El dilema radica en que existen múltiples opciones, cada una de las cuales está cargada de su propia economía política; lo cual se traduce en una situación abrumadora que puede desembocar en la selección de los instrumentos revestidos de mayor familiaridad. Sin embargo, la comprensión de los mecanismos que hacen posible que los instrumentos funcionen en determinadas circunstancias, proporcionará una guía para su selección. Además, cabe recalcar que en el escenario contemporáneo existen muchas más herramientas que en el pasado y que está presente una tensión entre la multiplicidad de herramientas, experticia e información frente la creciente complejidad de los problemas a atender (Peters 2018, 22).

El tercer componente del modelo es la evaluación, referente a la necesidad de explicitar los valores que se busca alcanzar a través del diseño de políticas. En este sentido, este componente del modelo posibilita determinar qué resultados se espera. Se trata de entrelazar los objetivos

planteados, los valores y los resultados mínimamente deseados; considerando además los efectos no previstos (Peters 2018, 22-23).

El componente de intervención está relacionado con la infraestructura necesaria para la implementación de los instrumentos seleccionados. Por tanto, este componente está estrechamente vinculado a la administración pública como estructura encargada del despliegue de las políticas. No obstante, en un contexto de gobernanza, se debe considerar la incorporación de actores no estatales que complejizan el proceso; razón por la cual el monitoreo y la observancia son elementos esenciales para las estrategias de puesta en marcha de las políticas (Peters 2018, 23).

Es necesario clarificar que cada uno de estos cuatro componentes se combina al interior de un paradigma de políticas. Los paradigmas de política funcionan como una suerte de marco de guía o referencia que señala, en cierto modo, cómo efectuar una decisión. Los paradigmas de política pueden moldear las políticas, así como obstaculizar el cambio. Por tanto, desde una perspectiva de diseño, es importante tomar en consideración los medios para disputar con los patrones dominantes y evitar repetir patrones equívocos pasados (Peters 2018, 23-24).

Además de los componentes expuestos, el modelo se caracteriza por considerar que el proceso de diseño de políticas tiene lugar en un escenario institucional, el cual influye en la forma en la que los diseños se efectúan y se implementan. De este modo, la propuesta permite pensar el diseño de políticas en dos dimensiones interactivas: la individual y la institucional. Ambas conforman lo que es una concepción sistemática del diseño de políticas, en la cual este no se restringe a un momento particular; sino que es un proceso en el que están involucrados múltiples actores, que, a su vez, están inmersos en arreglos institucionales. Tanto actores como instituciones inciden en la definición de los horizontes de diseño y se afectan mutuamente.

Adicionalmente, la noción de meta-diseños o *full designs* propuesta por el modelo requiere cierta solidez de las instituciones. Esto se traduce en la necesidad de compromisos a largo plazo que posibiliten la continuidad y adaptabilidad de las políticas, debido a la naturaleza compleja de los problemas que se enfrentan en el contexto contemporáneo. Esto rebasa la mirada de la literatura tradicional acerca de las instituciones, la cual las consideraba como relevantes solamente por su rol en los ejercicios de evaluación ex-post (Peters 2018, 30-31).

Como se ha detallado en el apartado precedente, el primero de los componentes del modelo de institucionalización es la causalidad. Esta tiene que ver con la forma en la que se establece una concepción clara acerca de las dinámicas socioeconómicas que producen el problema que se pretende resolver (Peters 2015). La claridad en el entendimiento y la conceptualización de los problemas y sus causas es el punto de partida para el diseño de intervenciones efectivas. El proceso político a través del cual se identifican y posteriormente se construyen los problemas, sus causas y las potenciales soluciones, se denomina *policy framing*.

El enmarcamiento de problemas es crucial, debido a que no solo determinará el tipo de intervención que se adoptará; sino también los actores del sector público responsables, que serán beneficiarios de los recursos humanos y materiales para su despliegue. Por esta razón, su abordaje no se puede reducir a un proceso lineal de ajuste de determinados problemas a determinadas soluciones; sino que debe comprenderse desde su dimensión política, la cual implica luchas de poder y disputa por la distribución de recursos en un escenario caracterizado por múltiples lecturas acerca de los mismos asuntos a atender (Peters 2015).

En este marco, a continuación, se desarrollan dos argumentos. El primero está destinado a detallar cómo se ha intentado definir los problemas de política desde enfoques menos dinámicos. Mientras tanto, el segundo profundiza en el enfoque del *policy framing* para establecer su relevancia en la presente investigación. Además, se exponen las características de los problemas de política y de los denominados problemas perversos que se enfrentan en el escenario contemporáneo.

Los problemas de política han sido categorizados de diversas formas, para Peters (2015, 2018) son valores o necesidades sin realizar, o condiciones indeseables que representan una oportunidad de generar soluciones. En un intento de definir los problemas de política con mayor precisión se han desarrollado diversos enfoques. El enfoque de las definiciones funcionales tiende a etiquetar los problemas con base en categorías funcionales específicas, acorde a determinados dominios de política, tales como salud, economía o educación. Esta definición, efectuada en concordancia con ciertas áreas de política o en términos de los instrumentos que usualmente podrían utilizarse; omite que existen variaciones internas e importantes vínculos en y entre esa suerte de sectores separados totalmente uno de otro, que ocasionan que se traslapen en varios aspectos (Peters 2018, 36-38). De la misma forma, los esquemas clasificatorios, tales como dicotomías, taxonomías y

tipologías, carecen de una base teórica sólida que sustente cómo se construyeron; además omiten que en el mundo real de las políticas las separaciones estrictas no son posibles (Peters 2018, 38-39).

Ante las limitaciones del enfoque de las definiciones funcionales y de los esquemas clasificatorios, el enfoque del *policy framing* intenta posicionar la complejidad, la importancia y las implicaciones del proceso de construcción/enmarcamiento de los problemas y soluciones para el diseño de políticas. El enfoque toma como punto de partida el por qué, en primera instancia, debería existir una intervención del sector público en la economía y en la sociedad, señalando que esta responde a las fallas de mercado, las fallas sociales y las fallas de gobernanza. Las primeras tienen que ver con la ingenuidad que marca el supuesto de autosuficiencia del mercado y con la crítica a las condiciones que suponen su funcionamiento perfecto; por otro lado, las segundas subrayan las dinámicas de politización que pueden marcar la comprensión de determinados asuntos; y las últimas refieren a las externalidades que puede generar el gobierno a costa del mal uso de recursos públicos (Peters 2015, 14-17).

En este marco, el *framing* de los problemas de política es catalogado como un juego político en el que intervienen diversos actores que intentan dar forma a las distintas visiones a través de las cuales un problema puede ser comprendido (Peters 2015; 2018). Este enfoque avanza un paso respecto a los demás debido a que no intenta abordar los problemas como datos y objetivos; sino que los considera como construcciones sociales y políticas de los asuntos a tratar (Peters 2018, 48). En medio de este juego político hay una amplia gama de definiciones alternativas acerca de un mismo problema, tal como es el caso de la mortalidad materna o la violencia obstétrica. En esta línea, el *frame* de los problemas comprende la identificación inicial de una situación como problemática, y luego, como problema público; pues hay un sinnúmero de situaciones indeseables que no son consideradas objeto de intervención.

Además, permite indagar en el cómo cierto asunto se “descubrió” de determinada forma y no de otra, si fue por una agitación social, una variación en los valores predominantes, por cambios en la economía o en la sociedad, porque comenzó a afectar significativamente a diferentes segmentos poblacionales, o porque se convirtió en asunto de interés público a través de los medios (Peters 2015; 2015, 76; 2018, 49). Sumándose a la indagación del porqué de la definición inicial del problema y a la forma en la que se posicionó como problema público, está la

dimensión referente a la naturaleza del problema; elemento que permite rebatir de manera decisiva el supuesto central de las definiciones funcionales y los esquemas clasificatorios, mismos que manejan una noción de la naturaleza de los problemas estática y limitada.

En contraste, se defiende una noción de la naturaleza de los problemas de política compleja y dinámica. Esta determina la magnitud de los retos que enfrentan los hacedores de política y se expone a continuación en la (Tabla 1.6.):

Tabla 1.6. Características de los problemas de política

| | |
|-------------------------|--|
| Trascienden los límites | <ul style="list-style-type: none"> - Los problemas no están contenidos en las fronteras funcionales tradicionales. - La globalización y la gobernanza posibilitan hablar de problemas transversales, que permean las fronteras geográficas y las barreras entre sector público, privado y sociedad civil. - Deben enmarcarse de forma que tiendan a la coordinación y sinergia de forma horizontal y vertical para el logro de la efectividad. |
| Indivisibilidad | <ul style="list-style-type: none"> - La divisibilidad es construida únicamente con la finalidad de poder atender al problema. - Los problemas indivisibles son problemas que requieren soluciones colectivas. |
| Gran escala | <ul style="list-style-type: none"> - Son problemas que deben atenderse en su totalidad para poder ser resueltos. - Representan un desafío para diseños de política que tienden a quedarse en ajustes incrementales. - Imponen desafíos a los gobiernos porque incorporan varios actores de veto y actores independientes que intentan posicionar sus ideas. |
| Solubilidad | <ul style="list-style-type: none"> - Se relacionan con la escala del problema, es decir, son más solubles los problemas de pequeña escala que los de gran escala. - La naturaleza saturada del contexto contemporáneo puede ejercer influencia en el nivel de solubilidad, porque hay demasiados problemas, remanentes de soluciones pasadas e intentos de soluciones innovadoras que congestionan el entorno. - Depende de la claridad con la que se establezcan las causas subyacentes al problema, es decir de “diagnósticos” efectivos. |
| Complejidad | <ul style="list-style-type: none"> - Hay dos dimensiones de complejidad: la técnica y la política. |

| | |
|------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - La complejidad técnica se da cuando no hay una adecuada comprensión de la causalidad del problema o hay demasiados factores intervinientes; es decir, se trata de problemas multicausales. - La complejidad política refiere a una multiplicidad de intereses en conflicto en un dominio de política, que complejiza establecer los objetivos que se persiguen. - Ambas dimensiones pueden interactuar y hacer que las soluciones sean extremadamente complejas. |
| Incertidumbre y riesgo | <ul style="list-style-type: none"> - La falta de certeza puede provenir de la alta influencia de eventos externos o de factores fuera de control que no se han considerado en la planificación. - El riesgo se deriva de los sistemas complejos con los que debe lidiar el diseño de políticas contemporáneo. Requiere ser explícito para incluirlo y poder planificar. |
| Decisiones trágicas | <ul style="list-style-type: none"> - Obligan a tomar cursos de acción indeseados en un contexto de recursos escasos y elecciones inevitables. - Este tipo de decisiones benefician a un grupo mientras perjudican a otro |
| Monetización | <ul style="list-style-type: none"> - Refiere a aquellos problemas que pueden resolverse con dinero. No obstante, los problemas que implican otro tipo de valores, como la justicia o la equidad, requieren otro tipo de instrumentos. |

Fuente: Peters (2015).

Considerando estas características de los problemas de política, cabe considerar que el escenario contemporáneo de elaboración de las políticas se enfrenta a problemas perversos –*wicked problems*– que las rebasan. Los problemas perversos condensan los asuntos más desafiantes que enfrenta la sociedad, se caracterizan por ser difíciles de definir, multicausales, inestables, y por implicar a múltiples actores y no tener una única solución (Peters 2015, 30). Este tipo de problemas emerge de los intentos por crear un marco común para atenderlos, es decir, de un proceso político que se orienta a desentrañar sus causas profundas.

En esta línea, el enfoque del *framing* posibilita poner en el centro del debate la causalidad subyacente a los problemas perversos. Como se ha mencionado, existen ideas contendientes que se reflejan en *frames* alternativos. Así pues, la determinación de la naturaleza de la causalidad de un problema impacta de forma directa en la capacidad de resolverlo; pues si esta no es la correcta, el diseño puede dirigirse a atender síntomas más que causas, o basarse más en ideologías que en evidencias (Peters 2018, 50). Además, la determinación de la naturaleza causal

de los problemas de política incide en la selección de las organizaciones a las que se asignarán los recursos necesarios para su resolución. Por tanto, la causalidad se relaciona con el poder y el conflicto, porque distintos actores intentarán hacer que su *frame* prevalezca.

Debido a la multiplicidad de visiones acerca de los problemas que hacen que el escenario esté abarrotado, pueden existir problemas intratables; es decir, aquellos sobre los que no es posible llegar a consensos acerca de su naturaleza y sus causas. Entonces, el enfoque del *framing* introduce la categoría de *re-framing* o re-enmarque de los asuntos a tratar, haciendo alusión a la posibilidad de construir una concepción aceptable del problema como la base de sus potenciales soluciones. Esto puede darse a través de dinámicas de colaboración o negociación. En contraste, la falta de estas puede explicarse por la ausencia de un marco de políticas compartido que se establezca como definición definitiva (Peters 2015, 77).

En suma, el *framing* es un proceso político a través del cual los problemas se identifican y se nombran; es decir, se catalogan como problemas públicos. Este implica el establecimiento de un modelo de causalidad, el cual, en cierto modo, prepara los problemas para su procesamiento en el sistema político. Entonces, la estructuración de los problemas requiere de un trabajo tanto político como analítico; dos dimensiones que inciden directamente en los diseños de soluciones, en los que cada actor intentará incorporar sus ideas y valores (Peters 2018, 51).

En esta línea, los problemas mejor estructurados tienen mayores posibilidades de posicionarse en la agenda, no de forma mecánica; sino en correspondencia con qué tan bien se hayan construido estos problemas y estén “listos” para ser tratados por el gobierno; es decir, procesados políticamente. Así también, debido al carácter decisivo del *framing* de problemas, diversos actores pueden invertir tiempo y recursos para que prevalezcan sus ideas y sus intereses se vean favorecidos en la agenda gubernamental (Peters 2015, 78). Más allá de ello, los mismos esfuerzos y recursos pueden ser desplegados por diversos actores cuando se pretende un cambio de política.

Aunque el establecimiento de la agenda o el cambio no constituyen el foco principal de la perspectiva de diseño manejada por el modelo de institucionalización, es importante para comprender y explicar cómo se toman las decisiones (Peters 2018, 57-58). En un escenario de gobernanza, caracterizado por una multiplicidad de actores, esto no es un tema menor de indagación. Como se ha expuesto, en el *framing* de los problemas intervienen múltiples actores que buscan movilizar sus marcos de política; hecho que se complejiza en un escenario

caracterizado por diversos elementos que operan en una matriz de interdependencia, algunos de estos son, instrumentos de política, actores, redes de actores, contexto, políticas pasadas (H. Bressers y O’Toole 2007, 136-37).

En esta línea, desde una perspectiva que emerge de la teoría de redes de política, el tipo de problemas, así como el tipo de redes de actores involucrados en el *framing*, puede desembocar en el despliegue de diversos tipos de instrumentos, permitiendo explicar los resultados de política. Desentrañar estas dinámicas es sumamente complejo, porque en el mundo real de las políticas estos elementos coexisten, se traslapan y co-evolucionan. Sin embargo, desde este posicionamiento teórico-metodológico es posible comprender la posibilidad de llevar a cabo dinámicas de *re-framing*, es decir, desplazamientos de problemas no estructurados hacia problemas estructurados, o, en la misma lógica, de romper con problemas que se han moldeado de cierta forma y están arraigados (Hoppe 2012). Por ello, en la sección que sigue profundiza en lo que ha significado la transformación del ejercicio de gobierno –del centralismo a la interdependencia y la apertura–, situando en el centro del debate a los entramados de actores, sus ideas y sus patrones de interacción o relacionamiento como elementos que dan luz acerca del diseño de políticas.

1.2. Marco analítico

Esta investigación se fundamenta en el empleo tanto del análisis de redes de política como del análisis socio-técnico. Desde esta opción analítica interdisciplinar se considera a los instrumentos de política como artefactos socio-técnicos que materializan ideas programáticas específicas, cuestionando el determinismo y la neutralidad que los revisten. Tomando como punto de partida el modelo dialéctico en su variante ideacional, se considera que las ideas constituyen el mecanismo subyacente al diseño de la política; después, desde una perspectiva CTS, se despliega un argumento explicativo del rediseño que rescata el conjunto de elementos heterogéneos que intervienen en él.

1.2.1. El enfoque de redes de política: de la “revolución conductista” a las redes de política

Las teorías conductistas, la teoría de la elección racional y el análisis de sistemas son algunas de las expresiones del éxito de la investigación empírica y el desarrollo teórico impulsados desde el paradigma conductista. Éste surgió en Estados Unidos durante los años cincuenta y sesenta, aunque se nutrió de los aportes de intelectuales europeos exiliados, principalmente durante la

época de la posguerra (Bueno 2015; Jiménez 1998). Las vertientes analíticas en mención adquirieron fuerza ante las limitaciones teóricas y metodológicas que llevaron a caracterizar al viejo pensamiento institucionalista como un enfoque descriptivo y normativo, de carácter legalista, estructuralista, holístico, histórico y normativo.²⁶

Desde estos posicionamientos teórico-metodológicos²⁷ se propugna por un análisis sistémico de la vida política, al margen de criterios prescriptivos y valorativos. Se comprende a la *politics* y a las *policies* desde la categoría de sistemas de conducta, por lo que adquiere primacía una interpretación de la vida política como una serie compleja de procesos mediante los cuales determinados insumos se convierten en productos (Bueno 2015; Jiménez 1998). En otras palabras, en el centro del análisis está la relación *inputs-outputs*, incluyendo elementos como la dinámica de retroalimentación de información y la reacción de las autoridades; los cuales, al ponerse en movimiento, forman un flujo continuo y entrelazado de conductas de actores que explican el funcionamiento de los sistemas políticos (Jiménez 1998, 27, 32).

Para 1970 se despliegan críticas al conductismo predominante durante las dos décadas pasadas, a su objeto de análisis y a su objetivo, el cual recaía en la detección de uniformidades en los comportamientos individuales para ser expresadas en generalidades. Algunas de las posiciones irreconciliables con los postulados centrales que marcaron la denominada “revolución conductista”, fueron: la imposibilidad e incluso la no conveniencia de hacer del estudio del mundo político y de la política algo “puramente científico”; el cuestionamiento a la visión de ciencia profesada por los conductistas, la cual estaba en estrecha relación con una posición positivista; y el rechazo de la defensa de un tipo predominante de ciencia política, generado por su articulación a la concepción conductista del método científico. Estas críticas confluyen en una postura de oposición a la denominada “deshumanización de la ciencia política”, la cual resultaría de la primacía de la conducta individual y la tendencia a la verificación y generalización para la comprensión de la *politics* y las *policies*. En este marco, los críticos se esfuerzan por poner sobre la mesa los elementos, tales como las ideas, los valores o la incertidumbre; que marcan tanto el objeto de estudio como el quehacer mismo del investigador (Lozada y Casas 2008, 39-45).

²⁶ Se profundiza en la caída del denominado “viejo institucionalismo”, el auge del conductismo y el resurgimiento de las instituciones con los nuevos institucionalismos en el apartado 1.1.1 Los nuevos institucionalismos: el enfoque neoinstitucionalista sociológico del presente documento.

²⁷ Se menciona a David Easton como el iniciador de la denominada revolución científica en la teoría política, a partir del análisis sistémico de la vida política como sistema de conducta (Bueno 2015, 13).

En consecuencia, durante los años ochenta y noventa se genera un rompimiento con la denominada “caja negra eastoniana”; metáfora que hace alusión a las consecuencias del conductismo en la comprensión de la política y de las políticas. El paradigma conductista se enfrenta a las transformaciones de los sistemas políticos, debido a la mayor incidencia de la sociedad y el mercado en las políticas públicas ocasionada por la ampliación de tareas de los gobiernos. Por esta razón, adquiere relevancia la necesidad de teorizar los componentes internos que determinan el carácter dinámico del proceso de las políticas públicas; más allá de tomar como punto central a la conducta individual, a las instituciones formales, a los insumos, o a los productos/resultados en solitario (Bogason 2006, 102). Cabe aterrizar estas transformaciones en el contexto latinoamericano, escenario en el que la gestión pública dejaba de pensarse estrictamente estatal y se orientaba a modos más flexibles y menos burocráticos en el marco del impulso de la Nueva Gestión Pública. En la región, justamente desde el auge de este nuevo modo de gestionar lo público, se empieza a reflexionar de un modo diferente acerca de las posibles relaciones entre el Estado, la sociedad y el sector privado; así como sobre el carácter abierto que empieza a caracterizar al proceso de las políticas públicas (Nogueira 2015, 57-58).

En términos más amplios, la ruptura con el paradigma conductista responde a dos razones que, respectivamente, se articulan a una dimensión académica y a una política. Por una parte, tanto el posicionamiento de la categoría de redes de política como el resurgimiento de las instituciones desde los nuevos institucionalismos, dan cuenta de los retos que las nuevas formas de gobernanza representan en términos teóricos y metodológicos; pues el escenario y la hechura de las políticas públicas son sustancialmente distintos a los que marcaron el periodo desde Lasswell hasta finales de los años setenta (Evans 1998, 229). Por otro lado, a nivel político se trata de reconocer que, si bien el objetivo del análisis es dar cuenta de la complejidad, el dinamismo, y la diversidad que comienzan a transformar la acción pública; no existe una objetividad absoluta en la medida en que el objeto de estudio es reflexivo –las políticas públicas– y que el investigador se posiciona –teórica y metodológicamente– frente a un nuevo escenario de dirección de la sociedad donde pretende contribuir al mejoramiento de la toma de decisiones.

Como resultado, el enfoque de redes de política se consolida como un nuevo modo de entender tanto las relaciones entre el Estado, la sociedad y el mercado; como la naturaleza y el ejercicio del poder en el proceso contemporáneo de la hechura de las políticas; trascendiendo la discusión agencia/estructura, Estado/sociedad, y cuestionando la ficción del único tomador de decisiones

(Zurbriggen 2011; Klijn 1998). De este modo, ante la transformación del ejercicio de gobierno –del centralismo a la interdependencia–, se sitúa en el centro del debate a los entramados de actores y sus patrones de interacción o relacionamiento como los elementos explicativos del *policy process* y de los resultados de política. Por tanto, el empleo del enfoque de redes de política en el análisis de políticas públicas da cuenta de una transformación tanto teórica como metodológica en el campo disciplinar en mención, pues posibilita rescatar los diversos factores intervinientes en la explicación de los resultados de política: los actores, sus estrategias, y el contexto estructural; en interdependencia.

Es así que el enfoque de redes de política se constituye como una nueva forma de analizar la acción pública en un escenario de gobernanza, al consolidarse como una aproximación teórica interactiva que trasciende los enfoques clásicos “centrados en la sociedad” y rebasa las perspectivas de carácter *top-down* o estadocéntricas. Ante la pérdida de eficacia explicativa de estos últimos, el enfoque de redes de política posibilita abordar las complejas dinámicas de relacionamiento que se dan entre una multiplicidad de actores (Harguindéguy 2015, 123; Bogason 2006). Por tanto, el enfoque de redes de política refleja el paso de aproximaciones sistémicas y jerárquicas –o *rational models*– hacia un abordaje más amplio, encaminado a abrir la “caja negra” de las políticas públicas a través del análisis de los actores y las relaciones que se establecen entre ellos; pues precisamente ambos elementos tienen el potencial de explicar las políticas públicas en las sociedades contemporáneas.

Se detectan varias categorías que constituyen las raíces del enfoque de redes de política. Para Klijn (1998), Harguindéguy (2015) y Zurbriggen (2015), el enfoque de redes de política se nutrió de perspectivas de otros campos disciplinares de las ciencias sociales, tales como la sociología de las organizaciones;²⁸ pero también de discusiones surgidas en el campo de la ciencia política, como es el caso del debate entre pluralismo y corporativismo.²⁹ Marsh y Rhodes (1992) señalan

²⁸ Específicamente se resaltan los aportes provenientes de la teoría interorganizacional, estos son, la dependencia de recursos y el concepto de poder que marcan los procesos de intercambio entre las organizaciones para su supervivencia. No sólo se toman en cuenta las asimetrías de poder, sino también las dinámicas de cooperación y las estrategias que despliegan las organizaciones para la consecución de sus objetivos. Además, los trabajos empíricos desplegados en este campo empiezan a delinear los patrones de interacción entre las organizaciones y a caracterizarlos a través de sus propiedades –frecuencia, intensidad, centralidad– (Klijn 1998, 16).

²⁹ Tanto el pluralismo como el corporativismo son dos modelos de intermediación de grupos de interés. El pluralismo se comprende como un sistema de representación de intereses, que consta de dos intermediarios, el gobierno y los grupos de interés, donde el primero juega un rol bastante pasivo y es el reflejo del balance entre los múltiples grupos de interés, aunque es independiente de ellos. Como una crítica al pluralismo, el corporativismo

que el fracaso de ambos modelos de intermediación de intereses, abrió paso al desarrollo del concepto de redes de política, lo cual aconteció en un escenario de disputa entre la literatura norteamericana y la británica.

Algunos de los aportes teóricos estadounidenses seminales fueron: la noción de sub-gobierno (Freeman, 1955); el concepto de triángulo de hierro de Lowi (1969), que tuvo como base la lectura de la dinámica de los sub-gobiernos desde la captura del gobierno o *agency capture* por parte de intereses privados que llegaban a ser dominantes; y el concepto de redes de asuntos de Heckscher (1978), que surgió en defensa de las posturas pluralistas frente a las nociones críticas de sub-gobierno. Por otra parte, la literatura británica principalmente tomó como punto de partida la teoría inter-organizacional; aunque también se desarrolla bajo la influencia de los aportes norteamericanos, a pesar de que estos últimos fueron criticados por su foco en el nivel micro de análisis (Marsh y Rhodes 1992). Resaltan los aportes de Wilks y Wright (1987) y de Richardson y Jordan (1979), quienes adoptaron la idea de comunidades de política bajo la influencia de la literatura acerca de sub-gobiernos. Por su parte, Rhodes (1981), tomando como base la literatura inter-organizacional, empleó el concepto de redes de política a nivel meso, enfatizando en la dimensión estructural de las relaciones –trascendiendo el nivel micro de las relaciones interpersonales– y su carácter sectorial –y no sub-sectorial–. En este sentido, el autor distinguió cinco tipos de redes que van en un continuum, acorde a su grado de integración, desde comunidades de política –más integradas– hasta redes de asuntos –menos integradas– (Marsh y Rhodes 1992, 9-13).

Cada una de estas conceptualizaciones se caracteriza por su orientación al abordaje de la dinámica de interdependencia que comienza a marcar las relaciones entre el Estado, el sector privado, y la sociedad; así como a la comprensión de los aspectos macro del intercambio de recursos como base de dichas relaciones (Bogason 2006, 103, 104). En este escenario, cada uno de estos conceptos fue de gran importancia para, si se quiere, moldear el concepto de redes, las cuales pasan a ser definidas de múltiples formas, por ejemplo: como “un conjunto de organizaciones públicas y privadas interdependientes, que interactúan y que forman patrones más o menos estables en el tiempo, que coordinan o controlan los recursos materiales o inmateriales en un ámbito de política pública de interés común”; o como “un grupo de organizaciones

postula que los procesos políticos no son abiertos; sino que existe un monopolio de la representación, porque solo determinados grupos de interés pueden llegar a jugar un rol importante (Klijn 1998, 22; Marsh y Rhodes 1992, 2-3).

conectadas entre sí por dependencias de recursos, diferentes por sus propiedades estructurales, que pueden variar a lo largo de un continuo, desde comunidades de política altamente integradas a redes de asuntos”; o también como “un concepto flexible que captura el complejo juego entre actores e instituciones en el proceso de elaboración de políticas públicas, en el que existe una interacción dialéctica entre la dimensión estructural de las redes y las decisiones estratégicas de los agentes” (Zurbriggen 2011, 185-87; Klijn 1998, 5).

Es entonces como la visión convencional aparece como inadecuada para entender los cambios de política y administración suscitados entre 1980 y 1990. Se comienza a señalar que las explicaciones centradas en una estructura cerrada e informal, con alta capacidad de influencia, conformada por el Estado, el congreso y los grupos de interés; pierde de vista a los nuevos actores que ingresan en el escenario con demandas de participación. Se trata de un contexto caracterizado por la complejidad que comienza a marcar el ejercicio de dirección de la sociedad, debido a la ampliación de las tareas del gobierno a consecuencia del ingreso de nuevos asuntos en la agenda, el cual está acompañado de un juego semi-formal de influencias y por la especialización y estratificación en la fuerza de trabajo del gobierno.

Siguendo a Heclo (1993) se vive un momento de disolución de la política organizada, de politización de la sociedad civil, y de relevancia de la relación entre la política y el conocimiento experto (Heclo 1993, 258-59). Todo esto ocasiona que los contornos sean porosos y difíciles de identificar. Es así que el enfoque de redes de política se constituye como un punto de inflexión con respecto a las concepciones elitistas del proceso de elaboración de las políticas públicas, planteando que existe una multiplicidad de posibilidades de formas de relacionamiento. Por tanto, el objetivo central del análisis de redes de política recae en captar la diversidad de formas de intermediación de intereses entre los nuevos actores, tanto gubernamentales como de la sociedad civil, que aparecen en un escenario de globalización; así como sus conexiones e interacciones en un tiempo y lugar específicos (Chaqués 2004, 34; Zurbriggen 2011, 183).

Como lo postulan Knoke y Yang (2008), el análisis de redes de política se consolida como una perspectiva institucionalizada y transdisciplinaria, que, desde los setentas y ochentas, ha dado lugar y se ha nutrido de iniciativas de investigación aplicada. Los esfuerzos investigativos desplegados desde entonces se han encaminado a dilucidar los patrones estructurales subyacentes a las interacciones sociales y a explicar cómo afectan al contexto empírico donde operan. En esta

línea, una característica central del enfoque de redes de política descansa en el carácter desagregado del análisis, ya que se considera que cada subsistema de política tiene sus particularidades, e incluso, que cada área de política las tiene (Marsh y Rhodes 1992). Esto posibilita definir de forma precisa los actores, sus relaciones, las pautas de negociación, la distribución de poder, o las formas de organización.

Por tanto, son dos los elementos analíticos centrales del enfoque de redes de política: los actores y sus relaciones. Por una parte, los actores pueden ser individuales y colectivos; por otro lado, las relaciones son definidas como las conexiones que resultan de la interacción entre actores y conforman la estructura de las redes (Knoke 1993, 165). Así también, el enfoque de redes de política para el estudio de la acción pública posibilita tres niveles de análisis, algunos autores los denominan como micro, meso y macro; otros los caracterizan como personal, organizacional o sistémico (Knoke 1993). El análisis a nivel micro está centrado en los actores sociales, individuales o colectivos, sus ideas y sus objetivos de política como unidad de análisis. A nivel meso se considera el entorno inmediato de definición de la situación de acceso a recursos por parte de los actores de una población restringida de un subsistema de políticas. A nivel macro, el foco son las reglas de funcionamiento general, que dotan de un carácter estructural al enfoque de redes (Harguindéguy 2015, 128-29; Knoke 1993, 165).

Entonces, el análisis de redes posibilita la identificación de los actores –quiénes, cuántos– y sus relaciones –tipo,³⁰ frecuencia, contenido e intensidad–; esto permite determinar tanto sus posiciones –como por ejemplo los nodos de red o actores importantes–, así como la estructura de red.³¹ Para Knoke (1993), las redes deben comprenderse como estructuras sociales, es decir, como patrones de relacionamiento persistentes entre diversos actores sociales. Es precisamente la persistencia de estos vínculos la que conlleva a la caracterización de las posiciones básicas de los actores dentro de la estructura global y de las oportunidades o limitaciones para el logro de sus objetivos de política. Nuevamente, siguiendo a Knoke (1993) “el enfoque de redes de política

³⁰ Para Knoke (1993) hay tres tipos de relaciones. La primera es la de influencia, la cual se fundamenta en la persuasión de otros actores para cambiar sus percepciones. La segunda es la de dominación, misma que se caracteriza por la asimetría de poder y las sanciones; ambas orientadas al control del comportamiento de otro actor. Finalmente está de poder de autoridad, que hace alusión a la ocurrencia de las relaciones de influencia y dominación de manera simultánea (1993, 166-67).

³¹ La estructura de red puede jugar un papel importante para la mediación y solución de conflictos o su obstaculización. En estructuras no tan polarizadas o, si se quiere, más difusas, pueden jugar un rol importante los *solution brokers* (Knoke 1993, 172-73).

tiene un compromiso con la idea de que las conexiones dinámicas entre actores capturan una imagen más precisa del proceso causal de un sistema social (...) lo que es más evidente cuando se busca indagar en el proceso de las políticas públicas y el poder” (1993, 165).

De ahí la comprensión de las redes como marco institucional específico, es decir, como las reglas del juego existentes en cada subsistema político que permiten la coordinación de interacciones complejas (Chaqués 2004, 53; Klijn 1998, 39). La dimensión estructural del análisis dota al enfoque de redes de política de capacidad explicativa, porque hace que sea viable el estudio de la interrelación entre los niveles, micro, meso y macro; posibilitando, a su vez, comprender el dinamismo que marca el proceso de las políticas públicas (Zurbriggen 2011, 203). Esto a pesar de las críticas de las que el análisis de redes de política ha sido blanco, las cuales han postulado que la fuerza explicativa no se estaría centrada en la dimensión estructural de las redes, sino en las características de sus componentes (Dowding 1995); o aquella que se ha dirigido específicamente al modelo dialéctico para el análisis de redes de política, señalando que éste es muy conservador al momento de formular qué significa y cuáles son las implicaciones del carácter dialéctico de la relación entre actores, redes, contextos estructural y resultados de política (Evans 2001).

1.2.1.1. Modelo dialéctico: redes, actores, contexto estructural y resultados de política

Precisamente esta investigación tomará el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000) en su variante ideacional introducida por Kisby (2007). La finalidad recae en proporcionar una definición de los actores, las ideas programáticas, las redes de actores y el contexto estructural en relación interactiva; que será operacionalizada en los capítulos dos, tres y cuatro respectivamente. Cada uno de estos elementos juega un rol explicativo en los resultados de política, en este caso, en la explicación del rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador. El potencial del modelo dialéctico en su variante ideacional radica en que se configura como una apuesta por superar la dicotomía estructura/agencia, situando a las ideas programáticas como variables/factores causales independientes; y no como meros dispositivos retóricos. Cada una de las cuatro categorías centrales del modelo se detallan a continuación.

En primer lugar, los actores o agentes son definidos como aquellos que conforman las redes, al mismo tiempo que están insertos en el contexto estructural. Dichos actores detentan un conocimiento estratégico que potencialmente puede incidir en los cursos de acción, esto ocurre cuando se ponen en marcha acciones de cálculo estratégico y de negociación para hacer frente a

las presiones o limitaciones del contexto estructural, o para tomar las oportunidades que se les presenten. Tanto las acciones de cálculo estratégico como las de negociación están en relación con las capacidades/habilidades innatas de los actores, o con las capacidades/habilidades resultantes de procesos de aprendizaje que se efectúan en el marco de las disputas por la dependencia de recursos (Marsh y Smith 2000, 7-9).

Los actores pueden ocupar diversas posiciones en la red, las cuales están determinadas por las reglas y las relaciones estructurales que fijan la pertenencia o exclusión, así como los roles particulares que se pueden jugar. Adicionalmente, los agentes son los portadores de intereses e ideas. Los intereses no necesariamente se definen por la membresía a una red, pues pueden responder a la forma en la que los agentes están insertos en el contexto estructural o a la pertenencia a otras redes; ocasionando que incluso se presenten contradicciones. Por su parte, las ideas están en una relación dialéctica con los agentes; pues estos no las aceptan pasivamente, sino que las desarrollan de diferentes formas y tienen la capacidad de incorporar o negar nuevas concepciones (Kisby 2007, 83).

La definición de las ideas programáticas es quizá el principal aporte proveniente de la variante ideacional del modelo dialéctico introducida por Kisby (2007). Dicha variante está caracterizada por la primacía que adquieren las ideas a la hora de establecer un mecanismo causal para la explicación de los resultados de política, el cual no es unidireccional ni se fundamenta en un modelo formal de carácter predictivo. No obstante, son las ideas aquellas que proporcionan un contexto ideacional donde operan los actores, pues, por una parte, ejercen influencia en las acciones de los agentes; y, por otro lado, al ser compartidas, dan paso a la conformación de las redes de política. Por tanto, las ideas están separadas de los factores materiales³² tan sólo en términos analíticos, con la finalidad de determinar cómo y por qué estas refuerzan o cuestionan la organización socioeconómica que prevalece, es decir, el contexto estructural.

En esta línea, el contexto estructural está marcado por relaciones de poder asimétricas que se reflejan en las preferencias de los tomadores de decisiones³³ y en las estructuraciones dadas por elementos como el género, la clase y la raza. El contexto estructural es considerado como una

³² Actores formales e informales que ejercen influencia en el proceso de las políticas, relación interactiva estructura/agencia, influencia de factores endógenos y exógenos (Kisby 2007, 83).

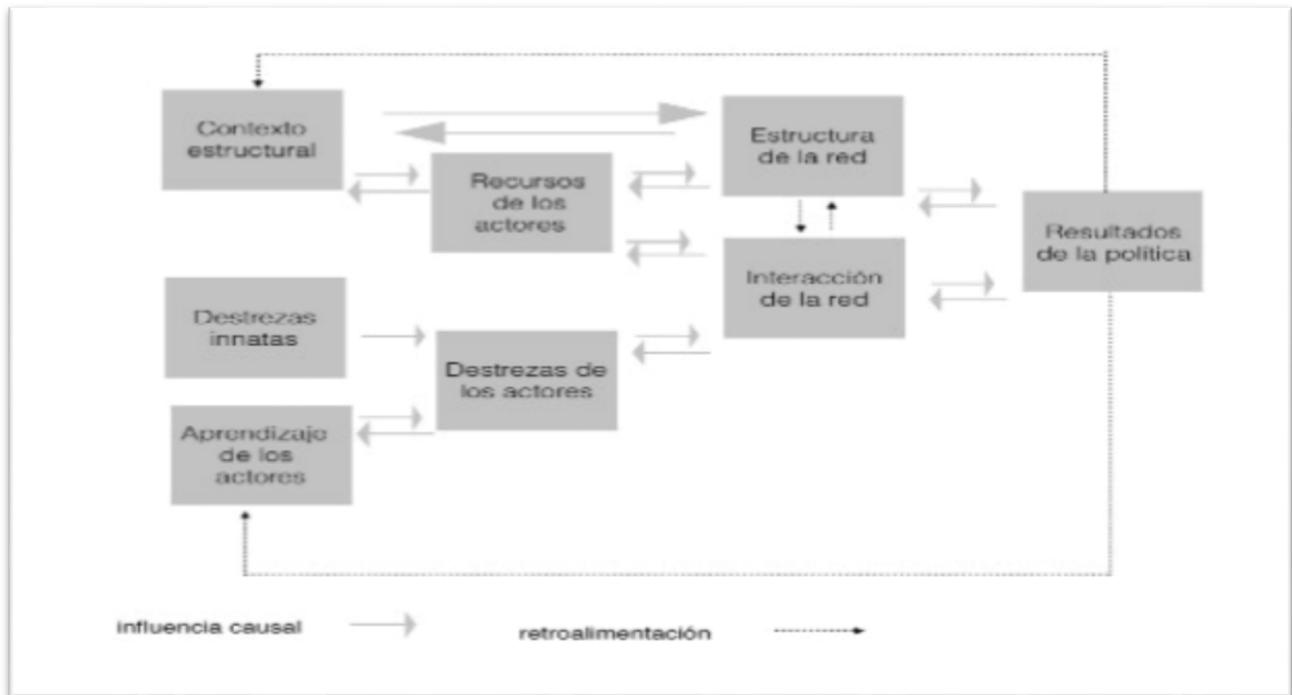
³³ Estas preferencias van más allá de las estipuladas por las teorías de la elección racional, incorporando un arsenal más amplio de valores.

suerte de factor exógeno a la red, que ejerce presiones u ofrece oportunidades. En contraste, las redes son comprendidas como estructuras políticas que no son neutras ni invariables; sino que están compuestas por un conjunto de agentes/actores que se relacionan entre sí de forma estructural. Son las redes las que definen roles, prescriben los asuntos a tratar y establecen *sets* de reglas e imperativos organizacionales (Marsh y Smith 2000, 5).

Para Marsh y Smith (2000), existe una relación dialéctica entre las redes de actores y el contexto estructural en el que estas operan. Se trata de una relación interactiva basada en un proceso continuo de afectación mutua entre estas dos variables (2000, 5). Esto quiere decir que las redes resultan de una dinámica de institucionalización al mismo tiempo que contribuyen a la rutinización de valores y comportamientos. En otras palabras, las redes ejercen y reciben influencias en y del contexto estructural, apareciendo como el reflejo de la organización del poder en la que pueden incidir (2000, 6). Dicho grado de incidencia está determinado por las membresías a ciertas redes, lo cual, al mismo tiempo, está dado por los privilegios estructurales del contexto.

Finalmente, los resultados de política constituyen uno de los elementos centrales del análisis de redes de política que se efectúa por medio del modelo dialéctico en su variante ideacional. El análisis de los *policy outcomes* parte de la premisa de que existen tres relaciones dialécticas: red/agentes; red/contexto; red/*outcomes*. Así, si bien para la comprensión de los resultados de política la relación que establecen Marsh y Smith (2000) entre redes/*outcomes* es suficiente; para Kisby (2007), es tan sólo necesaria. Es por ello que este último autor genera una modificación sustancial en el tratamiento de las variables que hacen parte del análisis. Así se ilustra en la siguiente figura (Gráfico 1.1.):

Gráfico 1.1. Modelo dialéctico: relación dialéctica entre redes de política y resultados de política



Fuente: Marsh y Smith (2000).

1.2.1.2. Modelo ideacional: ¿Por qué las ideas importan?

Para Kisby (2007), si bien el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000) intenta superar la extrema fijación en el nivel macro del modelo estructural de intermediación de intereses de Marsh y Rhodes (1992), posicionando a las redes de política como un concepto de nivel meso, que puede ser combinado con el macro nivel y el micro nivel; no pone suficiente atención al rol de las ideas para la explicación de los resultados de política. Esto se debe a que en el modelo dialéctico se considera a las ideas como simples dispositivos retóricos empleados por los actores para justificar sus preferencias. Además, se otorga primacía a los recursos y a la capacidad de actuar de los agentes para incidir en el proceso de las políticas; antes que a las ideas que constituyen sus motivaciones. Finalmente, la relevancia de las ideas –cuando la tienen– está dada por la dominancia de determinados intereses (Kisby 2007, 78).

En consecuencia, para Kisby (2007), no sólo se debe poner atención a los intereses que tienen una posición privilegiada para ejercer influencia en el proceso de las políticas públicas; sino a la

compleja relación entre éstos, las ideas y las políticas públicas. En otros términos, el foco de atención debe dirigirse a la compleja interacción entre el contexto estructural y el contexto ideacional. Por lo tanto, la pregunta de la que parte el modelo dialéctico en su variante ideacional es: ¿cómo y por qué las ideas pueden llegar a influir en el proceso de las políticas en un contexto y tiempo determinados, a través de las acciones de actores específicos motivados por un set particular de ideas programáticas?

El posicionamiento de esta interrogante es clave para Kisby (2007), debido a que sostiene que los científicos políticos y sociales han preferido estudiar aquello que se puede ver, medir o contar; y las ideas han sido catalogadas como vagas, amorfas, o problemáticas (2007, 79). Según el autor, esto ha oscurecido la comprensión de los cambios en las políticas o de las transformaciones en los cursos de acción que han desembocado en ellos, porque se ha ignorado que en determinados casos éstos están precedidos por cambios en las ideas. Ahora bien, esto no implica que el modelo dialéctico en su variante ideacional, debido a su concepción de las ideas como variables independientes, se alinee con posturas interpretativistas, posestructuralistas o posmodernas. Al contrario, la propuesta de Kisby (2007) se enmarca en el realismo crítico, en la medida en que su análisis está contextualizado y situado en un mundo material. Desde este posicionamiento se trata de analizar ambos, el contexto material y el contexto ideacional para determinar su influencia en el *policy making process*. Como lo señala Kisby (2007) “las ideas juegan un rol importante en nuestra comprensión del mundo real; pero también nos permiten deducir que existe una realidad significativa y extra-discursiva que, por si misma, ejerce influencia sobre nuestras ideas acerca de ella (...) por lo tanto, se debe examinar la relación interactiva entre las ideas y los factores materiales que pueden constreñir la consecución de los objetivos de los actores” (Kisby 2007, 82).

En este marco, a continuación, se detallan los conceptos para la operacionalización del modelo. Tomando como base el trabajo de Berman (1998), Kisby (2007) emplea el concepto de ideas programáticas –*programmatic beliefs*–. La categoría en mención está situada en el nivel meso de análisis y conforma el contexto ideacional. En este se formulan propuestas y cursos de acción, al mismo tiempo que ofrece una suerte de mecanismo de cohesión de la red que agrupa a los actores en torno a un *set* de ideas fuerte (2007, 81-84). En consecuencia, las ideas programáticas no son

concebidas como meros dispositivos retóricos para la consecución de intereses particulares;³⁴ sino que constituyen las motivaciones de los actores que conforman una red y permiten develar las complejas relaciones causales subyacentes al proceso de política pública.

En otras palabras, el contexto ideacional facilita el desarrollo de determinadas propuestas de política, o hace viable que los actores persigan determinados fines que se plantean como supremos, acorde a las ideas compartidas. En este sentido, en determinados casos, las ideas detentan un papel fundamental en la construcción social de intereses colectivos. Siguiendo a Rueschemeyer (2006), las ideas juegan un rol significativo a la hora de determinar, entre múltiples opciones, la trayectoria de los movimientos sociales; influyendo en el establecimiento de qué problemas se atenderán y de qué forma, a través de qué soluciones. En suma, las ideas adquieren importancia en la estructuración de las organizaciones, las instituciones o los movimientos sociales; los cuales, a su vez, se configuran una suerte de trampolín o plataforma de las ideas. No obstante, la eficacia o impacto de las ideas sobre los resultados de política, como se verá en el apartado subsiguiente, dependerá también de su diferenciación estructural³⁵ o grado de institucionalización (Rueschemeyer 2006, 243-45).

El impacto de las ideas, aunque estas sean consideradas como variable independiente, no consiste en una transferencia automática hacia los actores o hacia los resultados de política. Es solo a través de las acciones de actores específicos, motivados por ideas programáticas particulares, que las ideas pueden influenciar en las políticas. Por lo tanto, no solo es necesario identificar a los actores clave, sino también examinar si su comportamiento está en correspondencia con la adherencia que profesan con determinadas ideas programáticas. Adicional a la corroboración de la coherencia entre los comportamientos de los actores clave y las ideas programáticas que profesan, también debe constatarse que exista consistencia entre el contenido sustantivo de la política analizada una vez implementada y las ideas programáticas ostensibles de los actores

³⁴ Para Hochschild (2006), la relación entre las ideas y las acciones puede comprenderse yendo más allá de los intereses particulares, pues las ideas pueden: invalidar intereses y transformar los cursos de acción; justificar determinados intereses y reforzar los cursos de acción; o moldear los intereses y generar nuevas preferencias por cursos de acción determinados.

³⁵ La categoría de diferenciación estructural hace referencia al lugar propio que ganan las ideas en el orden social más amplio, cuando se elevan a un nivel normativo, por ejemplo. La diferenciación estructural da paso a la protección estructural de las ideas, es decir a su institucionalización. En este sentido, las instituciones funcionan como refugio de las ideas. Por tanto, la eficacia de estas respecto a los resultados de política estará relacionada con su localización en determinadas instituciones (Rueschemeyer 2006, 245).

clave. Esto hará posible determinar si efectivamente el peso causal de la explicación de los resultados de política recae en las ideas programáticas (Kisby 2007, 82-83).

Es de suma importancia enfatizar en la necesidad de que las ideas programáticas sean institucionalizadas para que se pueda hablar de un impacto sobre los resultados de política. Como argumentan Hochschild (2006) y Rueschemeyer (2006), las instituciones son las manifestaciones visibles de las ideas en acción, son aquellas que les ofrecen un espacio propio para que se conserven. Cabe considerar que, debido a que existe una relación interactiva entre las ideas y las instituciones, estas últimas pueden facilitar o constreñir el desarrollo de ideas nuevas con el potencial de moldear acciones. En este sentido, cuando se indaga en el cómo las ideas están relacionadas con las acciones, y, consecuentemente, con los resultados de política; puede ser de utilidad la consideración de las instituciones y las ideas precedentes y su vínculo con las actuales.³⁶ En línea con la importancia de la institucionalización de las ideas, cabe señalar que el grado de influencia de determinadas ideas programáticas sobre el proceso de las políticas dependerá del grado en que una red de políticas se desarrolle en torno a ese set de ideas particular. Finalmente, el impacto también tendrá que ver con el grado en que dicha red se incorpore en la red gubernamental de toma de decisiones (Kisby 2007, 83).

En síntesis, determinar el impacto de las ideas sobre los resultados de política tiene que ver con: la identificación de actores clave, la determinación de la correspondencia entre las ideas y el comportamiento de los actores clave, la determinación de la coherencia entre las ideas y el contenido de la política implementada (institucionalizada), el grado de desarrollo de una red en torno a un set de ideas particular, y el grado de integración de dicha red a la red de toma de decisiones.

El análisis conjunto de los factores materiales e ideacionales permite dar respuesta al por qué se produce un resultado de política y cómo se produce. En consonancia con la propuesta del modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000), se resalta la importancia de considerar en el análisis a los factores materiales, como: los actores formales e informales que pueden ejercer influencia en el proceso de las políticas públicas, la relación interactiva entre agencia y estructura y los factores endógenos y exógenos a la red (Kisby 2007, 83). No obstante, adicionalmente se incorporan al

³⁶ El concepto de dependencia de sendero es de utilidad, este se define como la capacidad de los pasos precedentes de una trayectoria particular de inducir o determinar los pasos siguientes: “*preceding steps in a particular direction induce further movement*” (Hochschild 2006, 293).

análisis los factores ideacionales, para poder considerar los siguientes elementos: el contexto ideacional en el que los actores clave operan, la influencia de las ideas programáticas en las acciones de dichos actores, la dinámica de conformación de redes de políticas claramente definidas alrededor de un set de ideas programáticas particular, y el impacto de las ideas programáticas a través de las redes en los resultados de política (Kisby 2007, 83).

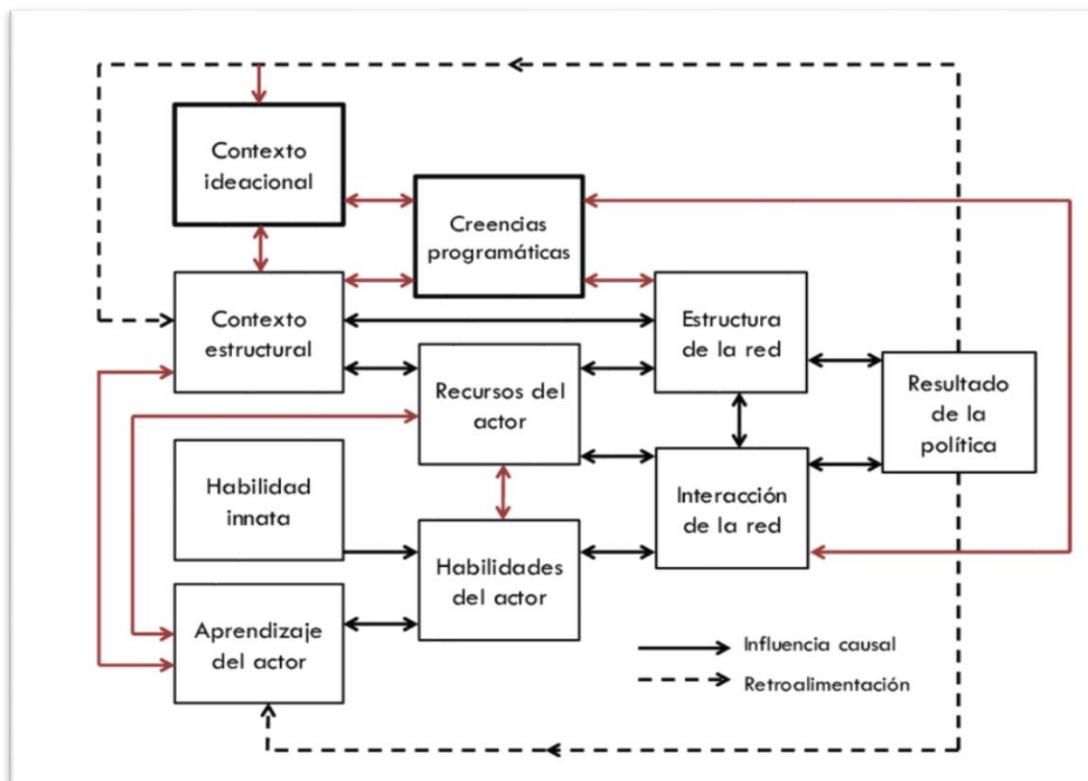
Esto no implica que exista una suerte de “mundo de las ideas” separado del contexto estructural. Se trata de una separación con utilidad analítica, que permite examinar el contexto ideacional en el que las ideas programáticas y los cursos de acción se desarrollan, para así analizar por qué y cómo estas refuerzan o cuestionan la organización socio-económica que prevalece en la sociedad; la cual, a su vez, proporciona el contexto estructural que sostiene las ideas programáticas y las prácticas (Kisby 2007, 83). El argumento central de Kisby (2007) consiste en que, en determinados casos, en los que las ideas programáticas adquieren una suerte de “vida propia”, tienen el potencial de influir en los *policy outcomes* a través de las redes de política que se configuran en torno a ellas; permitiendo que esto se analice empíricamente (2007, 83).

Desde el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000) se establece la existencia de tres tipos de relaciones dialécticas, que se dan entre: la estructura de red y los agentes que operan en ella, la red y el contexto, y la red y los resultados de política (Marsh y Smith 2000, 4-5). Sin embargo, Kisby (2007) introduce la relación entre las ideas y las redes de política, y, consecuentemente, entre las ideas y los actores que conforman dichas redes. Debido al carácter interactivo de estas relaciones, los actores no necesariamente aceptan las ideas de forma pasiva; sino que pueden modificarlas o incluso desarrollar nuevas ideas por sí mismos. Lo mismo ocurre con las redes, las cuales pueden presentar diversos grados de apertura hacia influencias ideacionales exógenas a su estructura. Por ejemplo, las comunidades de política, al ser más cerradas y con un número reducido de actores, son menos propensas a aceptar ideas nuevas; mientras que las redes de asuntos, al estar caracterizadas por un mayor número de actores y diversas ideas, pueden ser más abiertas. En contraste, aunque las redes de asuntos pueden presentar un mayor grado de apertura hacia nuevas ideas, al momento de convertirlas en resultados de política, las comunidades de política son más efectivas (Kisby 2007, 83).

Finalmente, además de la relación interactiva entre las ideas y las redes, las ideas y los actores; existe una relación entre las ideas y los resultados de política. Dicha relación tiene el potencial de

afectar tanto a las redes de política como al contexto estructural e ideacional en el que operan las redes y se formulan las ideas y propuestas de política en términos amplios. Por lo tanto, un análisis riguroso de la potencial influencia de las ideas sobre los resultados de política deberá explorar la interacción entre las ideas programáticas, las redes de política y los resultados de política, así como entre otras influencias relevantes en el desarrollo de la política (Kisby 2007, 85). Así, la figura que sigue (Gráfico 1.2.) muestra la modificación del modelo dialéctico al introducir el rol de las ideas:

Gráfico 1.2. Modelo ideacional



Fuente: Kisby (2007).

El modelo dialéctico en su variante ideacional otorga a las ideas programáticas el estatus de variable independiente, concibe a las redes como variable intermedia, y a los resultados de política como variable dependiente. No obstante, debido a la complejidad que subyace a las relaciones interactivas entre las ideas, los actores, las redes, el contexto y los resultados; Kisby (2007) sugiere seguir ciertos pasos para explicar el impacto tanto de las ideas como de las redes de política sobre el *policy making process*. Cada uno de ellos se detalla a continuación.

El primer paso consiste en identificar a los actores clave de las redes de política, determinar las ideas programáticas que constituye sus motivaciones, demostrar que efectivamente los actores de la red comparten un set de ideas programáticas particular, mostrar cuándo y cómo las redes y las ideas en torno a las que están cohesionadas impulsan a los actores a influencia en el proceso de las políticas. Además, demostrar el impacto de un set de ideas programáticas particular sobre los resultados de política requiere, como paso número dos, el examen del contenido sustantivo y normativo –que ha sido implementado– de la política objeto de estudio; con la finalidad de constatar si este es consistente con las ideas programáticas que mueven a los miembros de las redes (Kisby 2007, 85-87).

En síntesis, desde la propuesta del modelo ideacional de Kisby (2007), en tanto variable independiente, las ideas constituyen marcos o contextos ideacionales en los que, con base en una concepción de cómo deberían ser las políticas, se formulan determinados cursos de acción. Esto posibilitaría desplegar explicaciones satisfactorias acerca de los resultados de política, a través de la identificación de los mecanismos a través de los cuales las ideas pueden ejercer influencia. Para el autor, sería necesario contrastar los casos donde las ideas sean un factor causal independiente y aquellos en los que las ideas no explican directamente los *policy outcomes* (Kisby 2007, 87).

1.2.2. El análisis socio-técnico para el estudio del diseño de políticas públicas

El análisis socio-técnico es una nueva propuesta teórico-metodológica y un novedoso marco interpretativo y explicativo en el campo del análisis de políticas públicas, debido a que, basado en conceptualizaciones dinámicas, permite desplegar un doble análisis. Por un lado, otorga la posibilidad de explicar el momento en el que los artefactos socio-técnicos se vuelven parte constitutiva de las relaciones sociales; por otro, proporciona las herramientas para analizar cómo estas últimas se materializan en artefactos socio-técnicos (Albornoz 2011, 9). Por tanto, este abordaje hace factible la indagación de las formas en las cuales las sociedades y los artefactos socio-técnicos se impregnan mutuamente (Vinck 2012); en lugar de tratar a los artefactos como variable independiente respecto a los procesos sociales,³⁷ o como variable dependiente,

³⁷ Determinismo tecnológico.

supeditada a las decisiones de los actores para la determinación de su trayectoria³⁸ (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019).

Desde una opción epistemológica situada en el campo de los estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad la premisa de partida es que recíproca y sistemáticamente las sociedades están tecnológicamente construidas, y, al mismo tiempo, los artefactos funcionan condicionando formas de uso, pertinencia y necesidad de conocimientos, dispositivos de control, posibilidades de ejercicio de poder o visiones acerca de lo que es deseable a través de las identidades, las instituciones, los discursos, los lenguajes y las representaciones creados –en parte– por ellos. En consecuencia, la unidad de estudio es multidimensional. Esto quiere decir que no se trata de un objeto de análisis que es meramente tecnológico/ artefactual o que está restringido a la dimensión de las relaciones sociales; sino que es un híbrido socio-técnico. Es un objeto de análisis históricamente situado que emerge, se estabiliza, se hace inteligible y portable como resultado de un interjuego entre las dimensiones cognitivas, materiales, sociales y normativas que sirven al mantenimiento del orden (Jasanoff 2004). Entonces, desde un análisis sistémico e interactivo, el esfuerzo por mostrar el carácter social de la tecnología y el carácter tecnológico de la sociedad integra al objeto de análisis socio-técnico, sus dinámicas y procesos, en el orden causal de las explicaciones (Juárez y Becerra 2012; Thomas, Becerra, y Bidinost 2019).

En otros términos, desde el terreno de los estudios de ciencia, tecnología y sociedad es posible agregar al análisis de las políticas los elementos que suelen excluirse al enmascararse bajo la etiqueta de las meras “cuestiones técnicas”, concebidas como una esfera separada de la *politics*; así como aquellos que devienen como incuestionables debido a que nacen del discurso de los expertos³⁹ y se establecen como criterios universales de verdad. Por ende, al incorporar en el análisis la dimensión política de los artefactos socio-técnicos es posible pensar en ellos como el reflejo o la materialización de las ideas, los valores e intereses de determinados actores –élites políticas–. En este sentido, los artefactos socio-técnicos aparecen como signos tecnológico-culturales (Frost 1992); es decir, como construcciones sociales y culturales que rebasan la dimensión artefactual, ingenieril y funcional y son emblemáticos a la hora de estudiar cómo se

³⁸ Determinismo social.

³⁹ Hilgartner (2001; 2012) indaga en las formas en las cuales la credibilidad del discurso de los expertos se *performa*. En esta línea, el autor señala que la producción de la “verdad” descansa en un continuum de secreto/ocultamiento, producción/revelación; resultante de interacciones estratégicas entre los actores.

construye la cultura material moderna y qué tan favorable o perjudicial resulta para los arreglos de gobernanza requeridos para la existencia de sociedades democráticas (Sclove 1992).

En este marco, el primer elemento clave recae en la comprensión de los instrumentos de política pública como artefactos socio-técnicos. Los instrumentos de política aparecen como las herramientas que posibilitan que las estrategias políticas se vuelvan operacionales y que cobren materialidad (Bortz y Thomas 2019). En otras palabras, los instrumentos de política juegan un rol clave en la efectivización de las estrategias de gobierno que apuntan a crear, promover o influenciar la dirección y el uso de los artefactos tecnológicos con finalidades explícitas. La categorización de los instrumentos de política como artefactos socio-técnicos se enmarca en una concepción más amplia de las tecnologías –en plural–.

La definición de las tecnologías abarca tres niveles vinculados entre sí dentro de configuraciones socio-técnicas particulares: el de los artefactos –tecnologías materiales, instrumentos–; el de los procesos –procedimientos, rutinas, habilidades–; y el de las formas de organización –formas institucionales y no institucionales– (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019, 134). Además, las tecnologías son analizadas a partir de tres dimensiones: material, cognitiva y práctica. La primera responde a lo tangible, lo observable; la segunda a la heterogeneidad de conocimientos que están incorporados en las tecnologías o que aparecen como insumos para el diseño de artefactos; y la tercera hace alusión a los procesos de aprendizaje de los sujetos en relación a las tecnologías. Así definidas, las tecnologías no funcionan única y exclusivamente por el buen diseño del artefacto; sino que su funcionamiento o no funcionamiento es una contingencia que se co-construye social, tecnológica, política y culturalmente.

Esto significa que el funcionamiento o no funcionamiento se fundamenta en una relación interactiva entre actores y artefactos, la cual supone un principio de simetría analítica y metodológica⁴⁰ entre ambos elementos; debido a que tanto las características físicas del artefacto como la subjetividad de los actores implicados importan, porque la agencia de los artefactos impide asignar cualquier sentido a cualquier tecnología (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019, 140). Como resultado, el funcionamiento o no funcionamiento se erige como el foco de análisis, y se comprende como un proceso de co-construcción continua que abarca la concepción, el diseño, la

⁴⁰ El principio de simetría analítico-metodológica se extiende al tratamiento en igualdad de condiciones tanto a los desarrollos considerados exitosos como a los “fracasos”.

estabilización y clausura de los artefactos socio-técnicos. Este proceso es auto-organizado, es decir que, al responder a la agencia y al interjuego desplegado entre elementos heterogéneos, humanos y no humanos, no es lógico, racional, o necesariamente direccionado al progreso; tampoco es lineal, evolutivo, autónomo o gobernable. Los procesos de construcción de funcionamiento o no funcionamiento son situacionales; por tanto, históricamente situados.

Ahora bien, si los instrumentos de política son concebidos como dispositivos o artefactos socio-técnicos resultantes de procesos de co-construcción de funcionamiento o no funcionamiento en los que intervienen elementos heterogéneos, humanos y no humanos (Thomas, Fressoli, y Lalouf 2008; Pinch y Bijker 2008; Thomas y Fressoli 2009); ¿cómo analizarlos?

Este desafío teórico y metodológico se trató de resolver por Callon y Latour a partir de la categoría de ensamblajes, redes socio-técnicas o redes tecno-económicas. En el marco de una sociología crítica con la ontología de la sociología tradicional, se buscaba entender lo social desde el estudio de ensamblajes conformados por diversas entidades heterogéneas, es decir, por actores tanto humanos como no humanos; los cuales estaban en constante movimiento de re asociación y ensamblado (Latour 2008; 1993). En este sentido, la categoría de actantes incorporada permitía aprehender la relacionalidad híbrida característica de los sistemas socio/técnicos o de socio/naturaleza; así como la agencia de los no humanos acorde a un principio de simetría radical (Ponce 2014). Estos planteamientos se insertaron en la crítica más amplia a una concepción sustancialista de lo social, cuestionando los dualismos ciencia/sociedad, naturaleza/sociedad como ejes fundantes de la modernidad. Así, en lugar de concebir a la realidad social como algo estático y acabado, se habla de complejos entramados en los que ninguna entidad tiene prevalencia sobre otra; lo cual permite abordar la dinámica de definición/mantenimiento de lo social desde una serie de transformaciones o traducciones que suceden continuamente.

Esta dinámica, sujeta a procesos de traducción, sugiere la idea de desplazamientos, disputas y mediaciones continuas a través de las cuales los actores modifican, trasladan, traducen sus intereses para promover una tecnología, enrolar nuevos actantes en su red o ser portavoces de la misma (Juárez y Becerra 2012; Cruz 2015). En dichos procesos hay cuatro factores a considerar: la inter-determinación, el interesamiento, el enrolamiento y la movilización de los aliados (Ponce 2014, 28). La inter-determinación hace alusión a un proceso dinámico e interactivo de inter-

definición de identidades para la formación de alianzas, donde ciertas entidades que se constituyen como puntos de paso obligatorio logran definir una identidad como colectiva. En el interesamiento, las identidades definidas se estabilizan o confirman. El éxito del interesamiento o alineación en la identidad establecida en un primer momento de inter-determinación, se refleja en el enrolamiento o mecanismo por medio del cual se definen los roles de los actores. Asimismo, el interesamiento basado en mecanismos más sofisticados, aparece como la base de la movilización de los aliados, la cual radica en la representatividad que adquieren solo ciertos actores portavoces (Ponce 2014, 28-30). Entonces, una cadena de traducciones es exitosa cuando gana en robustez, extensión o durabilidad; es decir, cuando un actante débil se convierte en uno fuerte, ocasionando que otros actantes deban ahora pasar por nuevos puntos de paso obligatorio. Estos últimos son relativos a una multitud ya conectada de ideas, métodos, textos, máquinas, personas, empresas, gobiernos, laboratorios, universidades, o artefactos. En este sentido, las traducciones más que ser ciertas o falsas, objetivas o subjetivas; son fuertes o débiles, aceptadas o rechazadas (Larrión 2019, 330).

En contraste con los planteamientos de Callon y Latour, la presente investigación toma como categoría central a las alianzas socio-técnicas para analizar el funcionamiento o no funcionamiento de un artefacto socio-técnico. Las alianzas socio-técnicas se definen como una coalición auto-organizada de múltiples elementos heterogéneos implicados en el proceso de co-construcción de funcionamiento o no funcionamiento de una tecnología (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019, 143). Si bien la concepción de alianzas socio-técnicas toma como base la noción de alineamiento y coordinación –propuesta por Latour y Callon– de artefactos, ideas, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores, recursos económicos que viabilizan o impiden la generación, adopción, uso o estabilización de una tecnología; esta categoría no sólo se queda en el terreno descriptivo provisto por su utilidad para mapear a los actantes y sus relaciones. Por ello, el concepto de alianzas socio-técnicas incorpora la dimensión de las ideas como un componente significativo de los procesos de construcción de funcionamiento o no funcionamiento; así como la cuestión del poder tanto a nivel micro político –procesos de decisión– como semiótico –procesos de asignación de sentido– (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019, 144). De este modo, a través de las alianzas socio-técnicas no solo es posible mostrar cómo un artefacto socio-técnico puede ser un componente integrado en estrategias políticas particulares porque les da materialidad; sino que es factible describir y explicar cómo se construye su

funcionamiento sin dejar de lado la cuestión de los enfrentamientos o controversias⁴¹ que pueden permear el proceso.

Precisamente una de las principales capacidades analíticas del concepto de alianzas socio-técnicas radica en que permite comprender cómo se cuestiona, se negocia y/o se rechaza la representatividad vigente a través del mapeo de conflictos o enfrentamientos entre los múltiples elementos heterogéneos que hacen parte de la alianza, para integrarlos en las relaciones causales. Los momentos de controversia son momentos de disputa acerca del propósito de los artefactos socio-técnicos; por tanto, en ellos se hacen visibles las diversas interpretaciones de los artefactos en relación al tipo de problemas para los cuales estos se diseñaron. Por lo tanto, las controversias se clausuran cuando las interpretaciones se alinean (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019).

Con las premisas relativas a los instrumentos de política como artefactos socio-técnicos, resultantes de las dinámicas de co-construcción en las que están inmersos diversos elementos heterogéneos, y que están atravesadas por controversias, disputas, presiones, resistencias y negociaciones respecto al propósito de los artefactos antes de su estabilización y clausura; se revisan a continuación sus implicaciones para el análisis del diseño de políticas.

El abordaje sociotécnico triangulado con el análisis de políticas, específicamente desde el constructivismo social de la tecnología, permite diluir el vínculo cuasi automático que se establece entre problemas y soluciones; dando paso a la comprensión de la formulación de problemas y soluciones como el resultado de complejos procesos de co-construcción social. Esto permite extender el análisis más allá del ejercicio técnico de la definición de los instrumentos de política, para resaltar que en el establecimiento de los marcos interpretativos o *framing* de los problemas, las ideas y el poder juegan un papel fundamental a la hora de dilucidar las complejas relaciones que subyacen a los diseños de políticas que se materializan.

Pensar la política pública a la luz del concepto de alianza socio-técnica permite repensar varias de sus dimensiones, tales como los actores públicos y los actores sociales implicados; así como los elementos materiales, los nuevos conocimientos, o las demandas de la población en torno a los cuales se conforma una alianza y se posiciona un tema. En estos términos es posible analizar

⁴¹ Siguiendo a Thomas, Becerra, y Bidinost (2019), el concepto de alianzas socio-técnicas presenta ventajas respecto a las nociones de ensamblajes socio-técnicos, redes socio-técnicas y redes tecno-económicas precisamente por integrar la dimensión del poder a través de la categoría de controversias.

tanto el funcionamiento de los artefactos como de la política misma; pues existe un conjunto de ideas que dan forma a las racionalidades que se integran en las alianzas y que posteriormente se materializan.

He aquí un punto de confluencia entre el análisis de redes de política y el análisis socio-técnico. Desde el análisis de redes de política, se postula que las ideas programáticas, comprendidas como los imaginarios compartidos y como los elementos de cohesión de las redes de actores (Marsh y Smith 2000; Kisby 2007); inciden en la forma en la que los diseños se co-construyen. Asimismo, las ideas permiten rastrear qué actores y qué procesos llevan a que ciertos problemas se posicionen como problemas de política y a que determinadas alternativas prevalezcan sobre otras. Desde ambas vertientes analíticas, se trata de elucidar qué imaginarios se materializan en diseños de política a partir del estudio de los actores, las ideas programáticas que los cohesionan y los artefactos que encarnan en su diseño dimensiones técnicas, sociales y políticas.

En suma, se toma como punto de partida el hecho de que el diseño de políticas se despliega en un escenario socio-técnico en el que el rediseño se explica por las dinámicas de coordinación/disputa entre actores y artefactos (Geels 2002). Esto queda más claro al volver a la construcción del objeto de análisis con base en la metáfora del tejido sin costuras de Bijker (2008). Esta hace alusión a que la sociedad no está constituida por piezas separadas; sino que existe una relación interactiva que hace que los artefactos, en este caso los instrumentos de política, estén socialmente contruidos.

1.3. Metodología de investigación: una apuesta metodológica realista crítica

La metodología, en tanto asunto que refiere a la estructura lógica que subyace al procedimiento investigativo, responde a una visión del mundo y a la concepción acerca de qué tipo de conocimiento se puede producir sobre él (Jackson 2016, 34-35). En tanto existen varias formas de pensar y conocer el mundo, la apuesta metodológica es pluralista. Esto no solo permite desmontar los estándares tácitos que soportan las posturas metodológicas dominantes como mecanismo universal de valoración; sino que posibilita apostar por diseños investigativos que se orienten a fortalecer la validez de los hallazgos de las investigaciones (Schoonenboom y Johnson 2017). En este marco, la presente propuesta de investigación descansa en una apuesta metodológica realista crítica, la cual es coherente con el análisis de redes de política y con el análisis socio-técnico.

Desde el realismo crítico, se trata de traer al análisis las propiedades, mecanismos o poderes causales que pueden explicar el objeto de análisis, aunque estos no sean directamente observables (Jackson 2016). Como lo señalan Marsh y Smith (2001), el realismo crítico sostiene que el mundo está socialmente construido, y que para explicar cómo esto sucede, las relaciones estructurales subyacentes, aunque no pueden ser observadas directamente, son cruciales. En otras palabras, tanto la forma en la que se configuran las instituciones como la manera en la que se despliegan los procesos y las relaciones entre los actores; están condicionadas por dichas relaciones estructurales subyacentes (Marsh y Smith 2001, 530).

Es así que, desde una postura realista crítica, la teoría posibilita desplegar inferencias respecto a las relaciones estructurales subyacentes, contextualizar los comportamientos observables a partir de ellas y construir narrativas que expliquen cómo funcionan dichas relaciones estructurales. En este sentido, la teoría contribuye al propósito de fortalecer y desarrollar marcos analíticos que permitan a explicar la complejidad del mundo. El resultado es la obtención de explicaciones basadas en evidencia empírica y en proposiciones que pueden ser *testeables*. Este es el caso de la premisa que postula que las redes y las ideas programáticas afectan los resultados de política (Kisby 2007; Marsh y Smith 2000, 530).

La explicación de la relación existente entre las redes y los resultados de política requiere de una teoría de la acción, es decir, del conocimiento de las preferencias de los agentes de la red y su origen; así como del origen de las estructuras de toma de decisiones. Es ahí donde las relaciones estructurales juegan un rol clave, pues aparecen como el reflejo de dichas preferencias y de las estructuras de toma de decisiones. Es así como, entendiéndolas a partir del género, la raza y la clase, estas permiten explicar la membresía de las redes, las dinámicas de inclusión/exclusión y la forma en la que las preferencias y las estructuras de las redes se influyen mutuamente (Marsh y Smith 2001, 534). Cabe considerar que el estatus/posición de una red depende tanto de las otras redes como del contexto de operación. En términos metodológicos, esto implica considerar que el contexto de operación de las redes es un contexto interactivo –*networked context*– que está atravesado por múltiples membresías y contactos que se traslapan, lo cual puede perderse de vista

al enfocarse en una red en particular (Marsh et al. 2009, 624-25). Por tanto, es necesario ir más allá de la auto percepción de un grupo como único indicador de su posición.⁴²

En esta línea, las redes de política no sólo tienen una utilidad metafórica; sino que permiten generar explicaciones al evocar los vínculos que, efectivamente, tienen una existencia real en tanto estructuras que limitan o posibilitan la acción de los agentes. Desde un posicionamiento realista crítico, estas estructuras pueden ser aprehendidas en tanto relaciones sociales, económicas o políticas; las cuales son parte importante del contexto donde operan los agentes y reflejan las inequidades estructurales existentes –de género, raza y clase– que moldean la arena política y modifican la agenda política. De este modo es posible explicar los privilegios estructurales que determinan la membresía a las redes como recursos clave para la incidencia en los resultados de política. Se evidencia aquí una relación interactiva entre las estructuras de las redes, el contexto estructural y la distribución de recursos (Marsh y Smith 2001, 537).

Esto es de particular relevancia de cara a la creciente complejidad de las dinámicas de gobernanza modernas, las cuales, en tanto formas de dirección que rebasan el estado centrismo, se caracterizan porque el entramado social que marca el proceso de las políticas públicas está constituido por arreglos híbridos entre múltiples actores interdependientes entre sí y con el contexto estructural en el que operan las redes. De ahí que el análisis de las relaciones entre la estructura de red, los actores, las relaciones estructurales que se configuran entre ellos, y los resultados de política –*policy outcomes*–; aparece como la base de un análisis de nivel meso o sub-sistémico para describir, explicar y eventualmente predecir dichos resultados de política, así como el cambio y la continuidad de las políticas (Peterson 2003). En esta línea, el desarrollo investigativo desde el enfoque de redes de política tiene un amplio potencial explicativo, no sólo respecto a la forma en la operan las redes establecidas; sino también en relación al cambio y la formación de las mismas. Esto último como punto de partida para la generación de hipótesis y variables “*testeables*” a nivel empírico⁴³ (Yu Wu y Knoke 2015, 161).

⁴² La auto evaluación de la postura que ocupa la red debe verse de forma escéptica; pues las estrategias desplegadas pueden ser contradictorias, no simultáneas, variables dependiendo del *issue*, o pueden estar constreñidas por factores que van más allá de la posición *insider/outsider*. De la misma forma, las múltiples membresías en otras redes o la posición acorde a un *issue* particular, pueden afectar la capacidad de influencia (Marsh et al. 2009, 625-35).

⁴³ Un claro ejemplo de ello es el trabajo de Marsh et al. (2009), el cual se centra en el análisis de caso de la Alianza del Campo –*Countryside Alliance*– y aparece como la posibilidad de una suerte de *testeo* de la hipótesis basada en la compatibilidad conceptual. Los hallazgos a nivel empírico permiten una adecuada comprensión de la complejidad

Ahora bien, desde el constructivismo social de la tecnología se trata de estudiar las controversias y las dinámicas de co-construcción que marcan la realidad, a la luz de la relación de doble vía entre los artefactos socio-técnicos y la sociedad. Esta concepción del mundo y de las posibilidades de producción de conocimiento acerca de ese mundo desembocan en el despliegue de un método etnográfico, el cual es una de las mayores contribuciones de los estudios CTS (Knorr-Cetina 2007). La realidad se concibe como un constructo social que, aunque aparece como “uniforme”, es heterogéneo y tiene una estructura interna. Esta noción de mecanismo causal intrincado, que hace que la realidad aparezca como objetiva y empacada como una “caja negra”, es una de las premisas centrales de trabajo. La reconstrucción de los diversos elementos heterogéneos implicados no es meramente descriptiva; sino que es un ejercicio desplegado para explicar los mecanismos causales que, efectivamente, subyacen a los procesos sociales; los cuales se pierden de vista cuando lo social –y la producción de conocimiento sobre él– se concibe como una entidad uniforme y acabada. De esta forma se pueden traer al análisis los actantes implicados, las alianzas movilizadas, las estrategias puestas en juego y los mecanismos y procesos que subyacen a la realidad socio-técnicamente co-construida (Knorr-Cetina 2007).

La “metáfora constructivista” no se queda en el terreno heurístico; sino que pasa al terreno de la investigación empírica debido a que la orientación etno-metodológica posibilita penetrar los espacios y las practicas desde las que emergen las construcciones socio-técnicas. Este ejercicio concibe la realidad de forma dinámica y fluida, por tanto, lo hace desde la consideración de los artefactos, las instituciones, los aspectos técnicos, políticos, sociales, económicos, los actores humanos y no humanos que intervienen y explican “la caja negra de la sociedad” (Bijker, Hughes, y Pinch 2012). En este sentido, la categoría de alianzas socio-técnicas juega un rol metodológico similar al de las redes de actores, debido a que viabiliza: mapear los actores humanos y no humanos y sus relaciones; incorporar las ideas; integrar la cuestión del poder en las dinámicas de cambio; explicar por qué un componente humano o no humano puede convertirse en el constructor del sistema o en el coordinador de la alianza; y, operacionalizar los conflictos, enfrentamientos o controversias (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019, 143-48).

derivada del escenario político contemporáneo que se suma a las relaciones conceptuales de los trabajos originales de cada enfoque empleado por los autores.

1.3.1. El estudio de caso socio-técnico

Debido a que, desde un posicionamiento realista crítico, el caso se constituye como la unidad o nivel básico donde las relaciones causales se manifiestan (Beach y Pedersen 2016, 17), la presente propuesta de investigación toma como opción epistemológica el estudio de un caso —N pequeña— en detrimento de la comparación de casos. El estudio de caso es socio-técnico, en tanto se alinea a una opción teórica que se aleja de una concepción determinista tecnológica y determinista social para la construcción y explicación del objeto de estudio (Schmukler 2019, 283). Esto se pone de manifiesto en las concepciones dinámicas, dialécticas e interactivas que subyacen a los enfoques de análisis desplegados en la presente investigación.

Así pues, una vez establecido el carácter de la pregunta de investigación, así como las fronteras de la unidad de análisis —espaciales y temporales—; se procede a la determinación del tipo de caso como explicativo. En este, la variable dependiente es el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna y la variable independiente son las redes de actantes, las alianzas socio-técnicas y las ideas programáticas. Este tipo de estudio de caso permitirá resolver la pregunta de investigación a través de la elucidación de los vínculos relacionales —mecanismos causales— que subyacen al fenómeno, desde una perspectiva holística que hace viable abarcar su multidimensionalidad y complejidad por medio de un procedimiento de triangulación de información (Baxter y Jack 2008, 547-50; Yin 2003). Cabe recalcar que, una de las potencialidades del estudio de caso es la posibilidad de utilizar diversas fuentes de información, cuyos resultados no serán analizados como elementos disímiles; sino como piezas de un mismo rompecabezas que convergen para comprender el objeto de análisis de forma integral y complementaria (Baxter y Jack 2008, 554).

1.3.2. Un diseño investigativo mixto

El diseño investigativo mixto hace referencia al empleo de dos métodos que comparten un sustrato realista crítico: el análisis de redes de política por medio del análisis de redes sociales ARS —componente cuantitativo— y el análisis sociotécnico —componente cualitativo—. La importancia de un diseño investigativo mixto radica en la posibilidad de determinar la correspondencia entre la imagen de la realidad que se obtiene de un sólido análisis cualitativo a través de la utilización de sus técnicas de recolección de información y los datos resultantes del empleo de las medidas e indicadores del componente cuantitativo. Se trata del despliegue de un

ejercicio de triangulación y complementariedad, pues si bien el componente cuantitativo proporciona las herramientas necesarias para establecer las características estructurales de las redes que se configuran en torno a un set de ideas como variable explicativa; se requiere un contraste con lo cualitativo para validarlo (Sandstrom y Carlsson 2008, 517-18). A continuación, se detallan las particularidades de cada uno de los métodos empleados en la presente investigación.

1.3.2.1. El componente cuantitativo: método de redes de política y análisis de redes sociales ARS

Como se ha expuesto, el método de redes de política toma como punto de partida el hecho de que, si bien los vínculos relacionales entre múltiples actores se evocan como cuestión metafórica; tienen existencia real –o empíricamente detectable– en tanto estructuras de red que posibilitan o constriñen la acción de dichos actores, afectan el desempeño de las redes e impactan en los resultados de política (Marsh y Smith 2000, 535-36; Sandstrom y Carlsson 2008, 516). Por ello, el método de redes de política permitirá identificar las ideas programáticas que cohesionan y moldean las redes, las cuales incidirán en la construcción de los marcos interpretativos de política –*policy frames*– y en los procesos de selección de instrumentos de política. En consecuencia, la explicación de los resultados de política descansa en una concepción de la existencia de un proceso continuo de afectación mutua entre las variables: ideas programáticas, redes, contexto estructural y resultados de política (Marsh y Smith 2000, 5).

Sobre esta base, la presente investigación emplea el análisis de redes sociales –ARS– para operacionalizar las estructuras relacionales y caracterizarlas a través de la medición de las relaciones o lazos que se establecen entre los actores que las conforman. El análisis de redes sociales es un método para la medición de las propiedades sistémicas de las estructuras relacionales que emergen de las interrelaciones entre diversos actores (Sanz 2003, 21). El ARS posibilita tres niveles de análisis: el micro, centrado en la conducta de cada actor; el macro, enfocado en los patrones de relaciones o estructura de la red; y el meso, que rescata las interacciones entre los niveles micro y macro (Sanz 2003, 21). La caracterización de las estructuras de red permite analizar cómo estas son la causa y el resultado de las ideas y conductas de los actores, cómo pueden crear oportunidades o limitarlas y cómo pueden transformarse a partir de las acciones de los individuos; es decir que, posibilita dilucidar la relación dialéctica

entre redes y actores (Sanz 2003, 23). El ARS posibilitará utilizar la información recolectada como insumo básico para la construcción de las matrices de actores y relaciones y, posteriormente, de las redes de actores responder al porqué del resultado de política investigado, es decir, el rediseño de la política.

A continuación (Tabla 1.7.), se detallan los componentes fundamentales de las redes de actores con su respectiva descripción:

Tabla 1.7. Elementos básicos que definen una red de actores

| Componente | Concepto | Representación en el ARS |
|------------|--|------------------------------|
| Actantes | Son las personas, grupos, organizaciones, clúster de vínculos –así como de personas– en un sistema social (Sanz 2003, 25). Además, debido al principio de simetría analítica, esta categoría incluye los actores no humanos –instrumentos, normas, leyes, etc.–. | Puntos en la red o nodos. |
| Vínculos | Resultan de las relaciones que los actantes establecen entre sí. Configuran patrones de vínculos, es decir, estructuras profundas (Sanz 2003, 25). | Líneas entre pares de nodos. |

Fuente: Sanz (2003).

En la (Tabla 1.8.) se exponen los pasos a seguir en la aplicación del método de Análisis de Redes Sociales –ARS–:

Tabla 1.7. Pasos para la construcción de una red de actores

| | |
|--|--|
| Recolección de datos | Revisión bibliográfica y recolección de información primaria para la identificación de los actores y sus relaciones. |
| Transformación de los datos recogidos a una forma relacional | Construcción de la matriz de relaciones, empleando una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Se detalla cada actor y se construye la matriz a partir de las ideas como atributo. |
| Graficar la estructura de red | Utilización del Software <i>open-source</i> de análisis y visualización de redes Gephi, para la construcción del grafo. Este, muestra de forma didáctica cada uno de los |

| | |
|---|--|
| | nodos y sus relaciones. Las redes que se construyen son redes dirigidas. |
| Caracterización de la estructura de red | Cálculo de medidas e indicadores. |

Fuente: Sanz (2003).

Tomando como base los pasos para la construcción de una red de actores, se puede afirmar que el concepto de red social pasa de ser una metáfora a ser una herramienta operativa y analítica que utiliza el lenguaje matemático de la teoría de grafos, de las matrices y del álgebra relacional; para dar como resultado una representación formalizada de las relaciones a partir de algoritmos estandarizados. En suma, el ARS posibilita tanto representar gráficamente la forma de la red de actores; así como medir las propiedades de la estructura (Sanz 2003, 25-26). A continuación (Tabla 1.9.), se detallan las medidas e indicadores a emplearse con la finalidad de determinar y explicar la centralidad de los actantes –de grado e intermediación–, y los centros de poder de la estructura de la red total.

Tabla 1.8. Medidas para el análisis de redes

| Medida | Concepto / utilidad |
|--|---|
| Grado de entrada | Permite analizar la importancia de los actantes en la estructura general de la red. Está relacionada con el nivel en que un actante recibe influencia de otros. Tiene que ver con los niveles de socialización de los actantes. |
| Grado de salida | Permite analizar la importancia de los actantes en la estructura general de la red. Está relacionada con el nivel en que un actante ejerce influencia sobre otros. Tiene que ver con los niveles de popularidad de los actantes. |
| Centralidad de intermediación – <i>betweenness centrality</i> – | Permite cuantificar el número de veces en que los actantes deben pasar a través de un actor focal para comunicarse con el resto de los actantes. El valor de intermediación oscila entre 0 y 1, siendo este último el valor correspondiente a los actantes con mayor grado de centralidad de intermediación. Permite obtener los actores de paso obligado, puente o focales. Los actores focales son los intermediarios del acceso de otros a la información y el conocimiento. Permite determinar el control que cada actor tiene de los flujos relacionales en el conjunto de la red. |

| | |
|---------------|---|
| | Suelen tener valores altos de mediación los actores más centrales. |
| <i>K-core</i> | <p>Permite desarrollar un análisis desde la perspectiva de la estructura general de la red.</p> <p>Permite determinar la parte más densa de la red, es decir, aquella en la que se registra mayor grado de cohesión, siendo un <i>k-core</i> un grupo máximo de entidades, todas las cuales están conectadas al menos a <i>k</i> otras entidades del grupo (Kong et al. 2019; Kuz, Falco, y Giandini 2016).</p> <p>La sub-red más cohesionada en relación a la red-total permitirá identificar los grupos estrechamente vinculados que generan identidad, información circular y agencian la red porque concentran poder.</p> <p>Posibilita medir el grado en que los actores comparten una idea.</p> |

Fuente: Sanz (2003); Wasserman (1994); Kong et al. (2019); Kuz, Falco, y Giandini (2016).

1.3.2.2. El componente cualitativo: método de análisis socio-técnico

Por su parte, el método de análisis socio-técnico, al descansar en el constructivismo social de la realidad, es etnográfico. Desde el análisis socio-técnico se pueden analizar las controversias y los procesos de co-construcción que marcan el rediseño de la política pública, los cuales se operacionalizan a través de la construcción de alianzas socio-técnicas. Las alianzas socio-técnicas juegan un rol similar al de las redes de política, pues permiten representar gráficamente los procesos de construcción –en parte auto-organizados y en parte planificados– de coaliciones de elementos heterogéneos implicados en el proceso de co-construcción de funcionamiento de un artefacto socio-técnico; posibilitando analizar los artefactos, regulaciones, instituciones, y actores implicados (Bortz 2019, 36, 37).

Cabe considerar que la reconstrucción analítica que se efectúa por medio de la elaboración de las alianzas socio-técnicas es definida por el investigador; es decir que el tamaño y la complejidad de estas depende de su criterio, así como de la pregunta de investigación. En la misma línea, las alianzas se consideran como la unidad de análisis primaria desde un enfoque socio-técnico. Estas presentan una ventaja y es que permiten comprender y explicar los procesos de construcción de funcionamiento o no funcionamiento tanto de un artefacto singular como a nivel macro. Así también, no se quedan solamente en el terreno de lo teórico; sino que pasan al de lo operativo, al

funcionar como herramientas de planificación y de diseño de políticas orientadas al desarrollo⁴⁴ (Juárez y Becerra 2012).

Finalmente, cabe recalcar que el concepto de alianza socio-técnica, al ser elástico y fractal, puede integrarse con conceptos de otras matrices teóricas, tal como es el caso del análisis de políticas. Por esta razón es posible desplegar investigaciones de base empírica no sólo sobre objetos caracterizados de entrada como científico-tecnológicos; sino sobre un amplio abanico de objetos, tales como: políticas públicas, conflictos de clase o género, dinámicas de inclusión o exclusión (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019, 151-54). En este sentido, específicamente en el terreno de las políticas públicas es posible generar un entendimiento sistémico de los cambios socio-técnicos presentes en ellas para poner en debate las relaciones dinámicas entre los hacedores de políticas, los usuarios, y los artefactos en términos de las estrategias desplegadas para la resolución de problemas. Estas últimas no son el resultado de una voluntad vertical; sino el producto de la alineación y coordinación de elementos heterogéneos (Juárez y Becerra 2012).

1.3.3. Las técnicas de investigación

Las técnicas de investigación que desembocan de la metodología y de los métodos expuestos son: la técnica de grafos, matrices y álgebra relacional; la técnica de análisis comparativo y análisis de centralidad; la técnica bola de nieve; la técnica de entrevistas semi-estructuradas y la técnica de revisión bibliográfica. Las primeras tres corresponden al componente cuantitativo de la investigación; mientras que las últimas se enmarcan en el componente cualitativo. A continuación, se detalla cada una de ellas.

La técnica de grafos, matrices y álgebra relacional se utilizará para generar las redes de actores, es decir, la representación gráfica y matemática de las estructuras relacionales entre actores interdependientes constreñidos por un contexto estructural (Wasserman 1994, 36). En tanto tal, permitirá medir las propiedades sistémicas tanto a nivel micro como macro –considerando las interacciones entre ambos niveles– (Sanz 2003, 21-22). Las propiedades de las redes posibilitarán extender un vínculo con las elecciones instrumentales como instancia fundamental en el rediseño de la política (J. T. A. Bressers y O’Toole 2007). Así también, el análisis comparativo permitirá

⁴⁴ La dimensión práctica del análisis socio-técnico busca evitar las visiones parcializadas que se traducen en políticas sustentadas en una lógica enmarcada en el modelo lineal de innovación; por tanto, se orienta a generar nuevas formas de pensar el proceso de gestación e implementación de las políticas, tomando como base un enfoque que no separe lo social, de lo tecnológico, lo político o lo económico.

determinar la estructura y nivel de integración de la red, en este caso, la sub-red que agencia la red total. Y, el análisis de centralidad hará viable establecer la importancia de los actores en la estructura general considerando la centralidad de grado e intermediación (Sanz 2003, 26).

A las técnicas expuestas en las líneas precedentes se suman la técnica de entrevistas semi-estructuradas y la técnica de revisión bibliográfica, mismas que se enmarcan en el componente cualitativo de la investigación. La primera aparece como fuente de información primaria, en tanto permite reunir información concreta sobre las ideas, objetivos, recursos, habilidades, estrategias, aprendizaje, posibilidades y límites de acción desde la autopercepción de los actores. Las entrevistas se realizarán a actores involucrados⁴⁵ en el proceso de rediseño de la política. Por otra parte, con el propósito de obtener información secundaria se realizará una revisión bibliográfica, de diarios y noticias publicadas y de documentos institucionales oficiales referentes al proceso de rediseño objeto de la presente propuesta de investigación. Como insumos de apoyo para la búsqueda de información se utilizarán: la biblioteca virtual del MSP, específicamente el Catálogo de normas, políticas, reglamentos, protocolos, manuales, planes y guías; la base de datos del Archivo-Biblioteca de la Función Legislativa, la Base de Datos Mundial sobre la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas y los sitios web oficiales de diversas organizaciones de mujeres. En las líneas que siguen se detalla cada uno de estos recursos (Tabla 1.10.):

Tabla 1.9. Recursos para la recopilación de información secundaria

| Recurso | Descripción |
|--|--|
| Biblioteca virtual del MSP, Catálogo de normas, políticas, reglamentos, protocolos, manuales, planes y guías | Brinda información acerca de todos los acuerdos, documentos, normas, reglas, guías, revistas y fondos editoriales del MSP. |
| Archivo-Biblioteca de la Función Legislativa | Es un recurso en línea que contiene la memoria institucional e histórica de la legislación ecuatoriana y la legislación de otros países, a través del sistema de interconexión legislativa GLIN. |
| Base de Datos Mundial sobre la Violencia contra la Mujer – UN Women | La base de datos mundial es un "sitio único" para obtener información sobre los siguientes tipos de medidas adoptadas por los gobiernos para abordar la violencia contra la mujer: mecanismos institucionales, investigación y datos estadísticos, leyes, políticas, presupuestos, servicios, iniciativas de |

⁴⁵ Las entrevistas se aplicaron a Thais Brandao, investigadora en temas de violencia obstétrica, doula y participante en los debates acerca del proyecto de ley de parto humanizado; y a María Hinojosa, miembro de la Dirección Nacional de Salud Intercultural.

| | |
|--|---|
| | <p>prevención, programas para perpetradores e iniciativas regionales / internacionales.</p> <p>El sitio se estructura con base en las diferentes formas de violencia de género⁴⁶ y en los países que remiten y actualizan la información acerca de ellas.</p> |
| Páginas, sitios web oficiales de organizaciones de mujeres | <p>Permiten recolectar información sobre la violencia obstétrica, el parto humanizado, experiencias regionales y mundiales en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Es una forma de aproximarse a las campañas, publicaciones, acciones de incidencia de las organizaciones de mujeres a nivel nacional y transnacional, agenda, recursos de las organizaciones y relatos de mujeres en torno al tema de parto humanizado y violencia obstétrica.</p> <p>Principalmente se consideran las páginas de El Parto es Nuestro, RELACAHUPAN, RELACAHUPAN Ecuador, Surkuna.</p> |

Fuente: Asamblea Nacional del Ecuador, Global Database UN-Women.

Tanto la técnica de entrevistas semi-estructuradas como la de revisión bibliográfica posibilitan contrastar y verificar la información desde la perspectiva más amplia de los actores (Gúber 2005, 92) Finalmente, la técnica de bola de nieve se desplegará para acercarse a más informantes y nutrir el proceso de recolección de información primaria. Cabe recalcar que debido a las restricciones de la pandemia de COVID-19, las entrevistas no fueron presenciales, y que se dio mayor énfasis a la revisión bibliográfica para nutrir la investigación.

Finalmente, a continuación (Tabla 1.11.), se sintetizan las técnicas en las que se apoyará la presente propuesta de investigación:

Tabla 1.10. Métodos y técnicas de investigación

| Método | Técnica | Objetivo |
|---|--|--|
| Análisis de redes de política (componente cuantitativo) | Técnica de grafos, matrices y álgebra relacional | <p>Generar una representación gráfica y matemática de las estructuras relacionales entre actores interdependientes.</p> <p>Obtener redes dirigidas graficadas.</p> |
| | Técnica de análisis comparativo | Determinar la estructura y nivel de integración de la sub-red que agencia la red total. |

⁴⁶ La presente investigación toma como categoría central a la violencia obstétrica.

| | | |
|--|---|--|
| | | Obtener la red <i>k-core</i> de cada momento de análisis. |
| | Técnica de análisis de centralidad | Determinar la importancia de los actantes en la red. Obtener el cálculo de centralidad –de grado e intermediación– para el análisis de cada periodo investigado. |
| | Técnica bola de nieve | Tomar un actor informante como punto de partida para establecer conexiones con nuevos informantes. |
| Análisis sociotécnico (componente cualitativo) | Técnica de entrevistas semi-estructuradas | Obtener información primaria a partir de las experiencias de los actores (ideas, objetivos, recursos, habilidades, estrategias, posibilidades y límites de acción). Contrastar la información primaria con la secundaria. |
| | Técnica de revisión bibliográfica | Obtener información secundaria Generar un ejercicio de contraste con la información primaria. |

Fuente: Sanz (2003); Gúber (2005); Wasserman (1994); Kong et al. (2019); Kuz, Falco, y Giandini (2016).

Capítulo 2. Red y contexto. El surgimiento de las Políticas Públicas para la Reducción de la Mortalidad Materna en Ecuador y el mundo

El objetivo que guía el presente capítulo consiste en analizar la relación dialéctica entre la red y el contexto estructural que antecede al rediseño de la política, para explicar cómo este, posteriormente, es el resultado de una dinámica de co-construcción que surge de una controversia. Cabe aclarar que debido a que las tres relaciones interactivas en las que se fundamenta el modelo dialéctico –red/contexto, red/agentes, y red/resultados de política– tienen la misma importancia y operan en una matriz de interdependencia; la separación se efectúa meramente en términos analíticos a lo largo de la investigación. Asimismo, considerando la concepción de las ideas programáticas como elementos explicativos en la variante ideacional de dicho modelo, estas aparecerán como componente transversal del análisis en las líneas subsiguientes; a razón de que la relación dialéctica se extiende entre las ideas y las redes, las ideas y los actores, y las ideas y los resultados de política (Kisby 2007).

Así también, debido a la importancia de la perspectiva temporal para explicar cómo las redes se forman, cómo dan lugar a determinados resultados de política, cómo cambian en el tiempo y cómo afectan y se ven afectadas por el contexto y los agentes (Marsh y Smith 2000, 10-12); se toma como marco el periodo comprendido entre 1960 y 2007. Esto con la finalidad de comprender cómo la red que marcó el contexto del rediseño de la política fue construyéndose a partir de ideas particulares e históricamente situadas y fue modificando el escenario de operación de los actores en el periodo subsiguiente de análisis. Sobre esta base, el capítulo se estructura en dos grandes momentos que se exponen a continuación.

En el primer momento se realiza un recorrido histórico para indagar cómo el asunto de la mortalidad materna se construyó social y políticamente de determinada forma y no de otra, si fue por agitaciones sociales, por una variación en los valores predominantes, por cambios en la economía o en la sociedad, o porque comenzó a afectar significativamente a diferentes segmentos poblacionales (Peters 2015, 76; 2018, 49). Comprendiendo la forma en la que el problema de la mortalidad materna se identifica y se nombra como problema público se podrá comprender también cómo la determinación de su naturaleza causal en tanto problema de política incide en la selección de potenciales soluciones; en este caso, el surgimiento y posicionamiento del modelo biomédico para la asistencia del parto.

Posteriormente, se aborda el cuestionamiento a la realidad social vigente que se efectúa desde la cohesión y movilización de diversos actores en torno a la idea programática de humanización del parto; mismo que permite mostrar que esta forma de intervención biologicista y con primacía de la técnica y el saber científico sobre los cuerpos de las mujeres no es natural y no está presente en todos los momentos de la historia. Se muestra cómo y por qué la idea programática de humanización del parto surge y se posiciona como respuesta a las consecuencias negativas del modelo convencional medicalizado que subyace a las intervenciones predominantes; tomando en cuenta que existen dos ideas clave que anteceden a la de parto humanizado, parto respetado o parto como experiencia positiva. En primera instancia está la idea programática de equidad y solidaridad entre mujeres diversas a partir de la cual se generan procesos de cohesión y movilización de habilidades y recursos de los movimientos de mujeres para modificar el contexto estructural y la distribución de recursos dominante (Marsh y Smith 2000). En segundo lugar, está la idea programática de violencia obstétrica, cuya materialización en instrumentos legales posibilitó traer al centro a los elementos que hacían parte de la atención al parto y que quedaban excluidos del debate acerca de la mortalidad materna al enmascararse bajo la etiqueta de “cuestiones técnicas” debido a su estatus de verdad científica.

Sobre esta base, en el segundo momento se toman como punto de partida los inicios y la construcción del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano –SNS–. Se muestra cómo la dinámica de configuración del SNS se efectúa en torno a diversas ideas programáticas que se transforman en el tiempo, imperando en un primer momento la de la salud como mercancía y la de la atención en salud basada en el modelo biomédico. Estas ideas antecederán a la del acceso a la salud como un derecho –idea base del periodo posterior de análisis– y a la idea de pluriculturalidad.

Precisamente la idea programática de la salud como un derecho abre paso para cuestionar el carácter restrictivo y excluyente del acceso a la salud dado por los elementos de género, raza y clase. A partir de ahí, se muestran las primeras experiencias exitosas de institucionalización de la sinergia entre el modelo convencional medicalizado y el enfoque alternativo/ancestral; a lo cual justamente subyace la idea de la pluriculturalidad y su consecuente importancia en la prestación de los servicios de salud más allá de los factores clínicos o técnicos.

2.1. La estructuración del problema de la mortalidad materna: breve aproximación global y regional

Ni la consideración de la mortalidad materna y neonatal como un problema público ni el dominio del parto biomédico⁴⁷ como solución fueron constantes a lo largo de la historia. A partir del siglo XVIII se detecta un cambio en lo que atañe a la reproducción humana en general, en el que la ciencia médica se emplea para desplegar un ejercicio de regulación y control de la población. Siguiendo a Schwarz (2011) citado en (Moral 2013), la medicina posibilita vehiculizar estrategias para el control y disciplinamiento del cuerpo, por lo que la maternidad, en particular, se configura como un dominio que viabiliza “gobernar” la reproducción.

Ya para el siglo XIX, el desarrollo de la ciencia médica se intensifica, como resultado del desarrollo tecno-industrial y de los consecuentes cambios en las condiciones de vida de la población. En el siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, en Occidente se comenzó a concebir el desarrollo de las naciones de la mano con el incremento y el bienestar de la población; por lo que la atención materno infantil se convierte en una prioridad de salud pública y, consecuentemente, en objeto de las decisiones en materia de intervención estatal. Esta preocupación por el desarrollo económico articulado a la reproducción humana, aunada a la introducción de las nuevas tecnologías en obstetricia, tales como la ecografía, el ultrasonido, el uso de oxitocina sintética o la monitorización fetal intraparto; sentaron las bases de intervenciones de salud bajo una filosofía higienista (Biurrun 2017).

Desde una perspectiva socio-técnica, estas nuevas tecnologías se volvieron parte constitutiva de las relaciones sociales; o, en otras palabras, determinadas ideas –desarrollo económico igual a incremento poblacional– se materializaron en artefactos socio-técnicos que posibilitaban sostener un orden social específico (Albornoz 2011, 9). El funcionamiento de dichas tecnologías requería que la esencia de lo femenino se moldeara acorde al cumplimiento de ciertos deberes calificados como sagrados: la maternidad, la lactancia, y la entrega a la familia; que, de no efectuarse, justificaban los calificativos de “mujeres patológicas” o “mujeres incompletas”. De manera específica, el cuerpo de la mujer se hallaba sujeto a valoraciones que lo calificaban como de “naturaleza inferior”, por lo que requería de la dimensión de la tecnología desarrollada para el

⁴⁷ El parto biomédico se caracteriza por ser hospitalario y medicalizado. En este es común el uso de medicamentos o el despliegue de prácticas para inducir o acelerar el parto; aunque no sean necesarias en estricto sentido.

análisis médico para su asistencia. Esto requiere de una visión del deber ser femenino que se funda sobre la ecuación mujer igual madre, cuyo sustrato es netamente biológico. Este maternalismo no sólo se nutre de la ciencia médica, sino también del Estado y la iglesia, quienes refuerzan esta concepción tradicional del ser mujer.

De esta forma, tanto las tecnologías como los valores impregnados y materializados en ellas posibilitaron la medicalización progresiva y generalizada de los servicios de maternidad a nivel global, ocasionando que la asistencia al parto se considere como un proceso necesario, concerniente a los expertos, y centrado en el útero y en el feto de manera casi exclusiva. La medicalización y tecnificación aplicadas a la asistencia del parto aparecían como la visión dominante respecto a las soluciones para el problema de la mortalidad materna, pues se consideraban como elementos incuestionables debido a la asociación del parto con los conceptos de riesgo, vulnerabilidad y fragilidad –a su vez enmarcados en una subvaloración de lo femenino–; que podían ser mitigados con el despliegue de la técnica médica en detrimento de las dimensiones de fisiología y naturalidad que lo atravesaban (Borges et al. 2018).

Al incorporar en el análisis la dimensión política que marca el *framing* de las políticas para la reducción de la mortalidad materna, es posible pensar en los instrumentos de política que se crean para atender al problema como el reflejo o la materialización de los valores e intereses de determinados actores, en este caso, de élites políticas, científicas e incluso religiosas; pues la iglesia católica brindó soporte a la construcción de lo femenino que se requería para la medicalización progresiva de los procesos fisiológicos de la mujer. En este sentido, los instrumentos de política centrados en la medicalización del parto, en tanto artefactos socio-técnicos, aparecen como signos tecnológico-culturales (Frost 1992) que permiten estudiar cómo se construyeron los arreglos clave para la efectivización de las estrategias de gobierno y sus finalidades explícitas.

Por tanto, aunque la medicalización del parto aparezca como una construcción de lo social acabada, cabe poner de relieve que antes de que la salud materno infantil se constituyera como un objetivo de las políticas estatales e iniciara la tecnificación de la asistencia al parto, las parteras tradicionales jugaban un rol fundamental, el cual se mantuvo hasta finales el siglo XVII e inicios del siglo XVIII. Las denominadas matronas eran las encargadas de asistir al parto de mujeres independientemente de su clase social. El nacimiento, al considerarse como un asunto de “lo

femenino”, no requería de cualificaciones profesionales y no se pensaba como un trabajo digno para los hombres. Esto, como se mencionó inicialmente, cambiaría hacia el siglo XVIII, donde la utilización de instrumentos para asistir el parto, que precisaban de conocimiento técnico y fuerza como características asociadas a lo masculino; contribuyó al desarrollo de la figura del hombre-partero.

El enfoque biomédico adquirió preeminencia debido a dos razones estrechamente vinculadas. Por una parte, el incremento de universidades y de médicos posibilitó que estos ya no sólo intervinieran en los casos que se consideraban más dificultosos; por otro lado, la incorporación de la técnica asociada a la utilización de los fórceps obstétricos como herramienta para aplicar en la asistencia al parto, ocasionó que esta sea considerada como un campo apto para la presencia masculina (Biurrun 2017). Los fórceps obstétricos, como una de las primeras tecnologías, aunque aparentemente hayan sido introducidos con el objetivo de alcanzar mayor eficiencia en la asistencia al parto o para incrementar el bienestar de la mujer en términos universales; en realidad representan cómo entre un infinito arsenal de motivaciones y valores humanos, unos prevalecen sobre otros (Kurt 2000; Winner 1980). En este sentido, lo que va determinando el curso de las intervenciones no es la tecnología en sí misma; sino las ideas las ideas acerca de cómo debería funcionar y para qué. Así, el inicio de la tecnificación y medicalización en la asistencia al parto trajo consigo todo un ensamblaje socio-técnico funcional a su predominio, en el cual se detectaba la hegemonía de lo blanco/masculino, se atendía al parto como una enfermedad, y se recomendaba el uso de la cama y de determinadas posturas a la hora del parto. Estos elementos, más que una necesidad o decisión de las mujeres, respondían a las condiciones requeridas para que el profesional sanitario pudiera desplegar su trabajo.

En el siglo XIX se mantuvo el protagonismo de la figura del hombre-partero, hecho que coadyuvó a la generalización de la medicalización de la asistencia al parto. Cabe recalcar que esta se desempeñaba en el ámbito de lo privado, asociándose con familias de poder económico; ello debido a que la atención en hospitales era considerada como signo de pobreza y exclusión, porque esta inició como una actividad caritativa. Posteriormente, ya entrado el siglo XX, tanto el progreso tecno-científico como el fortalecimiento de la idea programática del parto como un proceso riesgoso; justificaron su traslado a los hospitales, así como el dominio absoluto del proceso por parte del personal médico. Con la institucionalización del intervencionismo a nivel obstétrico, a su vez, se reforzaron las concepciones acerca de la vida y la salud como cuestiones

exclusivamente biológicas; desembocando en la pérdida de autonomía de las mujeres sobre sus propios cuerpos. Estos, disociados de sus subjetividades, incluso se convirtieron en objeto de clasificación a partir de los discursos de riesgo.

Así pues, desde los años setenta del siglo XX, aún en ausencia de una institucionalidad formal, se empieza a reflexionar acerca de la violencia intrínseca al modelo convencional biomédico. En consecuencia, para la década de los noventa e inicios del año 2000, en diversos países, se comienza a evidenciar un cambio en los sistemas políticos e institucionales que, a través de un modelo de atención con énfasis en la mujer, basado en evidencias y en la interculturalidad; materializaban estrategias con base en la idea programática de humanización en contraposición al esquema biomédico (Almaguer, García, y Vargas 2012, 56; Borges et al. 2018, 2). Es así que los partos humanizados, respetados, o denominados como partos de experiencia positiva nacen como una alternativa a la hegemonía del parto biomédico (Moral 2013).

Este tránsito permite entrever que la realidad se va co-construyendo a partir de dinámicas de negociación y disputa, fruto de las cuales se va estableciendo una red de relaciones estable que, sin embargo, no es indiscutible o inmutable a lo largo del tiempo. Precisamente la incorporación de la idea de humanización del parto configura una controversia que permite negociar y rechazar la representatividad vigente, es decir, el predominio de la neutralidad del modelo convencional medicalizado, de la figura del hombre blanco, occidental y heteronormado, del paternalismo en la asistencia al parto, y de la concepción de los procesos reproductivos de la mujer asociados a la enfermedad (Biurrun 2017). En este sentido, los momentos de controversia aparecen como aquellos que posibilitan evidenciar cómo se ejerce el poder; en este caso, cómo el ejercicio derivado del modelo biomédico desemboca en determinadas formas de violencia porque reviste a los profesionales de la salud de un poder que deviene del saber científico.

Precisamente un hito en el examen crítico al modelo convencional medicalizado se ejecutó por medio de la tipificación de la violencia obstétrica. Esta ha sido calificada como toda violencia de carácter institucional justificada por los estereotipos de género que persisten en el sistema biomédico, estrechamente asociados a la subvaloración del sexo femenino (Lafaurie et al. 2019). Por una parte, se trata de un fenómeno sistémico e institucionalizado en los sistemas de prestación de salud, que bajo el paraguas de los discursos de riesgo y la urgencia de atenderlos se

traducen en la ejecución de procedimientos⁴⁸ que atentan contra la autonomía y seguridad de las mujeres porque se enmarcan en una relación asimétrica de poder entre el personal médico y la paciente (Díaz 2016). Por otro lado, el vínculo con la subvaloración del sexo femenino hace que la violencia obstétrica sea considerada como un tipo específico de violencia de género que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos, es decir, como un tipo de violencia que se ejerce sobre las mujeres por su condición de ser mujeres y por la transgresión de los cuerpos femeninos en trabajo de parto al deber ser de la femineidad construido por un orden social patriarcal (Cohen 2015). En suma, esta forma de violencia se comprende a partir del control que ejercen los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres; desembocando en tratos deshumanizados, patologizantes y basados en la medicalización. En términos más amplios, la violencia obstétrica aparece como un fenómeno bidireccional, debido a la forma en la que está organizado el sistema sanitario como tal, pudiendo no solo desembocar en formas de violencia para las madres y los recién nacidos; sino incluso hacia los profesionales de la salud respecto a su dimensión emocional. En cierto modo, la violencia obstétrica se configura como un tipo de violencia simbólica, debido a que el saber científico por medio del cual se ejerce aparece como algo invisible y legítimo (Biurrun 2017, 26-28).

La idea programática de violencia obstétrica encerró un cuestionamiento profundo a los ejes del modelo técnico/biologicista, específicamente a su omisión de las mujeres como sujetos de derechos y como protagonistas del parto en su diversidad, así como a los procedimientos innecesarios y perjudiciales para la salud materna e infantil. La materialización de la idea programática de violencia obstétrica en instrumentos legales y políticas públicas en diversos países, así como en tratados y convenios internacionales; posibilitó traer al centro del debate a los elementos que quedaban excluidos al enmascarse bajo la etiqueta de las meras “cuestiones técnicas”, que devenían como incuestionables debido a su origen en la dinámica performación/ocultamiento que produce la verdad científica de los expertos (Hilgartner 2001; 2012). Esto posibilitó que el debate posicionara la necesidad de ir más allá de la actualización de

⁴⁸ Procedimientos innecesarios como cesáreas forzadas o no justificadas, intervenciones quirúrgicas que no fueron decisión de la mujer o que no fueron autorizados por ella, la epistomía en tanto proceso para acelerar el parto, el uso de fórceps obstétricos, obligar a ejecutar determinadas posiciones durante el parto; así como la discriminación o burlas hacia las mujeres gestantes.

los conocimientos médico-clínicos y tecnológicos; para resaltar la urgencia de pensar en otras formas de producir el conocimiento como base de la práctica médica.

En este escenario, durante el periodo de los ochenta y noventa –y en adelante–, tanto a nivel mundial como regional, los movimientos de mujeres y feministas jugaron un rol fundamental. Estos empezaron a tomar protagonismo a través de la construcción de nuevos espacios de movilización y acción de carácter transnacional; trastocando a través de sus recursos y habilidades la distribución de poder vigente (Marsh y Smith 2000). Esto quiere decir que debido a la incidencia de los movimientos de mujeres se empezaban a modificar las estructuraciones dadas por las relaciones jerárquicas construidas con base en el sexo/género, por medio de la organización y la coordinación que influían en las formas y en la amplitud que adquirirían los debates acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Chen 2004, 269-70).

La cohesión de los movimientos de mujeres, en un primer momento, se da alrededor de la idea programática de equidad y solidaridad entre mujeres diversas. En torno a esta se iban configurando redes transnacionales con la capacidad de cuestionar la estructura de sexo/género que marcaba el contexto vigente que, a su vez, regentaba la praxis médica convencional. La afectación de este último, así como la distribución de recursos dominante, en su dimensión y velocidad, se modificaba por las habilidades de los movimientos de mujeres (Kisby 2007; Marsh y Smith 2000). Entre estas, resaltaban la capacidad de creación de foros de discusión e infraestructuras de comunicación permanentes y transnacionales, de revistas feministas regionales, de vínculos personales e informales guiados por temas en común y de un calendario feminista; todas estas acciones se orientaban a la construcción de una comunidad feminista con el potencial de ubicar a los movimientos en un ámbito más amplio que el local (Chen 2004, 277). Es así que los movimientos transnacionales de mujeres aparecen como el resultado de un proceso configurativo de factores exógenos –contexto estructural marcado por la globalización– junto con elementos endógenos, referentes a las capacidades organizativas de las mujeres para aunar esfuerzos en su lucha por posicionar las desigualdades de género en las agendas locales e internacionales (Chen 2004; Marsh y Smith 2000).

Entre las acciones estratégicas de las mujeres sobresale la capacidad de despliegue de acciones pluri-locales, que específicamente en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, contribuyeron a la edificación de una base de comprensión común acerca del

cuerpo, la salud y la sexualidad de las mujeres más allá de la función reproductiva. Esto se tradujo en la movilización de la opinión pública en torno a la crítica a la praxis médica convencional para la atención al parto, así como en la irrupción en los espacios de debate a nivel internacional. A continuación, se detallan los principales movimientos y organizaciones de mujeres y feministas y sus estrategias, así como algunos de los actantes no humanos en la forma de tratados, instrumentos, leyes o espacios de discusión a nivel internacional que viabilizaron que los instrumentos de política referentes al parto humanizado sean un componente integrado en la estrategia de política orientada a la reducción de la mortalidad materna en el periodo subsiguiente.

En primera instancia, se identifican tres conferencias mundiales sobre la mujer que se celebraron en la ciudad de México en 1975, en Copenhague en 1980 y en Nairobi en 1985. El centro de estas conferencias era la igualdad de género, pero específicamente se hablaba ya de salud reproductiva y, en ese marco, del acceso a servicios de salud adecuados que permitan a las mujeres vivir de manera segura el embarazo y el parto. Específicamente, en la Conferencia Internacional de Nairobi nace la Iniciativa en pro de una maternidad sin riesgos, constituyéndose como la primera conferencia que se centra específicamente en la salud de la mujer. A partir de entonces el problema de la mortalidad materna adquiere creciente visibilidad, por lo que se definen acciones en referencia a las complicaciones obstétricas y los embarazos no deseados; además, se comienza a hablar del parto limpio y seguro cuyo centro eran los cuidados obstétricos esenciales.

Por otro lado, está el V Encuentro Internacional de Mujer y Salud, efectuado en el año de 1987 y coordinado por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe –RSMLAC– junto a la *Womens Global Network for Reproductive Rights* –WGNRR– (Chen 2004; Portugal 2011). Este es de relevancia porque de él surge el Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer y la Campaña de Acción contra la Mortalidad y Morbilidad Materna. El primero posicionó la mortalidad materna como eje central de la salud de las mujeres, ejerciendo agencia por medio de la difusión de información que las empoderaba y contribuía a la desmitificación del sistema de medicina dominante, ya que visibilizaba sus consecuencias negativas para generar conciencia acerca de por qué estaban muriendo las mujeres. Por su parte, la campaña en cuestión fue el primer paso estratégico que marcó el desarrollo del movimiento internacional de salud de las mujeres, porque de forma inédita abordaba el problema de la mortalidad materna desde una perspectiva feminista (Portugal 2011).

Ambos fueron el resultado de un arduo trabajo entre redes de mujeres, que se basaba en conectar las ideas de las mujeres de la región con las de las mujeres de otras naciones del mundo. Todas, por medio del activismo, la escritura de artículos académicos y su traducción para alcanzar una difusión amplia, y un intenso trabajo de movilización en cada una de sus localidades; lograron que más de 100 organizaciones de mujeres de 45 países participaran y se cohesionaran en torno a la idea de la previsibilidad de la mortalidad materna y la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en su diversidad. De forma específica, la Campaña de Acción contra la Mortalidad y Morbilidad Materna posicionó el trabajo de las diversas organizaciones, redes nacionales y regionales de mujeres realizado desde finales de los años 70; generando una profunda influencia en acciones subsiguientes, como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, donde se reconocieron los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

Si bien esto aconteció en 1987, para 1996, ambas redes –RSMLAC y WGNRR– realizan una revisión tanto del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer como de la Campaña de Acción contra la Mortalidad y Morbilidad Materna. Esta reunión se efectuó en Ecuador, en la ciudad de Cuenca; con la finalidad de adecuar las estrategias de incidencia en consonancia con las problemáticas surgidas con el paso de los años. Desde ese año las iniciativas de las mujeres activistas no cesaron, centrándose en el reclamo al acceso a servicios de salud de calidad, a educación, a información y al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por parte de los gobiernos. Además, fruto de su movilización estratégica se logra la institucionalización del Día Internacional de la Mujer y del Día Internacional Por la No Violencia contra las Mujeres; lo cual permite evidenciar cómo los movimientos de mujeres y redes de mujeres feministas emplean sus recursos y habilidades para incidir de forma efectiva en la distribución de poder vigente como base del contexto estructural (Marsh y Smith 2000; Portugal 2011).

Estos procesos de lucha permiten entrever que la RSMLAC jugó un rol fundamental en la región, con un espectro de actuación que se va ampliando para incluir cuestiones referentes a la importancia de la diversidad cultural, sexual y étnica en las problemáticas y riesgos para la salud y la efectivización de los derechos de las mujeres como uno de sus ejes centrales. Dicha red permite evidenciar la importancia del despliegue de acciones estratégicas por parte de los agentes para incidir en el contexto estructural y transformar las dinámicas de dependencia de recursos que

lo marcan (Marsh y Smith 2000). En este sentido, la RSMLAC no solo cuenta con importantes elementos referentes a su planificación estratégica interna y de toma de decisiones; sino que también a nivel externo participa de múltiples alianzas dentro y fuera de la región, lo que le permitió desarrollar herramientas de monitoreo a la implementación de acuerdos internacionales, potenciar las voces y demandas de las mujeres en los ámbitos nacional e internacional, y sostener los avances gubernamentales materializados en leyes, decretos e instituciones de promoción y protección de los derechos de las mujeres. La RSMLAC cuenta con tres enlaces nacionales en Ecuador, siendo estos: SENDAS, SURKUNA y CEPAM (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe 2021).

Adicionalmente, se identifican otras tres organizaciones que promovieron arduamente el parto humanizado: la Red por la Humanización del Parto y Nacimiento –REHUNA–, la Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad –CIMS– y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento –RELACAHUPAN–.⁴⁹ Entre estas organizaciones, la Red por la Humanización del Parto y Nacimiento –REHUNA– tiene un papel fundamental en la estructuración de un movimiento más amplio que se denomina movimiento por la humanización del parto, el cual tiene como finalidad principal fomentar la disminución de intervenciones innecesarias e impulsar el acompañamiento del embarazo, el parto y la lactancia desde la idea programática de humanización del parto; es decir, desde la concepción de este como un proceso fisiológico en el que debe primar la medicina basada en evidencia y, principalmente, la autonomía de la mujer. Su accionar se ha orientado a posicionar un paradigma humanista en los espacios institucionales de atención en salud a través de la administración de cuidados por parte de diversos actores que no necesariamente son parte del personal médico; la difusión de conocimientos acerca del parto humanizado; el activismo dirigido a incidir en el diseño de políticas públicas para la efectivización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; la resistencia al modelo convencional medicalizado y el entrenamiento profesional para un acompañamiento humanizado del parto.

Específicamente en lo concerniente a las acciones efectuadas para incidir en la formulación de políticas públicas, la REHUNA se ha constituido como un referente nacional e internacional. En

⁴⁹ Esta red surgió como resultado de los trabajos durante el taller post Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y el Nacimiento en la ciudad de Fortaleza. Además, la red se extiende a Ecuador con un enlace nacional en territorio (Almaguer, García, y Vargas 2012; Red IFMAN de América Latina y el Caribe 2003).

Brasil accionó de forma directa para la implementación de la primera política pública explícita para la humanización del parto en 1990. A nivel internacional, sobresale su participación en la Conferencia sobre la Tecnología Apropriada para el parto, así como su rol en uno de los cinco puestos de la sociedad civil en el Comité Asesor de la iniciativa “Una promesa renovada para las Américas” –aunque esta se da en un periodo que sobrepasa al análisis de contexto–.

Por una parte, la Conferencia sobre la Tecnología Apropriada para el Parto celebrada en la ciudad de Fortaleza en el año 2000 fue un hito, y se plasmó en la Declaración de Fortaleza. Se impulsó desde la Organización Mundial de la Salud –OMS–, la Organización Panamericana de la Salud –OPS–, la Agencia de Cooperación Internacional de Japón –JICA–, y la Red por la Humanización del Parto y Nacimiento –REHUNA–; y desembocó en una revisión crítica del modelo de atención biomédico posicionando a la idea programática de humanización como un pilar central del desarrollo de los países (Biurrun 2017; Red IFMAN de América Latina y el Caribe 2003; REHUNA 2021; Organización Mundial de la Salud 1985). Por otro lado, la iniciativa “Una promesa renovada para las Américas” se encaminó reducir las inequidades en la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente en América Latina y el Caribe; objetivo que se plasmó en el compromiso para eliminar las muertes maternas e infantiles prevenibles mediante la reducción de inequidades en salud contenido en la Declaración de Panamá de 2013, reafirmado por 27 países de la región, incluyendo Ecuador. La iniciativa expuesta se impulsó desde el seno del Movimiento Global “Cada mujer, cada niño”. Este se constituye como un movimiento global que moviliza la acción internacional y a nivel de cada nación para trabajar sobre los desafíos decisivos que marcan el cumplimiento del derecho a la salud de mujeres, niños y adolescentes (Every Woman Every Child y Latin America and Caribbean 2017; REHUNA 2021).

Además de lo expuesto, varios países de la región y el mundo, incluido Ecuador, han suscrito múltiples tratados y convenios internacionales. Estos han ejercido agencia al abordar explícitamente las diversas formas de violencia de género, incluyendo la violencia obstétrica; al promover el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en tanto derechos humanos; y al posicionar en el centro del debate la reflexión acerca de los desafíos que suponen las tecnologías conexas a la medicina en sociedades plurales y en relación a los derechos humanos (Casado 2009; UNESCO 2005). Entre estos sobresalen: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 –CEDAW– y la

Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993 que funciona como complemento de la primera; la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo donde la salud sexual y reproductiva se define por consenso internacional, celebrada en El Cairo en 1994; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres Belém Do Pará del mismo año; la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995; la Cumbre del Milenio, en la cual se pone énfasis en la mejora de la salud materna y en la reducción de la mortalidad infantil; la resultante Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2000 que colocan el centro la lucha contra la pobreza y la desigualdad como determinantes de la mortalidad materna; y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005 (Biurrun 2017; UNESCO 2005; United Nations 2021). Además, en el año 2000 la OMS despliega la Iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo cuyo propósito es que los países fortalezcan sus sistemas de salud a través de intervenciones basadas en evidencia orientadas a reducir la mortalidad materna (Organización Mundial de la Salud 2010).

Finalmente, de entre todos los países de América Latina sobresalen las experiencias de Venezuela y Argentina. En Venezuela, en 2006, se tipifica la violencia obstétrica por primera vez en el ámbito institucional, a través de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida sin Violencia. En dicho instrumento legal se estipula que la violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, es un problema de salud pública y de violación sistemática de derechos humanos; constituyéndose como una innovación respecto a las concepciones jurídicas tradicionales en materia de regulación de conductas punibles. El movimiento de mujeres jugó un rol fundamental en esta transformación, pues posibilitó que la violencia de género pase de ser considerada como un problema privado o doméstico, a ser abordada como objeto de intervención estatal. De este modo, la ley en mención ejerce agencia al definir a la violencia obstétrica como “determinadas formas de maltrato debidamente definidas en la norma, ejecutadas en contra de la mujer antes y durante el parto o durante una emergencia obstétrica”; concepción que marca un hito en la región (Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela 2006, 12).

Por su parte, Argentina se constituyó como referente con la promulgación de la Ley Nacional de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento y la Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre Difusión del Parto Humanizado (Almaguer,

García, y Vargas 2012, 50). Esto debido a que en dicha nación el parto humanizado toma como centro el respeto a los derechos de los padres e hijos al momento del nacimiento; es decir que se posiciona en consonancia con los deseos y necesidades de la familia. Finalmente, también están las experiencias de Bolivia y Perú, que, al igual que Ecuador, fueron signatarios del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo de 1989 sobre pueblos indígenas, el cual ejerce agencia ya que alienta la adecuación cultural de los servicios de salud, posiciona la importancia de la consideración de la medicina tradicional y subraya la necesidad de diálogo entre ambos modelos de prestación de servicios de salud (Organización Internacional del Trabajo 2009, 53, 54); introduciendo en el debate la relevancia de la pluriculturalidad en las iniciativas orientadas a la humanización del parto. Así también, los tres países en mención ratificaron en 2007 la Declaración de las Naciones Unidas sobre derechos de los pueblos indígenas, donde se determina su derecho de participar en la elaboración de los programas de salud en cada país.

En términos amplios, la institucionalidad de varios países de la región permite entrever cómo las transformaciones fruto del impulso de la idea programática de humanización se configuran como la base de nuevos cambios en el contexto estructural, que van más allá de la necesidad de una atención en salud humanizada. Estos empiezan a escalar en su nivel de complejidad y se traducen en el despliegue de políticas relacionadas con los pueblos indígenas, la medicina tradicional y las prácticas de adecuación intercultural de los servicios de salud materna (Paz, Gambirazio, y González 2010). Por ello, debido a la proliferación de diversas experiencias a lo largo de América Latina, *Family Care International* –FCI– con el apoyo técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo –AECID–, emprendió el “Proyecto Regional Modelos de Adaptación Cultural de servicios de Salud Materna: una propuesta de sistematización y análisis”, el cual buscó generar una base de información de las experiencias existentes relativas a los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en el área de salud materna desde una perspectiva intercultural. Esta propuesta ejerció agencia en tanto se orientó a contribuir a la implementación del Plan Andino de Salud Intercultural, específicamente su línea estratégica de adecuación cultural de los servicios y sistemas de salud, promovido por el Organismo Andino de Salud (Paz, Gambirazio, y González 2010, 259).

De este modo, en el siguiente apartado se muestra cómo lo acaecido en Ecuador en materia de diseño de políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna obedece a un proceso

histórico mundial y regional más amplio, el cual consistió en el posicionamiento de la idea programática de humanización del parto como respuesta a las consecuencias negativas de las intervenciones centradas en el modelo convencional medicalizado. En el marco de una controversia se hace evidente que estas últimas no hacían parte de la comprensión de las causas de la problemática de la mortalidad materna, por ende, tampoco del despliegue de las potenciales soluciones en un marco de efectividad. Es pertinente recordar que el *policy framing*, en tanto proceso a través del cual se identifican y posteriormente se construyen los problemas, sus causas y las posibles soluciones, no se reduce a un procedimiento lineal de ajuste; sino que se comprende desde su dimensión social y política, es decir, desde las luchas de poder y disputa por la distribución de recursos en un escenario caracterizado por múltiples lecturas acerca del mismo asunto a atender (Peters 2015).

2.2. La Política Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador 1960-2006: ideas programáticas, red y contexto en relación dialéctica

Siguiendo la propuesta de Marsh y Smith (2000), se toma como punto de partida la imposibilidad de realizar una distinción *a priori* entre factores endógenos –redes– y exógenos –contexto estructural–; por lo que se resalta la existencia de una relación dialéctica o de mutua afectación entre ambos. Sin embargo, con una finalidad analítica, el contexto estructural será considerado como una suerte de “factor exógeno” a la red conformada en este periodo, que ejerce presiones u ofrece oportunidades. En esta línea, se comprenderá al contexto estructural como aquel que está marcado por relaciones de poder asimétricas que se reflejan en las preferencias de los tomadores de decisiones y en las estructuraciones dadas por elementos como el género, la clase y la raza (2000, 6-9). De este modo, la categoría de contexto estructural hará posible rescatar la importancia de los factores políticos, institucionales, económicos e ideológicos, del conocimiento experto y de la red de actores que hacen parte de él en los resultados de política. En este marco, a continuación, se exponen los elementos que caracterizaron al contexto estructural del caso ecuatoriano, en el momento previo al impulso de estrategias de asistencia sanitaria perinatal humanizada y culturalmente adecuada.

La construcción del Sistema Nacional de Salud –SNS– estuvo caracterizada por una institucionalidad centralizada que marcó la década de los años sesenta y setenta en Ecuador (C. Hermida 2007, 284). Para este periodo primaba un modelo desarrollista de base agroexportadora

que inició el despegue de la modernización capitalista del país y que posteriormente se consolidó con el desarrollismo petrolero durante la década de 1970 (Paz y Miño 2021). El neoliberalismo ecuatoriano, que más que sustentarse en una teoría económica se apoyó en las ideas de las élites económicas que contaban con décadas de conciencia de clase a favor del retiro del Estado; se trasponía o se evidenciaba también en un modelo de provisión de salud deficiente. Esto debido a que lo público se consideraba como una manifestación “comunista” que se contraponía a la idea de que las inversiones y el favorecimiento de las élites económicas eran los únicos factores capaces de promover la modernización. Por tanto, se asumía que el Estado tenía el deber de ejecutar políticas favorables a los intereses empresariales. A esto se suman los rasgos de racismo, clasismo y menosprecio de lo popular y de las condiciones de vida de la población pobre, que se atribuían a una suerte de incapacidad casi natural de generación de riqueza y emprendimiento.

En este escenario, en los primeros años de la década de los sesenta el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social –IESS– jugó un rol importante principalmente en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, debido a que lideró la construcción de hospitales equipados con tecnología que los asociaba con la “modernidad”. En la segunda mitad de la década de los sesenta se creó el Ministerio de Salud Pública –MSP–, el cual se fortaleció en la década siguiente debido al servicio rural de médicos y a su adscripción a la mayoría de camas hospitalarias nacionales, principalmente del Servicio de Asistencias Sociales Provinciales de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa; lo cual vigorizó su capacidad para atender a la población ecuatoriana. Durante este periodo también emergen instituciones de carácter semi-público, que, manteniendo su autonomía del MSP, reciben financiamiento del gobierno central. En los años setenta la actividad privada cobra fuerza con su oferta de servicios clínicos, este cambio en el contexto da lugar a la proliferación de agrupaciones gremiales de colegios y a la Federación Nacional de Médicos.

Debido a esta multiplicación de actores, en los años ochenta se despiertan debates en torno a la necesidad de que estos tres modelos de provisión de servicios de salud divorciados –el público, el semi-público y el privado– sean coordinados de manera interinstitucional. Surge así la propuesta creación de un organismo de representación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, conformado por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud que apoye al MSP, promueva el diálogo entre actores e impulse la participación y control social en el ejercicio del derecho a la salud. No obstante, la propuesta del Consejo Nacional de Salud –CONASA–, en tanto instancia de coordinación, no se concreta sino hasta la década de los

noventa; debido a la incidencia de movimientos sociales nacientes y a las consecuentes experiencias de participación ciudadana que se derivaron de esta dinámica. En este momento sobresale el rol del movimiento de mujeres y el movimiento indígena en su lucha por el acceso a la salud, en medio de un contexto caracterizado por el neoliberalismo manifestado en esfuerzos de privatización y reducción de lo público.

A partir de este periodo se identifican varias leyes, acuerdos y políticas relevantes que, en tanto artefactos socio-técnicos, ejercieron agencia en el contexto estructural que antecedió a la creación de estrategias de humanización y adecuación cultural del parto. A continuación, se aborda cada una de ellas. En primera instancia está la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia⁵⁰ creada en 1994 y revisada en 1998,⁵¹ 2000 y 2005. Dicho instrumento nació debido a la presión y las reivindicaciones de las organizaciones de mujeres, apoyadas en los instrumentos internacionales para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva, y canalizadas a través del Consejo Nacional de Mujeres –CONAMU–;⁵² sin embargo, al ser el instrumento legal más importante en relación a la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por operativizar los compromisos relativos a la salud materna y reproductiva asumidos por Ecuador en medio de una atmósfera conservadora, apenas se puso en vigencia en 1998 y se implementó en 1999. Algunos de los actores que se vinculan a la creación de este instrumento son: MSP, CONASA, OPS, CONAMU. Este último acogió las demandas de otras organizaciones de mujeres como Coordinadora Política de Mujeres, Foro de Mujeres y Mujeres por la Autonomía (González 2011, 61).

Existía un escenario favorable para la creación de este instrumento no solamente por el ejercicio de incidencia de los movimientos de mujeres; sino también por lo que sucedía con diversos organismos internacionales; por ejemplo, precisamente en estos años, la Organización Panamericana de la Salud –OPS– señaló la necesidad de un proceso de reforma en materia de salud, definiéndolo como una transformación integral de los sistemas de salud y estableciendo los

⁵⁰ La aplicación de la ley se financiaba del incremento del 3% de las tarifas del impuesto a los consumos especiales –ICE– y del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano.

⁵¹ En 1998 se agrega a la denominación de la Ley de Maternidad Gratuita la frase “y Atención a la Infancia”, con la finalidad de que esta ya no solo otorgue recursos para la atención del embarazo, parto y puerperio; sino que se extienda a los niños menores de cinco años.

⁵² La creación del Consejo Nacional de Mujeres se da en el año de 1997, este organismo surge con la finalidad de formular y promover políticas públicas con enfoque de género, asegurar el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres y mejorar sus condiciones de vida.

critérios rectores para la región con base en los principios de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social (Castillo 2015, 112). En suma, se trata de dos elementos del contexto favorables: el desarrollo y fortalecimiento de movimientos sociales para mejorar las condiciones de vida de las mujeres; y las iniciativas hacia la reforma del sector salud que buscaban un cambio del énfasis en la privatización de los servicios (González 2011, 71). En el contexto ecuatoriano, estos esfuerzos de reforma se materializaron en la LMGYAI, cuyo objetivo recaía en reducir la mortalidad materna por medio del mejoramiento del acceso de las mujeres a una atención de salud de calidad; por lo que a través de ella se establece la gratuidad⁵³ y el acceso universal a la salud sexual y reproductiva como un derecho y se establecen mecanismos de participación social y veeduría ciudadana como una garantía de cumplimiento. Cabe recalcar que en dicha ley los agentes de medicina tradicional, en términos operativos, veían limitada su labor al ejercicio de referencia para el parto institucional⁵⁴ (González 2011).

A partir de la creación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se fomentaron iniciativas locales para la constitución y desarrollo de los Consejos Cantonales de Salud, y, más tarde, en 2002, para la generación del manual operativo del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Castillo 2015, 118). Es así que esta ley ejerció agencia impulsando el cumplimiento del derecho a la atención en salud gratuita y de calidad durante el embarazo, parto y postparto; así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva (Congreso Nacional del Ecuador 1994). La LMGYAI no sólo facilitaba la operativización de la legislación; sino también de los varios compromisos relativos a la salud materna y reproductiva asumidos por el Ecuador como parte de la reforma en lo concerniente a la salud materna, enmarcada en los derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud Pública 2008a, 23). Cabe recalcar que, aunque en la LMGYAI se hace una breve mención a los agentes de medicina tradicional, el instrumento vigente denominado Guía básica para la atención y manejo de las Emergencias Obstétricas pro niveles de complejidad los consideraba como un factor de riesgo.

⁵³ A través de la ley se busca cubrir los gastos de medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios requeridos para la atención de la mujer embarazada, los recién nacidos y los niños menores de cinco años (Congreso Nacional del Ecuador 1994).

⁵⁴ Para este momento el MSP aún no contaba con mecanismos definidos para la acreditación de agentes de salud tradicional en el país. Sin la vinculación legal y con ausencia de un mecanismo formal de reconocimiento y acreditación de los agentes tradicionales de salud, era imposible retribuir sus prestaciones, así como institucionalizar iniciativas basadas en un modelo de atención intercultural.

Tres años más tarde de la creación de la LMGYAI se impulsa la Asamblea Constituyente de 1997, que con su llamado de “todas las voces a la constitución” registró una fuerte presencia de los nuevos movimientos sociales de mujeres, indígenas, ambientalistas y jóvenes. La emergencia e irrupción de estos “nuevos” actores sociales resultó ser de vital importancia para el cuestionamiento de los intereses hegemónicos que marcaban el contexto del momento, porque para entonces los indígenas, las mujeres y los jóvenes no eran considerados como sujetos políticos frente al Estado. La activa participación política tanto del Movimiento de Mujeres como del Movimiento Indígena en la caída de Abdalá Bucaram ocasionó que estos se posicionaran en la opinión pública como dos de los movimientos sociales más fuertes en el país, logrando la visibilización y validación de sus demandas.

No obstante, cabe recalcar que antes de la crisis institucional ocasionada por la caída de Abdalá Bucaram, a partir de la cual Fabián Alarcón convocó a una reforma en profundidad de la constitución vigente –correspondiente al año 1979–; el movimiento de mujeres se caracterizaba ya por una fuerte organización para el planteamiento de demandas de reconocimiento y reivindicación de derechos desde el año de 1960. A pesar de que estas últimas adquirieron mayor fuerza a partir del Año Internacional de la Mujer, en 1975; aún se abordaban tímidamente cuestiones en torno a salud y sexualidad, incluyendo asuntos referentes al uso de anticonceptivos, educación sexual, número de hijos y obligaciones respecto a la crianza. Ya en los años 80 se crea el primer espacio político de articulación de las mujeres políticamente independientes denominado “Mujeres por la democracia”, a pesar de que esto sucede en un ambiente de divergencias entre mujeres de diversa orientación política, existía un objetivo común que radicaba en la crítica a la violencia contra la mujer. Precisamente para la década de los noventa se crea el Foro Permanente de la Mujer Ecuatoriana, mismo que logra la aprobación de un proyecto de ley contra la violencia contra la mujer y la familia (Valdez 2006, 288).

Es así que el Movimiento de Mujeres contaba con experiencia acumulada para enfrentar un reto histórico: el de participar en la construcción de una nueva constitución a través de una Asamblea Nacional Constituyente. Esta fue el canal de expresión de la crisis institucional de ese momento, evidenciando la crisis social y económica que se manifestaba en la agudización de brechas de desigualdad debido a un modelo económico neoliberal; así como la debilidad institucional del Estado ecuatoriano y la crisis de partidos incapaces de procesar las demandas sociales. La motivación central del Movimiento de Mujeres era conseguir que los derechos y garantía

constitucionales sean vida cotidiana (Valdez 2006, 288). En este escenario se despliega una dinámica de negociación entre los sectores políticos tradicionales y los nuevos actores sociales, de la que resulta el reconocimiento de un paquete importante de derechos y garantías fundamentales en el ámbito de un proceso más amplio de construcción de ciudadanía de las mujeres⁵⁵ (Vela 2006, 264, 265).

Cabe recalcar que la incidencia del movimiento de mujeres no se limitó a la reivindicación de derechos específicos; sino que buscaba posicionar un cuestionamiento más profundo al carácter de universalidad que se le atribuía a la democracia ecuatoriana, tomando como punto de partida el hecho de que la ciudadanía y los derechos estaban revestidos de un carácter parcial y excluyente. Se trataba de un esfuerzo de reconceptualización de la nación ecuatoriana, que, en términos estratégicos, se efectuaría a través de la incorporación en el texto constitucional de un conjunto de reformas en torno a los siguientes temas: ciudadanía y derechos políticos; familia e infancia; educación y cultura; salud y derechos sexuales y reproductivos; trabajo y seguridad social; economía y propiedad (Vela 2006). Para ello, el movimiento de mujeres desplegó sus estrategias y habilidades, que, como se mencionó anteriormente, estaban nutridas del proceso de lucha histórica iniciado en años anteriores, fruto del cual resultó una maduración de ideas y objetivos. Entre estas resaltaron la capacidad de establecer alianzas en el frente interno –entre mujeres– y externo –con los actores políticos inmersos en el proceso constituyente–;⁵⁶ así como la capacidad de diálogo, persuasión, presencia y seguimiento constante en favor de sus intereses genéricos.

La nueva conceptualización de ciudadanía que buscaba el movimiento de mujeres tomaba como base el reconocimiento del derecho a la autodeterminación de las mujeres sobre sus propios cuerpos, es decir, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Esto implicaba la aplicación del enfoque de género en la institucionalidad ecuatoriana y en las políticas públicas, que no se daría de forma automática; sino que requería que se pase de considerar a la

⁵⁵ No obstante, a pesar del reconocimiento de importantes derechos y garantías específicamente de las mujeres, las élites políticas logran mantener los temas relativos a la economía, la política, la administración del gobierno y la justicia en favor de sus intereses (Vela 2006, 265).

⁵⁶ Fue decisivo el hecho de que Gloria Gallardo, abierta a asumir las demandas del Movimiento de Mujeres aún si haber pertenecido a él, fue nombrada como Presidenta de la Comisión de la Mujer, el Niño, la Juventud, la Familia y Grupos Vulnerables; instancia responsable de liderar la mayor parte de propuestas de las mujeres. En su calidad de Presidenta designó como sus asesoras a mujeres comprometidas con el movimiento y estableció alianzas con el CONAMU (Valdez 2006, 289).

construcción de una nueva constitución como un mero proceso de legislación para asumir a esta reforma jurídica como un auténtico instrumento de justicia y empoderamiento de las mujeres. De este modo se efectúa el reconocimiento explícito de los derechos sexuales y reproductivos y del reconocimiento del derecho a una vida libre de violencia; hecho que coadyuva a romper el tutelaje masculino y cimienta el ejercicio de autonomía de las mujeres así como la responsabilidad obligatoria del Estado en el despliegue de políticas públicas respecto a estos temas⁵⁷ (Valdez 2006, 291).

Es así que, en la Constitución de 1998, por primera vez en la historia del país se reconocen e incorporan los derechos de las mujeres, legalmente demandados por el Movimiento de Mujeres, así como el de otros sectores históricamente excluidos, como se mencionó, los pueblos y nacionalidades indígenas –en esto se profundizará más adelante–. Así también, específicamente en el ámbito de la salud, el Estado aparece como garante del derecho a la salud y como responsable de organizar el Sistema Nacional de salud –artículos del 42 al 46– (Asamblea Nacional 1998). En este documento existe todo un capítulo dedicado a la salud con cinco artículos, que se acompañan de la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su respectivo Reglamento.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud surge gracias al rol del CONASA como facilitador a través de su Comisión Técnica de Reforma y al apoyo de la Agencia de Cooperación de Naciones Unidas (C. Hermida 2007, 284); estos actores buscaban impulsar la construcción participativa y descentralizada del SNS. La Ley Orgánica del SNS constituye la materialización de la idea programática de equidad, la cual marca el paso del paradigma de mercado al de la gratuidad y universalidad a través del rol activo del Estado, tanto en la atención primaria como en los servicios hospitalarios; además, establece importantes lineamientos para la construcción de modelos interculturales de salud (González 2011). Dicha ley aparece como la base jurídica del Sistema Nacional de Salud, ejerciendo agencia debido a su orientación hacia la activación de los Consejos Cantonales de Salud y del CONASA, con la finalidad de facilitar un proceso de veeduría social del nuevo modelo de gestión; esto haría posible visibilizar las inequidades en el acceso a la salud, estructuradas por determinantes de género, clase, procedencia geográfica, y

⁵⁷ En el periodo 1998-2002 se dictaron varias leyes que hacían factibles los derechos reconocidos constitucionalmente, entre ellas la Ley de Salud Sexual y Reproductiva aprobada por el Congreso Nacional durante la presidencia de Gustavo Noboa (Valdez 2006, 292).

etnia. La idea programática de equidad se materializa en un enfoque multisectorial y pluricultural, para lograr el acceso universal a la salud como parte del ideal de desarrollo.

Tanto la Constitución de 1998 como la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud posibilitan que la salud sexual y reproductiva aparezca como parte fundamental de la promoción de una “cultura por la salud” por parte del Estado. En el marco más amplio de estos dos instrumentos, posteriormente se emiten las Normas y Procedimientos para la Atención Primaria y de Salud Reproductiva, así como el Acuerdo Ministerial 1804 en el que la mortalidad materna es declarada como prioridad de Estado de manera explícita. Adicionalmente en este periodo, de forma articulada con la Iniciativa Latinoamericana de Reducción de la Mortalidad Materna se crea un proyecto piloto de mejoramiento de la calidad en los servicios de salud materna y neonatal en la provincia de Cotopaxi. También siguiendo esta línea, en el año 2003 se despliega un Proyecto de Mejoramiento de la Calidad del Cuidado Obstétrico Esencial en el que directamente se vincula la Unidad Ejecutora de la LMGYAI.

Adicional a estos avances, una de las políticas más importantes que se despliega a partir de la Constitución de 1998 es la de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en el año 2005. Esta toma como base la investigación “Ecuador 10 años después” que evalúa la situación del país a partir de los compromisos adquiridos en la Conferencia de El Cairo de 1994 y establece entre sus fundamentos y lineamientos estratégicos la reforma del sector salud para el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y la humanización de servicios de salud. Esta propuesta de humanización se traduciría en la inclusión de un enfoque de derechos en las prestaciones, en la sensibilización del personal de salud contemplando los desafíos de las adaptaciones culturales y técnicas y en el reconocimiento de las parteras dentro de la ley. Dos de los actores más relevantes para el impulso y creación de esta política fueron el CONAMU y UNFPA.

La Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos constituye el preámbulo de la Política y del Plan para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, declarada como política pública prioritaria en la Agenda Pública Nacional, específicamente del sector salud también en el año 2005. La política en mención es desplegada por el MSP y el CONASA y surge del reconocimiento de Ecuador como uno de los países con una de las tasas de mortalidad materna más alta en la región. Su objetivo es contribuir a la disminución de la mortalidad materna e incidir en el manejo de los riesgos obstétricos. Dicho objetivo se lograría a través de la vigilancia

epidemiológica e investigación de la muerte materna para guiar la toma de decisiones; la oferta y el acceso a los servicios de salud durante el embarazo, parto y posparto; la aplicación de la LMGYAI garantizando la gratuidad de las prestaciones de salud materno-infantiles; y la integración de un enfoque intercultural e implementación de unidades de cuidados obstétricos esenciales.

A pesar de este último elemento, en este periodo de análisis el Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna se enfoca principalmente en los aspectos clínicos de la atención e impulsa una serie de estrategias de mejoramiento de la calidad de los servicios materno-infantiles desde dicha perspectiva, tales como: capacitación del personal de salud para el manejo de complicaciones obstétricas, cumplimiento de estándares de atención basados en la evidencia, vigilancia epidemiológica e investigación en muerte materna, y monitoreo de la satisfacción de las usuarias. No obstante, en el siguiente periodo de análisis la Política y el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna se sustentará en el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la atención de la calidad materna y neonatal y en la Guía Técnica para la Atención del parto Culturalmente Adecuado; hecho que viabilizará considerar la calidad más allá de los aspectos técnicos y clínicos y la adecuación de los servicios obstétricos acorde a las necesidades y expectativas de las mujeres.

Precisamente a partir de 2006 se empieza a investigar el efecto de la adecuación cultural sobre la atención obstétrica en ocho provincias del país y se actualiza el Manual para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna (MM), primer eje de acción del Plan señalado. En el mismo periodo de tiempo se hace vigente la Ley Orgánica de Salud 2006, misma que en el artículo 3 reconoce la salud como un derecho humano y en el artículo 21 a la mortalidad materna como problema de salud pública. A través de esta ley se garantiza el acceso a servicios de salud gratuitos acorde a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y se señala que quienes integran el SNS reconocerán, respetarán y promoverán la medicina ancestral y las prácticas tradicionales en el embarazo, parto y puerperio –artículo 25–.

En este marco se crea la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos para el nuevo periodo 2006-2008. Esta política es la última sujeta a la constitución de 1998, que rescata el reconocimiento del país como multiétnico y pluricultural, por lo que en ella se habla ya de la necesidad de adecuación cultural de los servicios y prestaciones de salud sexual y derechos

sexuales y reproductivos. La política se nutre de varios instrumentos internacionales mencionados en el primer apartado del presente capítulo, siendo algunos de ellos la Conferencia de El Cairo 1994 que define la salud sexual y reproductiva por consenso internacional; la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud anterior; y la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que constituye el instrumento legal más importante en materia de derechos sexuales y reproductivos. Además, recibe influencia del II Congreso Nacional por la Salud y la Vida fruto de talleres nacionales liderados por el CONASA y el MSP y de los aportes de diversos movimientos sociales, entre los que sobresale el movimiento de mujeres.

En esta política la lectura del problema de la mortalidad materna descansa en la diferenciación marcada del acceso a la salud entre las mujeres urbanas y las rurales y en la prevalencia de altos porcentajes de cesáreas en el país. Se considera a la mortalidad materna como uno de los indicadores más importantes de la situación de salud de las mujeres, razón por la que hace parte de los fundamentos estratégicos y líneas de acción de la política. Con base en esta lectura del problema, la política plantea que la disminución de la mortalidad materna requiere reformar los planes y programas en materia de Salud Sexual y Reproductiva; diagnosticar los factores que se relacionan con la muerte materna, el aborto y el embarazo no deseado a través de un Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna; crear Comités de Vigilancia de la Muerte Materna con una dimensión de participación ciudadana; promover la atención calificada del parto; aplicar la LMGYAI y velar su cumplimiento por parte de comisiones de la sociedad civil; reconocer la práctica tradicional de las parteras para humanización de los servicios de atención en salud (Ministerio de Salud Pública 2007).

Precisamente el planteamiento de soluciones fundamentadas en la dimensión cultural de la atención en salud parte de la idea de pluriculturalidad que, aunada al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, aparece en la Constitución de 1998,⁵⁸ donde por primera vez Ecuador es definido como un país multiétnico y pluricultural. Como se ha mencionado, durante la década de los noventa, fueron de vital importancia las movilizaciones y levantamientos del movimiento indígena; estas no sólo posibilitaron la incorporación legal de los preceptos mencionados, sino que además promovieron al interior del país una creciente reflexión y toma de

⁵⁸ Los preceptos introducidos en la nueva constitución estaban contenidos en el documento “Rol del Estado. Políticas nacionales de salud y reforma constitucional”. Para su elaboración se contó con la participación del MSP, el IESS, las Fuerzas Armadas, la OPS, la OMS, y varias organizaciones no gubernamentales.

conciencia sobre las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos y nacionalidades (González 2011, 9). Por tanto, la Constitución de 1998 ejerce agencia en tanto establece el marco legal que ampara la práctica de la medicina tradicional y alternativa en sentido amplio, enfatizando en el reconocimiento de los sistemas de conocimiento y prácticas en salud de los pueblos indígenas y afro ecuatorianos –artículos 44, 84 y 85– (C. Hermida 2007; Ortega 2007; Rodas 2007). Entonces, además de reconocerse el acceso a la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, se resaltó la dimensión referente a la diversidad cultural de las usuarias a través del debate en torno a la interculturalidad como dimensión que marca la efectivización diferenciada de la atención “universal” en salud.

De este modo se sientan las bases para impulsar la humanización de los servicios de salud, que en este periodo de análisis se piensa desde la adaptación cultural, incluyendo un enfoque de derechos humanos, la sensibilización del personal de salud, su formación multidisciplinaria, la no discriminación por género o etnia, el reconocimiento de las prácticas tradicionales, y la integración de la medicina alternativa (Ministerio de Salud Pública 2008a, 23-24; Ortega 2007). Por tanto, se puede sostener que los cambios en el contexto estructural que se reflejaron en la Constitución de 1998 se tradujeron en un trabajo de reconocimiento e incorporación de los derechos sexuales y reproductivos y de los saberes y prácticas culturales diversas; materializándose en un proceso de normatización del Sistema Nacional de Salud y un subproceso de normatización de medicina intercultural articulado con una Red de Modelos Interculturales⁵⁹ y en sintonía con la realidad de las mujeres gestantes y su cultura local. En todos estos procesos jugó un rol importante la recién creada Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas.⁶⁰ De ahí que, como se abordará en el periodo posterior de análisis, en la Constitución de 2008 se busque la generación de mecanismos de articulación entre el sistema de salud biomédico y el de las nacionalidades y pueblos del país. Esta sinergia constituye la base de la que será la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado.

⁵⁹ Es una instancia organizativa que formula estrategias y propuestas para efectivizar la aplicación del modelo de salud intercultural, por ejemplo, a través de la incorporación de personal capacitado y bilingüe comprometido con un trabajo fundamentado en un enfoque bio-psico-socio-cultural.

⁶⁰ La DNSPI se creó gracias a las reivindicaciones del movimiento indígena mediante Acuerdo Ministerial No. 01642 el 13 de septiembre de 1999, con la finalidad de operacionalizar los mandatos constitucionales en modelos interculturales de salud. A partir de 2001 esta instancia pudo concretar la concesión de un presupuesto regular y diseñó un plan estratégico para orientar su funcionamiento (González 2011).

En esta línea, a continuación, se citan algunas de las experiencias más relevantes que constituyen la materialización de las ideas programáticas de equidad e interculturalidad como antesala de las de humanización y adecuación cultural, al dar lugar a centros de atención en los que se efectiviza la vinculación del modelo dominante con la medicina tradicional y alternativa. Las experiencias en mención aparecen como el reflejo de las transformaciones en la distribución de poder precedente, así como de los cambios en los valores de los tomadores de decisiones (Marsh y Smith 2000, 6) que se dan desde los años sesenta, incluso cuando no existían todos los instrumentos legales que se han detallado. De ahí que las ideas de equidad e interculturalidad en el acceso a la salud, que permitieron la cohesión y movilización de actores, reflejan que ni la red ni el contexto estructural son neutrales o inamovibles; sino que constituyen la institucionalización de las relaciones de poder vigentes pero también de las iniciativas autónomas de los actores (Marsh y Smith 2000, 6). De esta forma, las redes cohesionadas por ideas programáticas que irrumpen en un modelo de mercado blanco-mestizo-masculinizado en el campo de la salud, permiten explicar el cambio en la estructura exógena organizada con base en los elementos de etnia-género-clase.

En primera instancia está Jambi Wasi, la cual es una experiencia que articula el enfoque médico tradicional con la medicina indígena. Nace en la ciudad de Otavalo a principios de los años ochenta, aún a pesar de que para entonces el contexto estructural se caracterizaba por la ausencia de un cuerpo legal que otorgara una alternativa reconocida frente al enfoque biomédico dominante. Fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y UNICEF, aquella que, al ser adoptada por Ecuador, posibilitó el diálogo entre formas distintas de concebir la salud. Como resultado, Jambi Wasi se institucionalizó como pionera en este campo de sinergia entre saberes y ejerció agencia al incrementar las oportunidades de discusión acerca de los beneficios derivados de la interrelación entre los modelos de atención médica en los años noventa. En este debate, respecto a la posición política y cultural de los pueblos indígenas, jugó un rol importante la Asamblea General de las Naciones Unidas por medio de la expedición de una iniciativa de salud de los pueblos indígenas (Ortega 2007, 418).

Por otra parte, Jambi Mascaric es una experiencia de participación comunitaria iniciada en 1990 en la provincia de Imbabura. Los actores que se movilizaron para su creación fueron: la Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi en coordinación con el MSP, Médicos sin Fronteras, la

Agencia Española de Cooperación Internacional y Ayuda en Acción, la Organización Internacional Desarrollo Rural Integral, la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y el Gobierno Local de Cotacachi (Ortega 2007). El propósito de esta iniciativa radicó en mejorar las condiciones de salud materno-infantil de 48 comunidades del cantón Cotacachi y algunas comunidades de Otavalo, mediante el trabajo conjunto del personal de salud, parteras y *yachaks*, quienes además tuvieron una participación activa en el Consejo Cantonal de Salud.

Otras de las experiencias que resaltan son las del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, creado a finales de los años setenta, el cual constituyó la parte referencial de la red comunitaria de salud de Riobamba; y la Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador, la cual tuvo por objetivo la promoción de la medicina tradicional indígena, así como su acreditación y licenciamiento. Por otra parte, está la experiencia de salud intercultural de Cotacachi, la cual se caracterizó porque el Plan Cantonal de Salud contempló un proceso de habilitación de los prestadores ancestrales de salud para su articulación al Sistema Cantonal de Salud. Esta iniciativa se efectuó con el apoyo de Jambi Mascaric, debido a que para entonces no existía una orientación nacional con respecto al desarrollo de los procesos de habilitación de parteras y otros prestadores ancestrales (Vega 2007).

En el año 2005 destaca la experiencia piloto de Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto llevada a cabo por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, cuyo objetivo fue desarrollar una metodología de trabajo que integre al personal de salud, agentes tradicionales como parteras y usuarias. Esta experiencia será clave para el periodo 2007-2008, en el cual el MSP realiza una investigación operativa en Bolívar, Cotopaxi, Chimborazo y Cañar para conocer el impacto de las adecuaciones culturales y potencialmente extenderlas en los servicios obstétricos (González 2011, 42, 43). Las iniciativas expuestas evidencian cómo, a pesar de un contexto estructural desfavorable, las habilidades de los agentes inciden en su capacidad de manejar las limitaciones (Marsh y Smith 2000) y posicionarlas para su reconocimiento y ampliación en el periodo subsiguiente de análisis.

2.3. Análisis red-contexto previo al rediseño de la política

A continuación, se presenta la red que marcó el contexto en el periodo 1960-2006. Esta muestra los dos niveles de análisis a partir de los que se estructuró el presente capítulo. En el nivel de análisis global-regional se puede ver que el gobierno de Ecuador recibió la influencia de diversos

organismos e instrumentos internacionales que avanzaban en materia de derechos sexuales y reproductivos, específicamente en cuanto a la problemática de mortalidad materna, en torno a la idea programática de efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la salud. Organismos como la OMS, OPS, ONU, UNFPA participarán en el diseño de políticas, planes, acuerdos, y manuales a lo largo de este periodo.

En el campo de los instrumentos, sobresalen la Conferencia de Nairobi, la Conferencia del Cairo y la Declaración de Fortaleza que responden a la misma idea. Esta última permite entrever que en el caso ecuatoriano también fueron de vital importancia las experiencias de otros países de la región, específicamente se trata de las experiencias de Brasil y Venezuela. En dichos países se sientan las bases para hablar de parto humanizado en la región; idea que se nutre debido a la visibilización de las consecuencias negativas del modelo convencional medicalizado a través de la idea programática de violencia obstétrica.

Esto es posible gracias a la incidencia de un movimiento de mujeres transnacional que en un primer momento se cohesiona a través de la idea de solidaridad entre mujeres diversas, para luego ir aterrizando sus demandas en ideas más concretas como la de humanización del parto y la crítica contra la violencia obstétrica. La red muestra cómo estos planteamientos transnacionales llegan a Ecuador a través de organizaciones y redes específicas que nutren y fortalecen el movimiento de mujeres en el país.

En el nivel de análisis de lo local, se muestra que hablar de derechos sexuales y reproductivos materializados en acuerdos, planes, leyes y políticas, demanda poner en el centro del debate a las formas a través de las cuales los actores son capaces de negociar y enfrentar las limitaciones u oportunidades impuestas por el contexto estructural. En el caso ecuatoriano, tanto el movimiento de mujeres como el movimiento indígena promueven, intervienen y aprovechan los cambios relevantes en el contexto estructural. A nivel político, ambos movimientos buscan incidir en un escenario caracterizado por tendencias conservadoras y populistas, así como de preeminencia de instituciones de carácter eminentemente sexuado que se reflejaba en los discursos en los que los derechos sexuales y reproductivos eran tratados como temas tabúes, que atentaban contra la familia nuclear tradicional y la autoridad del hombre –incluso respecto al número de hijos o al acceso a métodos anticonceptivos– (León 1999, 18).

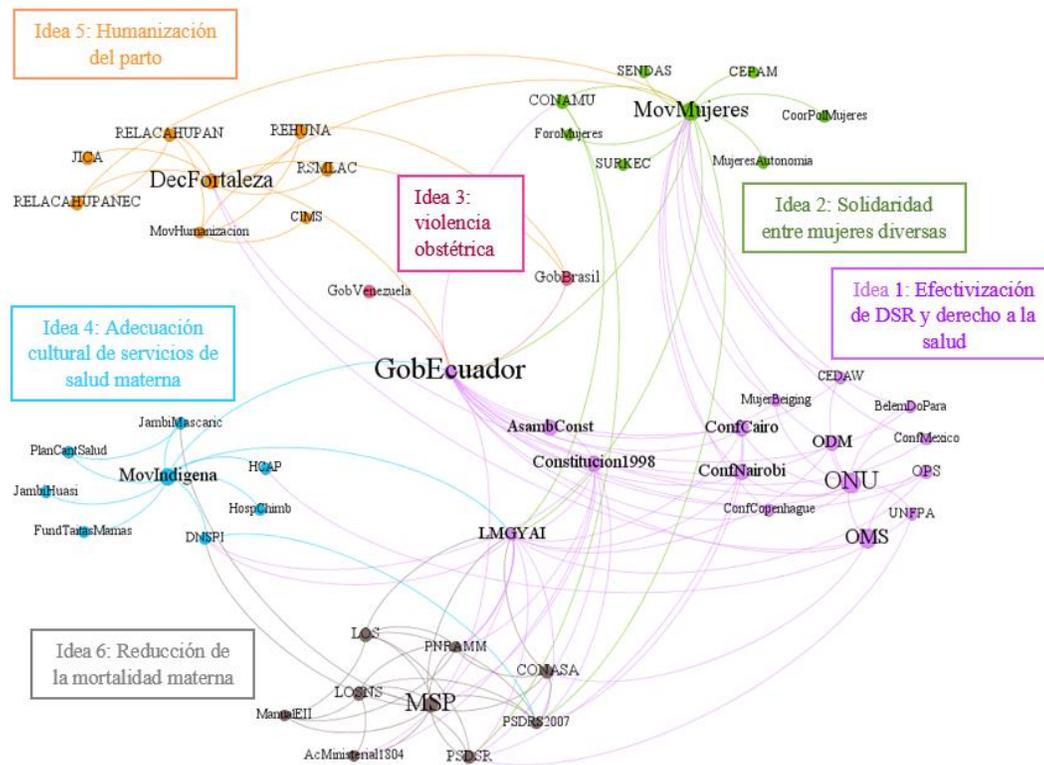
En el periodo analizado se emprende una reconfiguración de la función social del Estado, antes caracterizada por haber asumido una forma residual bajo un modelo neoliberal que asumía la salud como mercancía y que daba lugar a un contexto estructural marcado por un acceso desigual a los servicios de salud en el país, determinados por cuestiones de género, etnia y clase. Pero no solo de ella; sino que se trata de reformar una nación que enfrenta una crisis de institucionalidad, misma que abre una ventana de oportunidad para que los nuevos actores sociales aparezcan como sujetos políticos con demandas frente al Estado en la Asamblea Constituyente de 1997. Por tanto, la red muestra cómo el paso de un debate enmarcado en el binarismo de naturaleza jerárquica masculino/femenino, que se materializaba en las políticas e instituciones anteriores a la Constitución de 1998, se generó gracias al proceso de conformación de una “masa crítica” que posibilitó encausar un proceso de reconocimiento constitucional de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (León 1999) y del país como pluricultural.

Si bien las leyes, acuerdos, planes y políticas creados a partir del nuevo marco constitucional estaban nutridos de la idea de efectivización del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos gracias a los recursos movilizados por los actores sociales nacientes que se posicionaban de forma crítica para modificar la distribución de poder vigente; las intervenciones para la reducción de la mortalidad materna se centraban en los aspectos clínicos. En este periodo aún la lectura del problema descansa en determinantes que se distancian de los postulados de humanización en su esencia. Como se verá en el periodo subsiguiente de análisis, precisamente la asimetría entre los indicadores de calidad, cobertura y acceso a los servicios de salud y la prevalencia de altas tasas de mortalidad materna será el punto de partida para considerar –de manera oficial en las instituciones públicas de prestación de servicios de salud– aspectos ajenos a la calidad medida en términos clínicos y técnicos.

Entonces, la red (Gráfico 2.1.) se estructura en torno a las siguientes ideas. En el nivel de análisis global-regional están las ideas de: efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la salud; solidaridad entre mujeres diversas, humanización del parto y violencia obstétrica como manifestación de las consecuencias negativas del modelo convencional medicalizado. Por su parte, en el nivel de análisis local se muestra el tránsito de la idea de la salud como mercancía a la de la salud como un derecho. Este devenir sienta las bases para pasar del modelo biomédico convencional a la consideración de la importancia de los aspectos culturales en la prestación de servicios de salud humanizados; aunque esto no ocurre de manera

automática. Esto se refleja en las primeras intervenciones que, si bien se amparan en la idea de efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la salud, toman como centro aspectos clínicos casi exclusivamente. No obstante, en este periodo se registra ya un primer momento de asociación de la humanización de los servicios de salud con las adecuaciones culturales, que se materializa en las primeras experiencias de sinergia entre ambos modelos de provisión, siendo Jambi Huasi y Jambi Mascaric de suma importancia para el rediseño de la política en el futuro. Este hecho permite entrever que la explicación de los resultados de política se reviste de complejidad en tanto varias ideas y actores se traslapan en un mismo momento de análisis.

Gráfico 2.1. Red de contexto



Fuente: J. Naranjo et al. (2014); Organización Mundial de la Salud (1985); Organización Internacional del Trabajo (2009); Chen (2004); León (1999); Castillo (2015); Portugal (2011); Borges et al. (2018); C.

Hermida (2007); J. Hermida et al. (2010); Red IFMAN de América Latina y el Caribe (2003); Vega (2007); Biurrun (2017); Rodas (2007); Almaguer, García, y Vargas (2012); Ortega (2007).

2.4. Conclusiones preliminares

El presente capítulo tomó como eje expositivo a la relación dialéctica entre la red y el contexto estructural en el periodo 1960-2006, previo al rediseño de la política objeto de estudio, para explicar cómo este posteriormente es el resultado de una dinámica de co-construcción resultante de una controversia. Se resaltó el rol clave de la red que se configura en los cambios de los cursos de acción, en la dinámica de dependencia de recursos y en la distribución de poder vigente; transformaciones que inciden en las limitaciones/oportunidades que marcan el rediseño de la política que se abordará en el capítulo subsiguiente. La explicación se dividió en dos momentos, uno centrado en el nivel global/regional y otro en el contexto ecuatoriano en tanto caso de estudio.

Hay dos elementos clave resultantes del primer momento de análisis, el primero tiene que ver con el *framing* de la política y el segundo con la incidencia de las ideas programáticas en la cohesión y movilización de actantes, así como su materialización en instrumentos de política, leyes y convenios con la capacidad de ejercer agencia. Por una parte, el abordaje de la dinámica que caracteriza al ejercicio de enmarcamiento de problemas y soluciones permite evidenciar que las intervenciones que descansan en una concepción biologicista, blanco/masculina y con primacía de la técnica y el saber científico sobre los cuerpos de las mujeres; no es natural y no está presente en todos los momentos de la historia, ya que surge en occidente en el periodo postguerra. Por tanto, se establece que esta forma de identificar y posicionar el problema de la mortalidad materna, sus causas y las soluciones, responde a un proceso de co-construcción que implica disputas y negociaciones debido a que no se trata de un proceso lineal de ajuste; sino más bien de interacción de diversos actantes orientados a posicionar su propia lectura del problema, sus causas y soluciones. En este caso, se observa la primacía de los valores e intereses de élites políticas, científicas e incluso religiosas que llegan a materializarse en la forma de intervenciones de política que descansan en una subvaloración de lo femenino y que demandan un entramado socio-técnico para su funcionamiento, mismo que incorpora la técnica y el saber asociados a lo masculino, las instituciones, las universidades, el desplazamiento del rol de las parteras, y la construcción de la infraestructura necesaria para la atención en función del personal médico.

En contraste, como respuesta a la progresiva medicalización de la asistencia al parto y la consecuente pérdida de autonomía de la mujer sobre su propio cuerpo se comienza a cuestionar la representatividad vigente; es decir, el predominio de la neutralidad del modelo convencional medicalizado, de la figura del hombre blanco, occidental y heteronormado, del paternalismo en la asistencia al parto, y de la concepción de los procesos reproductivos de la mujer asociados a la enfermedad (Biurrun 2017). Los movimientos de mujeres juegan un rol fundamental en el cuestionamiento profundo a los ejes del modelo técnico/biologicista, específicamente a su omisión de las mujeres como sujetos de derechos y como protagonistas del parto en su diversidad. Es así que se comienzan a desplegar estrategias para desmontar las estructuraciones dadas por las relaciones jerárquicas construidas con base en el sexo/género. Se observa que las habilidades de los agentes que configuran la estructura de red para tomar las oportunidades o negociar las limitaciones impuestas por el contexto estructural (Marsh y Smith 2000) son bastante concretas, tales como: la capacidad de organización y coordinación para posicionar los debates respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e incrementar su amplitud; la habilidad para crear foros de discusión e infraestructuras de comunicación permanentes, la movilización de la opinión pública, la difusión de información para posicionar el problema de la mortalidad materna desde una perspectiva feminista, la construcción de un calendario feminista a nivel mundial, la construcción de alianzas, y el despliegue de herramientas de monitoreo a la implementación de acuerdos internacionales para sostener los avances gubernamentales materializados en leyes, decretos e instituciones de promoción y protección de los derechos de las mujeres.

Por otro lado, ya en el segundo momento se observa la variabilidad que caracteriza la construcción del Sistema Nacional de Salud en Ecuador, debido a la existencia de diversos paradigmas de política en distintos periodos históricos, mismos que funcionan como marco de guía o referencia y establecen cómo efectuar las decisiones de política (Peters 2018, 23-24). En los años sesenta y setenta se pone de manifiesto un diseño ideológico, caracterizado por la correspondencia entre un conjunto de ideas y valores asociados al mercado con el diseño de las políticas de salud; es decir, adquieren primacía intervenciones de índole neoliberal cuyo centro es la salud como un bien y un privilegio en detrimento de la racionalidad y la evidencia que demanda el proceso de diseño desde una perspectiva de la efectividad para a solución de problemas, en este caso, el acceso a la salud como un derecho. En este sentido, se expone cómo

los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no aparecen como la base de las intervenciones sino hasta los años noventa, como resultado de los recursos movilizados por los actores sociales nacientes que se posicionaban de forma crítica frente a los esfuerzos de carácter neoliberal orientados a establecer un modelo de mercado para la provisión de salud; mismo que daba lugar a un contexto estructural marcado por un acceso desigual a los servicios de salud en el país, determinados por cuestiones de género, etnia y clase. Se muestra entonces cómo la capacidad de la red de política juega un rol fundamental para posicionarse frente a las presiones estructurales o aprovechar las ventanas de oportunidad. En este caso, el movimiento de mujeres y el movimiento indígena impulsan y participan en cambios en la distribución de poder vigente; en este caso, a través de una activa incidencia en un proceso constituyente que sienta las bases de un nuevo modo de hacer política. De este modo, el segundo momento permite evidenciar cómo, nutriéndose de experiencias a nivel global y regional, la materialización de la idea de efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y del acceso a la salud constituye el preámbulo de las primeras experiencias encaminadas a generar una sinergia entre el modelo convencional medicalizado y uno que coloca como centro a elementos referentes a la equidad, calidad, interculturalidad y humanización de los servicios de salud, específicamente de la salud materna.

Finalmente, el capítulo concluye con el análisis de la relación dialéctica red-contexto estructural y la presentación del grafo que ilustra la estructura de red que se configura durante este periodo de análisis. El grafo permite visibilizar la forma en la que los actores se cohesionan con base en diversas ideas programáticas. Principalmente las organizaciones, los instrumentos, declaraciones y convenios internacionales se cohesionan a partir de la idea de efectivización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres para eliminar las muertes maternas e infantiles prevenibles mediante la reducción de inequidades en salud. Esta idea está consonancia con la del derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante el embarazo, parto y post-parto, en un marco de derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Luego, otros actores se conglomeran alrededor de la idea de la violencia obstétrica como elemento intrínseco al modelo basado en la medicalización y justificado por la subvaloración de lo femenino; esta es una de las primeras ideas que irrumpe el orden vigente hasta entonces. En una línea similar, se identifica la idea de la humanización del parto para fomentar la disminución de intervenciones innecesarias e impulsar el acompañamiento del embarazo, el parto y la lactancia; aquí resaltan las redes de

mujeres a nivel local y transnacional. Por su parte, para terminar, las ideas referentes a la relevancia de la pluriculturalidad en las iniciativas orientadas a la humanización del parto y a la articulación del enfoque biomédico con la medicina indígena; aparecen como resultado de un primer momento de debate acerca de la humanización de las intervenciones en salud. Esta es la antesala de lo acaecido durante el momento del rediseño de la política; pues la idea de humanización precisamente permite pensar en cuáles son las dimensiones que requiere la atención humanizada y así desplegar la “nueva” política.

Capítulo 3. El rediseño de la Política Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador: controversia, co-construcción, red y actantes en relación dialéctica

El objetivo de este capítulo es analizar el rediseño de la política a partir de la estabilización y materialización de las ideas programáticas adecuación cultural del parto y humanización en instrumentos de política, para mostrar cómo su creación es parte del proceso de clausura de la controversia que se abre. Este análisis parte de la discusión de la controversia y del proceso de co-construcción de funcionamiento de los artefactos socio-técnicos (instrumentos) que marcan el rediseño de la política pública; para luego centrarse en la relación dialéctica entre las ideas programáticas, los actores –incluyendo sus habilidades y aprendizaje estratégico– y la estructura de red. El análisis toma como base el periodo 2007-2021.

Para la consecución del objetivo, en primera instancia se realizará un recorrido por la trayectoria de la política pública para la reducción de la mortalidad materna a partir de 2007, considerando que el contexto de la política abarca el periodo 1960-2006. Se detallarán los nuevos instrumentos instaurados en orden cronológico –componente de instrumentación– y se explicará su creación a partir de los restantes tres componentes del diseño de políticas planteados por Peters: la causalidad –que incluye los cambios en el *policy framing* a partir de las ideas de adecuación cultural y humanización–, la evaluación –los nuevos valores a partir de los cuales se efectuará la evaluación de los diseños de política–, y el plan de intervención.

Posteriormente, se muestra cómo y por qué se suscita una controversia; es decir, una disputa acerca del propósito de los instrumentos precedentes debido a las diversas interpretaciones de estos en relación al tipo de problemas para los cuales estos se diseñaron. De este modo, el rediseño de la política se comprenderá como el resultado de un proceso de co-construcción, en detrimento de una concepción de la política como objeto sujeto a un ciclo compuesto por fases bien definidas. Como se ha expuesto en el capítulo que antecede las presentes líneas, se trata de un entramado de actores, políticas, leyes, instituciones, recursos, conocimientos, artefactos; que marca el rediseño constante de la política.

Finalmente, en el marco del análisis de la relación dialéctica red-agencia, se toma como punto de partida el hecho de que, si bien las estructuras de red gozan de capacidades para lidiar con los cambios exógenos del contexto estructural; estas están determinadas por la forma en la que los agentes los entienden y los interpretan. Por lo tanto, considerando que se ha explicado la relación

entre el contexto estructural y la estructura de red en el capítulo precedente; en este se toma como eje de análisis a la relación dialéctica que se establece entre los actores y la estructura de red; la cual, posteriormente, será la base explicativa del capítulo subsiguiente, mismo que aborda los resultados de política. Analizar la agencia de los actantes permitirá comprender y explicar el estilo particular del que se imprime la política pública en el rediseño; es decir, la particularidad que reviste a la comprensión del problema y sus causas, la selección de instrumentos, la primacía de los valores que subyacen a dichas elecciones y las estructuras de implementación elegidas para el despliegue de la política (Peters 2018). Así también, desde el análisis de los actores será posible dilucidar los elementos de los que estos se valen para disputar con los patrones dominantes e intentar que el horizonte del diseño presente una ruptura con la dependencia de sendero que lo marca; esto incluye sus capacidades de negociación, sus recursos, sus estrategias, sus habilidades y aprendizaje estratégico para moldear los resultados de política acorde a los valores compartidos y privilegiados por ellos.

3.1. La política a partir de 2007 desde una perspectiva de diseño

En este apartado se realizará un recorrido por la política pública para la reducción de la mortalidad materna a partir de 2007. Se detallarán los nuevos instrumentos instituidos en orden cronológico –componente de instrumentación– y se explicará su creación de manera articulada con los restantes tres componentes del diseño de políticas planteados por Peters (2018), a saber: causalidad, evaluación e intervención.

La descripción y el análisis de la selección de instrumentos para solucionar el problema de la mortalidad materna incluirán normativas –protocolos, guías, manuales–, leyes, códigos, instituciones gubernamentales creadas, presupuestos, sistemas de producción y recolección de información y espacios de participación ciudadana. Los instrumentos creados, así como los nuevos actores que ingresan en un interjuego de disputa y co-construcción del que surgen, se comprenderán desde el componente de causalidad. Se sostiene que en este periodo de análisis se despliega una dinámica de *re-framing*; es decir, de ruptura con la comprensión predominante de las causas de la mortalidad materna en relación al periodo precedente. Este quiebre incide de manera directa en el componente de instrumentación porque ganan terreno las ideas de adecuación cultural y humanización de los servicios de salud que atienden partos, en contraposición a aquellas centradas en el componente biomédico-clínico de la atención. En este

marco, el tercer componente del diseño de políticas permitirá exponer esos nuevos valores a partir de los cuales se efectuará la evaluación de la política; mismos que encierran los resultados esperados por los actores en términos de acceso y calidad de los servicios de salud materna. Finalmente, el componente de intervención estará relacionado con la infraestructura requerida en este nuevo periodo para la implementación de los instrumentos seleccionados; por lo que estará estrechamente vinculado a las estructuras encargadas del despliegue de las políticas que son parte de la administración pública.

Desde una perspectiva de diseño de políticas, este apartado toma como punto de partida la premisa de que todo ejercicio de formulación o elaboración de políticas es diseño. Sin embargo, considerando que el diseño en realidad es siempre un rediseño, debido a que la mayoría de políticas se re-elaboran en medio de la persistencia de elementos de políticas pasadas; se sostiene que el elemento diferenciador será el esfuerzo consciente de los actores por integrar determinadas y novedosas concepciones del problema de la mortalidad materna y sus causas con ideas acerca de los instrumentos a emplearse para su resolución más allá de los aspectos clínicos.

Como se expondrá y explicará, la diferenciación del diseño de políticas con el diseño de estilo ingenieril radicará en el contexto político y social en el que se despliega, donde juegan un rol preponderante las estrategias y habilidades de los actores; haciendo que el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna aparezca principalmente como una actividad de co-construcción colectiva que se vincula con demandas amplias por la equidad, la autonomía y la justicia en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Como consecuencia, en los dos subtítulos que siguen, centrados en analizar el rediseño con base en la relación red / agencia y controversia / co-construcción; se profundizará en la forma en la que el rediseño de la política conllevó una dinámica de conflicto-consenso, la cual es consecuencia de la dimensión política, humana y de valores que lo impregnaron.

Se considera que el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna rebata a un diseño ideológico⁶¹ precedente, inserto en un paradigma de política caracterizado por la primacía del modelo biomédico y de mercado en el terreno de la salud. Por tanto, se sostiene que el rediseño de la política responde a un proceso consciente, reflexivo, participativo y basado

⁶¹ En este tipo de diseños, la correspondencia entre un conjunto de ideas y valores con el diseño de política propuesto es más importante que la racionalidad y la evidencia del proceso de diseño.

en evidencia en pro de la adecuación cultural de los servicios de salud y luego de su humanización.

El punto de inflexión con el periodo precedente para que esto suceda se registra en la Asamblea Constituyente de 2007. En esta se encierra una pugna entre dos modelos de provisión de salud, uno que fue hegemónico en el periodo pasado, que considera a la salud como un bien privado de consumo que para su acceso requiere capacidad de pago; y otro contra hegemónico, que reconoce a la salud como un bien público, un derecho humano y una responsabilidad del Estado.⁶² Esto se nutre además de los procesos autónomos que constituyen las primeras experiencias de sinergia en el contexto de la política, porque muestran que la salud como un bien colectivo puede materializarse y hacerse efectivo (Torres 2015, 102).

La Asamblea Constituyente manejó una metodología de diez mesas constitucionales con temas específicos, en las que la participación del movimiento de mujeres fue un hito, debido a la presencia constante de líderes y marchas de apoyo como medida de presión aún en medio del ataque de la iglesia y de grupos ultraconservadores. El movimiento de mujeres movilizó una demanda por la revisión misma de la estructura del Estado de la mano de diversos aliados, tales como: el bloque de “Mujeres Diversas” conformado por CONAIE, ECUARUNARI, FENOCIN, CONAMUNE, y organizaciones locales de Chimborazo, Cotopaxi y El Oro; y el Movimiento Coordinadora Regional de Mujeres del Sur, que aglutinó a mujeres de las provincias del sur del país. En el marco del reclamo por los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud, estos actores hablan de una maternidad efectiva, gratuita y humanizada; con infraestructura occidental y ancestral, y con acompañamiento de parteras y comadronas.

Para la efectivización de las demandas se realizó un encuentro nacional denominado Pre Constituyente de las Mujeres Ecuatorianas con la participación de más de 600 mujeres de diversas organizaciones –Movimiento Nacional de Sectores Populares Luna Creciente, Asamblea de Mujeres Populares y Diversas y movimientos provinciales que además contaron con el apoyo técnico del CONAMU–. Este espacio dio como resultado el documento denominado Agenda de las Mujeres para la nueva Constitución Ecuatoriana. En este documento se expresaron varios ejes,

⁶² Esta es una constante en los gobiernos progresistas latinoamericanos, construir el discurso sobre los derechos sociales como obligación del Estado y la igualdad ampliándolo con la idea de vivir bien, que trae una connotación de vida en común y en armonía con la tierra.

tales como: el imperativo de una democracia que incluya a las mujeres; la necesidad de un modelo de desarrollo que no promueva las inequidades y desigualdades; la participación política; un Estado laico; y los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos de todas las personas, con ciertas especificidades para las mujeres en determinados momentos de su ciclo vital.

Respecto a este último campo, ya que su reconocimiento consta en la constitución precedente, el reclamo de las mujeres se centra en las condiciones requeridas para su cumplimiento y efectivización en la práctica. Así también, el movimiento de mujeres y las diversas organizaciones que lo nutrían y respaldaban participaron en el Diálogo Constituyente por los Derechos Humanos de las Mujeres, el cual fue un acto que se dio con motivo del Día Internacional de la Mujer y que generó un compromiso denominado Prioridades de las Mujeres en la Constitución de 2008. Este documento condensó la propuesta del movimiento de mujeres de construir un nuevo modelo de desarrollo, incluyendo temas como la economía popular y solidaria, la soberanía alimentaria, los derechos de la naturaleza y los derechos sexuales y reproductivos traducidos en la autonomía de las mujeres sobre su propio cuerpo; es decir, respecto a los métodos anticonceptivos, el número de hijos, y las experiencias de maternidad.

Es así que la Constitución de 2008 da un importante salto cualitativo con respecto a las anteriores constituciones, pues no solo reconoce a los derechos sexuales y reproductivos y a la plurinacionalidad dentro del país; sino que además incorpora los enfoques de género e interculturalidad como ejes transversales y el principio filosófico indígena del Buen Vivir –*Sumak Kawsay*– (González 2011, 13). Precisamente en el marco de los denominados derechos del buen vivir, la salud aparece como un derecho garantizado por el Estado y las acciones y servicios de promoción y atención integral de salud sexual y reproductiva bajo los principios de equidad, universalidad, interculturalidad con enfoque de género –artículo 32–. En el artículo 35 de la nueva constitución se estipula que las mujeres embarazadas recibirán atención prioritaria y especializada en los establecimientos públicos y privados; además, se garantiza a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia el derecho a la no discriminación, la gratuidad de los servicios de salud, y la protección prioritaria de su salud y su vida durante el embarazo, parto y posparto –artículo 43–. Por su parte, en el marco de los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades se garantiza el derecho a desarrollar sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; así como la práctica de la medicina tradicional –artículo 57–. Además, enmarcado en

el denominado Régimen del Buen Vivir, el Sistema Nacional de Salud se guía por los principios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social –conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo–, los principios de bioética, de interculturalidad y el enfoque de género e interculturalidad.

De este modo, en la nueva carta magna el Sistema Nacional de Salud se comprende como el conjunto de instituciones, programas, políticas, recursos y acciones en salud; en complementariedad con la medicina ancestral. Se señala que la rectoría del SNS será ejercida por el Estado a través de la autoridad sanitaria nacional. Así mismo, se especifica el aseguramiento de acciones y servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar la salud integral y la vida de las mujeres especialmente durante el embarazo, parto y posparto –artículos del 358 al 366–.

En el mismo periodo del debate, aprobación y entrada en vigencia de la nueva constitución, se dan dos hechos importantes para la reconceptualización del problema de la mortalidad materna. En 2007 inicia un proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de las complicaciones obstétricas, con miras a disminuir las causas de la muerte materna intrahospitalaria. Así también, en 2008 inician investigaciones orientadas a determinar la efectividad del modelo de las tres demoras⁶³ para la atención de las complicaciones obstétricas. En este marco, aunque las unidades de salud aún se evalúan con base en la capacidad de prestación de cuidados obstétricos y neonatales esenciales netamente en los servicios institucionales de atención al parto, y de que los problemas detectados aún radican en la inexistencia de un sistema de referencia y contra referencia para la atención de emergencias obstétricas, la falta de capacitación del personal y la infraestructura y medicamentos deficientes; se empieza a cuestionar los altos índices de cesáreas, el trato diferenciado a las pacientes debido a factores étnico-culturales y la consideración de la atención de las parteras y comadronas como un factor de riesgo.

Es así que los esfuerzos de mejoramiento de la calidad del cuidado obstétrico esencial empiezan a mostrar un punto de inflexión respecto a estrategias que abogaban por las ventajas del parto asistido o instrumental, el uso de fórceps y ventosas y la consideración de las prácticas de salud

⁶³ El modelo de las tres demoras comprende la decisión de buscar ayuda, el tiempo en llegar a la unidad de salud, y el tiempo en recibir el tratamiento adecuado (Ortiz 2007).

por parte de agentes de medicina tradicional como un factor de riesgo. En esfuerzos anteriores, la implementación de los COE como eje central del Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna tomaba como punto de partida la premisa de que el problema de la mortalidad materna se produce por causas evitables, debido a prácticas no sustentadas en evidencia científica y a la falta de planificación con base en un sistema de vigilancia epidemiológico; por tanto que la prevención y reducción de la mortalidad materna debe orientarse a la administración de antibióticos oxitócicos, a la promoción del parto asistido con fórceps, el retiro de la placenta y la realización de cesáreas para eliminar la atención por parteras como factor de riesgo. En esta línea, los esfuerzos precedentes pugnaban porque el MSP considere al parto asistido como un criterio básico para la determinación del nivel de los COE –como básico, completo o incompleto–.

En este escenario surge el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, impulsado por el MSP y la Dirección Nacional de Salud Intercultural; y se declara como política pública prioritaria para el sector salud. Este instrumento se alinea a la Constitución 2008, al MAIS-FCI, a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, a la LMGYAI, al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y a la Política y Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva. El objetivo de plan recae reducir en un 30% y un 35% los indicadores de mortalidad materna y neonatal respectivamente, desde un enfoque de género e intercultural (Laspina 2010); así como en mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e inter institucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables (Ministerio de Salud Pública 2008c, 39).

El plan se operativiza a través de la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales “CONE”, destinada a asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad, digna y respetuosa a todas las mujeres durante el embarazo, parto y post parto; que se reorganiza para ser coherente con el MAIS-FCI; por lo que una de las acciones específicas es el acceso al parto y nacimiento humanizado y con pertinencia intercultural. En este plan se materializa el cambio de idea base de los CONE; así pues, algunas de las actividades propuestas para readecuar culturalmente los servicios de la red CONE son: intercambio de conocimientos con parteras; definición de mecanismos de integración efectiva de parteras tradicionales en los procesos de

atención obstétrica y neonatal; y humanización e incorporación de prácticas culturales de la atención en los servicios CONE (González 2011, 46). En la misma línea, el plan prevé la actualización del Subsistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de la muerte materna a través de la generación de nuevos procesos, herramientas y actores para la recolección de información de nuevas fuentes y desde el nivel comunitario; todo ello con la finalidad de determinar las causas, tendencias y grupos poblacionales a considerar (Ministerio de Salud Pública 2008c, 41, 42).

El Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal ejerció agencia al dar paso a la conformación de los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad, los cuales fueron el preámbulo de la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado y los servicios de parto culturalmente adecuados. Los equipos fueron parte de diversas estrategias desplegadas por el MSP, el Proyecto Garantía de Calidad –QAP– y la *University Research Co. –URC–* (J. Hermida et al. 2010, 275); mismas que inicialmente estuvieron enfocadas en los aspectos clínicos de la atención, para, después, pasar a analizar la importancia de las prácticas culturales locales. Las necesidades y los deseos de la comunidad se colocaron en el centro del debate al observar una asimetría entre el porcentaje de partos institucionales y las cifras de muerte materna, así como el elevado número de partos domiciliarios.

Los datos desagregados posibilitaron desmontar la base determinista del plan de reducción de la mortalidad materna del periodo precedente, al visibilizar las diferencias regionales y étnicas como determinantes importantes del funcionamiento/no funcionamiento del instrumento. El despliegue de las estrategias de mejoramiento continuo evidenciaba que el funcionamiento o no funcionamiento del plan en tanto artefacto socio-técnico no respondía únicamente a su “buen diseño”; sino que estaba determinado por un proceso de co-construcción social, en el que intervenían factores asociados a la etnia, clase, procedencia geográfica y género. De este modo, se posicionaban cuestiones referentes a la distancia, los costos monetarios inaccesibles, los procedimientos médicos innecesarios, los factores relacionados a la costumbre, la familia, las tradiciones, el idioma y las relaciones asimétricas de poder que permeaban el contexto estructural de la atención.

Producto de la identificación de las barreras culturales que se anteponían a los presupuestos de universalidad, verdad científica y calidad del sistema biomédico convencional; la Dirección

Provincial de Tungurahua con el apoyo técnico y financiero del Proyecto Garantía de Calidad –QAP– y *Family Care International* –FCI– elaboró e implementó una Propuesta Piloto de Humanización y Adecuación cultural de la Atención del Parto en los servicios de salud, integrando tanto a agentes tradicionales como a profesionales de los establecimientos formales. Esto posibilitó que las estrategias de mejoramiento de calidad de la atención en salud de Tungurahua –propuesta piloto– y sus resultados favorables se posicionaran como un referente y que en el año 2008 se iniciara su expansión a doce provincias del país y a más de ochenta establecimientos de salud (J. Hermida et al. 2010, 275).

El Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal de 2008 se enmarca en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural –MAIS-FCI–. La reforma del modelo de provisión de salud surgió como respuesta a las falencias del Sistema Nacional de Salud y su enfoque biólogo-curativo, que se materializaba en una institucionalidad débil y que profundizaba las inequidades que marcaban el acceso a la salud. El cambio surgió del posicionamiento del proyecto de la Revolución Ciudadana y su idea programática del Buen Vivir que se plasmó en el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir. Fueron dos las dimensiones distintivas de esta transformación: la económica o de inversión urgente para la recuperación de lo público y la social o de articulación y fortalecimiento del sistema de salud para garantizar el acceso a este derecho. Precisamente en esta segunda dimensión sobresalen las ideas de lo comunitario y lo intercultural, las cuales se convirtieron en un posicionamiento político que se materializó en el despliegue de un enfoque de atención integral en los tres niveles por medio de cuatro componentes: de provisión de servicios, de organización, de gestión y financiamiento (J. Naranjo et al. 2014, 377-78).

Es así que, en la Constitución de 2008, consta la implementación del MAIS-MFC y se establece el principio de participación ciudadana en el ejercicio de derecho a la salud; instituyéndose un modelo de gestión del sistema desconcentrada y con un componente de veeduría social. Sobresale el reconocimiento, respeto e incorporación de la medicina ancestral y alternativa en el sistema de salud, incluyendo a las diferentes nacionalidades y pueblos indígenas, afro ecuatorianos, mestizos, cholos, campesinos y montubios (Laspina 2010, 271). Como se mencionó, este cambio constitucional se materializa en el Plan Nacional del Buen Vivir, el cual, a su vez, constituye la materialización de la idea programática del buen vivir en un instrumento legal y formal que contiene los objetivos del gobierno central.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 toma como base los lineamientos del Plan de Gobierno de Movimiento País en el marco de las elecciones de 2006. Es un instrumento que marca una ruptura con los principios que guían las políticas de ajuste estructural y de reducción del Estado que se traslapan al campo de la salud, como se expuso en el apartado de contexto de la política. Los actores que se movilizaron para la co-construcción de este instrumento fueron: la SENPLADES, la mesa de género y la mesa de pueblos indígenas que participaron en la asamblea constituyente de 2007, el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador, el Consejo Nacional de Salud, y el MSP. Dichos actores impulsaron y formaron parte de diversos encuentros destinados al análisis y consenso para sistematizar las demandas en salud y traducirlas en instrumentos de política pública.

Dentro del plan, específicamente se habla de la necesidad de reformar un sector salud vertical, centralizado y fragmentado en el periodo precedente, especialmente en lo referente al tema de la rectoría y el financiamiento. Los antecedentes de este espíritu reformador se registran ya desde los años ochenta de la mano de las reivindicaciones de los movimientos sociales, periodo en el que, como parte de los procesos de modernización del Estado, se buscaba impulsar la renovación de las capacidades gerenciales, de organización y gestión del sector salud. En contraste, este instrumento posiciona la idea de desarrollo como la consecución del buen vivir más allá de la instauración de un modelo gerencial; idea que se alinea con las orientaciones éticas de justicia social y económica, democrática y participativa e intergeneracional propia de los gobiernos progresistas latinoamericanos en este periodo de tiempo. Los problemas a los que se busca dar solución desde este instrumento de planificación se detallan en la tabla (Tabla 3.1.) que sigue a continuación:

Tabla 3.1. Problemas y soluciones en la Planificación Nacional 2007-2010 en el sector salud

| Problemas | Soluciones |
|--|--|
| Falta de coordinación de los subsectores del sector salud: el MSP, el IESS, ONGs, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA y el sector privado con fines de lucro. | Fortalecer la rectoría del sistema y los mecanismos de coordinación y financiamiento. Integrar a los actores sectoriales y superar el formato de la oferta exclusiva del Estado para garantizar el acceso universal y eliminar las inequidades en salud (desconcentración, descentralización y articulación). |

| | |
|--|---|
| Limitaciones de los recursos humanos en salud en cuanto a su modalidad de trabajo y su concentración en el sector urbano. Para 2005, tan solo el 35,2% de personal médico trabajaba a tiempo completo: mientras que el 91,9% de personal médico y el 80,9% de talento humano formado en áreas obstétricas trabajaba en el sector urbano (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 128). | Fortalecimiento del talento humano en salud para la ejecución del MAIS-FC (asignación por áreas geográficas, incremento del personal, mejora de las condiciones laborales, formación interdisciplinaria con perspectiva intercultural). |
| Deficiencia en el gasto público destinado al sector salud. | Incrementar el gasto público hasta el 4% del PIB para el año 2012. |
| La cifra de la población asegurada del país es muy baja –el 78,6% de la población urbana no tenía seguro para el 2007 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 129) –. | Superar las deficiencias en cuanto al aseguramiento universal en salud, incluyendo a la población joven y a las mujeres; porque se considera que la seguridad social es fundamental para el desarrollo. |
| Hegemonía de un modelo de atención en salud biomédico curativo. | Desplegar un modelo de atención de promoción y prevención de la salud desde una visión intercultural y desde el enfoque de género. Mejorar la calidad y capacidad de respuesta de los servicios en salud –especialmente del primer nivel de atención– y superar la fragmentación del sistema de información. |

Fuente: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2007).

Con miras de solventar estas falencias, el instrumento propone una nueva lógica de planificación a partir de doce grandes objetivos nacionales de desarrollo. En el marco del objetivo 3, centrado en aumentar la esperanza y calidad de vida de la población, la idea fuerza es la de la salud como prioridad y como un derecho y no como una mercancía; que, además, no se define como una cuestión exclusivamente biológica, sino económica y culturalmente determinada (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 112). Esta última arista surge como resultado de un diálogo con representantes del movimiento indígena y del movimiento de mujeres –mesa de pueblos indígenas y mesa de género–, posibilitando que se posicione como un factor determinante de las inequidades en salud a las barreras geográficas, económicas, de género, étnicas y culturales (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 114).

Específicamente en el campo de los derechos sexuales y reproductivos se propone un Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia⁶⁴ como respuesta a las limitaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia promulgada en 1994, que, hasta este periodo, es el instrumento legal más importante en este ámbito. Los principales problemas detectados en relación a la LMGYAI son: cobertura muy baja que impide masificar el acceso a los servicios de atención materna y neonatal, principalmente en sectores rurales; exclusión de las parteras indígenas y no indígenas y de sus conocimientos para atender el embarazo, parto y puerperio; deficiente calidad de las prestaciones; incumplimiento de la gratuidad; inexistencia de adaptación cultural de los servicios para las mujeres rurales; y ausencia de medidas de prevención primaria y secundaria para evitar las muertes maternas. Ante estas limitaciones, la propuesta central es capacitar y reconocer a las parteras en el marco del programa, como parte de un proceso macro de implementación de servicios de salud materna desde un enfoque de interculturalidad.

Dentro del campo de los derechos sexuales y reproductivos, el problema de la mortalidad materna se asocia a la capacidad de acceso a los servicios, la cual estaría determinada por barreras étnicas y de género. La mortalidad materna aparece delineada como un grave problema de salud pública que refleja las inequidades respecto a la capacidad de acceso a los servicios de salud y su calidad, además se diagnostica que la atención durante el embarazo, parto y pos parto es limitada (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 120). La atención a la salud materna, especialmente la atención del parto en el sector rural, se liga a determinantes culturales,⁶⁵ porque la principal causa es el denominado choque cultural que se asocia a la alta prevalencia de partos domiciliarios y con parteras; más allá de los servicios institucionales de salud y su calidad *per se*.

Además del denominado choque cultural como la principal causa de la mortalidad materna, se señalan otras causas en el ejercicio de enmarcamiento del problema, tales como: el embarazo adolescente, cuya mayor severidad se presenta también en los sectores rurales; los insuficientes controles prenatales, señalando que para 2004 tan solo el 26,2% de mujeres recibió de 1 a 4 controles prenatales; la brecha de la atención institucional y profesional del parto, atribuida a la ausencia de acciones centradas en la atención intercultural del parto; los insuficientes controles

⁶⁴ Se trató de un proyecto presentado por la Unidad Ejecutora de la LMGYAI y la mesa de género en la Asamblea Constituyente de 2007.

⁶⁵ Según cifras de la encuesta de condiciones de vida de 2006, mientras que la atención no profesional es del 62,3% para mujeres indígenas, para mujeres mestizas es de 9,9% (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 122).

pos parto y el manejo activo del tercer periodo de parto, que es la acción de salud más baja en Ecuador, representando tan solo el 36,2% hasta 2004 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 123). Por tanto, de la determinación de estas causas parte el planteamiento de soluciones como la eliminación de barreras geográficas, económicas y culturales a través de la adecuación de la infraestructura y equipamiento en salud. Es así que se define que el principal determinante de la mortalidad materna e infantil es un tema de acceso y calidad con énfasis en el sector rural, porque materialmente persiste la hegemonía del modelo biomédico.

Por tanto, en la Política 3.8, centrada en garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva mediante el fortalecimiento de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, se plantean las metas de: reducir en 30% la mortalidad materna, que es de 50,7% para el año 2004 (INEC); reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, que es de 6,2% para 2004; aumentar los servicios de salud para las mujeres, específicamente la atención posparto que es de 36,72% para 2004, el porcentaje de cuidados obstétricos y neonatales esenciales y el porcentaje de cuidados obstétricos y neonatales ampliados (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 403, 404).

Además, del PNBV 2007-2010 se desprende un financiamiento a los siguientes macro proyectos: emergencia de la red de servicios de salud declarada mediante decreto ejecutivo, se destina un monto de \$203.824,9; fortalecimiento de servicios de salud, se destinan \$159.295,3; promoción del desarrollo humano a través de la salud, se destinan \$107.260, 7; para el programa de equipamiento, insumos y mantenimiento hospitalario se destinan \$96.604,9; para el programa de maternidad gratuita se destinan \$82.575,6; cobertura de servicios en el marco de la LMGYAI \$80.735,1.

Es así que la Constitución de 2008, el nuevo modelo de atención en salud MIS-FCI, y el principal instrumento de planificación nacional a 2007; ejercen agencia para la creación de un instrumento destinado específicamente para la reducción de la mortalidad materna como política prioritaria de Estado. A su vez, este instrumento se alinea al Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva, que busca fortalecer el proceso de diagnóstico de los factores relacionados con la muerte materna por medio de la actualización del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna, la creación de Comités de Vigilancia de la Muerte Materna, y la creación de Unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales y Cuidados Obstétricos Completos cuyo espectro de actuación y evaluación vaya más allá de los aspectos clínicos. De ahí que, para el mismo año, 2008, el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materna e Infantil sea revisado

por el CONASA, representantes de entidades de salud privada con fines de lucro, entidades de salud privada sin fines de lucro, y organismos internacionales como OPS, OMS, UNFPA, UNICEF.

Este instrumento, aunque fue creado en el año 2006, a partir de su revisión y actualización busca alinearse con la Constitución 2008, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el PNBV 2007-2010, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, la Política y el Plan Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos, y la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia –reformada– y su reglamento. Al ser un instrumento con pautas aplicadas por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la calidad, es de vital importancia la transformación de la definición operativa de la calidad de la atención materno infantil, y, consecuentemente, de los indicadores para el mejoramiento de la calidad en la atención materno infantil más allá de las prestaciones médicas especializadas y los servicios hospitalarios; para incorporar nuevos referentes enmarcados en la salud sexual y reproductiva como un derecho y en el respeto a la diversidad cultural.

El año 2008 es decisivo por la creación de dos de los instrumentos más importantes que materializan la idea de adecuación cultural de los servicios de salud materna. En primera instancia está la Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical, que nace de la movilización social por los derechos sexuales y reproductivos frente a la inequidad en el acceso a servicios de salud reflejada en las altas tasas de mortalidad materna. Esta posibilidad de expresión ciudadana se remonta a la Asamblea Nacional Constituyente de 2007, además, se nutre del nuevo modelo de atención en salud MAIS-FCI, mismo que, como se expuso, propone cambios en la atención en salud, así como un sistema de garantía de la calidad que supere las falencias de un modelo hospitalario-curativo. A partir de esta normativa se empieza a desmontar la idea de que los cambios generados por las innovaciones tecnológicas y los avances científicos son los únicos referentes para una atención de calidad; considerando los saberes ancestrales y las prácticas médicas locales como elementos determinantes. En esta línea, se plantea que la atención en salud materna no puede reducirse a las prestaciones médicas ni a los servicios especializados.

La Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical se construye de forma consensuada con la participación del MSP, representantes de la academia y organizaciones no gubernamentales involucradas en el tema. El instrumento materializa la idea del parto como un

proceso fisiológico y singular que no requiere de intervencionismo ni medicalización extremas; visibilizando así las prácticas riesgosas de los partos medicalizados y buscando integrar a obstetras y parteras. En este sentido, la normativa se orienta a constituirse como un punto de encuentro entre todas las dimensiones que hacen parte de la atención al parto y que no han sido consideradas por un sistema biomédico que ha carecido de capacidad resolutive ante la problemática de la mortalidad materna.

Por tanto, la normativa busca responder a la asimetría entre el incremento de partos institucionales, pero, al mismo tiempo, la pervivencia de partos domiciliarios; para incidir en la disminución de la mortalidad materna y mejorar la atención en salud materna a través de pautas técnicas con perspectiva intercultural que orienten la acción sanitaria. Esta última deberá caracterizarse por la calidad, calidez, el enfoque intercultural y la participación y autonomía de la mujer. La normativa más allá de promover prácticas sanitarias multiculturales y pluriétnicas en la atención al parto; para encaminarse a la institucionalización de un parto humanizado y sin violencia en el marco del nuevo modelo de atención en salud.

Por otra parte, está la Guía Técnica para el Parto Culturalmente Adecuado, cuya construcción es participativa porque recoge criterios de mujeres indígenas, parteras tradicionales y personal de salud surgidos de entrevistas, grupos focales y talleres realizados en el marco de la experiencia HCAP de 2005, la cual es inédita porque permite por primera vez un diálogo entre la medicina ancestral y el sistema biomédico, posibilitando que la adecuación cultural del parto se extienda a varias provincias. Algunos de los actores que se pueden señalar de manera más específica son: el MSP a través de la Dirección Nacional de Normatización y la Dirección Nacional de Salud Intercultural, al CONASA, al MIES, al IESS, a SOLCA, a organismos internacionales como OPS, OMS, UNFPA, UNICEF, representantes de gremios profesionales, a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, ECUARUNARI, a consultores de salud intercultural, representantes de iniciativas autónomas surgidas en el periodo precedente como Jambi Huasi, a yachaks, parteras, obstetras, a la CONAIE, a la RELACAHUPAN, y representantes de la academia. La guía se alinea a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, a la Constitución de 2008, a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de salud, al PNBV 2007-2010, al Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, a la Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos, a los Objetivos de Desarrollo del Milenio –específicamente el objetivo

5 centrado en la reducción de la mortalidad materna–, a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo El Cairo 1994, y a la Conferencia Mundial de la Mujer Beijín 1995.

El contexto que precede a la creación de la guía se caracteriza por el despliegue de un Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural para el reconocimiento y recuperación de saberes y prácticas culturales y para la articulación de la Red de Modelos Interculturales como instancia organizativa para aplicar el modelo de salud intercultural. El objetivo del Subproceso es implementar un modelo de parto y nacimiento seguro, humanizado y culturalmente adecuado, que se nutre del fortalecimiento de capacidades del personal de salud y de las parteras tradicionales. Este se materializa en la creación de salas de estimulación prenatal y psicoprofilaxis; en las adecuaciones en las salas de labor y de parto, en la dotación de implementos para parto humanizado –esteras, balones, almohadas, pesas, música relajante, maquetas anatómicas, calefactores, dispensadores de agua–; en la aplicación de protocolos de atención al parto con enfoque de derechos, incluyendo la posibilidad de elegir la posición de parto, suprimiendo prácticas rutinarias como el rasurado pubiano y el enema y garantizando el apego precoz de la madre y el niño. Además, la Guía del Parto Culturalmente Adecuado se funda sobre varias experiencias piloto del MSP e iniciativas locales previas sobre adecuación cultural de los servicios; escenario configurado debido al trabajo de varias agencias de desarrollo en materia de adecuación cultural de los servicios. Por este motivo, el apoyo financiero no solo proviene del Subproceso de Medicina Intercultural; sino de UNFPA, específicamente en Chimborazo, Esmeraldas, Sucumbíos y Bolívar (González 2011, 72).

En este instrumento, la lectura del problema de la mortalidad materna toma como punto de partida la premisa de que existe una asimetría entre los indicadores de acceso y calidad de los servicios obstétricos y neonatales y las tasas de muerte materna. En este escenario, se postula que las barreras de acceso al sistema de salud que elevan los índices de mortalidad materna no tienen que ver solamente con los aspectos clínicos; sino que estas se configuran por la diferencia entre las características de la atención institucional al parto y las expectativas que tienen las mujeres de acuerdo a sus necesidades socioculturales. Se trata de diferencias regionales y étnicas que ocasionan la pervivencia de partos domiciliarios. Según los actores involucrados, las razones por las que las mujeres prefieren este tipo de parto son: factores relacionados a la costumbre, factores económicos, razones geográficas, tratos discriminatorios, falta de reconocimiento de las señales

de peligro asociadas a las complicaciones obstétricas, procedimientos médicos invasivos, deficiente trato interpersonal, y barreras lingüísticas (Ministerio de Salud Pública 2008a, 13-15).

Como respuesta, la guía materializa la solución de establecer un mecanismo de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales, con la finalidad de incrementar el acceso a la atención institucional del parto y efectivizar las demandas del movimiento indígena y de mujeres respecto al parto humanizado. Por lo tanto, la guía ejercería agencia al mejorar la calidad y la cobertura de la atención en salud materno-infantil más allá de los aspectos clínicos, fomentando la atención del parto con adecuación intercultural. Esta nueva forma de enmarcar el problema y la solución parte de que el sistema biomédico moderno, institucionalizado como la única alternativa viable y permitida de conocimiento, a costa de la exclusión de otras formas consideradas como empíricas, míticas o primitivas; entra en cuestionamiento debido a los diálogos que se suscitan desde el reconocimiento de la interculturalidad como una dimensión que determina la calidad de la prestación de servicios de salud. Es así que la adecuación cultural de servicios aparece como la posibilidad de superar algunas de las barreras que impiden que las mujeres accedan a servicios de salud materna institucionales.

La adecuación cultural, para su efectivización, implica realizar cambios estratégicos en el sistema biomédico, tales como: identificar las características culturales que debe tener en cuenta la atención del embarazo y del parto, modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal, suprimir las prácticas dañinas y eliminar prácticas rutinarias invasivas, facilitar el acompañamiento, permitir que la mujer elija la posición de parto, garantizar el acercamiento precoz madre y recién nacido, devolver la placenta a las pacientes que así lo decidan, reconocer oficialmente la función médica, social y cultural que cumplen las parteras y comadronas indígenas (Ministerio de Salud Pública 2008a).

En la tabla que sigue a continuación (Tabla 3.2.) se condensa la nueva lectura del problema y las potenciales soluciones que derivan de esta y que se plasman en la guía del parto culturalmente adecuado:

Tabla 3.2. Problemas y soluciones de la Guía del parto Culturalmente Adecuado

| Problema | Solución |
|---|---|
| Trato interpersonal deficiente desde el personal de salud hacia las usuarias y sus familiares, debido a cuestiones étnico-raciales. | Impulsar procesos específicos de formación y sensibilización con el personal de salud. |
| Imposibilidad de acompañamiento durante la atención al parto. | Permitir el acompañamiento de familiares, amigos, o parteras acorde a la decisión de las pacientes. |
| Imposición de la postura del parto horizontal y uso generalizado de mesas ginecológicas. | Posibilitar que las mujeres elijan su posición de parto, tal como la posición de cuclillas o la posición vertical y sus variaciones. Adecuar las salas de parto con los implementos físicos necesarios. Capacitar al personal de salud en las técnicas y procedimientos de atención de las diferentes posiciones. |
| Obligatoriedad respecto al uso de vestimenta hospitalaria. | Considerar la importancia del principio humoral y su relación con la vestimenta para los pueblos y nacionalidades. Posibilitar que la mujer elija la vestimenta que considere más cómoda. |
| Limitaciones y prohibiciones con la alimentación. | Posibilitar que las mujeres elijan ingerir comidas y bebidas acorde a sus costumbres y tradiciones. |
| Falta de información. | El personal de salud deberá informar acerca de todos los procedimientos a practicarse y posteriormente desplegarlos con el consentimiento informado de la mujer. |
| Disposición arbitraria de la placenta. | Respeto a la costumbre de los pueblos y nacionalidades de personificar la placenta. |

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2008a).

Con base en los instrumentos emitidos hasta 2008, en 2009 se realizaron las adecuaciones del espacio físico en correspondencia con las disposiciones normativas, específicamente el reemplazo de la cama ginecológica por una multi posiciones o de libre posición. Para este periodo el país cuenta con 236 establecimientos de salud estatales que brindan la opción de parto respetado y con pertinencia cultural, según cifras hasta abril de ese año del Ministerio de Salud (Heredia 2018). Cabe considerar que, antes del 2009, año hasta el que se consolida una base sólida de normativa

técnica sobre el tema, esta alternativa de parto se concentraba en el sector privado; o se consideraba como una opción exclusiva de los pueblos y nacionalidades indígenas. Esta es la base para que, posteriormente, el parto humanizado se considere como una opción y derecho de todas las mujeres más allá de la cuestión étnica.

En el siguiente instrumento de planificación nacional, correspondiente al periodo 2009-2013, la idea fuerza es la del buen vivir como un estado asociado al bienestar individual y colectivo que depende del respeto y efectivizarían de los derechos a la salud y a la salud sexual y reproductiva. En este instrumento se muestra de manera más explícita una postura de oposición al neoliberalismo, el cual se considera caracterizado por la imposición de modelos uniculturales de atención y prestación de servicios de salud de bajo nivel de acceso y calidad. En contraposición a la primacía de los criterios clínicos y de mercado, el instrumento se centra en los determinantes que inciden en la calidad de vida de la población, con una mirada interseccional –lo rural, lo afro, lo indígena–; así como en los aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales se articulan con el objetivo de garantizar los derechos del buen vivir (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 189, 190).

El derecho a la salud se enmarca en el objetivo 3, correspondiente al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Específicamente la mortalidad materna y la morbilidad asociada a sus determinantes se asumen como un problema de salud pública, porque refleja las inequidades en la calidad de vida de las mujeres de diversas poblaciones y en el acceso a los servicios de salud; así como en la calidad de la atención que reciben en el periodo de embarazo, parto y pos parto. Se señalan varios factores como las causas preponderantes de la problemática, tales como: lugar de atención, personal que atiende el parto, oportunidad, lugar y personal que atiende las complicaciones pos parto, ausencia de controles pos parto y prenatales. Sin embargo, el factor más importante es la atención del embarazo y del parto que se caracteriza por la falta de un enfoque intercultural pleno que integre los conocimientos y prácticas culturales diversas. Se toma como base el indicador de la alta incidencia de parto domiciliario y con parteras, principalmente en la población indígena (Ecuador y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 197).

En consecuencia, en este instrumento se señala como meta nacional aumentar del 52% al 70% la cobertura del parto institucional y disminuir del 62% al 35% la mortalidad materna para ese

periodo (Ecuador y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 206). Para su cumplimiento se establecen dos políticas, la política 3.4 se centra en la atención integral a las mujeres y grupos prioritarios y estipula la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; la valoración de sus condiciones particulares de salud, especialmente durante el embarazo, parto y pos parto; la priorización de las acciones tendientes a reducir la mortalidad materna e infantil, especialmente en las zonas rurales; el equipamiento de los servicios de atención materno infantil; la promoción del acompañamiento durante el embarazo; el fortalecimiento de la atención pos parto y la promoción de la no violencia y no discriminación en los servicios de salud. Por otra parte, la política 3.5 establece la necesidad de diseñar y aplicar protocolos interculturales en los servicios de salud materna, para facilitar la implementación progresiva de la medicina ancestral en los servicios de salud.

En el marco de esta planificación nacional, en el año 2013 se emite la Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial. Entre los varios instrumentos a los que se alinea,⁶⁶ resalta la Guía del Parto Culturalmente Adecuado, porque busca su operativización. Se trata de una estrategia de organización en red de los servicios que tiene como propósito asegurar e incrementar la atención obstétrica y neonatal esencial durante el embarazo, parto y puerperio; para atender a las complicaciones obstétricas prevenibles y reducir la mortalidad materna. Este propósito se articula a la operativización del enfoque intercultural en los tres niveles de atención, por medio de la complementariedad con la medicina tradicional ancestral. Dicha complementariedad se efectúa a través de la inclusión de agentes no institucionales como las parteras, de adecuaciones culturales de los servicios de salud y del fortalecimiento de competencias interculturales del talento humano.

Un punto de quiebre es que, a partir de esta normativa, los CONE ya no se centran solo en el nivel institucional; sino también en el comunitario. La normativa refleja una ruptura con la idea de que el manejo de las complicaciones obstétricas es responsabilidad única y exclusiva de los hospitales y los especialistas, para que estas puedan ser detectadas a tiempo, prevenidas o manejadas por la familia y la comunidad. El involucramiento de la familia, la comunidad o de

⁶⁶ Instrumentos a los que articula la Norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal: Constitución de 2008, MAIS-FCI, Ley Orgánica de salud, PNBV 2013-2017, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Política y Plan de Acción de Derechos Sexuales y Reproductivos, Guía del Parto Culturalmente Adecuado, Objetivos de Desarrollo del Milenio.

agentes de medicina tradicional responde a la constatación de que el acceso a los servicios de salud está determinado por una serie de factores sociales asociados a la exclusión e inequidad, principalmente los ingresos económicos y la ubicación geográfica. Otro factor que la normativa toma en consideración es la prevalencia de los partos domiciliarios atendidos por personal considerado como no profesional, porque estos presentan una mayor correlación con la problemática de la mortalidad materna. No obstante, ya no se consideran como un factor de riesgo a erradicarse por los CONE a través de la mejora de la atención institucional centrada en los aspectos clínicos; sino que se asumen como un elemento que debe integrarse a las estrategias de atención en salud materna.

Esta estrategia además busca nutrir el sistema de vigilancia de la mortalidad materna para la toma de decisiones, incorporando lo que se denomina como mortalidad no visible. La mortalidad no visible incluye las causas de mortalidad materna asociadas a la renuencia o las barreras culturales para acercarse a los proveedores de salud. Para recoger esta información se considera que la participación comunitaria es esencial, en tanto posibilita recibir un flujo de información de quienes están con la mujer gestante en la atención no institucional. De este modo, la sinergia entre los agentes permitiría encontrar los motivos y las eventuales soluciones asociadas a la problemática de la mortalidad materna que van más allá de los factores contribuyentes tradicionalmente considerados.

Para el periodo 2013-2017, la idea del Buen Vivir, que fue recogida por primera vez en la planificación oficial del Estado de 2007, aparece como la idea movilizadora del accionar del gobierno; de manera más específica, como el objetivo central de la política pública. Esta idea implica la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos a través de la materialización de los valores de equidad, respeto por la diversidad y justicia social en intervenciones concretas; así como en la efectivización y desmercantilización de derechos. Precisamente la salud aparece como un derecho del Buen Vivir que debe cumplirse en políticas de prevención, promoción y de generación de un ambiente saludable para elevar la calidad de vida; con énfasis en la consolidación de la salud intercultural y la salud sexual y reproductiva (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 136).

En este instrumento de planificación nacional se registra un abordaje ampliado e integral de la salud sexual y reproductiva porque se integran nuevos componentes, a saber: la inclusión de

hombres, de diversidades sexuales, de nuevas problemáticas como infecciones de transmisión sexual, cáncer de mama y cérvico-uterino, y de nuevas soluciones que no se quedan en el terreno de las adecuaciones culturales de los servicios de salud; sino que hablan de su humanización. Esto responde a una forma de hacer política que implicó procesos de participación más profundos.

En esta línea, la lectura del problema de la mortalidad materna tiene las siguientes características. En primera instancia, se incorporan los determinantes étnicos y culturales que marcan el acceso a los servicios de salud.⁶⁷ Esta forma particular de enmarcar el problema, además de ir más allá de la cobertura y acceso a servicios de salud institucionales como la solución; visibiliza manifestaciones más explícitas de violencia obstétrica, como maltrato verbal y físico, trato excluyente, falta de privacidad y de información (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 140). Entonces, no sólo se habla de barreras culturales que impiden que las mujeres accedan a los servicios de salud; sino de que diversas mujeres los reconocen como espacios inseguros donde se vulneran sus derechos.

Las estrategias de mejoramiento de la calidad van de la mano de estas dos dimensiones. Así, como primer lineamiento estratégico se señala ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones de vida de la población; y como segundo lineamiento estratégico se estipula promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, es decir de los servicios de salud. La pertinencia cultural, geográfica, de género e intergeneracional y con enfoque de derechos aparece como elemento central para la garantía de la prestación universal, gratuita y de calidad de los servicios de salud.

De este modo, con la meta de reducir la mortalidad materna en un 29%, es decir, del 70% al 50% entre 2011 y 2017 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 152), se señala específicamente el desarrollo e implementación de programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal con enfoque integrado e intercultural. Específicamente se pone de manifiesto la necesidad de implementar procesos de estandarización de la infraestructura con

⁶⁷Se toma como base la Encuesta Demográfica de Salud Materno Infantil de 2004, en la que se obtiene que el 65% de mujeres auto identificadas como indígenas afirman haber tenido partos domiciliarios. Así también, en las provincias con porcentajes altos de población indígena y afro ecuatoriana se registra un menor porcentaje de partos institucionales y uno mayor de partos domiciliarios.

pertinencia cultural; así como procesos de desarrollo y sensibilización profesional para el personal de salud. Se plantea explícitamente como lineamiento de política –lineamiento 3.4– consolidar la salud intercultural a través de la adaptación progresiva del conocimiento ancestral específicamente en los servicios materno-infantiles, la capacitación al personal de salud y la incorporación progresiva de agentes tradicionales y ancestrales en el sistema integrado de salud pública (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 146).

A partir de este instrumento de planificación nacional se da la creación de la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, con la misión de definir y asegurar la implementación de políticas, derechos interculturales de salud, planes, programas y herramientas que garanticen la articulación y complementariedad de los conocimientos y prácticas ancestrales y alternativas de salud en los diferentes niveles de gestión y atención integral. Así también, se establece la creación e implementación de Unidades Operativas con medicinas alternativas en Quito, Cuenca, Guaranda, Muisne, Eloy Alfaro, Lago Agrio, Morona y Gualaquiza (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013).

En este nuevo periodo se crean seis instrumentos de vital importancia. En primera instancia, está la Estrategia Macro de Implementación y Fortalecimiento del Parto en Libre Posición de 2014, creada por el MSP y UNFPA. Se trata de una estrategia de implementación del parto en libre posición y culturalmente adecuado que consta de cinco componentes orientados a proveer los estándares específicos para la adecuación de las salas de parto en territorio. El instrumento surge debido a que se identifica que la Guía del Parto Culturalmente Adecuado contiene disposiciones netamente normativas más que operativas, por lo que, en territorio, la adecuación de los servicios de parto muestra una disparidad que requiere ser estandarizada para garantizar el mismo nivel de adecuación y funcionalidad en todas las unidades operativas.⁶⁸ Los cinco componentes son: normativo, adecuación del espacio, capacitación del personal, difusión a usuarias externas, sistema de información y recolección de datos.

El componente normativo funciona de forma complementaria con el de adecuación del espacio en el marco de la Guía del Parto Culturalmente Adecuado, señalando los estándares requeridos para las adecuaciones en territorio de las unidades de primer nivel de atención. Esto, a su vez, se

⁶⁸ En el periodo 2008-2013, a partir del inicio de la implementación de la atención del parto normal con consideraciones interculturales, se registran 101 salas de parto adecuadas por iniciativas locales de cada provincia (Ministerio de Salud Pública 2014a).

complementa con el componente de formación y sensibilización del personal de salud en las competencias necesarias para el parto intercultural. El cuarto componente se fundamenta en campañas edu-comunicacionales acerca de parto respetado o en libre posición en tres idiomas diferentes. Finalmente, el cuarto componente busca obtener y generar información acerca del parto con pertinencia intercultural para medir el impacto de la estrategia; con esta finalidad se incluyen cuatro variables en las bases de datos ginecológicas, se crea un formulario específico –formulario 051– para obtener información y se crea un sistema de información perinatal electrónico (Ministerio de Salud Pública 2014a).

Para el año 2014 la implementación y adecuación del parto en libre posición con pertinencia intercultural se enfocó en el primer nivel de atención. Se consideró a las unidades operativas que mantendrían su edificación original para las adecuaciones y a aquellas en proceso de certificación como servicio inclusivo. Con la finalidad de que la estrategia se cumpla, en este periodo se asigna un presupuesto a las Coordinaciones Zonales destinado a la adquisición descentralizada de insumos para el parto en libre posición, con base en la Guía de Especificaciones Técnicas, registrándose los montos que se muestran en la tabla que sigue a continuación (Tabla 3.3.):

Tabla 3.3. Presupuesto para la implementación del parto en libre posición 2014

| Coordinación zonal | Presupuesto |
|----------------------|-------------|
| Coordinación zonal 1 | \$ 2.965,00 |
| Coordinación zonal 2 | \$ 590,00 |
| Coordinación zonal 3 | \$ 2.470,00 |
| Coordinación zonal 4 | \$ 2.745,00 |
| Coordinación zonal 6 | \$ 1.805,00 |
| Coordinación zonal 8 | \$ 2.350,00 |

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2014a).

Precisamente el segundo instrumento de relevancia creado en este periodo es la Guía de especificaciones técnicas para UTPRS Interculturales. La guía estuvo a cargo de la Dirección Nacional de Salud Intercultural con el apoyo de ONU y UNFPA. Es un instrumento que ofrece parámetros específicos de los insumos requeridos para la adecuación de las salas de parto en

territorio, por lo que complementa la estrategia macro expuesta y la Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado, que, en tanto instrumento de referencia, no contiene los estándares específicos que garanticen el mismo nivel de adecuación y funcionalidad en las unidades operativas. El instrumento busca evitar la falta de estandarización en la implementación del parto en libre posición, que parte de las adecuaciones que se dan de manera intuitiva y con disparidades desde las iniciativas provinciales locales. De este modo, muestra que el funcionamiento del parto en libre posición no sólo depende de la existencia de una normativa; sino que requiere de una serie de elementos que no hacen parte de la infraestructura de los servicios de salud institucionales. Estos últimos, por ejemplo, no cuentan con sillas de acompañamiento, porque el modelo biomédico y hospitalario se materializa en la forma de organización del espacio; por lo que incorporar este tipo de insumos materializa la irrupción que se genera a partir de la idea de parto adecuado.

En el año siguiente, 2015, se da un salto cualitativo en la forma de promover la atención del parto. Ya no sólo se habla de la necesidad de consideración de la dimensión intercultural para la adaptación de los servicios; sino que empiezan a visibilizarse dos elementos más. En primera instancia, el incremento exacerbado de la práctica de cesáreas; y, en segundo lugar, los tratos deshumanizados que van más allá de cuestiones étnicas para enmarcarse en una dimensión de género. Cabe recalcar que, de hecho, para el año 2014, en el Informe Sombra Ecuador remitido a la CEDAW, gracias al movimiento de mujeres se incluye por primera vez a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que menoscaba la calidad de vida y los derechos de las mujeres y recién nacidos del Ecuador.

Es así que, en 2015, el movimiento de mujeres apoyado por la organización El Parto Es Nuestro y respaldado por el MSP crean el Criterio técnico para incorporar la Violencia Obstétrica en el Código Orgánico de Salud. Lamentablemente este instrumento fue rechazado en la Asamblea Nacional; sin embargo, pocos meses después se aprueba la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto por Cesárea, en cuya revisión participaron socias ecuatorianas y españolas de El Parto es Nuestro (Moreno 2016). La Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto por Cesárea amplía y profundiza los contenidos de los lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

Los Lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas en los establecimientos del SNS que atienden partos materializan la preocupación por el incremento y generalización de cesáreas, más allá de los casos en los que la vida del binomio madre e hijo se encuentre en riesgo. Este instrumento es una forma de respuesta a la recomendación de la OMS de no sobrepasar la tasa de cesáreas sugerida, que va de 10% a 15%; por lo que busca reafirmar al parto vaginal como la primera opción y la menos riesgosa. Por tanto, en este instrumento la cesárea se establece como una herramienta en casos de emergencias obstétricas o neonatales. Ambos instrumentos responden a la necesidad de reducir el número de cesáreas que se practican en el país, debido a que las excesivas tasas de parto por cesárea también pueden tener consecuencias negativas para la salud de la madre. Además, buscan favorecer al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud y brindar herramientas que permitan a los profesionales de la salud orientar su ejercicio con base en evidencia científica.

De este modo, la idea de un parto respetuoso, con pertinencia intercultural y humanizado; se materializa en la Guía para el Uso de Equipamientos de las Unidades de Trabajo de parto, Parto y Recuperación. El objetivo de este instrumento es facilitar el uso de las unidades de trabajo de parto, parto y recuperación, porque son espacios readecuados para ofrecer ambientes menos hospitalarios y propiciar el protagonismo de la mujer y su familia durante el nacimiento. Hasta 2015, existieron 76 salas de parto adecuadas –con más del 40% de equipamiento– para atender el parto en libre posición en las unidades de salud a nivel nacional.

El parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural es la antesala para hablar de parto humanizado. Hasta 2015, con base en los instrumentos creados, a nivel nacional se atendieron 13.785 partos en libre posición y 26.804 partos tuvieron el acompañamiento de un familiar elegido por la parturienta. Así también, las Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación del primer y segundo nivel de atención fueron readecuadas con la infraestructura y equipamiento necesario para ofrecer un ambiente menos hospitalario.

Para marzo de 2016, el debate suscitado a partir de la idea de parto humanizado se materializa en la propuesta de Ley Orgánica de Parto Humanizado. En marzo de ese año, la Asamblea Nacional aprobó por unanimidad el informe para primer debate de esta propuesta legal. Para ello revisó y sugirió la fusión de los proyectos de Ley Orgánica de Parto Humanizado y de Ley de Práctica

Intercultural para el Parto Acompañado en el Sistema Nacional de Salud,⁶⁹ presentados por las assembleístas Gabriela Rivadeneira y Lourdes Tibán, de Alianza País y Pachakutik respectivamente (Heredia 2016; 2016; La Hora 2016).

El objetivo de la ley radica en regular los mecanismos para la atención integral del parto humanizado y normal en todos los casos en que los partos por cesárea no sean medicamente indispensables. Por lo que, los artículos 9, 10 y 15 buscan regular la práctica de cesáreas a través de un informe que justifique su realización, o bien por medio de la autorización de la mujer embarazada para así evitar la violencia obstétrica. Así también, los demás artículos que componen el texto postulan: el derecho de las mujeres a elegir el tipo y la posición de parto; la necesidad de clarificar los criterios para la realización de cesáreas; el control de partos por medio de un registro de partos por cesárea y su pertinencia; el control pre natal y la atención durante el parto; la prevención de la violencia obstétrica y de todas las prácticas que atenten contra el parto humanizado, tales como la falta de atención a emergencias obstétricas, la obstaculización del apego del niño y la madre, las técnicas de aceleración del parto sin consentimiento, la práctica de cesáreas aún en condiciones para el parto normal o sin consentimiento; el trato respetuoso por parte del personal de salud; la auditoría sobre procedimientos y calidad de servicios; el acceso a los expedientes médicos en caso de violencia obstétrica; y la capacitación al personal de salud para la atención a partos humanizados, partos interculturales y partos por cesárea (Rivadeneira 2016, 12-17).

El proyecto de ley se justifica a partir de la comprensión del incremento del porcentaje de cesáreas, tanto en los servicios de salud públicos como privados,⁷⁰ como un riesgo para la vida de la madre. Este incremento se explicaría por la asociación de los nacimientos vaginales con el riesgo, la falta de información de la que es víctima la mujer gestante, y la mercantilización del parto a través de la generalización de una cirugía costosa. En este sentido, se sostiene que en la determinación del medio más adecuado para el parto no sólo se carece de información; sino que se despliegan prácticas enmarcadas en la violencia obstétrica, que se traducen en la afectación de las preferencias de las madres y en la violación al derecho del consentimiento informado.

⁶⁹ Este proyecto de ley fue presentado a la Asamblea nacional en julio de 2011 por la assembleísta Lourdes Tibán; sin embargo, se quedó en el segundo debate efectuado en julio de 2012.

⁷⁰ Para este periodo, los partos por cesárea superan la recomendación de la OMS –del 10 al 15%–.

En consecuencia, la propuesta central es el parto humanizado para atender la maternidad de forma integral, es decir, desde el embarazo hasta el pos parto; empleando diferentes técnicas no médicas ni farmacológicas. Si bien se toma como base la idea de las diferencias respecto a las mujeres empobrecidas y las mujeres que tienen acceso a servicios privados de salud, así como aquellas que responden a una cuestión étnica –lo cual fue la base del rediseño de la política a partir de la adaptación cultural de los servicios de salud materna–; se considera que el sustrato de la extrema medicalización del parto, hasta el punto de convertirlo en un acto quirúrgico, recae en la subvaloración de lo femenino, convirtiéndose en una cuestión de género que atañe a todas las mujeres por su condición de ser mujeres. Por tanto, el parto humanizado aparece como el contrario equivalente a la violencia obstétrica, descansando en la idea de que el cuerpo femenino es un cuerpo capaz, autónomo y que debe ser el protagonista; y de que el parto es un hecho transformador y no riesgoso, que, por tanto, no requiere de la medicalización.

Un mes más tarde de la presentación de este proyecto de ley, se desarrollan dos espacios de diálogo y participación como parte del proceso de socialización. Estos espacios fueron clave para el movimiento de mujeres, así como para los diversos actores movilizados por las ideas de efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la salud, de la adecuación cultural de los servicios de salud materna y de la humanización del parto como un derecho de todas las mujeres. En ellos se desplegaron diversas estrategias para nutrir el proyecto de ley e incorporar demandas clave para su cumplimiento a pesar del reconocimiento constitucional de derechos, aprovechando que oficialmente ambos fueron calificados como momentos para recoger aportes de instituciones, organizaciones, profesionales, mujeres, médicos, agentes de medicina tradicional y personas de la sociedad civil en general; que resulten en una ley construida colectivamente.

En el foro, el eje central de discusión fue un parto en el que se priorice a la madre y al bebé como protagonistas, a través de la concreción de un proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado que no parta de una mirada masculina (Heredia 2016). La idea fuerza movilizada es la violencia obstétrica y sus consecuencias negativas que afectan a todas mujeres por su condición de género. Esta idea se nutre de los datos a 2016, que muestran que el 40% de los partos son inducidos, en contraste con el 10% recomendado por la OMS, debido a un tratamiento violento de la mujer y a la mercantilización de los partos por cesárea. En esta línea, los colectivos de mujeres reconocen que el parto vertical en provincias con alta tasa de población indígena, partos domiciliarios y

moralidad materna representa un avance; sin embargo, bajo la idea de parto humanizado postulan que esto sea parte de una norma general para todas las mujeres en los establecimientos públicos y privados.

En este espacio de discusión se visibiliza la violencia obstétrica y se la define como toda falta de respeto a la autonomía de la mujer, la omisión de la atención de emergencias obstétricas, la obstaculización del apego del niño y la madre, la alteración del proceso natural de un parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración sin consentimiento, y la práctica de cesáreas aun cuando existan las condiciones para el parto vaginal. Como respuesta, se postula que la humanización es una postura de los equipos de salud respecto a los cuerpos de las mujeres en general, porque tiene que ver directamente con la sexualidad femenina en términos amplios; por lo que se requiere de un cambio de valores como la base de la evaluación de la efectividad de los instrumentos vigentes, así como de la transformación misma del sistema de salud que inicia en los espacios de formación. Desde esta nueva forma de comprensión del problema, no sólo se habla de adecuación cultural de los servicios para las mujeres de los pueblos y nacionalidades; sino para todas, así como de la incorporación de parteras y doulas.

A esta idea se apegan representantes de la academia,⁷¹ de organismos internacionales como la OPS y la OMS,⁷² de colectivos de mujeres como El Parto es Nuestro,⁷³ de la Federación Nacional de Obstetrices y Obstetras del Ecuador y algunos representantes del gremio de médicos. Desde los organismos internacionales se señala que el parto humanizado es la estrategia de derechos humanos, derechos reproductivos y justicia social con mejores resultados en salud materna; en contraposición a un modelo medicalizado que mantiene la concepción del cuerpo de la mujer como una maquina como la base del uso abusivo de tecnología y el exceso de intervenciones. Desde los colectivos se sostiene que, si bien un cuerpo normativo no es suficiente, la ley no debe restringirse a la reducción de cesáreas, no debe ser sancionatoria con los profesionales de salud y debe tener una definición de violencia obstétrica más sólida. Desde la Federación Nacional de Obstetrices y Obstetras del Ecuador se sostienen que la materialización de la idea de

⁷¹ Una de las representantes de la academia fue Thais Brandao, investigadora, docente y parte de la Red Mundial de Doulas; quien encabezó el primer proyecto orientado a investigar la violencia obstétrica en Ecuador, específicamente en el Distrito Metropolitano de Quito.

⁷² En el foro participó Suzanne Jacob, Directora del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP-SMR-OPS-OMS.

⁷³ Es una asociación sin ánimo de lucro formada por usuarias y profesionales de la salud, que busca mejorar la atención a madres, padres, acompañantes y niños, siguiendo los lineamientos de la OMS.

humanización de los servicios de salud materna requiere una propuesta integral de la maternidad en todas sus etapas. Finalmente, desde los representantes de médicos se sostiene que el personal de salud puede ignorar qué es la violencia obstétrica porque no existe un espacio en la academia para discutir qué tipo de intervenciones pueden desembocar en ella; sin embargo, se reconoce que la humanización del parto implica salvar la brecha que se abre para las mujeres mestizas cuando la adecuación de los servicios de salud se realiza considerando netamente una dimensión intercultural y cuando se cree que solo el parto natural puede ser un parto humanizado.

Además del foro, se realizó un encuentro nacional denominado Encuentro con Mujeres. Este espacio socializó el proyecto de ley con mujeres en territorio para recoger la percepción de las ciudadanas en torno a los servicios de salud materna y el parto humanizado. Un mes más tarde inicia formalmente el Proyecto Experiencias de Mujeres Atendidas en los Servicios de salud Pública del Distrito Metropolitano de Quito. Dicha iniciativa es ejecutada por representantes de la academia y de El parto es Nuestro, constituyéndose como la primera investigación académica en todo el país orientada a identificar y sistematizar la información sobre la atención en el embarazo, parto y postparto en el Distrito Metropolitano de Quito (Zona 9), como un primer paso para abordar la situación en el resto del país y así contribuir a la identificación y prevención de la violencia obstétrica.

El texto de ley que se presenta para primer debate en entonces la suma de la propuesta original de Rivadeneira, que se nutre de los aportes del proyecto de Tibán que se remonta cinco años atrás, de los aportes recogidos en los espacios de participación, así como de aportes muy específicos acerca de violencia obstétrica provenientes de la academia. De este modo, el proyecto fusionado se sustenta en las ideas de adecuación cultural y humanización de los servicios de salud materno-infantil para prevenir y erradicar la violencia obstétrica. A partir de la ley en tanto artefacto socio-técnico, se busca fortalecer la transformación del modelo de atención en salud iniciada con el despliegue de los instrumentos anteriores. Los puntos centrales del primer debate fueron: el trato humanizado a la mujer; el derecho a elegir métodos y prácticas de medicina tradicional, ancestral, alternativa o complementaria; garantizar el derecho a la salud; el consentimiento libre e informado durante el parto y embarazo; el derecho a estar junto al recién nacido; el uso de un lenguaje apropiado; la epidemiología de la operación cesárea desde una perspectiva de derechos humanos que incluye la determinación de protocolos y regulaciones que regulen la ejecución de cesáreas médicamente indispensables; el reconocimiento de las formas culturales ancestrales del

parto dentro de las instituciones públicas de salud; y la prevención de la violencia obstétrica (Asamblea Nacional 2016).

Durante el primer debate se recibió retroalimentación de asambleístas;⁷⁴ médicos; de la ministra de salud; de la Federación Nacional de Obstetras y Obstetras del Ecuador; de la viceministra de gobernanza de la salud, del El Parto es Nuestro, y de CEPAM. Sin embargo, no se logra clausurar la controversia, debido a lecturas diferenciadas acerca de la misma problemática en pugna.

Específicamente en los artículos referentes a la voluntariedad de la mujer respecto a la cesárea hay una fuerte oposición por parte de los médicos, quienes adujeron que el personal médico no puede responsabilizarse por decisiones de mujeres que no están formadas en el tema. Así mismo, los representantes del gremio esgrimieron el argumento de que es necesario mantener un enfoque de riesgo en la atención al parto, porque, a pesar de ser un proceso fisiológico, está sujeto a eventos adversos. Respecto al tema de la violencia obstétrica, se mencionó que no sólo los médicos pueden ejercerla; sino otros agentes de atención, sin que esto implique penalizarlos. Todos estos argumentos se contraponían a aquellos provenientes del movimiento de mujeres, del Parto es Nuestro, de representantes de la Red Mundial de Doulas, de organismos internacionales y de varios asambleístas; quienes sostenían que la tecnificación a consecuencia del enfoque de riesgo del parto es un proceso histórico que no es irrevocable ni necesario.

De vuelta al punto referente a la voluntariedad de la cesárea, varias asambleístas defendían la idea de que la cesárea no debería ser permitida a la mujer solo en casos de riesgo; sino que debería considerarse como una decisión que emana de la autonomía sobre los cuerpos. Otras pugnaban por la prioridad que debe tener el parto fisiológico. Entonces, mientras ciertas mujeres veían a la posibilidad de elegir la cesárea como una cuestión de derechos ya autonomía, otras la veían como una forma de perpetuar la medicalización del parto. De ahí que el debate se abría para plantear si solo el parto fisiológico es humanizado o si las cesáreas, a pesar de ser un proceso quirúrgico, pueden ser parte de la idea de humanización. Finalmente, varios asambleístas se opusieron al proyecto de ley por considerarlo como un instrumento legal muy limitado, incapaz de evitar las cesáreas innecesarias sino a través de la penalización del personal médico. En este sentido, sostuvieron el argumento de que se requiere garantizar los derechos de la mujer en el

⁷⁴ Los asambleístas que participaron en el primer debate de la ley fueron: Blanca Arguello, William Garzón, María José Carrión, María Alejandra Vicuña, Lourdes Tibán, Fausto Terán, José Moncayo, Carlos Velazco, Paco Fierro, Víctor Medina, Gastón Gagliardo, Mauro Andino, René Yandún, Gabriela Rivadeneira y Esthela Acero.

marco de un Código de la Salud más amplio y considerando el problema de la mortalidad materna desde una perspectiva más integral que incluya la atención a la mujer antes del embarazo, los embarazos adolescentes, las enfermedades, y la forma en la que la dimensión cultural puede ser un obstáculo para las cesáreas justificadas por un criterio médico.

Otros de los puntos en contra se alinearon a esta concepción de legislación sectorizada, es decir, se mencionaba que no sólo era una cuestión de las mujeres; sino del sistema de salud en general. En una línea similar, muchos assembleístas votaron en contra de la ley porque buscaban que el Código Orgánico de la Salud, que se debatía desde hace tiempo atrás, incorpore esta ley. Por otra parte, hubo puntos de desencuentro respecto al tema de la violencia obstétrica y su penalización, aduciendo que la prevención y erradicación de la violencia obstétrica requerían de procedimientos administrativos de restitución de derechos y de una reforma al COIP para que se tipifique la violencia obstétrica más que de una ley de parto humanizado. Finalmente, muchos assembleístas postularon que no se puede hablar de humanización del parto sin que la infraestructura a nivel nacional esté habilitada y sin incluir a las parteras; por lo que la ley solo generaría dispersión y disparidades.

En este marco, y considerando que la ley ni siquiera llegó a segundo debate porque efectivamente se integró en el cuerpo del Código Orgánico de la Salud y sus discusiones, seis meses después se impulsa la iniciativa de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño ESAMyN. Esta iniciativa es una adaptación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño IHAN⁷⁵ promovida por la OMS y UNICEF desde 1991, la cual estuvo centrada en proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos prestadores de servicios de maternidad en América Latina y el Caribe. Se incorpora en el país en el marco del Proyecto Binacional Ecuador-Perú, hasta el año 2009 se enfocó en la alimentación del lactante, para, en 2016, dar un giro y actualizarse para integrar un enfoque más centrado en la madre (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud 2016, 9).

Por tanto, desde ese año la ESAMyN es un Reemplazo de la Estrategia Nacional de Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna; e incluye la atención humanizada del parto y pos parto como un elemento fundamental. La estrategia está a cargo de la Agencia de Aseguramiento

⁷⁵ Cabe resaltar que durante los primeros años la iniciativa contó con recursos mundiales para su financiamiento; sin embargo, desde 2010 la inversión se redujo y la iniciativa se vio obstaculizada por la falta de sostenibilidad o de institucionalización de los procesos en de certificación en cada país.

de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS con el acompañamiento del MSP y UNICEF, y se guía por el objetivo de promover la implementación de prácticas de atención en salud humanizadas y respetuosas de la diversidad. Este instrumento toma como punto de partida una nueva lectura del problema de la mortalidad materna, incorporando la categoría de violencia obstétrica y así visibilizando las prácticas que atentan contra el parto como proceso natural y contra la autonomía de la mujer. Es así que ya no sólo se trata de la lactancia exclusiva sino de otros beneficios biológicos y psicológicos tanto para la madre como para el niño, considerando que la calidad que se brinda durante las primeras 48 horas del parto es determinante, y que la mayoría de muertes maternas y neonatales se da por causas prevenibles.

Con base en esta lectura del problema, la estrategia se implementa con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de: la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado, y el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna. Para ello, la normativa sanitaria prevé la certificación de los establecimientos de salud del SNS que atienden partos y que promueven y se adecúan para el parto humanizado. Sin embargo, si bien el cumplimiento de los parámetros establecidos en esta normativa es conducente a la Certificación de las unidades como “Amigas de la Madre y del Niño”, todas las unidades sanitarias que atienden partos, sean públicas o privadas, deseen o no certificarse, deben cumplir con los artículos relacionados al parto, puerperio y de lactancia materna.

Los requerimientos estipulados por la norma son: fomentar la articulación de los establecimientos con los agentes de la medicina ancestral, tales como las parteras, para el cuidado del embarazo, parto y puerperio; promover y garantizar el acompañamiento de las mujeres durante la labor de parto; garantizar espacios acogedores y respetuosos de la dimensión intercultural; sensibilizar al personal acerca de la dimensión intercultural que marca la atención al parto; permitir el uso de la vestimenta que las mujeres deseen; permitir la ingesta de bebidas y alimentos; permitir que la mujer elija la posición del parto que desea; capacitar al personal para atender partos en libre posición; dar la opción de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto; evitar procedimientos innecesarios o aceleración del trabajo de parto; evitar cesáreas innecesarias; y garantizar el contacto inmediato de la madre y el niño. Estos parámetros representaron varios desafíos para certificación de las unidades de salud, por ejemplo, permitir ingresar a la familia al quirófano sin la infraestructura necesaria, o atender el parto en libre posición sin la capacitación y la infraestructura que se requeridas.

Los dos primeros establecimientos certificados fueron el Hospital General Dicente de Calderón y el Hospital san Luis de Otavalo, gracias al apoyo de organismos internacionales como la OMS, UNFPA, UNICEF, el BM, y la OPS. Así también, tomaban como un sustento fuerte a la obligación de cumplimiento de los ODS y a la idea de que la prevención y reducción de la mortalidad materna contribuyen al desarrollo de capital humano y económico de los países. En materia de instrumentos nacionales, la ESAMyN se alineó al logro de las metas del PNBV 2013-2017 y de la Agenda Social 2013-2017, entre las que se destacan la prevención y reducción de la muerte materna y neonatal a través del parto humanizado.

Para su efectivización, la ESAMyN creó un Comité Nacional, Comités Zonales y Comisiones Técnicas. Dentro de las Comisiones Zonales se encuentra el Parto Es Nuestro, invitado por el MSP debido a su movilización, incidencia, estrategias para aproximarse al personal de salud y búsqueda de reuniones con el MSP para beneficio de la mujer en una de sus etapas más vulnerables como es el parto. Es así que Ecuador se constituye como el segundo país con mayor número de establecimientos certificados –141 establecimientos– luego de Brasil –320 establecimientos– (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud 2016).

Finalizado este periodo entra en vigencia el nuevo instrumento de planificación nacional para 2017-2021, que, entre una de sus metas, establece reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimiento por cada 100 000 nacidos vivos (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017). Así también, se crea la Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos 2017. La concepción de derechos sexuales y reproductivos que subyace a este instrumento va más allá del enfoque tradicional de planificación familiar y centrado en la dimensión de lo biológico; para abarcar la dimensión de la cultura y guiarse por un enfoque de derechos.

En este instrumento, específicamente el problema de la mortalidad materna se entiende como el reflejo de las inequidades que marcan el pleno ejercicio del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos que ha persistido en el tiempo. Por esta razón, se busca responder a la prevalencia e incluso aumento de la mortalidad materna –del 3,5% tomando como referencia el periodo 2013-2014– a través de la determinación de sus causas estructurales; así como por medio del fortalecimiento y ampliación de la cobertura de servicios (Secretaría Nacional de

Planificación y Desarrollo 2017, 24). Precisamente el lineamiento estratégico número siete plantea garantizar una maternidad segura a través de la promoción, prevención y atención integral en salud; de la pertinencia intercultural; del fortalecimiento respecto al manejo de emergencias obstétricas y de la mejora en la vigilancia e investigación sobre mortalidad materna (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2017, 45).

En este marco surge el Reglamento para la Aplicación del Enfoque Intercultural en los Establecimientos de Salud del SNS (2017). El objetivo de este instrumento recae en disminuir las barreras de acceso y garantizar el derecho a la salud integral a usuarios de comunidades de difícil acceso. Específicamente, respecto a las mujeres gestantes y parturientas, se estipula el cumplimiento de la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado y se incluye la posibilidad de ingerir alimentos tradicionales, usar la vestimenta que decida la paciente; elementos del parto humanizado.

En suma, para 2017 la modalidad de parto humanizado reportó un incremento importante, pasó de 66 233 alumbramientos en el 2016 a 88 779 en el 2017 –un 34% más según la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del MSP–; superando incluso los 81 663 partos ginecológicos en el mismo periodo (Heredia 2018). Un año más tarde se emiten las Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Este instrumento se alinea a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente y al Movimiento Todas las Mujeres, Todos los Niños; actualizándose desde su primera emisión para responder al panorama de los servicios de maternidad actual. Las orientaciones contenidas ponen sobre la mesa la flexibilidad que marca el concepto de normalidad en el trabajo de parto y sacan a relucir que este último no es universal y no debe ser estandarizado ni medicalizado. Por tanto, el instrumento busca ejercer agencia en la reducción de la medicalización creciente de los procesos de parto y en las prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar este proceso fisiológico en pro de la autonomía de la mujer y de las experiencias positivas de parto. Por tanto, se resalta la importancia de la atención centrada en la mujer desde un enfoque de derechos humanos, la cual se operacionaliza a través de prácticas alineadas al parto humanizado, tales como: la atención respetuosa a la mujer, la toma de decisiones informada, el acompañamiento durante el parto, la posibilidad de ingerir líquidos o alimentos acordes a su elección, la posibilidad de elegir la

posición para dar a luz, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, el contacto piel con piel, entre otras.

Finalmente, en 2020 se emiten dos instrumentos más y uno que continúa en trámite hasta la actualidad. El primero es un instrumento de Especificaciones Técnicas para el Área de Atención de Parto, emitido por la Dirección Nacional de Normatización⁷⁶ y la Dirección Nacional de Salud Intercultural. La aplicación de este instructivo de especificaciones es obligatoria para todos establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención del MSP, con la finalidad de evitar la medicalización e intervenciones injustificadas en procesos fisiológicos, porque incrementan el riesgo al momento del parto y afectan la experiencia de parto. En esta línea, el objetivo principal del instrumento es adecuar los servicios de atención de parto adaptándolos a las necesidades de la población, tomando en cuenta también sus condiciones y tradiciones culturales.

El instrumento, que surge en el marco del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado y de las recomendaciones de la OMS; da paso a la creación de instrumentos técnicos y normativos para homologar las necesidades de adecuación e implementación a nivel nacional, así como al despliegue de procesos de capacitación y socialización continua para garantizar la atención del parto desde un enfoque de derechos. El instrumento va en la misma línea de la Guía de especificaciones técnicas para UTPRS Interculturales de 2014 y la Guía para el Uso de Equipamientos de las Unidades de Trabajo de parto, Parto y Recuperación de 2015. Como se expuso en las líneas precedentes, la Guía del Parto Culturalmente Adecuado estipula una serie de insumos y equipamientos necesarios para ofrecer un parto en libre posición a las mujeres, que luego se aplica independientemente de su auto identificación étnica.

A partir de este instrumento, en 2008 da inicio el proceso de adecuación de salas de parto alineado a la realidad cultural de localidades específicas; y en 2014 se identifican disparidades como resultado de un proceso de levantamiento de información en territorio –momento en el que surgen los dos instrumentos que preceden a este–. Se determina que los servicios de parto culturalmente adecuado, y ahora humanizado, requieren de procesos de sensibilización del

⁷⁶ Creada en 2014 y encargada de definir todas las normas, manuales, protocolos y guías relacionadas con la gestión de la salud y la actualización de los instrumentos.

personal médico y administrativo más allá de la consideración de la diversidad cultural, siendo una cuestión de género. Es así que, aunque en un principio la adecuación de la atención del parto fue focalizada a las mujeres indígenas; el MSP reorientó su accionar para que este se extienda a toda la población. En este sentido, la idea de parto humanizado y el despliegue de instrumentos para su efectivización, se realizó independientemente de la cuestión de la pertinencia cultural, para pasar a ser consolidada como una intervención que responde a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en general. Bajo este paraguas, se dio paso a la actualización de normativas, adecuación física de las salas de parto, y capacitación y sensibilización del personal de salud.

En este escenario, este instructivo provee las especificaciones técnicas sobre las características del material y uso del equipamiento para la atención del parto en libre posición; debido a que escenarios alternativos al entorno de la atención basada en la medicalización pueden mejorar la satisfacción materna. Por tanto, se señalan los siguientes insumos obligatorios: esencias, música relajante, pelotas de dilatación, taburetes de parto (sillas holandesas), taburetes para la atención del parto en cuclillas, tela para suspender del techo, silla para acompañante, colchonetas, mesa baja auxiliar, lámpara de suelo, dispensador de agua fría y caliente, bolsa de agua caliente, cobijas, cama, cojín cúbico, cojín cilíndrico, espejo de mano, reloj de pared con minuterero, y termómetro. Asimismo, se el instrumento en mención establece que la infraestructura para el área de atención al parto debe caracterizarse por: paredes con colores cálidos, luz cálida, temperatura de 25°, puertas de vaivén, barras de sujeción para parto vertical y gancho de sujeción en el techo (Ministerio de Salud Pública 2020).

El segundo instrumento que se emite en 2020 es el Manual de Atención a la Mujer Gestante. Este es un instrumento teórico y operativo que se orienta a garantizar la atención integral de las mujeres en estado de embarazo y a promover el bienestar desde la gestación hasta los primeros cinco años de vida. Se enmarca en la estrategia denominada “Misión ternura”, la cual busca garantizar un “buen comienzo de la vida”.

Específicamente tiene el objetivo de que los equipos técnicos cuenten con los conocimientos adecuados no solo para orientar a la mujer gestante en temas de salud y nutrición; sino rescatando la dimensión emocional y humana del parto como un proceso fisiológico –además, con pertinencia cultural–. Este instrumento promueve el parto humanizado, entendido como un

proceso natural que toma en cuenta las necesidades emocionales, culturales y sociales, con perspectiva de género, de la mujer y su familia. El parto humanizado se define como una forma de garantizar la vida de las madres y el buen comienzo de la vida de los niños, a partir de los siguientes componentes: reconocimiento de la madre como protagonista del parto; reconocimiento del parto como un proceso natural; reconocimiento del derecho de la mujer y su familia a estar informados; respeto del entorno elegido para el parto; libertad de movimiento y de elección de la posición para dar a luz; y libertad de decisión de recibir o no acompañamiento (Ministerio de Inclusión Económica y Social 2020, 28).

Finalmente, como se expuso al abordar el debate en torno al proyecto de ley de parto humanizado, esta se incorporó a un cuerpo normativo más amplio denominado Código Orgánico de la Salud. El proyecto ingresó al legislativo en 2012, cuatro años después, en marzo de 2016, el entonces presidente de la Comisión de Derecho a la Salud, William Garzón, presentó un proyecto alternativo –donde se recogía temas como el fortalecimiento del primer nivel de atención– que circuló y se discutió con grupos de interés, instituciones y profesionales de la salud; para ser aprobado por la Asamblea Nacional apenas en 2020. Se trata de una norma legal que aglutina más de 40 leyes, decretos y reformas relacionadas con el sistema sanitario en el país (Heredia 2020; Roa 2020) para ser el único documento sobre legislación en salud.

La idea movilizadora para la elaboración de este instrumento legal es la salud como derecho y no como mercancía, que se lograría superando la fragmentación del sector salud, reforzada por una tendencia a legislar de manera sectorizada. Por esta razón, en el código se fusionan y unifican diversos proyectos de ley sobre la misma materia, incluyendo la ley referente al parto humanizado como derecho ante la problemática de la mortalidad materna.⁷⁷ La inclusión de los artículos acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica fue posible gracias a la apertura de espacios de socialización promovidos por la Comisión de Salud y la movilización e incidencia de organizaciones en pro de los derechos de las mujeres, tales como El Parto es Nuestro.

⁷⁷Para el interés específico de esta investigación, cabe recalcar que se integran en este instrumento legal el Proyecto de Práctica Intercultural para el Parto Acompañado en el Sistema Nacional de Salud propuesto por Lourdes Tibán y que pretende integrar las prácticas integrales en lo que al parto se refiere; el Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado propuesto por Gabriela Rivadeneira que posiciona el parto humanizado como un derecho de las mujeres y como una forma de visibilizar la violencia obstétrica; y el Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Humanizado en el Sistema Nacional de Salud también propuesto por Tibán, y orientado a regular las actividades de parteras y comadronas en la atención institucional del parto.

La salud sexual y reproductiva aparece como un derecho específico en salud en el artículo 10 del código. Así mismo, en el artículo 20, respecto a los derechos de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, se estipula que las mujeres tienen derecho a recibir una atención humanizada del parto y el puerperio; a recibir asesoramiento e información oportuna acerca de todas las prácticas y procedimiento a efectuarse y acerca de los beneficios del parto vaginal; a decidir el tipo y modalidad de parto con respeto a las prácticas interculturales; y a la posibilidad de optar por el acompañamiento de las personas que deseen. Por su parte, en el artículo 198 se estipula que la violencia obstétrica es un problema prioritario del Estado, definiéndose como toda acción u omisión que considere a los procesos de embarazo, parto y pos parto como una patología, o que se manifieste a través de conductas como la alteración del proceso de parto por medio del uso de técnicas o prácticas innecesarias, incluyendo obligar a las mujeres a parir en posición litotómica, obstaculización del apego precoz madre e hijo, o abuso de la medicalización en la atención al parto; además, se incluyen comportamiento de violencia o maltrato físico o psicológico; esterilizaciones forzadas y todo acto que vulnere la autonomía de las mujeres sobre su propio cuerpo. Finalmente, en el artículo 200 se dispone que existan servicios de salud para la atención al parto adecuados acorde al principio de interculturalidad (Asamblea Nacional 2018).

Como se mencionó, la incidencia y presión social de organizaciones de mujeres y feministas fue de vital importancia para incorporar los articulados referentes al parto humanizado, la adecuación cultural de los servicios de salud y la violencia obstétrica en el COS, pero las demandas no se agotaron en ese ámbito; sino que se impulsó una propuesta de carácter integral más allá del momento del parto. Se brindó integralidad a la propuesta incorporando la atención desde el momento en que una mujer busca quedarse embarazada hasta el postparto; por lo que fue fundamental traer al debate temas como la lactancia materna desde la primera hora de vida y la oposición a la objeción de conciencia acerca de la anticoncepción (Roa 2020).

A pesar de los esfuerzos de la Asamblea Nacional y del movimiento de mujeres, el COS fue objetado completamente por el ejecutivo en 2020.⁷⁸ Lenin Moreno adujo inconsistencias técnicas de la propuesta, falta de concordancia con la realidad el país modificada por la pandemia de COVID-19, y un carácter altamente punitivo porque el instrumento en mención creaba 172

⁷⁸ En mayo de 2021 el proyecto de ley fue remitido a la Unidad Técnica Legislativa para su revisión, misma que ratificó el periodo de un año para su aprobación por la Asamblea acorde al porcentaje de votación estipulado en la constitución (Unidad de Técnica Legislativa de la Asamblea nacional 2021).

sanciones administrativas para los profesionales de la salud tanto a nivel público como privado; lo cual significaría un altísimo costo para el Estado. Este rechazo fue respaldado por actores como la Conferencia Episcopal Ecuatoriana y grupos pro-vida, tales como el Frente Nacional por la Familia, junto a otras organizaciones de la sociedad civil y grupos religiosos que habían anunciado a inicios de septiembre que recogerían firmas y realizarían movilizaciones para pedir el veto total del COS (El Universo 2020).

3.2. Controversia y co-construcción: del enfoque biomédico hacia los instrumentos para la humanización y adecuación cultural de los servicios de salud materna

Este apartado tiene el objetivo de exponer y explicar cómo y por qué se suscita la controversia que desemboca en el rediseño de la política pública para reducción de la mortalidad materna; es decir, la disputa acerca del sentido y del propósito de los artefactos socio-técnicos del periodo precedente –instrumentos del periodo 1960-2006– a partir de la que se movilizan actores cohesionados por las ideas de adecuación cultural y humanización de los servicios de salud materna para transformar el modelo de provisión de salud vigente.

Como punto de partida, en detrimento de una concepción de los instrumentos de política como objetos neutrales resultantes de un ciclo compuesto por fases bien delimitadas de definición de problemas-soluciones; estos son concebidos como la materialización de las ideas y los intereses de los actores que se movilizan para que sus marcos de política prevalezcan sobre otros. Por tanto, además de su dimensión material –normativas, reglas, manuales, guías, leyes–; tienen una dimensión que corresponde a las ideas y otra a los procesos de aprendizaje estratégico. Estas tres dimensiones permiten comprender que ni el sentido ni las finalidades de los instrumentos son neutrales; por lo que su co-construcción involucra múltiples actores con ideas en disputa. De ahí que el “buen diseño no sea suficiente” para su funcionamiento efectivo.

En el caso de la política objeto de análisis, se muestra cómo la Constitución de 2008 es un acatante que ejerce influencia para el cuestionamiento, negociación y rechazo de la representatividad vigente en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos; porque una nueva narrativa se materializa como imperativo constitucional. Esto ocurre por el alto grado de incidencia del movimiento de mujeres, que moviliza sus estrategias y habilidades en torno a las ideas de adecuación cultural y humanización de los servicios de salud materna, para hacer visibles las finalidades y consecuencias de los instrumentos de política para la reducción de la

mortalidad materna que se enmarcan en la medicalización y se centran en la atención institucional del parto. Además del movimiento de mujeres, los organismos e instrumentos internacionales ejercen agencia para que el MSP emita instrumentos alineados a las demandas impulsadas.

De este modo, la controversia permite mirar la contradicción entre el incremento de la cobertura y calidad de los servicios y la prevalencia de la mortalidad materna. Es así que desde una perspectiva centrada en el análisis socio-técnico, en el periodo del rediseño se puede indagar para quiénes y por qué no funciona la política, cuáles fueron los grupos sociales relevantes que en la controversia en torno al funcionamiento de la política como posibilidad de reducción de la mortalidad materna posicionaron sus ideas, o cómo estos actores tienen la capacidad de poner a circular un discurso orientado a la comprensión de por qué la política no funciona.

Desde el movimiento de mujeres, nutrido de organizaciones redes y movimientos locales y transnacionales, así como de otros movimientos sociales; se construye un sentido de no funcionamiento, se escala la controversia para reflexionar acerca de lo que pasa con la política en los escenarios de la atención institucional vs los escenarios no institucionales. Luego, el sentido de no funcionamiento no solo estará articulado a las mujeres rurales, indígenas o empobrecidas, para quienes no funciona un modelo que choca con su forma de habitar el mundo; sino que se traslada también a las mujeres urbanas, por constituirse como una cuestión de género.

Algunas de las acciones que asignan sentidos de no funcionamiento a los instrumentos de la política son: desarrollo de espacios de deliberación; deslegitimación de la idea de necesidad de la ciencia y la tecnología sobre el cuerpo de las mujeres en un proceso riesgoso; o establecimiento de alianzas nuevas y más amplias para la efectivización de reformas legales (Andrade y Jiménez 2016). En contraste, la estabilización de sentido de funcionamiento de los instrumentos para la adecuación cultural y humanización de los servicios de salud materna agenciada por los actores permite la adecuación de procedimientos y técnicas, espacios y normativas que dan sustancia o materia a la idea de humanización y adecuación cultural. De este modo, ambas ideas devienen parte constitutiva de las nuevas prácticas.

3.3. El rediseño de la política: la relación dialéctica entre ideas programáticas, estructura de red y agentes

El análisis de la relación dialéctica red-agentes toma como punto de partida el hecho de que, si bien las estructuras de red gozan de capacidades para lidiar con los cambios exógenos del contexto estructural o para aprovechar las oportunidades de incidencia que se presentan; estas están determinadas por la forma en la que los actores los entienden y los interpretan. Por lo tanto, considerando que se ha explicado la relación entre el contexto estructural y la estructura de red en el capítulo precedente; en este apartado se toma como eje de análisis a la relación dialéctica que se establece entre los actores y la estructura de red. Ambas relaciones dialécticas, red-contexto y red-agentes, serán la base explicativa del capítulo subsiguiente, mismo que aborda los resultados de política.

Analizar las ideas programáticas⁷⁹ que constituyen las motivaciones y el elemento de cohesión de los actantes para incidir en el proceso de la política, permitirá comprender y explicar el estilo del que se imprime la política pública durante el rediseño; es decir, la particularidad que reviste a la comprensión del problema y sus causas, la selección de instrumentos con base en esta, los valores que tienen preeminencia y subyacen a dichas elecciones instrumentales y las estructuras de implementación elegidas para el despliegue de la política (Peters 2018). Cabe considerar que la incorporación de nuevas ideas no es un proceso automático; sino que depende de la receptividad de los agentes, del grado en que una red de políticas se desarrolle en torno a ese set de ideas particular, o de los esfuerzos desplegados por otros agentes por mantener la organización social prevalente. Principalmente, desde el análisis de los actores será posible dilucidar los elementos de los que estos se valen para incidir en los cursos de acción, disputar con los patrones dominantes, e intentar que el horizonte del diseño presente una ruptura con la dependencia de sendero que lo marca; esto incluye sus capacidades de negociación, sus recursos, sus estrategias, sus habilidades y aprendizaje estratégico.

Siguiendo a Kisby (2007), el punto de partida para operacionalizar el modelo dialéctico en su variante ideacional es identificar a los actores que intervienen. Por tanto, los actantes⁸⁰ que

⁷⁹ Cabe recalcar que la introducción de las ideas programáticas como variable explicativa posibilita que la explicación no se agote en la dicotomía estructura-agencia.

⁸⁰ Debido a que a esta investigación subyace una perspectiva de investigación CTS, se considera tanto a los actores humanos como no humanos.

conforman la red de política en el periodo de rediseño se han identificado y clasificado en actores internacionales, actores públicos, actores individuales, organizaciones y movimientos sociales, instrumentos internacionales e instrumentos nacionales. Se detalla cuales son en la tabla que sigue a continuación (Tabla 3.4.):

Tabla 3.4. Actores que conforman la red de rediseño de la política

| Actor | Tipo | |
|---|-------------------------|------------------|
| OMS | Actores Internacionales | |
| OPS | | |
| UNFPA | | |
| UNICEF | | |
| BM | | |
| ONU | | |
| CONASA | | Actores Públicos |
| MSP | | |
| Dirección Nacional de Salud Intercultural | | |
| Dirección Nacional de Normatización | | |
| Comisión del Derecho a la Salud | | |
| Gobierno de Ecuador | | |
| Dirección Provincial de Tungurahua | | |
| CONAMU | | |
| SENPLADES | | |
| Yachaks | Actores Individuales | |
| Parteras | | |
| Academia | | |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Gabriela Rivadeneira | Organizaciones y movimientos sociales |
| Lourdes Tibán | |
| Médicos | |
| Movimiento de Mujeres | |
| Mujeres diversas | |
| Asamblea de mujeres populares y diversas | |
| RELACAHUPAN | |
| El Parto es Nuestro | |
| Red Internacional de Doulas | |
| Movimiento indígena | |
| CONAIE | |
| ECUARUNARI | |
| FENOCIN | |
| Jambi Huasi | |
| FENOE | |
| CONAMUNE | |
| Coordinadora Regional Sur | |
| Luna Creciente | |
| QAP | |
| FCI | |
| ODS 2015 | Instrumentos Internacionales |
| Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva | |

| | |
|--|-------------------------|
| Conferencia de El Cairo | Instrumentos Nacionales |
| Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing | |
| Asamblea Constituyente 2007 | |
| Constitución 2008 | |
| Agenda de las Mujeres para la Nueva Constitución Ecuatoriana | |
| PNBV 2007-2010 | |
| PNBV 2009-2013 | |
| PNBV 2013-2017 | |
| Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008 | |
| ESAMyN | |
| Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado | |
| Proyecto de Ley de Parto Humanizado | |
| Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno-infantil | |
| Especificaciones técnicas para el área de atención al parto | |
| COS | |
| MAISFCI | |

| | |
|--|--|
| Plan de Reducción de la Mortalidad Materna | |
| Normativa y protocolo de atención materna | |
| Normativa parto vertical | |
| Lineamientos cesárea | |
| Guía cesárea | |
| Guía equipamiento | |
| Reglamento interculturalidad | |
| LMGYAI | |
| LOSNS | |
| PSDRS2007 | |
| ODM | |
| EMCC | |
| Experiencia Piloto de Tungurahua | |
| Normativa CONE | |
| Estrategia Macro | |
| Guía UTPRS | |
| Informe Sombra CEDAW | |
| Manual DE LA Mujer gestante | |

Fuente: Elaborado por la autora con información del trabajo de campo.

Por su parte, el contexto ideacional está conformado por cinco ideas, cuatro de las cuales se remontan al periodo anterior de análisis, siendo las ideas programáticas 1, 3 y 4. La idea 2, centrada en el mejoramiento de la calidad en la provisión de servicios es nueva en esta red y va transformándose en el tiempo para articularse a la de efectivización de derechos, adecuación cultural y humanización de los servicios de salud. Justamente a esta última se suma la Idea

Programática 3 de violencia obstétrica. Esta idea posibilita que un mayor número de actores se cohesionen en torno a la idea de humanización de los servicios de atención en salud materna y la fortalece, porque permite que las propuestas de política del movimiento de mujeres, de las organizaciones que lo nutren y respaldan –como El Parto es Nuestro, la Red Internacional de Doulas o la RELACAHUPAN– y de la Asamblea Nacional a través de la Comisión Permanente del Derecho a la Salud se posicionen como la forma de llegar a un bien supremo y colectivo. Así también, hace viable que este propósito se materialice en instrumentos de política que ejercen agencia porque facilitan la efectivización de avances reconocidos en periodos pasados y posibilitan modificar la organización del sistema de salud, los comportamientos y el proceso de formación mismo del personal de salud, de los agentes tradicionales de salud y de las usuarias; para dar paso a una nueva forma de entender y organizar el modelo de provisión de salud en los servicios de salud materna.

En este momento del análisis, las ideas de efectivización de derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la salud; de mejoramiento de la calidad; de adecuación cultural de servicios de salud materna; y de humanización del parto para prevenir y evitar la violencia obstétrica como derecho de todas las mujeres; detentan un papel fundamental en la forma en la que se construyen los fines perseguidos por diversos conjuntos de actantes y, consecuentemente, en su trayectoria y repertorio de acción. El contexto ideacional conformado por estas ideas importa porque incide en el establecimiento de qué problemas se atenderán y de qué forma, es decir, a través de qué soluciones. Este elemento es clave porque precisamente el rediseño de la política se entiende como un esfuerzo consciente de los actores por modificar la forma en la que se enmarcan las causas asociadas a la mortalidad materna y, con base en estas, las potenciales soluciones; elementos que aparecen como el punto de partida para la selección de instrumentos con base en valores muy específicos.

En este sentido, el diseño de nuevos instrumentos de política permite evidenciar un tránsito en la forma de entender el problema de la mortalidad materna, sus causas, sus soluciones, los resultados esperados y las estructuras de implementación requeridas. Este tránsito va de los problemas y soluciones centrados en las cuestiones clínicas y en la atención institucional del parto, para pasar a la importancia de las cuestiones culturales, rebasarla al abordar la problemática como una cuestión de género que atañe a todas las mujeres, e integrar al nivel

comunitario y familiar –y a los actores que se desenvuelven en estos niveles– de forma complementaria a los servicios institucionales.

Una clara manifestación de este rediseño está constituida por todos los instrumentos normativos y operativos que posibilitan un quiebre en la organización y provisión de los CONE. En estos, se pasa de considerar a la intervención de los agentes de medicina tradicional en la atención al parto y a los partos no institucionales como un factor de riesgo y una de las principales causas de la mortalidad materna desde una mirada de supremacía de la medicina occidental; para integrarlos a las intervenciones gubernamentales. Esta integración los considera como parte de la solución, porque se construye sobre la base de una relación de alteridad entre el modelo biomédico y el ancestral. De este modo, los nuevos problemas son, por ejemplo, la falta de estándares para que la adecuación cultural y humanización de los servicios pase de la teoría a la práctica; y ya no la participación activa de prestadores de salud no institucionales.

Ahora bien, como se mencionó, el impacto de las ideas no acontece de manera automática; sino que es solo a través de las acciones de actores específicos, motivados por ideas programáticas particulares, que las ideas pueden influenciar en la estructura de red y en los resultados de política. Entonces, una vez establecido el contexto ideacional en el que las ideas programáticas y los cursos de acción se desarrollaron, se procede a analizar por qué y cómo estas cuestionaron la organización del modelo de provisión de salud materna centrado en el enfoque biomédico y en la atención institucional. Este examen se efectuará por medio de la revisión de las habilidades, estrategias, recursos y aprendizaje estratégico de los actores en este periodo de tiempo.

En este marco, se sostiene que el movimiento de mujeres, estratégicamente respaldado por el movimiento indígena, por movimientos locales y por colectivos que trabajan específicamente sobre temas de derechos sexuales y reproductivos, atención en salud materna y violencia obstétrica –como El Parto es Nuestro–; supo aprovechar las coyunturas favorables para ingresar sus demandas. El movimiento funcionó como una suerte de trampolín de ideas (Kisby 2007), para impulsar demandas específicas, primero por la efectivización del derecho a la salud, luego de los derechos sexuales y reproductivos, más tarde por la importancia de las consideraciones culturales en el acceso a servicios de salud materna, y finalmente por la humanización de los servicios de salud materna como una cuestión de equidad y justicia de género. Esto se fortaleció del accionar de los organismos internacionales e instrumentos internacionales que ejercieron

agencia para facilitar que las demandas se posicionaran como cuestiones relevantes en el marco de un debate global-regional.

De esta manera, el MSP, en tanto autoridad que ejerce la rectoría del sistema de salud a nivel nacional, fue generando progresivamente instrumentos que abogaban por la adecuación cultural de los servicios de salud, tanto en el plano normativo como en el operativo; por el mejoramiento de la calidad de los servicios más allá de los aspectos clínicos; por la incorporación de agentes de medicina tradicional; por una nueva forma de recoger y generar información acerca de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal; o por regular nuevas aristas de la problemática, tales como el incremento generalizado de cesáreas o el despliegue de tratos violentos hacia las usuarias. En la misma línea, la Asamblea Nacional, a través de la Comisión de Salud, se movilizó alineada al movimiento de mujeres bajo la estrategia de proponer reformas legales que posibiliten la materialización de las ideas defendidas, utilizando además la estrategia de amparo en instrumentos internacionales y experiencias de otros países de la región para la visibilización de la importancia y urgencia de las demandas. En contraste, los actores que se oponían a las ideas que movilizaban al movimiento de mujeres, al MSP, y a la Asamblea Nacional –algunos representantes del gremio de médicos o de grupos religiosos y pro vida–, defendían el mantenimiento de una concepción del embarazo y el parto como eventos riesgosos que requieren la intervención de los expertos y el uso de tecnología.

La contienda suscita en torno a un proyecto de ley que no llega a materializarse posibilita evidenciar cómo las leyes, en tanto construcciones colectivas que llevarían a consensos sobre el ordenamiento y funcionamiento sociales (Franco 2015, 122), están condicionadas por lecturas diferenciadas acerca del mismo asunto y por poderes ideológico-políticos capaces de posicionar o no una de esas lecturas. Este condicionamiento hace que dependan más de la composición y dinámica de los actores en tensión que del buen diseño del instrumento legal o de la validez de las demandas que busca materializar. Así pues, tanto los resultados de política como la viabilidad de que una propuesta de ley se convierta en tal y se aplique efectivamente depende de los recursos desplegados por los actores.

Tomando como base lo acontecido con la propuesta de ley de parto humanizado, se puede sostener que, en sentido amplio, la traducción del texto constitucional o de políticas previas –en tanto marcos generales que muestran cursos de acción más específicos en el andamiaje

institucional de la salud–; se enfrenta constantemente a este interjuego o entramado de fuerzas en disputa. Sin embargo, las estrategias desplegadas por el movimiento de mujeres que si dan lugar a normativas, manuales, protocolos o guías específicas; permiten mostrar cómo en el frente de acción legal no se agotan los hechos reales en salud materna. Esto devale la forma en la que un nuevo ejercicio de enmarcamiento del problema de la mortalidad materna y sus causas, que se constituye en un ejercicio de denuncia de las falencias del sistema de salud; si puede institucionalizarse.

En este marco, sobresale la Guía del Parto Culturalmente Adecuado en tanto materialización de la idea de adecuación cultural de los servicios, que va nutriéndose de instrumentos complementarios, para luego ser también una forma de institucionalizar la idea de humanización como forma de lucha contra la violencia obstétrica. La construcción de este instrumento convocó a un sin número de actores, incluyendo agentes de medicina tradicional, representantes de movimientos sociales, de la academia, e incluso, del gremio de médicos. Así también, el proyecto de ley de parto humanizado, aunque no pasó a ser una ley, generó espacios de discusión y participación favorables para posicionar las demandas.

En la tabla que sigue a continuación se detallan las habilidades, recursos y estrategias de los actores desplegados para el rediseño de la política. Este arsenal de herramientas corresponde a diversos momentos en la trayectoria histórica de la política de la mortalidad materna, incluyendo tanto las coyunturas favorables como los espacios de debate que no llegaron a generar como resultado los instrumentos esperados. Así se expone en la tabla que sigue a continuación (Tabla 3.5.):

Tabla 3.5. Habilidades, recursos y estrategias de los actores: repertorios de acción, lucha y movilización

| Estrategia | Objetivo |
|---|--|
| Visibilización de la lucha política histórica del movimiento de mujeres y divulgación de sus demandas | <ul style="list-style-type: none"> - Construir las propuestas de las mujeres sobre la base de saberes, acciones, propuestas de reforma, plataformas de acción y agendas anteriores; generadas a lo largo de la trayectoria del movimiento de mujeres. - Generar demandas integrales que incorporen otras más específicas y contribuyan a configurar prácticas de |

| | |
|---|--|
| | <p>salud que vayan más allá del modelo biomédico. Por ejemplo, una crítica al proyecto de ley de parto humanizado fue que se trata de una ley centrada en un momento muy puntual de la atención gineco-obstétrica a una mujer: el momento del parto. Se sugiere brindarle integralidad incorporando la atención desde el momento en que una mujer busca quedarse embarazada hasta el postparto.</p> |
| <p>Articulación de las demandas con los avances internacionales, específicamente con los compromisos adquiridos por el Estado por medio de convenios y conferencias internacionales; y con experiencias de otros países</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar la madurez, vigencia y urgencia de las propuestas del movimiento de mujeres, así como los costos del no reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. - Politizar la problemática en un ambiente conservador y donde las mujeres no son consideradas como sujetos políticos en un marco de alteridad. |
| <p>Generación de alianzas con diversas organizaciones sociales y locales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de bloques y plataformas para mayor incidencia. - Generación de vínculos con diversos actores con causas similares para conectar demandas –organizaciones hermanas de mujeres que defienden el derecho a la lactancia materna, al acompañamiento en el parto y a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; profesionales que atienden partos en centros de salud o en casa, parteras y doulas; personal sensibilizado en el Ministerio de Salud–. - Posicionar el tema de los derechos humanos de las mujeres como prioritario en las agendas. - Contar con aliados para los procesos de negociación política y de aprobación de reformas. - Contar con voceras y voceros con capacidad de incidencia en los espacios oficiales. - Ser parte de los debates y brindar soporte técnico y teórico para los procesos de negociación política. |
| <p>Despliegue de repertorios de acción de carácter no contencioso, tales como: realización de encuentros nacionales, impulso y participación en espacios de debate como espacios de diálogo</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Aglutinamiento de actores para la generación de agendas comunes. - Establecimiento de compromisos como mínimos no negociables. |

| | |
|---|--|
| oficiales, eventos públicos de deliberación, talleres de socialización o foros de discusión | <ul style="list-style-type: none"> - Generación de procesos de deliberación para nutrir plataformas políticas organizativas por el derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos. |
| Generación de una agenda común | <ul style="list-style-type: none"> - Ingresar los temas específicos sin olvidar la crítica más profunda al carácter mismo de la democracia en el país como base. Un claro ejemplo fue el documento “Agenda de Mujeres para la Nueva Constitución ecuatoriana”. |
| Presencia pública, vigilia y compromiso constante del movimiento de mujeres en los espacios físicos donde se llevan a cabo procesos constituyentes, debates y procesos de socialización de reformas legales, proyectos de ley, propuestas de política –Asamblea Nacional– | <ul style="list-style-type: none"> - Dar seguimiento continuo a las discusiones. - Formular textos complementarios para combatir la resistencia a la incorporación de las reformas en materia de género. - Ocupar espacios y visibilizar el descontento con el orden que se busca transformar. |
| Marchas de apoyo | Desplegar medidas de presión para evitar que la carga política en otros temas aisle a los temas demandados por las mujeres. |
| Esfuerzo de asesoría, investigación –análisis con base en la legislación comparada, la última evidencia científica e investigaciones académicas–, redacción y adaptación de reformas. | <ul style="list-style-type: none"> - Construcción de documentos con aportes para los proyectos de ley y códigos orgánicos. - Evitar que los temas demandados queden relegados. - Viabilizar cambios en el ordenamiento legal –que requieren elaborados desarrollos conceptuales y debates para construir consensos–. |
| Formulación de alternativas legales | <ul style="list-style-type: none"> - Consolidar una amplia alianza de fuerzas con diversas agendas específicas para promover cambios más profundos. - Ganar credibilidad socio-política. - Avanzar en un modelo de provisión de salud capaz de revertir esfuerzos neoliberales. - Lograr que se expidan normas en varios niveles que transformen la realidad en salud que se denuncia. |
| Difusión de información a través de charlas, foros, debates y proyectos de investigación | <ul style="list-style-type: none"> - Que las mujeres conozcan acerca de derechos sexuales y reproductivos, derechos como usuarias del Sistema Nacional de Salud, recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Salud (MSP) |

| | |
|--|--|
| | sobre buenas prácticas, parto humanizado y violencia gineco-obstétrica. |
| Campañas y reuniones periódicas con madres | <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar en la prevención de violencia obstétrica. - Difundir datos oficiales de la situación de las mujeres en el campo de derechos sexuales y reproductivos. |
| Eventos en fechas significativas | <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la incidencia en red. - Mantener en la memoria colectiva los avances y las demandas de las mujeres. - Posicionar las demandas en lógicas globales y regionales. |

Fuente: Franco (2015); R. Naranjo (2014); Santillana (2013); Valdez (2006); Artiles (2015); Moreno (2016); González (2011); Santillana y Aguinaga (2012); Vela (2006); Torres (2015).

Fruto de las estrategias y habilidades desplegadas por los actores en el marco de los esfuerzos de transformación de los cursos de acción, deviene el aprendizaje estratégico. Pero no sólo de ahí, este emana de las habilidades iniciales de los actores, de las lecciones suscitadas en medio de las controversias como punto de partida para el rediseño, de los resultados de este, de los cambios en la red, e incluso de las mutaciones en el contexto estructural. Por tanto, el aprendizaje estratégico tiene el potencial de retroalimentar y guiar las interacciones futuras de los actores, en su esfuerzo consiente por movilizarse para enfrentar las presiones exógenas o aprovechar las coyunturas favorables.

Así, por ejemplo, se puede evidenciar cómo en la trayectoria de configuración y maduración del movimiento de mujeres y feminista ecuatoriano que inicia en los años 80 (Santillana y Aguinaga 2012), la elaboración del problema de la mortalidad materna se va complejizando, pasando de una expresión de desigualdad a ser una expresión de desigualdad que se manifiesta en una triada de violencia: directa, porque sus causas se dan por falta de equidad y son prevenibles; estructural, porque tiene que ver con la organización del sistema médico oficial y con los marcos legales vigentes; y cultural-simbólica, porque se legitiman prácticas, creencia, actitudes que justifican tratos y hechos que vulneran los derechos de las mujeres (Artiles 2015). Esto incide en la agencia del movimiento de mujeres que, precisamente por nutrirse del aprendizaje estratégico generado a lo largo de una larga tradición de lucha, se consolida como una agencia situada; es decir, con demandas y repertorios de acción muy específicos porque surgen de una histórica situación de exclusión y desigualdad.

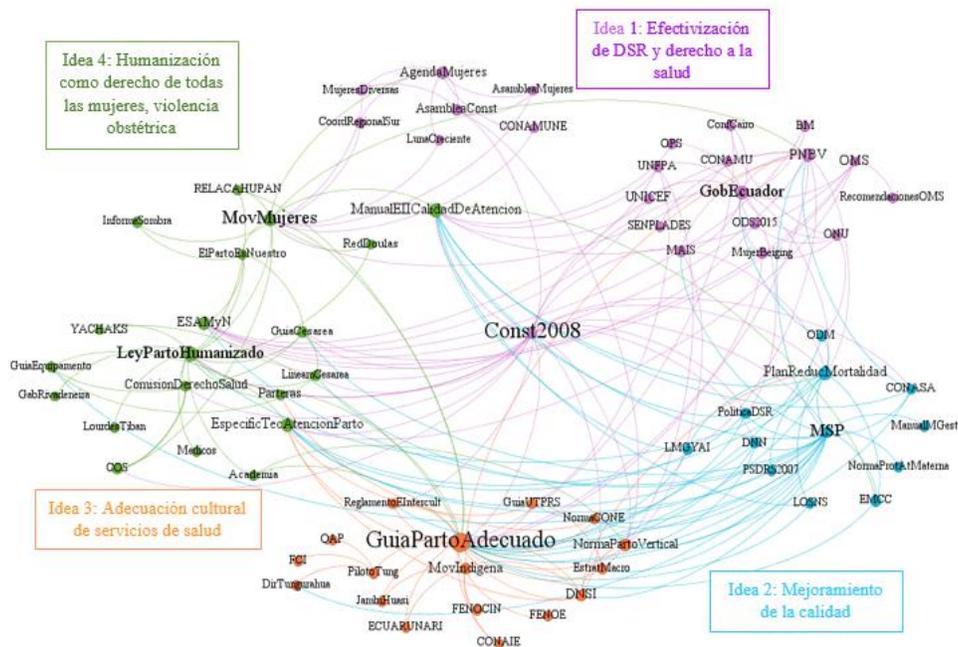
A continuación, se detalla el aprendizaje estratégico derivado de los esfuerzos de incidencia de los actores, especialmente del movimiento de mujeres y sus aliados, enmarcándose en el periodo de análisis del rediseño e incluyendo tanto las ventanas de oportunidad con resultados favorables como los momentos en los que no se materializaron las demandas buscadas:

- ✓ La capacidad de decisión de las mujeres para entrar en el juego político y posicionar sus demandas en el ámbito legal y en el discurso y opinión pública es indispensable
- ✓ Esta capacidad de decisión debe capitalizarse para efectivamente ingresar en los círculos de debate y promover dinámicas de negociación
- ✓ La persistencia en los procesos para que las demandas se plasmen
- ✓ Las propuestas deben respaldarse con hechos que muestren la situación de las mujeres, desde una perspectiva interdisciplinaria, para rebatir diseños de política ideológicos
- ✓ El despliegue de repertorios de acción tiene el potencial de reorientar los contextos socio-políticos, por lo que estos deben ser contantes en varios frentes de acción –contencioso y no contencioso–
- ✓ La construcción de alianzas entre diversas organizaciones sociales y de mujeres tiene el potencial de configurar un movimiento más amplio como sujeto político capaz de impulsar transformaciones
- ✓ Es importante fortalecer y ampliar alianzas con actores sociales, de la academia, gremiales, políticos para superar el particularismo en las demandas
- ✓ La articulación de la lucha por un derecho con otros derechos –como educación, participación– debe efectuarse para avanzar en luchas más integrales
- ✓ Es necesaria la renovación en los repertorios de acción para que las personas comprendan y se identifiquen
- ✓ La presión a los gobiernos de turno para concretar los derechos en políticas, normas, manuales, planes, presupuestos es esencial en contextos de inestabilidad política o debilidad institucional
- ✓ Para profundizar las transformaciones obtenidas e impulsar nuevas se requiere desplegar estrategias de movilización y ocupación de espacios
- ✓ La indignación juega un papel importante para expresar y visibilizar el descontento respecto a situaciones naturalizadas, más aún en el marco de las demandas por derechos sexuales y reproductivos insertas en un contexto de repunte de tendencias conservadoras

- ✓ Las acciones en el frente legal, es decir, en un campo de acción que se orienta a que los proyectos de ley se materialicen, aunque no lleguen a buen término, pueden estimular la organización y acción social, alentar el desarrollo de la capacidad propositiva de los actores y su capacidad de negociación, así como colocar el tema en debate en la conciencia colectiva e impulsar transformaciones en el comportamiento de los actores implicados
- ✓ Una base social –interiorización del asunto hasta que se convierta en sentido común– de soporte es indispensable exista o no una ley o instrumento específico

Para finalizar el presente capítulo, a continuación (Gráfico 3.1.) se expone cómo se conforma la red de actantes en el periodo de análisis correspondiente al rediseño. Esta se estructura en torno a cuatro ideas programáticas y 74 actantes en total, creciendo en relación a la red de contexto. En el análisis comparado del capítulo que sigue a continuación se analizará qué actores ingresan, cuáles permanecen, cómo cambian sus posiciones con base en las ideas que los cohesionan; todo ello en relación a la red de contexto presentada en el capítulo 2.

Gráfico 3.1. Red del rediseño de la política



Fuente: Moral (2013); Asamblea Nacional (2016); R. Naranjo (2014); Santillana (2013); Valdez (2006); Asamblea Nacional (2008); Moreno (2016); González (2011); Santillana y Aguinaga

(2012); Heredia (2016); Ministerio de Salud Pública (2014a; 2020); Vela (2006); Ministerio de Salud Pública (2014b; 2015^a); Asamblea Nacional (2018); Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2016); Ministerio de Salud Pública (2015b); Ministerio de Inclusión Económica y Social (2020); Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional de Salud (2008); Ministerio de Salud Pública (2013; 2015c); Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2007; 2017); Ministerio de Salud Pública (2008c); Ministerio de Salud Pública y Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública (2017); Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013); Ecuador y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2009); Ortíz (2007); Ministerio de Salud Pública y CARE (2010).

3.4. Conclusiones preliminares

El presente capítulo analizó el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna a partir de la materialización de las ideas programáticas de adecuación cultural del parto y humanización en instrumentos de política, para mostrar cómo su creación es parte del proceso de clausura de la controversia que se abre. En un primer momento se realizó un recorrido por la trayectoria de la política pública a partir de 2007, a la luz de los cuatro componentes del diseño de políticas planteados por Peters (2018). Desde el componente de instrumentación, se mostró como hubo un cambio en la forma de comprender el problema de la mortalidad materna, sus causas, las soluciones, los valores para evaluar su efectividad y los elementos requeridos para su implementación. De este modo, se expuso cómo, a partir de un esfuerzo consiente de los actores por cambiar el horizonte de la política, fueron cambiando las ideas materializadas en los instrumentos.

En un segundo momento, desde una perspectiva CTS, específicamente a partir del empleo de la categoría de controversia, fue posible poner sobre la mesa para quiénes y por qué no funcionaban los instrumentos de política centrados exclusivamente en la medicalización y en la atención institucional del parto; así como cuáles fueron los grupos sociales relevantes para la construcción de un sentido de no funcionamiento de los instrumentos de política como posibilidad de reducción de la mortalidad materna. Esto implicó el reconocimiento de los instrumentos de política como artefactos socio-técnicos sujetos a procesos de co-construcción, que no están exentos de controversias y disputas acerca de su sentido y funcionamiento.

Finalmente, el rediseño de la política se explicó a la luz de la relación dialéctica estructura de red-agencia. Se tomó como punto de partida la premisa del modelo dialéctico en su variante ideacional respecto a la capacidad explicativa de las ideas programáticas, en relación de mutua influencia con las estructuras de red, el contexto estructural y los agentes. Se hizo énfasis en el rol que juegan los actantes por medio del despliegue de habilidades, estrategias y recursos, además del aprendizaje estratégico; en la explicación de los resultados de política. En este sentido, se destacaron los repertorios de acción del movimiento de mujeres, que, como se mostrará en el capítulo subsiguiente, se constituye como un actor central en la explicación del rediseño de la política.

Capítulo 4. Los resultados de política: el proceso de clausura social de la controversia y estabilización en torno a la Política Pública para la Reducción de la Mortalidad Materna en el Ecuador a partir de las ideas de humanización y adecuación cultural de los servicios de salud materna

El presente capítulo se orienta a explicar los resultados de política a partir del proceso de clausura de la controversia y estabilización, para mostrar cómo las ideas de adecuación cultural y humanización del parto influyeron en el rediseño de la política para la reducción de la mortalidad materna en Ecuador en el periodo 2007-2021.

Para la consecución del objetivo, en un primer momento se realizará un análisis comparado con base en el cálculo de medidas para describir y explicar las propiedades estructurales de las redes de los periodos 1960-2006 –red de contexto– y 2007-2021 –red de rediseño–. Se emplearán las medidas de grado de entrada, grado de salida, centralidad de intermediación y *k-core*. Las medidas de grado de entrada y grado de salida posibilitarán aproximarse a los niveles de sociabilidad y popularidad de los nodos, a partir de los cuales se podrá establecer el poder y la importancia que detentan en la red. Por su parte, la centralidad de intermediación permitirá definir aquellos actores que gestionan/agencian la red por constituirse como actores focales, actores puente o actores de paso obligatorio para el establecimiento de comunicación y relaciones respecto a otros actores. Finalmente, a partir del *k-core* se tomará el núcleo más cohesivo, funcionando como una suerte de sub-red que agencia en mayor medida la red-total.

Por otro lado, el análisis comparado también se fundamentará en la exposición y explicación de los instrumentos creados en el periodo 2007-2021 en relación a los del periodo precedente 1960-2006. Se mostrará cómo los instrumentos materializan las distintas ideas programáticas que motivan y cohesionan a los actores en cada uno de los periodos de análisis, debido al despliegue de sus estrategias, recursos y habilidades para co-construir una nueva forma de enmarcar el problema, sus causas, sus soluciones, los valores para su evaluación y las estructuras de implementación requeridas.

Por tanto, el análisis comparado con base en los instrumentos de política posibilitará mostrar cómo –materializándose en instrumentos de política– y por qué –por el accionar de los actantes– las ideas de adecuación cultural y humanización de los servicios de salud materna influyeron en el proceso de las políticas. Los instrumentos creados, al constituirse como la materialización-

institucionalización de las ideas que irrumpen en la controversia que marca el rediseño de la política, aparecen como el medio para analizar el grado de correspondencia y consistencia entre las ideas y su contenido sustantivo (Kisby 2007). De ahí será posible determinar si el peso causal del rediseño recae en las ideas en tanto variable explicativa.

Finalmente, se explica cómo se co-construye el funcionamiento de los instrumentos de política y cómo se clausura la controversia. Se emplea el concepto de alianza socio-técnica (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019) para explicar cómo este depende de regulaciones, conocimientos, instituciones, actores, recursos económicos que viabilizan o impiden la generación, adopción, uso o estabilización de los artefactos. Además, se expone el peso de las ideas y la importancia de la cuestión del poder para mostrar cómo los instrumentos se convierten en componentes integrados de la política pública para la reducción de la mortalidad materna porque le dan materialidad.

4.1. Análisis comparado con base en la caracterización de los nodos y las estructuras de red

En lo que respecta a la salud materna, en los últimos 15 años el Estado ecuatoriano ha dado importantes pasos, en un marco de garantía de derechos sexuales y reproductivos, para transformar el modelo de atención desde un enfoque biomédico hacia un modelo de atención con enfoque intercultural y de humanización de los servicios de salud. Esta transformación se aprecia gradualmente en las normativas –protocolos, guías, manuales–, leyes, códigos, instituciones gubernamentales, presupuestos, sistemas de producción y recolección de información y espacios de participación ciudadana que se han ido creando en el tiempo. Además, se explica por las estrategias y habilidades desplegadas por los actores cohesionados en torno a ideas particulares para incidir en la red de políticas, la cual, a su vez, ha estado en relación interactiva con el contexto social y político ecuatoriano de los últimos años.

Para demostrar cómo la relación de mutua influencia entre el contexto estructural, las redes de política, los actores y las ideas programáticas incide en el rediseño de la política; a continuación, se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo. A partir de este se mostrarán los actores con mayor centralidad –como grado y como intermediación– que aparecen como elementos críticos por su poder y nivel de influencia; así como una propiedad emergente de las redes, tal como es la concentración del poder. Cabe resaltar que las redes graficadas fueron redes dirigidas.

Entonces, tomando como base las medidas correspondientes a los grados de entrada y salida, se caracterizará a los nodos que ejercieron mayor influencia en la red de contexto y se comprobará

cuáles fueron las ideas que ejercieron más influencia. Las medidas de grado entrada, las cuales están asociadas a la sociabilidad del nodo, muestran que en la red de contexto los tres actantes que recibieron mayor influencia de otros fueron el gobierno ecuatoriano, el Movimiento de Mujeres y la Ley de Maternidad Gratita y Atención a la Infancia. Así se muestra en la ilustración que sigue (Figura 4.1.).

Figura 4.1. Actantes que reciben mayor influencia en el periodo 1960-2006

| Id | Label | Grado de entrada |
|------------|------------|------------------|
| GobEcuador | GobEcuador | 17 |
| MovMujeres | MovMujeres | 11 |
| LMGYAI | LMGYAI | 11 |

Fuente: Elaborado por la autora con información del trabajo de campo.

Por su parte, las medidas de grado de salida, asociadas a la popularidad, permiten apreciar que, en la red de contexto, los tres actantes que ejercieron mayor influencia fueron la ONU, el Movimiento de Mujeres y el Movimiento Indígena. Así se muestra en la ilustración que sigue (Figura 4.2.).

Figura 4.2. Actantes que ejercen mayor influencia en el periodo 1960-2006

| Id | Label | Grado de salida |
|-------------|-------------|-----------------|
| ONU | ONU | 10 |
| MovMujeres | MovMujeres | 9 |
| MovIndigena | MovIndigena | 9 |

Fuente: Elaborado por la autora con información del trabajo de campo.

Esto permite comprobar que, durante el periodo 1960-2006, el Movimiento de Mujeres se nutrió principalmente de los diversos organismos e instrumentos internacionales que, partiendo del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, empezaban a hablar de igualdad de género; erradicación de todas las formas de discriminación contra las mujeres; acceso a salud reproductiva y acceso a servicios de salud adecuados como punto de partida para la visibilización del problema de la mortalidad materna y de la necesidad de servicios de salud que permitan a las mujeres vivir de manera segura el embarazo y el parto. Así también,

muestra que el Movimiento de Mujeres recibió influencia de redes de mujeres y movimiento de mujeres transnacionales –como la RELACAHUPAN o el Movimiento por la Humanización del Parto– que hablaban ya de humanización del parto y permitían que la idea de solidaridad entre mujeres diversas como la base de la lucha en ese momento fuera aterrizando en demandas más concretas.

Por su parte, el Estado ecuatoriano, responsable de las políticas, también recibió influencia de diversos actores internacionales por medio de la suscripción de convenios, tratados y conferencias. Estos instrumentos no solo establecieron un compromiso en el cumplimiento del acceso a salud reproductiva y acceso a servicios de salud adecuados para las mujeres; sino que contribuyeron al posicionamiento del problema de la mortalidad materna como problema público por su asociación con la lucha contra la pobreza y la desigualdad. Como se mostró en el capítulo precedente, la influencia de organismos e instrumentos internacionales fue un elemento empleado estratégicamente por el movimiento de mujeres para posicionar la urgencia de sus demandas al situarlas en un plano global-regional. Además, el Estado ecuatoriano recibió influencia de la Asamblea Constituyente de 1997, espacio que fue clave para la movilización de demandas del movimiento de mujeres y el movimiento indígena, no sólo en materia de salud y salud sexual y reproductiva; sino en términos de una crítica profunda al carácter generizado y jerarquizado de la política y las instituciones en ese momento (Thurén 1993).

Finalmente, también jugaron un rol importante las experiencias de otros países de la región –Venezuela y Brasil– donde se hablaba ya de violencia obstétrica y parto humanizado; porque estas se empleaban estratégicamente en los espacios de discusión para mostrar la forma de avanzar en la materia. Así también, los movimientos, organizaciones y redes de mujeres transnacionales ejercieron influencia porque llegaban con las discusiones acerca de parto humanizado que se plasmaban en instrumentos específicos –Declaración de Fortaleza –.

Por otro lado, la LMGYAI, se posiciona como el instrumento más importante en materia de efectivización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres hasta entonces. Su creación se explica gracias al espacio abierto por la constituyente de 1997 y la Constitución de 1998, por la movilización de los nacientes movimientos sociales como el movimiento indígena y el movimiento de mujeres, y por el alto grado de influencia del que fue objeto el gobierno ecuatoriano por parte de organismos internacionales, convenios, redes y movimientos de mujeres

transnacionales, y por la movilización de actores públicos para su creación –MSP, CONASA, CONAMU–.

Lo sostenido, además se comprueba mostrando que dentro los actores con mayor grado de popularidad o capacidad de influencia está la ONU, articulada a la mayoría de instrumentos y conferencias internacionales suscritas por el estado ecuatoriano. Así también, están el Movimiento de Mujeres y el Movimiento Indígena; dos actores clave desde los años ochenta en los procesos de lucha por la transición desde las demandas, a los derechos, a las políticas y leyes para su efectivización.

Cabe recalcar que, en este periodo de análisis, si bien un elemento explicativo clave es la emergencia y movilización estratégica de estos dos movimientos sociales, porque aparecen como un factor desequilibrante en el juego de los intereses hegemónicos para la construcción de la ciudadanía de las mujeres y de la diversidad étnica; la articulación de esta lucha histórica es bastante más compleja. Por ejemplo, en el marco de las estrategias desplegadas para la constituyente de 1997, el movimiento de mujeres indígenas CONME no formó parte del colectivo de mujeres, optando por introducir sus demandas a través de la Coordinadora de Nacionalidades Indígenas del Ecuador CONAIE, que, en la práctica, no asumió las demandas de las mujeres indígenas (Vela 2006). Esto muestra que los procesos de construcción de alianzas, en los marcos de lucha por cuestionar las formas de opresión y violencia, a su vez, responden a un proceso de maduración de ideas –mirada desde la interseccionalidad para cuestionar el orden vigente–; por lo que la movilización y las formas de agencia se transforman en el tiempo en relación con el aprendizaje estratégico de los actores y con su interrelacionan con los elementos que marcan la distribución de poder vigente.

Para complementar la explicación acerca de la importancia de actores/nodos de manera individual, además de la medida centralidad por grado –de entrada y de salida–, a continuación, se empleará la medida de centralidad de intermediación –*betweenness*–. Esta medida permite cuantificar el número de veces que un nodo está en los caminos más cortos de un nodo hacia otros nodos. El valor de intermediación oscila entre 0 y 1, siendo este último el valor correspondiente a los actantes con mayor grado de centralidad de intermediación (Kong et al. 2019; Kuz, Falco, y Giandini 2016). A su vez, una red que registre pocos actores con altos

valores de centralidad de intermediación será una red más jerarquizada. A continuación, se muestran los actores focales en el periodo del contexto de la política (Figura 4.3.).

Figura 4.3. Actantes puente, focales o puntos de paso obligatorio en el periodo 1960-2006

| Id | Label | Betweenness Centrality |
|------------|------------|------------------------|
| MovMujeres | MovMujeres | 0.087211 |
| GobEcuador | GobEcuador | 0.085671 |
| MSP | MSP | 0.057517 |

Fuente: Elaborado por la autora con información del trabajo de campo.

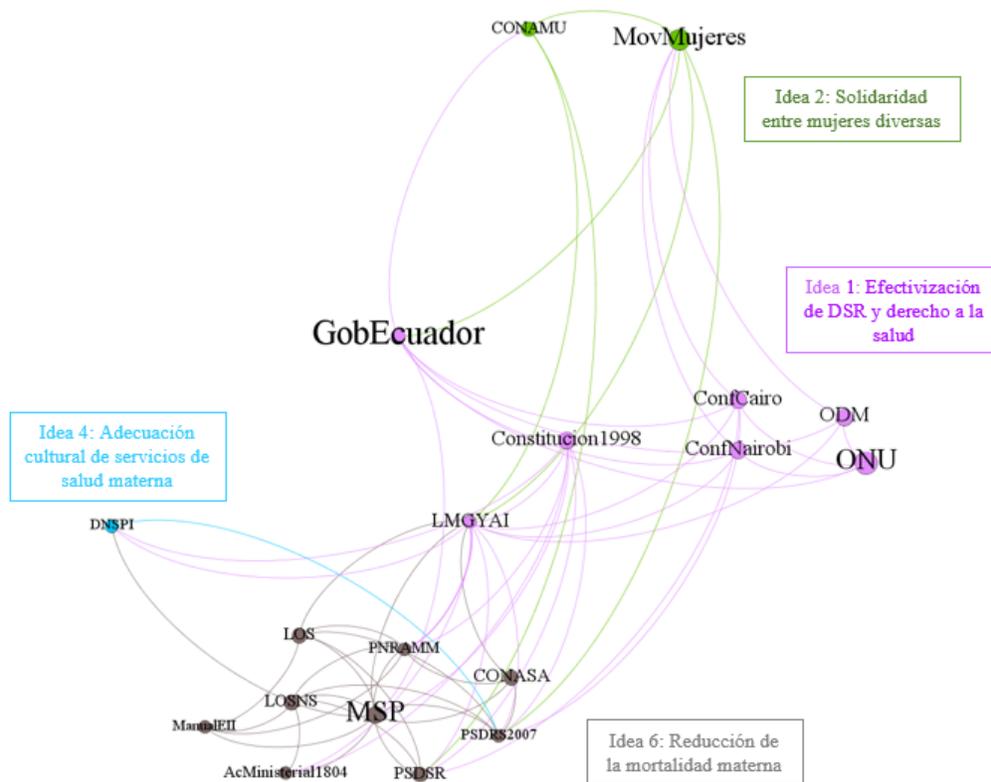
En la red de contexto, los actores con mayor grado de centralidad de intermediación son el Movimiento de Mujeres, el gobierno de Ecuador y el MSP; por tanto, son aquellos que tienen mayor grado de control en la comunicación de un actor con otro dentro de la red. Estos tres actores se constituyen como actores de paso obligatorio o actores que juegan roles críticos dentro de la red en el periodo 1960-2006. Este valor muestra correspondencia con los altos valores de grado de entrada y salida del gobierno de Ecuador y el Movimiento de Mujeres; mientras que aparece el MSP.

Respecto al apareamiento del MSP en relación a las medidas anteriores se puede sostener que, mientras que con el grado de entrada se evidencia por qué y cómo uno de los principales instrumentos recibe mayor influencia y se construye de manera participativa y articulada con los debates a nivel global-regional, y que con el grado de salida se demuestra que el Movimiento Indígena fue de vital importancia para posicionar demandas que de forma profunda permitieron la construcción de la ciudadanía de las mujeres y las diversidades étnicas; con el alto grado de centralidad de intermediación del MSP se explica su importancia en relación a la creación de instrumentos en materia de derechos sexuales y reproductivos y de reducción de la mortalidad materna.

Una vez analizada la red de contexto desde una perspectiva más enfocada en los nodos, a continuación, se emplea la medida de *k-core*, la cual muestra una perspectiva que parte más de la red total. Esta medida posibilitará determinar la parte más densa de la red, es decir, aquella en la que se registra mayor grado de cohesión, siendo un *k-core* un grupo máximo de entidades, todas las cuales están conectadas al menos a *k* otras entidades del grupo (Kong et al. 2019; Kuz, Falco, y Giandini 2016). La sub-red más cohesionada en relación a la red-total permitirá identificar los

grupos estrechamente vinculados que generan identidad, información circular y agencian la red porque concentran poder. A continuación, se muestra la red *k-core* de este periodo (Gráfico 4.1.).

Gráfico 4.1. Red *k-core* del periodo 1960-2006



Fuente: J. Naranjo et al. (2014); Organización Mundial de la Salud (1985); Organización Internacional del Trabajo (2009); Chen (2004); León (1999); Castillo (2015); Portugal (2011); Borges et al. (2018); C. Hermida (2007); J. Hermida et al. (2010); Red IFMAN de América Latina y el Caribe (2003); Vega (2007); Biurrun (2017); Rodas (2007); Almaguer, García, y Vargas (2012); Ortega (2007).

La red *k-core* precisamente muestra la importancia de los organismos e instrumentos internacionales, específicamente de la ONU, de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, de la Conferencia Internacional de Nairobi y de la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La ONU, al ser la mayor organización internacional es la responsable de los instrumentos en mención. Estos últimos marcan un hito en el periodo 1960-2006 porque permiten el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos

humanos, la generación de espacios en los que por primera vez el eje central es la salud de la y desde donde el problema de la mortalidad materna adquiere creciente visibilidad, y la consolidación de la mortalidad materna como un problema articulado a situaciones de desigualdad.

Además, se puede ver la importancia del gobierno de Ecuador, porque a partir de los compromisos adquiridos y de las demandas e incidencia del Movimiento de Mujeres que precisamente se apoyan en dichas obligaciones adquiridas a nivel internacional; empieza a transformar su institucionalidad, tomando como punto de partida el marco jurídico supremo –Constitución de 1998–. Justamente desde el MSP se empieza a emitir un sinnúmero de instrumentos para materializar las ideas de efectivización de derechos sexuales y reproductivos, del derecho a la salud y de reducción de la mortalidad materna.

A nivel de instituciones se muestra cómo es de vital importancia el MSP, en tanto organismo rector de la política con capacidad de emisión de instrumentos de política; el CONASA, en tanto ente de articulación del Sistema Nacional de Salud; la recién creada Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, la cual hace que ingrese con fuerza la idea de adecuación cultural de los servicios de salud materna, y el CONAMU, el cual apoyó y se apoyó en las demandas del movimiento de mujeres y constituye la materialización de la idea de solidaridad entre mujeres diversas, que, en Ecuador, aterriza en una demanda por la mejora de las condiciones de vida de las mujeres, la población indígena y las minorías étnicas.

Finalmente, a nivel de instrumentos sobresale la LMGYAI, que, como se ha expuesto, es el primer instrumento expedido en materia de garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. También resaltan las Políticas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de 2005 y 2007 que materializa la idea programática 1 de la red de contexto; el Acuerdo Ministerial 1804 por medio del que se declara la mortalidad materna como una prioridad de Estado y el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, que materializan la idea programática 6. Así mismo, sobresalen la LOS y la LOSNS, las cuales ejercen agencia en la reorganización del Sistema Nacional de Salud mismo. Para concluir, está el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno-infantil, primer instrumento a través del que se define la calidad de la atención en salud materna y los

indicadores para medirla. En este periodo de análisis este instrumento se centra específicamente en los aspectos clínicos e institucionales.

Respecto a lo acontecido en el periodo que comprende el rediseño de la política, tomando como base las medidas correspondientes al grado de entrada y grado de salida, a continuación (Figura 4.4.), se muestran los actantes que recibieron mayor influencia de otros y los que ejercieron mayor influencia sobre otros:

Figura 4.4. Actantes que recibieron y ejercieron mayor influencia en el periodo 2007-2021

| Id | Grado de entrada | Id | Grado de salida |
|-------------------------|------------------|---------------------|-----------------|
| GuiaPartoAdecuado | 29 | MSP | 22 |
| LeyPartoHumanizado | 15 | Const2008 | 20 |
| ManualEIICalidadDe... | 12 | MovMujeres | 7 |
| GobEcuador | 11 | OMS | 6 |
| EspecificTecAtencion... | 10 | PlanReducMortalidad | 5 |
| PlanReducMortalidad | 10 | UNFPA | 5 |
| MovMujeres | 9 | ONU | 5 |
| ESAMyN | 9 | ElPartoEsNuestro | 5 |

Fuente: Elaborado por la autora con información del trabajo de campo.

A partir de las tablas presentadas se demuestra que los organismos e instrumentos internacionales siguen ejerciendo una fuerte influencia sobre el Estado ecuatoriano en este periodo. La OMS, la ONU y UNFPA no sólo entran en el actor gobierno por medio de compromisos, convenios y recomendaciones; sino incluso a través de financiamiento específico para la creación de instrumentos, tal como es el caso de la Guía Técnica para el Parto Culturalmente Adecuado. No obstante, los instrumentos internacionales siguen siendo de vital importancia porque se actualizan para responder a la problemática de la mortalidad materna de manera situada, tal es el caso de los ODS.

Además de lo que sucede con los organismos e instrumentos internacionales, se comprueba que, aunque instrumentos del periodo precedente siguen ejerciendo agencia al establecer un marco para las intervenciones durante este periodo –Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna–; la Constitución de 2008 augura una nueva forma de materializar la idea de efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y del derecho a la salud porque incorpora el enfoque de género e interculturalidad. Al ser el marco jurídico supremo, este instrumento tiene

un alto grado de salida, porque todos los instrumentos buscan ser coherentes con sus preceptos, por lo que se explica el alto grado de entrada que recibe el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna que se actualiza en este periodo.

Además, el Movimiento de Mujeres aparece como un actor con alto grado de salida y alto grado de entrada. De salida, porque gracias al despliegue de sus habilidades y estrategias ingresa en el debate fuerte de la constituyente de 2007 y por tanto en la constitución de 2008, participa en la construcción de la guía de parto adecuado, ocupa espacios en los debates oficiales de la ley de parto humanizado e incide para que el establecimiento de estándares de calidad desde el MSP pase de centrarse solo en los aspectos clínicos. Y, de entrada, porque se nutre de las organizaciones locales y provinciales de mujeres –CONAMUNE, Luna Creciente, Asamblea de Mujeres Populares y diversas, entre otras– así como de las redes y organizaciones de mujeres transnacionales. En este aspecto resalta El Parto es Nuestro, que, debido a su alto grado de salida aparece como un actor fuerte en este periodo. Desde esta organización se fortalece la idea programática 4 de la red de contexto, esta se materializa en propuestas de códigos para prevenir y sancionar la violencia obstétrica y en propuestas de reforma legal que posicionan la urgencia del parto humanizado por ser el contrario simétrico de la violencia obstétrica.

Precisamente a partir del análisis del Proyecto de Ley de Parto Humanizado es posible comprobar cómo la idea de humanización de los servicios de atención en salud como derecho de todas las mujeres y de crítica a la violencia obstétrica que se ejerce desde el sistema biomédico; también convoca a un sinnúmero de actores diversos y se materializa en propuestas de reforma legal, en espacios de participación ciudadana y en códigos más amplios en el sector salud. Desde un principio de simetría, aunque no se construye el funcionamiento del instrumento legal en mención; es importante analizarlo en el marco del rediseño de la política porque este se constituye como un elemento de aprendizaje estratégico respecto a los factores que deben alinearse y coordinarse para que eso suceda. En este caso, uno de los argumentos fundamentales era la existencia de legislación diseminada y un debate en cursos acerca de un código de salud más amplio para rebatir lo que se denominaba como una tendencia a legislar de manera sectorizada; hecho que ocasionó que no se efectuara su aprobación.

Por otra parte, la idea programática 3, de adecuación cultural de los servicios de salud, moviliza y cohesiona a un sinnúmero de actores e incide en el rediseño de la política porque materializa en la

Guía Técnica para el Parto Culturalmente Adecuado. Como se mencionó, este es el primer instrumento en establecer un mecanismo de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas de salud ancestrales, con la finalidad de incrementar el acceso a la atención institucional del parto desde un modelo de provisión intercultural. Se muestra además que es un instrumento que se co-construye de manera participativa, porque participan actores públicos, internacionales, organizaciones y movimientos sociales –Movimiento de Mujeres y Movimiento Indígena–, agentes de medicina tradicional, representantes de la academia, del gremio de médicos y de niveles de gobierno cantonal y provincial. Este instrumento refleja que existe un cambio en la forma de enmarcar el problema de la mortalidad materna, sus causas, y, consecuentemente, sus potenciales soluciones. El instrumento constituye el primer ejercicio amplio de cuestionamiento de la asimetría entre los indicadores de acceso y la calidad de los servicios obstétricos y neonatales y las tasas de muerte materna.

De este modo, se visibilizan las barreras de acceso al sistema de salud que explican las elevadas tasas de mortalidad materna y que no tienen que ver solamente con los aspectos clínicos. Este nuevo ejercicio en el establecimiento de la causalidad del problema de la mortalidad materna desmonta el supuesto de neutralidad de un modelo de atención en salud basado en la medicalización sobre los cuerpos de las mujeres. Esto abre paso a la incorporación de factores relacionados a la costumbre, factores económicos, razones geográficas o tratos discriminatorios en los determinantes de la calidad de los servicios institucionales.

La controversia precisamente tiene que ver con lecturas diferenciadas acerca de la mortalidad materna que entran en pugna, debido a un cuestionamiento acerca de los propósitos de los instrumentos diseñados para solucionar el problema. Es ahí que los actores movilizan sus recursos y habilidades, nutridos por el aprendizaje estratégico de experiencias pasadas –como Jambi Huasi– desarrolladas en el marco de la autonomía más que de la institucionalidad oficial en salud. Así también, este instrumento ejerce agencia respecto a los cambios estratégicos requeridos en sistema de salud, mostrando que no es suficiente la existencia de un instrumento normativo; sino que para la construcción de su funcionamiento se requiere de la alineación y coordinación de recursos humanos y materiales.

Además de estos dos instrumentos, la Ley de Parto Humanizado y la Guía de Parto Culturalmente Adecuado, que demuestran que las ideas de adecuación cultural de servicios de salud (idea 3) y

de humanización como un derecho de todas las mujeres y como crítica a la violencia obstétrica (idea 4) se materializan en instrumentos de política; están: el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno-infantil, la Guía de especificaciones técnicas para UTPRS Interculturales y los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño ESAMyN.

En el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno-infantil, la definición de la calidad y los indicadores para medirla van más allá de las prestaciones médicas especializadas y los servicios hospitalarios. Se incorporan nuevos referentes que materializan la idea de efectivización de la salud sexual y reproductiva desde el respeto a la diversidad cultural y la humanización de la atención. De este modo, el manual originalmente creado en el periodo precedente se actualiza y se transforma.

Por su parte, la Guía de Especificaciones Técnicas para el Área de Atención de Parto, al presentar un alto grado de entrada, demuestra la importancia de las ideas de adecuación cultural, humanización de los servicios de salud materna y crítica a la violencia obstétrica. Este actante recibe gran influencia de la Guía del Parto Culturalmente Adecuado, así como de la Estrategia Macro para la Implementación y Fortalecimiento del Parto en Libre Posición y la Guía de especificaciones técnicas para UTPRS Interculturales que la complementa. El rediseño de la política se hace manifiesto porque en estos instrumentos se materializan las ideas que marcan el tránsito de la calidad centrada en aspectos clínico-médicos hacia la adecuación cultural y la humanización.

La Guía del Parto Culturalmente Adecuado fue el primer paso para integrar la atención institucional en salud y la medicina ancestral. Sin embargo, fue un instrumento normativo que requirió de una estrategia de implementación orientada a proveer los estándares específicos para la adecuación de las salas de parto en territorio, y de una guía que estipule los insumos necesarios para la readecuación de la infraestructura que atiende partos interculturales. Todos estos actantes ejercieron influencia en la Guía de Especificaciones Técnicas para el Área de Atención de Parto, instrumento que tiene el objetivo de establecer los estándares para adecuar los servicios de atención de parto para promover el parto humanizado y el despliegue de instrumentos para su efectivización independientemente de la cuestión de la pertinencia cultural.

En la misma línea, los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño ESAMyN, que fueron parte de una iniciativa que arrancó en los años noventa con la finalidad de solventar el problema de la mortalidad materna; se transforman por la influencia de organismos internacionales –UNFPA, BM, ONU– y organizaciones de mujeres como El Parto es Nuestro. Esta transformación se explica porque los actores se cohesionan en torno a las ideas de adecuación cultural de los servicios de salud, humanización y crítica a la violencia obstétrica; para movilizar estrategias que les permitan impulsar una nueva lectura del problema de la mortalidad materna. De este modo la ESAMyN se rediseña para visibilizar las prácticas que atentan contra el parto como proceso natural y contra la autonomía de la mujer y promover la atención humanizada del parto y pos parto como un elemento fundamental en la resolución del problema de la mortalidad materna.

A continuación, a partir de la medida de centralidad de intermediación –*betweenness*–, se complementará la explicación respecto a los actores más centrales en el periodo del rediseño de la política. Como se mencionó, la medida oscila entre 0 y 1, correspondiendo este último valor –o el más cercano a él– al nodo que aparece en el camino más corto entre los nodos de la red con mayor frecuencia. Los nodos que se muestran (Figura 4.5.) serán críticos por constituirse como puntos de paso obligatorio.

Figura 4.5. Actantes puente, focales o puntos de paso obligatorio en el periodo 2007-2021

| Id | Betweenness Centrality |
|-------------------|------------------------|
| Const2008 | 0.048491 |
| AsambleaConst | 0.046479 |
| GuiaPartoAdecuado | 0.042304 |

Fuente: Elaborado por la autora con información del trabajo de campo.

Los actantes de paso obligatorio en el periodo del rediseño son la Constitución de 2008, la Asamblea Constituyente de 2007 y la Guía de Parto Adecuado. Estos no solo muestran cómo las ideas de efectivización de derechos sexuales y reproductivos, adecuación del parto y humanización se materializan; sino que permiten evidenciar cómo los nuevos instrumentos de política deben estar en coherencia con un nuevo marco general de ordenamiento nacional que transforma el contexto estructural vigente. Así también, permiten ver que los espacios de reforma, como la constituyente de 2007, son claves para los movimientos sociales y el

(2008c); Ministerio de Salud Pública y Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública (2017); Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013); Ecuador y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2009); Ortíz (2007); Ministerio de Salud Pública y CARE (2010).

La red *k-core* tiene como centros de poder a los actores puente –Constitución de 2008, Movimiento de Mujeres–, que son también quienes ejercen mayor influencia sobre otros. Estos últimos son precisamente los actantes con mayor grado de entrada, en este caso, los nuevos instrumentos creados en el periodo 2007-2021; que se explican por las habilidades y estrategias desplegadas por el movimiento de mujeres en torno a la idea de humanización y crítica a la violencia obstétrica y su alineación con el nuevo marco constitucional. Además, la idea de adecuación cultural de servicios de salud es una idea fuerza en el rediseño de la política, porque convoca a un sinnúmero de actores y se materializa en el instrumento normativo más fuerte en relación a adecuación cultural y humanización de los servicios de salud materna. Este instrumento presenta además un alto grado de centralidad de intermediación, lo que quiere decir que es un referente y una pauta para el diseño de instrumentos en el futuro.

Como se demuestra en la red *k-core*, aquellos actantes que se movilizan y cohesionan en torno a la idea de mejoramiento de la calidad también tienen una fuerte presencia. En relación al periodo precedente, ya no se trata de articular la reducción de la mortalidad materna con el incremento en la cobertura y calidad de los servicios institucionales de atención en salud; sino que ahora el problema se enmarca de tal forma que la cobertura y el acceso no son el único determinante. Esto ocurre porque hay un cuestionamiento más profundo al concepto de calidad en la atención de salud materna y a la forma misma de organización de los recursos humanos y materiales del Sistema nacional de Salud. Entonces, se trata del mejoramiento de la calidad a la luz de las ideas (3 y 4) que irrumpen y generan la controversia en torno al supuesto de universalidad respecto a la validez del modelo biomédico y la tecnificación del parto; así como a la calidad medida en estándares correspondientes a ese modelo.

4.1.1. Explicación de los resultados de política: las ideas materializadas en los instrumentos creados

En el marco del modelo dialéctico en su variante ideacional, el peso causal de la explicación de los resultados de política descansa en las ideas y en las habilidades-recursos de los actores que se cohesionan y movilizan en torno a ellas para influir en el proceso de las políticas en un contexto y

tiempo determinados. El modelo se formula en el nivel meso de análisis. Esto posibilita traer al debate tanto a los factores materiales –actores, red, contexto estructural–; como a los ideacionales. Desde estos últimos es posible examinar el contexto ideacional en el que las ideas programáticas y los cursos de acción se desarrollan, para así analizar por qué y cómo estas refuerzan o cuestionan la organización socio-económica que prevalece en la sociedad.

Entonces, siguiendo Kisby (2007), es solo a través de las acciones de actores específicos, motivados por ideas programáticas particulares, que las ideas pueden influenciar en las políticas. Pero, ¿cómo determinar si efectivamente el peso causal de la explicación de los resultados de política recae en las ideas programáticas? Para responder a esta pregunta en el caso ecuatoriano se recurre a los instrumentos de política.

Los instrumentos constituyen la institucionalización de las ideas; en otras palabras, son las manifestaciones visibles de las ideas en acción (Hochschild 2006; Rueschemeyer 2006). Entonces, para demostrar el impacto de un set de ideas programáticas particular sobre los resultados de política, se realizará un examen del contenido sustantivo y normativo –que ha sido implementado– de los instrumentos de política que se crean en el periodo 2007-2021 en relación al periodo 1960-2006.

Se muestra como las ideas programáticas de efectivización de derechos sexuales y reproductivos y derecho a la salud (idea programática 1), mejoramiento de la calidad (idea programática 2), adecuación cultural de los servicios de salud (idea programática 3), y humanización como derechos de todas las mujeres y crítica a la violencia obstétrica (idea programática 4); se materializan en instrumentos de política debido a la agencia del movimiento de mujeres. Esto ocurre en el marco de la entrada en vigencia de una nueva constitución, a partir de la que el MSP, junto con otros actores, emite un sinnúmero de instrumentos que evidencian una transformación en la concepción del problema de la mortalidad materna y en las soluciones centradas en los aspectos clínicos e institucionales de la atención en salud.

Para una mirada en contraste, se presentan también los instrumentos creados en el periodo precedente. Comparando ambos momentos de análisis, se evidencia que las ideas de efectivización de derechos sexuales y reproductivos y derecho a la salud (idea programática 1), y de adecuación cultural de los servicios de salud se mantienen en ambos periodos. La primera se explica por el alto grado de entrada del gobierno ecuatoriano respecto a los organismos e

instrumentos internacionales y a las demandas del movimiento de mujeres, organizaciones y redes transnacionales de mujeres. La segunda, si bien nace en el contexto de la política, se mantiene como la base durante el momento del rediseño, porque los instrumentos que la materializan transitan en la consideración de la importancia de la dimensión cultural de los servicios de salud articulada a una cuestión étnica hacia una cuestión de género. Además, respecto a las ideas movilizadoras del movimiento de mujeres, se evidencia cómo la del contexto de política, de solidaridad entre mujeres diversas, en el momento de rediseño aterriza en una más específica.

Estas dos últimas afirmaciones se explican porque el movimiento de mujeres es un actor central tanto de entrada como de salida. Qué quiere decir, quiere decir que en un primer momento se nutre de otras organizaciones y redes de mujeres que, a través de un proceso de maduración de ideas, va aterrizando sus demandas en cuestiones muy específicas en el campo de la salud materna y los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, el movimiento de mujeres va incidiendo conforme su aprendizaje estratégico y su propio proceso de maduración de ideas y demandas. Esto ocasiona que los instrumentos vayan materializando cuestiones más específicas. Primera respecto a la adecuación cultural, luego a la humanización y con ello a la violencia obstétrica. En este sentido, los instrumentos más específicos responden a problemáticas más complejas, pero también más puntuales, en contraste con los primeros, de carácter más general y normativo. De este modo, los instrumentos más recientes materializan las ideas de humanización y crítica a la violencia obstétrica en normativas específicas, que responden a la necesidad de adecuación del espacio o la regulación de la práctica de cesáreas; precisamente porque hay un esfuerzo consciente por reorientar la trayectoria de la política pública. Estos instrumentos, que materializan las ideas fuerza que explican el rediseño de la política, tienen la capacidad de ejercer agencia en el reordenamiento mismo de los recursos humanos y materiales que constituyen el mecanismo de funcionamiento del modelo de prestación de salud.

En las matrices que siguen a continuación (Tabla 4.1. y Tabla 4.2.) se exponen los instrumentos creados en ambos periodos y en orden cronológico, para mostrar a qué idea materializan y cómo esto produce el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador.

Tabla 4.1. Instrumentos creados en el periodo 1960-2006

| Instrumento | Año de creación | Descripción | Idea programática materializada |
|---|-----------------|---|---|
| Conferencia Mundial México | 1975 | Igualdad de género, acceso a salud reproductiva y a servicios de salud adecuados que permitan a las mujeres vivir de manera segura el embarazo y el parto. | Idea 1: Efectivización de DSR y derecho a la salud |
| Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW | 1979 | Es el documento más importante en la lucha por la erradicación de todas las formas de discriminación contra las mujeres. | |
| Conferencia Mundial Copenhague | 1980 | Igualdad de género, acceso a salud reproductiva y a servicios de salud adecuados que permitan a las mujeres vivir de manera segura el embarazo y el parto. | |
| Conferencia Internacional de Nairobi | 1987 | Primera conferencia que se centra específicamente en la salud de la mujer y desde donde el problema de la mortalidad materna adquiere creciente visibilidad. | |
| Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo | 1994 | Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. | |
| Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contras las Mujeres Belém Do Pará | 1994 | Señala que la violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. | |
| Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer Beijing | 1995 | Se despliega para articular un plan viable capaz de conseguir la igualdad legal global de las mujeres. | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Declaración de Fortaleza | 2000 | Revisión crítica del modelo de atención biomédico posicionando a la idea programática de humanización como un pilar central del desarrollo de los países. | Idea 5: Humanización del parto |
| Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio | 2000 | Colocan el centro la lucha contra la pobreza y la desigualdad como determinantes de la mortalidad materna. | Idea 1: Efectivización de DSR y derecho a la salud |
| Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia | 1994 (revisada y modificada en 1998, 2000 y 2005) | Se orienta a reducir la mortalidad materna a través del mejoramiento del acceso de las mujeres a una atención de salud de calidad. | |
| Guía básica para la atención y manejo de las Emergencias Obstétricas pro niveles de complejidad | 1996 | En este instrumento se toman como factores de riesgo a los patrones culturales, prácticas y preferencias de atención por agentes de salud tradicionales. | Idea 6: Reducción de la mortalidad materna |
| Asamblea Constituyente | 1997 | Abre paso al posicionamiento de demandas provenientes del Movimiento de Mujeres y Movimiento Indígena. | Idea 1: Efectivización de DSR y derecho a la salud |
| Constitución de la República del Ecuador | 1998 | Se reconocen los derechos sexuales y reproductivos, dando paso a la creación de leyes para su efectivización. Se reconoce el derecho a una vida libre de violencia. Declara al Estado como garante del derecho a la salud y como responsable de organizar el Sistema Nacional de salud. Reconoce al país como multiétnico y pluricultural. | |

| | | | |
|--|------|--|--|
| Acuerdo Ministerial 1804 | 1998 | Declara la mortalidad materna como prioridad de Estado. | Idea 6: Reducción de la mortalidad materna |
| Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud reproductiva | 1998 | Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de salud a nivel comunitario, especialmente en áreas rurales. A lo largo de esta normativa las menciones sobre el carácter cultural de los servicios de salud es escasa. | |
| Iniciativa Latinoamericana de Reducción de la Mortalidad Materna | 1998 | Mejoramiento de la calidad en los servicios de salud materna y neonatal –centrada en los aspectos clínicos–. | |
| Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud | 2002 | Es la base jurídica del Sistema Nacional de Salud. Materializa la idea de equidad respecto al acceso a la salud. Establece importantes lineamientos para la construcción de modelos interculturales de salud. | |
| Política y Plan de Acción de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos | 2005 | Impulsa una reforma del sector salud para el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva y la humanización de servicios de salud. | |
| Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna | 2005 | Se orienta a contribuir a la disminución de la mortalidad materna e incidir en el manejo de los riesgos obstétricos, desde el respeto a la diversidad cultural y la vigilancia epidemiológica. | |
| Ley Orgánica de Salud | 2006 | Se reconoce la mortalidad materna como problema de salud pública y se garantiza el acceso a servicios de salud | |

| | | | |
|--|------|--|--|
| | | gratuitos acorde a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. | |
| Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno-infantil | 2006 | Define la calidad de la atención en salud y los indicadores para su medición. | |
| Política Nacional y Plan de Acción de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos | 2006 | El problema de la mortalidad materna descansa en la diferenciación marcada entre las mujeres urbanas y las rurales y la prevalencia de altos porcentajes de cesáreas en el país. | |

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (2009); Ministerio de Salud Pública (2008^a); Congreso Nacional del Ecuador (1994); Laspina (2010); Asamblea Nacional (2016; 1998; 2008); Ministerio de Salud Pública (2020; 2014a; 2014b; 2015^a); Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2016); Ministerio de Salud Pública (2015b) Ministerio de Inclusión Económica y Social (2020); Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional de Salud (2008); Ministerio de Salud Pública (2006; 2013; 2008b; 2007); Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2007; 2017); Ministerio de Salud Pública (2008c); Ministerio de Salud Pública y Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública (2017); Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013); Ecuador y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2009); Ministerio de Salud Pública y CARE (2010); Ministerio de Salud Pública (2017).

A continuación, se exponen los instrumentos creados en el periodo 2007-2020.

Tabla 4.2. Instrumentos creados en el periodo 2007-2020

| Instrumento | Año de creación | Importancia | Idea programática materializada |
|------------------------|-----------------|---|--|
| Asamblea Constituyente | 2007 | Incorporación de nuevas demandas y exigencia de las condiciones requeridas para el cumplimiento y efectivización en la práctica de los derechos ya reconocidos. | Idea 1: Efectivización de DSR y derecho a la salud |

| | | | |
|--|------|---|---|
| Constitución de la República del Ecuador | 2008 | <p>La salud –occidental y ancestral– como un derecho del buen vivir.</p> <p>Aseguramiento de acciones y servicios de salud sexual y reproductiva para garantizar la salud integral y la vida de las mujeres especialmente durante el embarazo, parto y posparto.</p> | |
| Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 | 2007 | <p>La mortalidad materna aparece delineada como un grave problema de salud pública que refleja las inequidades respecto a la capacidad de acceso a los servicios de salud, además se diagnostica que la atención durante el embarazo, parto y pos parto es limitada.</p> | |
| Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria MAIS-FCI | 2007 | <p>Propone cambios en todas las instancias de atención a la salud y protección social de la mano de un sistema de garantía de calidad, para pasar de un modelo hospitalario-curativo a uno preventivo y respetuoso de las prácticas médicas ancestrales.</p> | |
| Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno-infantil | 2008 | <p>La definición de la calidad y los indicadores para medirla, específicamente en el plano de la salud materna, va más allá de las prestaciones médicas especializadas y los servicios hospitalarios. Incorpora nuevos referentes para la efectivización de la salud sexual y reproductiva, tales como el respeto a la diversidad cultural y la</p> | <p>Idea 4: Humanización como derecho de todas las mujeres, violencia obstétrica</p> |

| | | | |
|--|------|--|---|
| | | humanización de los servicios. | |
| Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal | 2008 | Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención materna y neonatal, desde un enfoque familiar, intercultural e interinstitucional. | Idea 2: Mejoramiento de la calidad |
| Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva | 2008 | Busca establecer la causalidad de mortalidad materna a través de la creación de instancias específicas para la detección de las causas de la problemática. | |
| Normativa y Protocolo de Atención Materna y Neonatal | 2008 | Posibilita determinar las competencias requeridas por el personal de salud, los criterios para su evaluación, y la estructura operativa necesaria para la prestación del servicio y la medición de su calidad desde un enfoque de salud intercultural. | |
| Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical | 2008 | Se enmarca en la comprensión del parto como un proceso fisiológico y singular, para establecer pautas técnicas y estándares de calidad que permitan satisfacer las necesidades de las mujeres desde un enfoque de derechos e intercultural. | Idea 3: Adecuación cultural de servicios de salud |
| Guía Técnica para el Parto Culturalmente Adecuado | 2008 | Es el primer ejercicio institucional de establecer un mecanismo de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales, para incrementar el acceso a la atención institucional del parto y efectivizar las | |

| | | | |
|--|------|--|---|
| | | demandas del movimiento indígena y de mujeres de parto humanizado. | |
| Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013 | 2009 | No basta con el acceso a los servicios de salud materna; sino que importa la calidad de la atención del embarazo y del parto desde un enfoque intercultural pleno que integre los conocimientos y prácticas culturales diversas. | Idea 1: Efectivización de DSR y derecho a la salud |
| Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial | 2013 | Estrategia de organización en red de los servicios, que tiene como propósito asegurar e incrementar la atención obstétrica y neonatal esencial durante el embarazo, parto y puerperio en el nivel institucional y comunitario. | Idea 3: Adecuación cultural de servicios de salud |
| Plan Nacional de Buen Vivir 2013-2017 | 2013 | La lectura del problema incorpora a factores que no son clínicos o técnicos que marcan el acceso a los servicios de salud. En consecuencia, la pertinencia cultural, geográfica, de género e intergeneracional y con enfoque de derechos aparece como elemento central para la garantía de la prestación universal y gratuita de los servicios de salud. | Idea 1: Efectivización de DSR y derecho a la salud |
| Informe sobre CEDAW Ecuador | 2014 | Se incorpora por primera vez a la violencia gineco-obstétrica como un tipo de violencia de género. | Idea 4: Humanización como derecho de todas las mujeres, violencia obstétrica |

| | | | |
|---|------|--|--|
| Estrategia Macro Implementación y Fortalecimiento del Parto en Libre Posición | 2014 | Es una estrategia de implementación del parto en libre posición y culturalmente adecuado que consta de cinco componentes orientados a proveer los estándares específicos para la adecuación de las salas de parto en territorio. | Idea 3: Adecuación cultural de servicios de salud |
| Guía de especificaciones técnicas para UTPRS Interculturales | 2014 | Señala los insumos necesarios para la readecuación de infraestructura que atiende partos interculturales. | |
| Lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas en los establecimientos del SNS que atienden partos | 2015 | Da una respuesta a la preocupación del incremento y generalización de cesáreas más allá de los casos en los que la vida del binomio madre e hijo se encuentre en riesgo. Este es visto como una causa de la mortalidad materna prevenible. | Idea 4: Humanización como derecho de todas las mujeres, violencia obstétrica |
| Guía de práctica clínica de atención del parto por cesárea | 2015 | Amplía y profundiza en los contenidos de los lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas en los establecimientos de salud, considerando que las excesivas tasas de parto por cesárea pueden tener consecuencias negativas para la salud de la madre. | |
| Guía para el Uso de Equipamentos de las Unidades de Trabajo de parto, Parto y Recuperación | 2015 | Materializar la idea de un parto respetuoso, con pertinencia intercultural y humanizado. Orienta el uso de las unidades de trabajo de parto, parto y recuperación –espacios readecuados | |

| | | | |
|--|------|---|---|
| | | para ofrecer ambientes menos hospitalarios–. | |
| Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño ESAMyN | 2016 | Se implementa con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de: la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado, y el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna. | |
| Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 | 2017 | En las metas propuestas por el PND 2017-2021 se establece reducir, al 2021, la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimiento por cada 100 000 nacidos vivos. | Idea 1: Efectivización de DSR y derecho a la salud |
| Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos | 2017 | Pretende responder a la prevalencia –e incluso aumento– de la mortalidad materna. Una de sus líneas estratégicas es garantizar una maternidad segura con pertinencia intercultural. | Idea 2: Mejoramiento de la calidad |
| Reglamento para la aplicación del Enfoque Intercultural en los establecimientos de salud del SNS | 2017 | Disminuir las barreras de acceso y garantizar el cumplimiento de la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado | Idea 3: Adecuación cultural de servicios de salud |
| Especificaciones técnicas para el área de atención de parto | 2020 | Adecuar los servicios de atención de parto para promover el parto humanizado y el despliegue de instrumentos para su efectivización independientemente de la cuestión de la pertinencia cultural. | Idea 4: Humanización como derecho de todas las mujeres, violencia obstétrica |

| | | | |
|--|------|--|------------------------------------|
| Manual de Atención a la Mujer Gestante | 2020 | Instrumento teórico y operativo con enfoque intercultural y de derechos para asegurar la atención integral de mujeres en estado de embarazo. | Idea 2: Mejoramiento de la calidad |
|--|------|--|------------------------------------|

Fuente: Organización Internacional del Trabajo (2009); Ministerio de Salud Pública (2008^a); Congreso Nacional del Ecuador (1994); Laspina (2010); Asamblea Nacional (2016; 1998; 2008); Ministerio de Salud Pública (2020; 2014a; 2014b; 2015^a); Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2016); Ministerio de Salud Pública (2015b); Ministerio de Inclusión Económica y Social (2020); Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional de Salud (2008); Ministerio de Salud Pública (2006; 2013; 2008b; 2007); Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2007; 2017); Ministerio de Salud Pública (2008c); Ministerio de Salud Pública y Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública (2017); Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013); Ecuador y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2009); Ministerio de Salud Pública y CARE (2010); Ministerio de Salud Pública (2017).

4.2. Co-construcción de funcionamiento

Como se ha mostrado, los instrumentos de política, en tanto artefactos socio-técnicos sujetos a procesos de co-construcción, no están exentos de controversias; porque precisamente en dichos procesos participan un sin número de grupos sociales relevantes con significados diversos –en momentos en disputa– acerca de la finalidad de los artefactos y los problemas mismos a los que buscan dar respuesta (Bijker, Hughes, y Pinch 2012). En estos procesos de co-construcción, a diferencia de lo sostenido desde el modelo lineal de innovación, existen elementos que sobreviven de diseños pasados; ocasionando que el diseño de los instrumentos de política sea siempre rediseño. Sin embargo, es el esfuerzo consiente de los actores, motivados por ideas programáticas específicas y movilizados a desplegar sus estrategias en consonancia con ellas, aquel que puede impulsar transformaciones en la forma de enmarcar problemas y soluciones. De este modo, una transformación en el componente de la causalidad puede repercutir en la selección de instrumentos, en los valores centrales para su evaluación y en las estructuras requeridas para su implementación; ocasionando que se pueda hablar de rediseño.

A partir de la consideración de las controversias no sólo es posible traer al debate a la dimensión política que marca los procesos de co-construcción de los instrumentos de política –*politics*–, es decir, el involucramiento de diversos actores y el hecho de que no se trata de un ejercicio lineal

de definición de problemas y soluciones; sino también los elementos de los que depende su funcionamiento. El funcionamiento de los instrumentos de política se constituye como el objeto de análisis, porque este no depende únicamente de su buen diseño; sino que se fundamenta en una relación interactiva entre sus dimensiones materiales, cognitivas y prácticas y la subjetividad de los actores implicados (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019).

En el caso de los instrumentos de política desplegados en el marco de la política pública para la reducción de la mortalidad materna, las características de los artefactos importan, porque ejercen agencia en la forma en la que se organizan los espacios –salas de parto–, las prácticas –aplicación de protocolos rutinarios, de técnicas de aceleración del parto, de procedimientos farmacológicos para el alivio del dolor–, los conocimientos –acerca de los determinantes de la mortalidad materna desde la mirada de los expertos–. De ahí la importancia de comprender que los procesos de construcción de funcionamiento, si bien son en cierta medida auto-organizados; están históricamente situados. Esto quiere decir que, los instrumentos desplegados desde una mirada biomédica no funcionaban para las mujeres indígenas, o para las mujeres rurales, o para las mujeres empobrecidas. Entonces, un primer momento en la redefinición de los instrumentos se centró en el mejoramiento del acceso para esas mujeres. Se trataba más de una cuestión étnica y de clase porque no podían existir errores en el modelo de provisión de salud occidental.

Esta es una primera controversia, que descansa en la asimetría entre los indicadores de incremento de acceso y calidad de la atención del parto institucional y la pervivencia de las altas tasas de mortalidad materna. Se abren espacios coyunturales favorables para la irrupción del movimiento de mujeres, que, a través de la movilización de repertorios de acción concretos en torno a la idea de adecuación cultural de los servicios de salud materna comienzan a cuestionar la finalidad de los instrumentos creados. Estos se caracterizaban por considerar a la medicina tradicional, sus prácticas y actores y como elementos de riesgo frente al modelo biomédico convencional. Pero no solo eso, las mujeres racializadas eran objeto de discriminación porque imposibilitaban que los instrumentos funcionen. Mientras tanto, estas mismas mujeres interpretaban los instrumentos como prácticas invasivas y violentas, por lo que preferían los partos domiciliarios o el acompañamiento de parteras, el uso de su propia vestimenta, la posibilidad de elegir cómo dar a luz o de ingerir alimentos.

Esta controversia es la base para ampliar la disputa acerca del propósito de los instrumentos diseñados en el marco del modelo biomédico convencional. Se comienza a visibilizar que el problema de la atención no estaba asociado a una cuestión étnica o de clase solamente; sino que de fondo estaba la cuestión de la autonomía de la mujer. Las mujeres mestizas tampoco podían elegir la posición para dar a luz, ni si querían o no estar acompañadas, tampoco si querían dar a luz por medio de una cesárea o en una postura distinta a la litotómica. Se trataba de la idea de riesgo asociada al parto y a la idea de subvaloración de lo femenino como dos elementos que subyacían al modelo de atención convencional y, por tanto, a los instrumentos de política desplegados.

El parto de baja intervención, de mínima intervención, o no intervenido son algunos de los términos que hacen alusión al parto humanizado; el cual se centra en la valorización del mundo femenino y su familia, se basa en evidencia y no se despliega con una actitud intervencionista (Brandao 2016). De este modo, la idea de parto humanizado pone sobre la mesa la cuestión de que la autonomía de las mujeres sobre sus propios cuerpos no depende de la cuestión ética; sino que se trata de una cuestión de género. En consecuencia, todos los tipos de parto deberían humanizarse, los partos en libre posición, los partos vaginales o naturales, así como los partos por cesárea. Este el punto de partida a la revisión misma de todos los elementos que conforman el sistema de provisión de salud.

De ahí que la controversia escale y se centre en la crítica a los procesos de formación del personal de salud, a la exclusión de los agentes de medicina tradicional, a la exclusión de la familia y la comunidad, a las prácticas violentas, no consentidas o no justificadas que despliegan como protocolos médicos rutinarios, a la limitación impuesta respecto a la posición del parto, entre otros elementos. Es por esto que, durante el rediseño de la política se expiden nuevos instrumentos normativos y operativos, se integran los conocimientos de agentes de tradicionales de la salud, se crean nuevas instituciones, se generan presupuestos destinados al equipamiento de las unidades de salud que atienden partos, se integran diversos agentes para la construcción participativa de normativas, guías, manuales, sistemas de generación de información.

Siguiendo a (Thomas, Becerra, y Bidinost 2019), el concepto de alianza socio-técnica precisamente permite pensar en esas coaliciones, en parte planificadas y en parto auto-organizadas, de elementos heterogéneos que deben alinearse y coordinarse para co-construir el

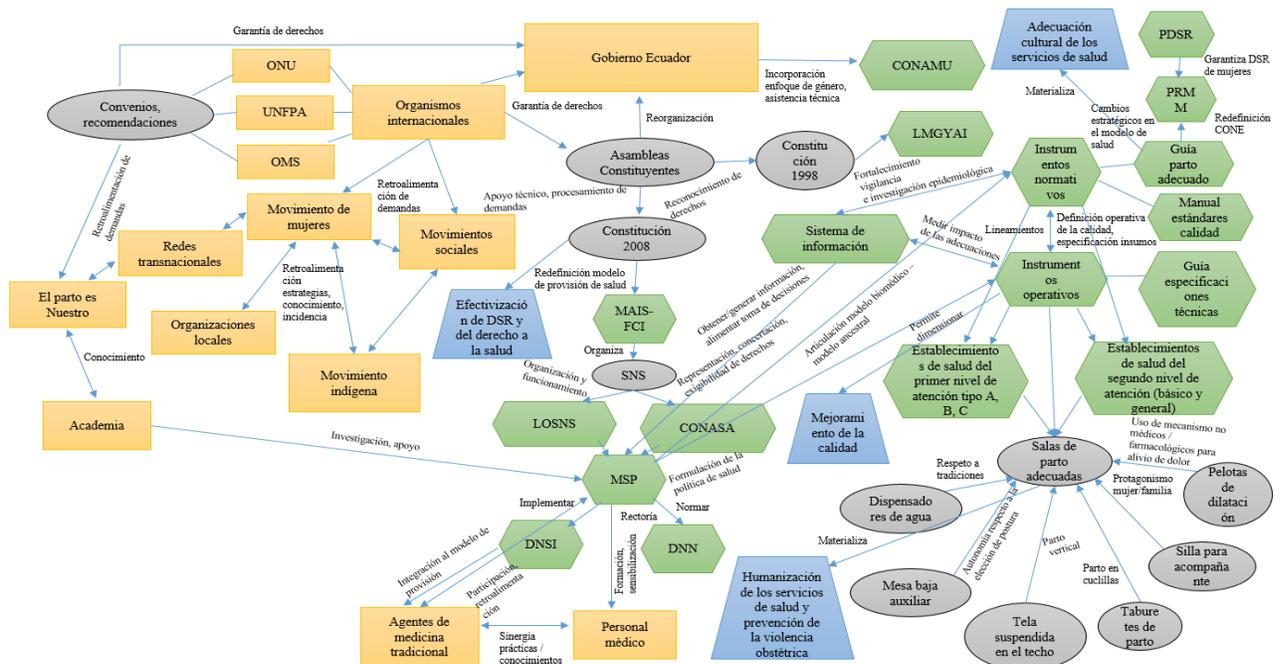
funcionamiento de los artefactos socio-técnicos. Esto quiere decir que un instrumento legal, un plan, un programa, una guía, un presupuesto, una institución, por si solos, puedan explicar el funcionamiento efectivo de la política. Sino que este depende de otros artefactos, ideas, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores, recursos económicos que viabilizan o impiden la generación, adopción, uso o estabilización de una tecnología. De ahí que, aunque la Guía del parto Culturalmente Adecuado aparece como un acatante central por materializar los cambios estratégicos que debían realizarse en el modelo biomédico, tuvo que nutrirse de otros instrumentos operativos, como aquellos que proveen especificaciones técnicas para la adecuación de las salas de parto en territorio, o las normativas que guían y regulan la práctica de cesáreas.

Además, la experiencia del proyecto de Ley de Parto Humanizado muestra que también es interesante analizar el no funcionamiento de un instrumento. En este caso, esto devino en aprendizaje estratégico para los actores que se movilizaban en torno a las ideas de humanización y crítica a la violencia obstétrica. Así mismo, permite entrever que la ausencia de un instrumento legal específico no fue suficiente para construir un sentido de no funcionamiento. Se puede afirmar en el caso de la política analizada, la controversia en torno a los instrumentos de política diseñados en el marco del modelo biomédico se clausura por la redefinición del problema de la mortalidad materna y la estabilización de los instrumentos que materializan las ideas de humanización, crítica a la violencia obstétrica y adecuación cultural de los servicios de salud materna que atienden partos.

En este contexto, a continuación (Gráfico 4.3.), se muestra la alianza socio-técnica que se configura para el rediseño de la política. Esta se conforma de instrumentos normativos, conocimiento de los profesionales de salud y agentes de medicina tradicional, nuevas instituciones creadas para normar e implementar la política, procesos de formación y sensibilización, nuevos sistemas de información, movimientos sociales, colectivos de mujeres, instrumentos y organismos internacionales, e implementos para las salas de parto. Es interesante mirar cómo, por ejemplo, las normativas que definen la calidad operativamente, a través de la provisión de lineamientos específicos respecto a los insumos para salas de parto adecuadas; transforman materialmente el modelo de atención en salud. Así, las sillas de parto materializan la posibilidad de que las mujeres elijan la posición del parto, las telas suspendidas permiten que se atiendan partos verticales, las sillas para acompañantes materializan la posibilidad de que la mujer esté acompañada. En la alianza, no existe neutralidad en la forma en la que los espacios se

construyen; esto responde a finalidades muy específicas. En este caso, son una forma de materializar las ideas de efectivización de derechos sexuales y reproductivos, salud segura para las mujeres, humanización y crítica a la violencia obstétrica.

Gráfico 4.3. Alianza socio-técnica en el rediseño de la política



Fuente: Chen (2004); León (1999); Ministerio de Salud Pública (2008^a); J. Hermida et al. (2010); Vega (2007); Congreso Nacional del Ecuador (1994); Almaguer, García, y Vargas (2012); Asamblea Nacional (1998; 2008); Ministerio de Salud Pública (2014b; 2015a).

Conclusiones

La investigación utilizó el modelo dialéctico de Marsh y Smith (2000) en su variante ideacional introducida por Kisby (2007) para explicar el rediseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador. Esta elección, enmarcada en el enfoque de redes de política, se orientó a rescatar el dinamismo que marca el proceso de las políticas públicas a través del estudio de la interrelación entre los niveles, micro, meso y macro. De este modo, la investigación se configuró como una apuesta por superar explicaciones estáticas, posicionando la importancia de la relación interactiva entre el contexto, las redes, los actores y las ideas programáticas.

La relación entre contexto y estructura de red permitió comprender las preferencias de los tomadores de decisiones a la luz de las relaciones de poder asimétricas dadas por elementos como el género, la etnia o la clase que marcaban la distribución de recursos vigente. Así, en el primer momento de análisis de la investigación no sólo se mostró cómo las intervenciones que descansan en una concepción biologicista, blanco/masculina y con primacía de la técnica y el saber científico sobre los cuerpos de las mujeres no es natural y no está presente en todos los momentos de la historia; sino cómo los movimientos de mujeres jugaron un rol fundamental en el cuestionamiento profundo a los ejes del modelo técnico/biologicista, específicamente a su omisión de las mujeres como sujetos de derechos y como protagonistas del parto en su diversidad. En el contexto de lo local se mostró cómo la capacidad de la red de política juega un rol fundamental para posicionarse frente a las presiones estructurales y aprovechar las ventanas de oportunidad desde los años ochenta, específicamente, el movimiento de mujeres y el movimiento indígena impulsan y participan en cambios en la distribución de poder vigente a través de una activa incidencia en un proceso constituyente que sienta las bases de un nuevo modo de hacer política que marca el periodo subsiguiente de análisis.

Por su parte, la relación entre estructura de red y agencia permitió mirar cómo las oportunidades y constricciones impuestas por el contexto estructural se gestionaron por los actores, sus habilidades, recursos, estrategias y aprendizaje estratégico. Este análisis tomó como premisa de partida el hecho de que las capacidades de las redes de lidiar con los cambios exógenos del contexto estructural están determinadas por la forma en la que los agentes los entienden e interpretan. Por tanto, durante el análisis del rediseño de la política fue de vital importancia analizar la agencia de los actantes para explicar la particularidad de la que se revistió el rediseño,

desde la forma de enmarcar el problema y sus causas hasta la selección de instrumentos a los que subyacían las ideas de humanización de los servicios de salud. Resaltaron las habilidades, recursos, estrategias y el aprendizaje estratégico resultante correspondiente a diversos momentos en la trayectoria histórica de la política de la mortalidad materna, incluyendo tanto las coyunturas favorables como los espacios de debate que no llegaron a generar como resultado los instrumentos esperados.

Las tres relaciones dialécticas: red/agentes; red/contexto; red/*outcomes*; propuestas como el centro del modelo analítico de Marsh y Smith (2000), se complementaron con el planteamiento de Kisby (2007). Esto permitió analizar al mismo tiempo el contexto material y el contexto ideacional para determinar su influencia en el *policy making process* y así responder al cómo y al por qué se produjo el resultado de política investigado. Entonces, además de considerar a los actores formales e informales que pudieron ejercer influencia en el proceso de las políticas públicas, la relación interactiva entre agencia y estructura y los factores endógenos y exógenos a la red; se consideró a los factores ideaciones para comprender cómo y por qué se formularon propuestas y cursos de acción que respondían a fines que se plantearon como supremos, acorde a las ideas compartidas; con capacidad de reforzar o cuestionar la organización socio-económica predominante. Por tanto, las ideas aparecieron no como meros dispositivos retóricos; sino como un auténtico mecanismo de cohesión de la red que agrupó a los actores en torno a un *set* de ideas fuerte (2007, 81-84). Es así que el impacto de las ideas en el rediseño de la política se mostró en su materialización e institucionalización en diversos instrumentos de política y en el alto grado de integración de los actores contendientes en la red de toma de decisiones.

En este marco, a través del modelo ideacional en el primer momento de análisis se demostró el impacto de las ideas de efectivización de los derechos sexuales y reproductivos, efectivización del derecho a la salud, y adecuación cultural de los servicios de salud. Estas fueron la base del periodo de rediseño de la política, donde las ideas de humanización como derecho de todas las mujeres y violencia obstétrica cobran fuerza y se materializan en instrumentos de política. Cabe recalcar que el modelo analítico permitió ver cómo las ideas evolucionan en el tiempo y van reagrupando a los actores, así, por ejemplo, si en un primer momento la entidad rectora de la política en Ecuador se cohesionaba con otros actores bajo la idea de reducción de la mortalidad materna; en el periodo del rediseño lo hace en torno a la de mejoramiento de la calidad. Esto ocurre porque actores contendientes, como el movimiento de mujeres, empieza a ingresar en la

red de toma de decisiones y posiciona la importancia de considerar los aspectos que vayan más allá de los servicios institucionales de parto y los indicadores de calidad tradicionales.

Además del modelo dialéctico en su variante ideacional, la investigación empleó el análisis socio-técnico para explicar cómo los instrumentos de política en tanto artefactos socio-técnicos materializan determinados valores, ideas y relaciones de poder al tiempo que se vuelven parte constitutiva de estos. En el primer periodo, los instrumentos materializaron las ideas del modelo biomédico convencional, de élites políticas y religiosas manejadas bajo un esquema blanco/masculino. Mientras tanto, en el momento del rediseño se muestra cómo los instrumentos materializan las ideas de humanización de los servicios de salud incluso más allá de la cuestión étnica y de prevención de la violencia obstétrica. De este modo, desde el análisis socio-técnico fue posible pensar en la dimensión política –de *politics*– de los instrumentos de política, para vislumbrar cómo estos responden a finalidades explícitas y cómo surgen de dinámicas de co-construcción en las que intervienen diversos actantes –muchas veces en disputa–. Ambos elementos fueron contestatarios con los presupuestos del diseño articulado a la neutralidad y a la dimensión técnica solamente.

Así también, específicamente desde la construcción de alianzas socio-técnicas, el análisis socio-técnico posibilitó explicar cómo en el funcionamiento de los instrumentos de política co-creados en el periodo del rediseño no sólo dependía de su buen diseño; sino de un interjuego desplegado entre elementos heterogéneos, humanos y no humanos, que no es lógico, racional, o necesariamente direccionado al progreso. En la alianza que se presentó se muestra cómo intervienen artefactos, ideas, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores, recursos económicos, infraestructuras en la generación, adopción, uso y estabilización de una de los artefactos socio-técnicos. De esta forma fue posible manejar la simetría analítica entre actores humanos y no humanos, rescatando la posibilidad de que estos ejerzan agencia; para mostrar todos los actores públicos y los actores sociales implicados; así como los elementos materiales, los nuevos conocimientos, o las demandas de la población en torno a los cuales se conforma una alianza y se posiciona un tema. Finalmente, el análisis socio-técnico no sólo posibilitó comprender las ideas que dan forma a las racionalidades que se integran en las alianzas y que posteriormente se materializan; sino cómo esto ocurre en medio de disputas de sentido acerca de las finalidades de los instrumentos creados en periodo de contexto que configuran una controversia que se clausura con el rediseño de la política.

Por otra parte, como potencial respuesta a la pregunta de investigación, se planteó que el diseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna, efectuado en un contexto de neutralidad y determinismo; se pone en cuestionamiento con la irrupción de las ideas programática de adecuación cultural del parto y humanización. La controversia generada entre estos ordenes de ideas programáticas se clausura con la creación de instrumentos de política que las materializan. Las ideas programáticas de adecuación cultural y humanización del parto que se articulan y estabilizan en el rediseño de la política pública, dan cuenta de cómo se despliega una nueva forma de adecuación problemas/soluciones –*policy framing*– debido a la agencia de diversos actantes que desemboca en la (re)configuración de una alianza socio-técnica para su funcionamiento.

A lo largo de la investigación la hipótesis se cumple, puesto que se logra comprobar a través de la exposición de los diversos instrumentos de política co-creados que las ideas juegan el rol de variable explicativa. Los instrumentos constituyen las ideas materializadas e institucionalizadas, debido a la agencia de los actantes cohesionados y movilizados por ellas. Es así que, a partir de la controversia, se empieza a desplegar una nueva forma de comprender el problema de la mortalidad de materna, sus causas y nuevas soluciones; ocasionando que haya un cambio en los cuatro elementos a partir de los que se comprende el rediseño de la política (Peters 2018). Esto sucede debido a un esfuerzo consciente de movilización de los actores contendientes, que buscan romper con la dependencia de sendero de la política. Este es un elemento clave considerando que el diseño de políticas es un rediseño constante.

Si bien se observa coherencia entre la pregunta de investigación que funge como punto de partida y la potencial respuesta –hipótesis–; esta última no considera claramente el rol de la idea programática de violencia obstétrica. Esta idea es clave, porque constituye el preámbulo de los esfuerzos por la humanización de los servicios de salud materna como derecho de todas las mujeres. La idea de violencia obstétrica permite comprender la controversia que se abre porque cuestiona los procedimientos médicos y la organización misma de los sistemas de salud; elementos que aparecen como incuestionables al enmarcarse en el paradigma de la ciencia occidental. Este es uno de los principales hallazgos de la investigación, que permite dar una respuesta más sólida acerca del rol de las ideas en el rediseño de la política.

Finalmente, es de vital importancia considerar que la investigación, en su mayoría, se desplegó en un contexto de emergencia sanitaria ocasionado por la pandemia de COVID-19. Debido a esto, una de las principales limitaciones fue el acceso a información primaria principalmente. Esta dificultad se sorteó a través del contacto con informantes clave virtualmente. Así mismo, el acceso a espacios físicos para la realización del trabajo investigativo fue una dificultad significativa. Sin embargo, la investigación se fortaleció en lo teórico para contar la evidencia suficiente que respalde la hipótesis planteada.

Por tanto, este trabajo puede ser considerado como una muestra de los fructífero que puede ser el cruce entre el análisis de políticas públicas y el análisis socio-técnico, que puede enriquecerse a través de una investigación sin limitaciones tan fuertes para el despliegue del trabajo de campo. Así mismo, el estudio del caso ecuatoriano desde esta perspectiva podría ser un punto de partida para comprender desde un análisis comparado qué ha pasado con las políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna en la región.

Referencias

- Albornoz, María Belén. 2011. “Análisis sociotécnico: un nuevo marco para estudiar las políticas de e-inclusión en Ecuador”. En *Voto electrónico y democracia directa: los nuevos rostros de la política en América Latina*, editado por Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales, Nicolás Loza, Yanina Welp, y FLACSO México, 67-78.
- Almaguer, José Alejandro, Hernán José García, y Vicente Vargas. 2012. “Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio”. *Género y Salud en Cifras*, 44-59.
<http://fiadmin.bvsalud.org/document/view/8mq9v>.
- Andrade, Ernesto, y Javier A Jiménez. 2016. “Trayectoria socio-técnica de las relaciones entre extractivismo y desarrollo sostenible: El caso de la Colosa en Colombia”. *Redes* 22 (43): 33-64.
- Artiles, Leticia. 2015. “Discriminación por género, sexualidad y etnia: expresión de violencia feminicida. Mortalidad materna y embarazo adolescente en Guatemala”. En *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*, de CLACSO, editado por Ana María Costa, Primera edición en español. Colección Grupos de Trabajo. [Mexico, D.F., Mexico]: Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Universidad Autónoma Metropolitana ; CLACSO.
- Asamblea Nacional. 1998. “Constitución Política de la República del Ecuador”.
https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1998.pdf.
- . 2008. “Constitución Política de la República del Ecuador”. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Constitucion.pdf>.
- . 2016. “Acta 409 Primer Debate del Proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del embarazo, parto y posparto”.
- . 2018. “Informe para Segundo Debate del Proyecto de Código Orgánico de Salud”.
- Ascher, William. 1994. “La evolución de las ciencias de políticas: comprender el surgimiento y evitar la caída”. En *El estudio de las políticas públicas*, de Luis F Aguilar Villanueva, 181-95. México, D.F.: Porrúa.
- Atkinson, Michael M. 1990. “Book Review: Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics”. *Canajpoliscierv Canadian Journal of Political Science / Revue Canadienne de Science Politique* 23 (4): 843-44.
- Baxter, Pamela, y Susan Jack. 2008. “Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers”. *Qualitative Report* 13 (4): 544-59.
- Beach, Derek, y Rasmus Brun Pedersen. 2016. *Causal Case Study Methods Foundations and Guidelines for Comparing, Matching and Tracing*. Ann Arbor, Mich: University of Michigan Press.
- Bijker, Wiebe, Thomas Hughes, y Trevor Pinch. 2012. *The Social Construction of Technological Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology*. London, England.: MIT Press.
- Biurrun, Ainoa. 2017. “La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol”. *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. Ph.D. Thesis, Universitat de Barcelona. <http://www.tdx.cat/handle/10803/457137>.
- Bobrow, Davis B., y John S. Dryzek. 1987. *Policy analysis by design*. Pitt series in policy and institutional studies. Pittsburgh, Pa: University of Pittsburgh Press.
- Bogason, Peter. 2006. “Networks and Bargaining in Policy Analysis”. En *Handbook of Public Policy*, de Jon Pierre y Guy Peters, 97-112. London.

- Boin, Arjen. 2008. "Mapping Trends in the Study of Political Institutions". Editado por Rod Rhodes, Sarah Binder, y Bert Rockman. *International Studies Review* 10 (1): 87-92. <https://www.jstor.org/stable/25481931>.
- Borges, Lareisy, Rolando Sánchez, Roberto Domínguez, y Arahi Sixto. 2018. "El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 44 (3). <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226>.
- Bortz, Gabriela. 2019. "Biotecnología, (Des)Nutrición y Desarrollo Local: Aprendizajes, Producción de Conocimiento y Políticas Públicas En La Trayectoria Del 'Yogurito' Escolar" (Tucumán, Argentina)". En *Ciencia, Tecnología y Sociedad En América Latina: La Mirada de Las Nuevas Generaciones*, editado por Jorge Gibert, Ronald Cansino, y Andrés Gómez, 33-62. RIL editores. <https://resolver.ebscohost.com/Redirect/PRL?EPPackageLocationID=2418090.16705684.55913872&epcustomerid=s2947694>.
- Bortz, Gabriela, y Hernán Thomas. 2019. "Parasites, Bugs and Banks: Problems and Constraints of Designing Policies and Technologies That Transform R&D into Healthcare Solutions: The Case of Chagas Disease in Argentina (2007–2017)". *Innovation and Development* 9 (2): 225-43. <https://doi.org/10.1080/2157930X.2019.1567904>.
- Brandao, Thaís. 2016. Foro sobre Proyecto de Ley de Parto Humanizado. <https://www.youtube.com/watch?v=q210Wa6qlGY>.
- Bressers, Hans, y Laurence O'Toole. 2007. "Instrument Selection and Implementation in a Networked Context". En *Designing Government: From Instruments to Governance*, editado por Pearl Eliadis, Margaret M. Hill, y Michael Howlett, Reprinted in paperback. Montreal: McGill-Queen's Univ. Press.
- Bressers, Johannes T.A, y Laurence J O'Toole. 2007. "Instrument Selection and Implementation in a Networked Context". Editado por P Eliades, M.M Hill, y M Howlett. *Designing Government: From Instruments to Governance*.
- Bueno, Ramiro. 2015. "Perspectivas presente y futura de la ciencia política desde la teoría de sistemas de David Easton". *Análisis e investigaciones* 6: 11-36.
- Caballero, Gonzalo. 2007. "Nuevo institucionalismo en ciencia política, institucionalismo de elección racional y análisis político de costes de transacción: una primera aproximación" 6 (2): 9-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38060201>.
- Casado, María. 2009. *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO*. Cizur Menor: Civitas : Thomson.
- Castillo, Silvia. 2015. "Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador". <Http://purl.org/dc/dcmitype/Text>, Murcia: Universidad de Murcia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=100205>.
- Chaqués, Laura. 2004. *Redes de políticas públicas*. Monografías (Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid: CIS: Siglo Veintiuno.
- Chen, Yin-Zun. 2004. "De los encuentros feministas a las campañas transnacionales: surgimiento y desarrollo de los movimientos transnacionales de mujeres en América Latina", No. 20: 267-92.
- Cohen, Sara. 2015. "Making Loud Bodies 'Feminine': A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence". *Human Studies* 39 (2): 231-47. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>.
- Congreso Nacional del Ecuador. 1994. *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. 6.

- Córdova, Marco. 2017. "El neoinstitucionalismo como paradigma científico". *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública* 4 (1): 9. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2017.3049>.
- Cruz, Alba. 2015. "Bruno Latour y el estudio de lo social: construcción y actuación en red". *LEBRET Revista Lebret* 0 (7): 63.
- Daigneault, Pierre. 2015. "Can You Recognize a Paradigm When You See One? Defining and Measuring Paradigm Shift". En *Policy Paradigms in Theory and Practice: Discourses, Ideas and Anomalies in Public Policy Dynamics*, editado por John Hogan y Michael Howlett. Springer.
- De la Hoz, Remberto. 2016. "New institutionalism and the study of the public policies". *Justicia* 21 (30): 107-21. <https://doi.org/10.17081/just.21.30.1353>.
- De León, Peter. 2007. "Una revisión del proceso de las políticas públicas: de Lasswell a Sabatier". En *Lecturas sobre el estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*, editado por Carlos H. Acuña. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.
- Diaz, Farah. 2016. "Invisible Wounds: Obstetric Violence in the United States". *Reproductive Health Matters* 24 (47): 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>.
- Dowding, Keith. 1995. "Model or Metaphor? A Critical Review of the Policy Network Approach". *Political Studies* 43 (1): 136-58.
- Dror, Yehezkel. 1994. "Prolegómenos para las ciencias de políticas". En *El estudio de las políticas públicas*, de Luis F Aguilar Villanueva, 119-47. México, D.F.: Porrúa.
- Dye, Thomas R. 2017. *Understanding public policy*. Fifteenth edition. Boston: Pearson.
- Ecuador y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2009. *Plan Nacional para el Buen Vivir, 2009-2013: construyendo un estado plurinacional e intercultural*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES.
- El Universo. 2020. "Tras el veto total al Código Orgánico de la Salud, cuál es el camino". *El Universo*, 2020. <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/09/25/nota/7990576/objecion-total-codigo-organico-salud-ecuador-cual-es-camino/>.
- Eslava, Adolfo. 2010. "Análisis neoinstitucional de políticas públicas". En *Enfoques para el análisis de políticas públicas*, editado por Andre-Noël Roth Deubel, 1a. ed, 97-123. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Evans, Mark. 1998. "Análisis de redes de políticas públicas: una perspectiva británica". *Gestión y Política Pública* VII: 229-66.
- . 2001. "Understanding Dialectics in Policy Network Analysis". *POST Political Studies* 49 (3): 542-50.
- Every Woman Every Child y Latin America and Caribbean. 2017. "Una Promesa Renovada para las Américas (APR LAC)". *Todas las Mujeres Todos los Niños* (blog). 2017. <https://www.everywomaneverychild-lac.org/quienes-somos/antecedentes/promesa-renovada-americas-apr-lac/>.
- Fontaine, Guillaume. 2014. *El análisis de políticas públicas, conceptos, teorías y métodos*. Quito: Barcelona.
- . 2020. "The contribution of policy design to realist evaluation". *Evaluation* 26 (3): 296-314.
- Fontaine, Guillaume, Cecilia Medrano, y Iván Narváez. 2020. *The Politics of Public Accountability: Policy Design in Latin American Oil Exporting Countries*.

- Franco, Saúl. 2015. “¿Se justifica la lucha por la salud en el ordenamiento legal?” En *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*, de CLACSO, editado por Ana María Costa, Primera edición en español. Colección Grupos de Trabajo. [Mexico, D.F., Mexico]: Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Universidad Autónoma Metropolitana ; CLACSO.
- Garson, David. 1994. “De la ciencia de políticas al análisis de políticas: veinticinco años de progreso”. En *El estudio de las políticas públicas*, de Luis F Aguilar Villanueva, 149-79. México, D.F.: Porrúa.
- Geels, Frank W. 2002. “Technological Transitions as Evolutionary Reconfiguration Processes: A Multi-Level Perspective and a Case-Study”. *Research Policy*. 31 (8): 1257-74.
- González, Daniel, ed. 2011. *El enfoque intercultural en las normas de salud materna: Ecuador, 1994-2009. Mapeo de normas sobre salud materna*. Quito: MSP [u.a.].
- Gúber, Rosana. 2005. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Piadós SAICF.
- Hall, Peter A. 1993. “Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain”. *Comparative Politics* 25 (3): 275-96. <https://doi.org/10.2307/422246>.
- Hall, Peter A, y Rosemary C. R Taylor. 1996. “Political Science and the Three New Institutionalisms”. *Political Studies*, 1996.
- Harguindéguy, Jean-Baptiste. 2015. *Análisis de políticas públicas*. Madrid: Tecnos.
- Heclo, Hugh. 1993. “Las redes de asuntos y el poder ejecutivo”. En *Problemas públicos y agenda de gobierno*, de Charles D Elder, Roger Cobb, Bárbara Nelson, Anthony Downs, Horst Rittel, Melvin Webber, Mark Modre, Eugene Bardach, y Peter May, editado por Luis Fernando Aguilar Villanueva, 253-84. México: M.A. Porrúa.
- Heredia, Valeria. 2016. “El Proyecto de Ley Orgánica de parto Humanizado se tratará en la Asamblea”. *El Comercio*, 2016.
- . 2018. “En 236 centros de Ecuador se realiza parto humanizado”. *El Comercio*, 2018. <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/ministerio-salud-parto-humanizado-bebe.html>.
- . 2020. “Conozca siete puntos importantes del Código Orgánico de Salud”. *El Comercio*, 2020. <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/salud-derechos-codigo-ecuador-medicamentos.html>.
- Hermida, César. 2007. “El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud”. En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas.*, de Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, y Consejo Nacional de Salud, 284-89. Quito: Imprenta Noción.
- Hermida, Jorge, Daniel Gonzáles, Genny Fuentes, Steven Harvey, y Juana Freire. 2010. “Humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) en el Ecuador”. En *Salud, interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay - Buen Vivir*, editado por Gerardo Fernández y Luis Maldonado, 275-320. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública, UNFPA, AECID, FIODM, Ministerio Coordinador de Patrimonio.
- Hernández, Alejandro. 2019. “El diseño de políticas: actividad, teoría y marco analítico”. *Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes* 36 (102): 47-86.
- Hilgartner, Stephen. 2001. “Election 2000 and the Production of the Unknowable”. *Social Studies of Science* 31 (3): 439-41.

- . 2012. “Selective Flows of Knowledge in Technoscientific Interaction: Information Control in Genome Research”. *The British Journal for the History of Science* 45 (2): 267-80. <https://doi.org/10.1017/S0007087412000106>.
- Hinojosa, María. 2021. Entrevista acerca de parto humanizado en Ecuador.
- Hochschild, J. 2006. “How Ideas Affect Actions”. En *The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*, editado por Robert E Goodin y Charles Tilly. Sage Publications.
- Hood, Christopher C. 1983. *The Tools of Government*. London: Macmillan Education UK. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-17169-9>.
- Hoppe, Robert A. 2012. *The Governance of Problems: Puzzling, Powering, Participation*. Bristol, England: Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781847429629.001.0001>.
- Howlett, Michael. 2009. *Studying public policy: policy cycles & policy subsystems*. 3rd ed. Don Mills, Ont. ; New York: Oxford University Press.
- . 2011. *Designing public policies: principles and instruments*. Routledge textbooks in policy studies. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Ingram, Helen, y Anne Schneider. 1991. “The Choice of Target Populations”. *Administration & Society* 23 (3): 333-56. <https://doi.org/10.1177/009539979102300304>.
- Ingram, Helen, Anne Schneider, y Peter De León. 2010. “La construcción social y el diseño de las políticas”. En *Teorías del proceso de las políticas públicas*, editado por Paul A Sabatier. Buenos Aires; [Boulder, Colo.: Proyecto de Modernización del Estado, Jefatura de Gabinete de Ministros, Presidencia de la Nación; Westview Press.
- Jackson, Patrick. 2016. *The conduct of inquiry in international relations: philosophy of science and its implications for the study of world politics*. Second edition. New York: Routledge. https://www.worldcat.org/title/conduct-of-inquiry-in-international-relations-philosophy-of-science-and-its-implications-for-the-study-of-world-politics/oclc/946263636&referer=brief_results.
- Jasanoff, Sheila. 2004. “Ordering Knowledge, Ordering Society”. En *States of Knowledge: The Co-Production of Science and the Social Order*, editado por Sheila Jasanoff, 13-45. London and New York: Routledge Taylor and Francis Group. <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=200656>.
- Jiménez, Edgar. 1998. *Enfoques teóricos para el análisis político*. México: Instituto Federal Electoral.
- Juárez, Paula, y Lucas Becerra. 2012. “Alianzas socio-técnicas, estrategias y políticas para el desarrollo inclusivo y sustentable”.
- Kisby, Ben. 2007. “Analysing Policy Networks. Towards an Ideational Approach”. *Policy Studies* 28: 71-90. http://eprints.lincoln.ac.uk/id/eprint/4601/1/Policy_Studies_article.pdf.
- Klijn, E.H. 1998. “Policy Networks: An Overview”. En *Managing Complex Networks*, editado por W. Kickert y J. Koppenjan. London: Sage Publication.
- Knoke, David. 1993. “Networks as Political Glue”. En *Sociology and the Public Agenda*, editado por William J Wilson. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Knorr-Cetina, Karin. 2007. “The Cultural Approach to the Study of Science”. En *Handbook of Science and Technology Studies*, de Sheila Jasanoff. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications : Publ. in cooperation with the Society for Social Studies of Science.
- Kong, Yi-Xiu, Gui-Yuan Shi, Rui-Jie Wu, y Yi-Cheng Zhang. 2019. “K -Core: Theories and Applications”. *Physics Reports* 832: 1-32. <https://doi.org/10.1016/j.physrep.2019.10.004>.

- Kreimer, Pablo. 2007. "Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología en América latina: ¿Para qué?, ¿Para quién?" *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* 13: 55, 64. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90702603>.
- Kurt, John. 2000. *Technical Fouls: Democratic Dilemmas and Technological Change*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429496936>.
- Kuz, Antonieta, Mariana Falco, y Roxana Giandini. 2016. "Social Network Analysis: a Practical Case Study". *Computación y Sistemas* 20 (1). <https://doi.org/10.13053/cys-20-1-2321>.
- La Hora. 2016. "Ley de parto humanizado va a debate", 2016.
- Lafaurie, María Mercedes, Diana Carolina Rubio, Alejandro Perdomo, y Andrés Felipe Cañon. 2019. "La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina". *RGYPS Gerencia y Políticas de Salud* 18 (36): 1-25.
- Larrión, Joséan. 2019. "Teoría del actor-red. Síntesis y evaluación de la deriva postsocial de Bruno Latour". *RES Revista Española de Sociología* 28 (2): 323-41.
- Laspina, Carmen. 2010. "Plan Nacional de reducción acelerada de la mortalidad materno y neonatal en Ecuador". En *Salud, interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay - Buen Vivir*, editado por Gerardo Fernández y Luis Maldonado, 269-74. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública, UNFPA, AECID, FIODM, Ministerio Coordinador de Patrimonio.
- Lasswell, Harold. 1994a. "La concepción emergente de las ciencias de políticas". En *El estudio de las políticas públicas*, de Luis F Aguilar Villanueva, 105-17. México, D.F.: Porrúa.
- . 1994b. "La orientación hacia las políticas". En *El estudio de las políticas públicas*, de Luis F Aguilar Villanueva, 79-103. México, D.F.: Porrúa.
- Latour, Bruno. 1993. *We Have Never Been Modern*. New York: Harvard University Press.
- . 2008. *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Ediciones Manantial. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3044897>.
- León, Magdalena. 1999. *Derechos sexuales y reproductivos: avances constitucionales y perspectivas en Ecuador*. Quito: FEDAEPS. <http://books.google.com/books?id=urpDAQAAIAAJ>.
- Linder, Stephen, y B. Guy Peters. 1993. "Instrumentos de gobierno: percepciones y contextos". *Gestión y Política Pública* 2: 5-34.
- Lozada, Rodrigo, y Andrés Casas. 2008. *Enfoques para el análisis político: historia, epistemología y perspectivas de la ciencia política*. 1. ed. Bogotá, D.C: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales.
- March, James G, y Johan P Olsen. 1984. "The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life". *Amerpoliscierv The American Political Science Review* 78 (3): 734-49.
- Marsh, David, y R.A.W Rhodes. 1992. *Policy Networks in British Government. Policy Networks in British Government*. Oxford University Press. <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780198278528.01.0001/acprof-9780198278528>.
- Marsh, David, y Martin Smith. 2000. "Understanding Policy Networks: Towards a Dialectical Approach". *POST Political Studies* 48 (1): 4-21.
- Marsh, David, y Martin J Smith. 2001. "There Is More than One Way to Do Political Science: On Different Ways to Study Policy Networks". *POST Political Studies* 49 (3): 528-41.
- Marsh, David, David Toke, Claes Belfrague, Daniela Tepe, y Sean McGough. 2009. "Policy Networks and the Distinction between Insider and Outsider Groups: The Case of Countryside Alliance". *PADM Public Administration* 87 (3): 621-38.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2020. "Manual de Atención a la Mujer Gestante".

- Ministerio de Salud Pública. 2006. “Manual para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna”.
- . 2007. *Plan de Acción Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008*. Cuarta Edición. Quito, Ecuador.
- . 2008a. *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado: Proceso de Normatización de SNS, Sub-comisión de Prestaciones del SNS, Componente Normativo Materno Neonatal*. Editado por Sofía Pozo, Genny Fuentes, y Lilian Calderón. Quito, Ecuador: SNS CONASA.
- . 2008b. “Normativa Técnica Nacional de Atención del Parto Vertical”.
- . 2008c. “Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal”.
- . 2013. “Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud”.
- . 2014a. “Estrategia Macro Implementación y Fortalecimiento del Parto en Libre Posición”.
- . 2014b. “Guía de especificaciones técnicas para UTPRS Interculturales”.
- . 2015a. “Guía de uso de Equipamento de las Unidades de Trabajo de parto, Parto y Recuperación”.
- . 2015b. “Lineamientos para la realización de la práctica de cesáreas en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud”.
- . 2015c. “Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural”. 2015. <https://www.salud.gob.ec/parto-respetuoso-en-libre-posicion-y-con-pertinencia-intercultural/>.
- . 2017. “Reglamento para la Aplicación del Enfoque Intercultural en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud”.
- . 2020. “Especificaciones técnicas para el área de atención de parto”.
- Ministerio de Salud Pública y CARE. 2010. *Por un Parto Culturalmente Adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos*.
- Ministerio de Salud Pública, y Consejo Nacional de Salud. 2008. “Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno-Neonatal”.
- Ministerio de Salud Pública y Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. 2017. *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. Quito, Ecuador.
- Montero, Gregorio. 2017. “Del gobierno abierto al estado abierto: la mirada del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo”. En *Desde el Gobierno Abierto al Estado Abierto en América Latina y el Caribe*, editado por Alejandra Naser, Álvaro Ramírez, y Daniela Rosales, 53-81. Libros de la CEPAL 144. Santiago de Chile: CEPAL. <https://doi.org/10.18356/320272ce-es>.
- Moral, Sofía. 2013. “¿Ritos emancipatorios? Experiencias de parto respetado en Quito”. Quito, Ecuador: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Moreno, María. 2016. “El derecho a un ‘parto humanizado’ de las mujeres en Ecuador. Hagamos un poco de historia”. *El derecho a un ‘parto humanizado’ de las mujeres en Ecuador. Hagamos un poco de historia* (blog). 2016. <https://www.elparto nuestro.es/blog/2016/06/08/el-derecho-un-parto-humanizado-de-las-mujeres-en-ecuador-hagamos-un-poco-de-historia>.
- Naranjo, Jorge, Amarilly Delgado, Roberto Rodríguez, y Yarelys Sánchez. 2014. “Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador”. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 30 (3): 375-81.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252014000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

- Naranjo, Ruth. 2014. "Aportes de los movimientos de mujeres en la Constitución de 2008". Cuenca.
- Nelson, Bárbara. 2001. "Políticas y administración: una visión general". En *Nuevo manual de ciencia política*, editado por Robert Goodin y Hans-Dieter Klingemann. Madrid: Istmo.
- Nogueira, María Elena. 2015. "Las redes de políticas como herramientas de análisis. Notas a partir de intervenciones recientes en materia de desarrollo rural en Argentina (2008-2014)". *CGAP Cuadernos de Gobierno y Administración Pública* 2 (1): 51-75.
- Organización Internacional del Trabajo. 2009. *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes: Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Lima: OIT.
- Organización Mundial de la Salud. 1985. "Appropriate Technology for Birth". *Lancet (London, England)* 2 (8452): 436-37.
- . 2010. *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 2016. *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades*. Washington, DC.
- Ortega, Fernando. 2007. "Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo". En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas.*, de Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, y Consejo Nacional de Salud, 414-23. Quito: Imprenta Noción.
- Ortíz, José. 2007. *Por la Salud Materna: evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia*. Guayaquil, Ecuador.
- Parsons, Wayne. 2007. *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Traducido por Atenea Acevedo. Primera. Buenos Aires: Miño y Dávila. <https://freddyaliendre.files.wordpress.com/2020/03/parsons-wayne-politicas-publicas.pdf>.
- Paz, Marcos, Zulema Gambirazio, y Daniel González. 2010. "Normas y regulaciones sobre pertinencia cultural de los servicios y la atención en salud materna: estado de arte y retos pendientes en tres países andinos". En *Salud, interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay - Buen Vivir*, editado por Gerardo Fernández y Luis Maldonado, 259-68. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública, UNFPA, AECID, FIODM, Ministerio Coordinador de Patrimonio.
- Paz y Miño, Juan. 2021. "Historia y presente". *El neoliberalismo en Ecuador* (blog). 2021. <http://www.historiaypresente.com/el-neoliberalismo-en-ecuador/>.
- Pérez, Tania, y Rosalba Casas. 2019. "Introducción". En *Ciencia, tecnología y sociedad en América Latina: la mirada de las nuevas generaciones.*, 9, 20. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana.
- Peters, B. Guy. 1999. *Institutional theory in political science: the new institutionalism*. London; New York: Pinter.
- . 2015. *Advanced Introduction to Public Policy*. Massachusetts: Elgar Publishing Limited.
- . 2018. *Policy Problems and Policy Design*. New Horizons in Public Policy. UK: Edward Elgar Publishing.
- . 2019. "La promesa del diseño de políticas públicas". *Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes* 36 (102): 1-12.

- Peters, B. Guy, Gilberto Capano, Michael Howlett, Ishani Mukherjee, Meng-Hsuan Chou, y Pauline Ravinet. 2018. *Designing for Policy Effectiveness: Defining and Understanding a Concept*. London: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108555081>.
- Peterson, John. 2003. *Policy Networks*. Reihe Politikwissenschaft. Vienna, Austria: Institute for Advanced Studies.
- Pierce, Jonathan J, Saba Siddiki, Michael D Jones, Kristin Schumacher, Andrew Pattison, y Holly Peterson. 2014. "Social Construction and Policy Design: A Review of Past Applications". *policy stud j Policy Studies Journal* 42 (1): 1-29.
- Pinch, Trevor, y Wiebe Bijker. 2008. "La construcción social de hechos y de artefactos: o acerca de cómo la sociología de la ciencia y la sociología de la tecnología pueden beneficiarse mutuamente". En *Actos, actores y artefactos: sociología de la tecnología*, 1. ed, 9-18. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Ponce, Paúl. 2014. "El ensamblaje urbano del turismo en el Centro Histórico de Quito: una propuesta de estudios urbanos desde la teoría actor-red". Quito, Ecuador: FLACSO Ecuador. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/6837>.
- Portugal, Ana. 2011. "Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer". *cimacnoticias.com.mx* (blog). 2011. <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/dia-internacional-de-accion-por-la-salud-de-la-mujer/>.
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 2021. "Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe". 2021. <https://reddesalud.org/es/nuestra-historia>.
- Red IFMAN de América Latina y el Caribe. 2003. "IBFAN - Boletín N°18". 2003. <http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm>.
- REHUNA. 2021. "Nossa História – Rehuna". 2021. <http://rehuna.org.br/nossa-historia/>.
- Rivadeneira, Gabriela. 2016. *Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado*.
- Roa, Susana. 2020. "Después de 8 años, la Asamblea aprobó el Código Orgánico de Salud". *GK*, 2020. <https://gk.city/2020/08/25/asamblea-aprobo-codigo-organico-salud/>.
- Rodas, Edgar. 2007. "La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud Pública (1998-2000)". En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas.*, de Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, y Consejo Nacional de Salud, 277-83. Quito: Imprenta Noción.
- Rodrigues, Carlos. 2017. "Las políticas públicas. YVES MENY y JEAN-CLAUDE THOENIG Versión española, 1ª. edición Barcelona, Ariel, 1992". *Cuadernos del CENDES* 34 (96): 185-92. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40354944011>.
- . 2019. "El diseño de políticas públicas en perspectiva histórica". *Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes* 36 (102): 13-46.
- Roth, André. 2014. *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Décima. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Rothstein, Bo. 2001. "Las instituciones políticas: una visión general". En *Nuevo Manual De Ciencia Política*, editado por Robert Goodin y Hans-Dieter Klingemann. Madrid: Istmo. https://www.todostuslibros.com/libros/nuevo-manual-de-ciencia-politica-2-volumenes_978-84-7090-368-7.
- Rueschemeyer, D. 2006. "Why and How Ideas Matter". En *The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*, editado por Robert E Goodin y Charles Tilly. Sage Publications.
- Sabatier, Paul. 2010. "Se necesitan mejores teorías". En *Teorías del proceso de las políticas públicas*, editado por Paul Sabatier. Buenos Aires: Westview Press.

- Sandstrom, A, y L Carlsson. 2008. "The Performance of Policy Networks: The Relation between Network Structure and Network Performance". *POLICY STUDIES JOURNAL -URBANA THEN CARBONDALE*- 36 (4): 497-524.
- Santillana, Alejandra. 2013. "Apuntes desde el feminismo popular en Ecuador: perspectivas, debates y tensiones". Montevideo.
- Santillana, Alejandra, y Margarita Aguinaga. 2012. *El movimiento de mujeres y feministas del Ecuador*. Editado por Instituto de Estudios Ecuatorianos y Fundación Rosa Luxemburgo. Quito, Ecuador.
- Sanz, Luis. 2003. "Análisis de redes sociales: o cómo representar las estructuras sociales subyacentes". *Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CSIC: Unidad de Políticas Comparadas*, Apuntes de Ciencia y Tecnología. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=1369161>.
- Schmukler, María. 2019. "Electrificación rural y procesos de inclusión social en Argentina. La implementación del Proyecto de energías renovables en mercados rurales". En *Ciencia, tecnología y sociedad en América Latina*, editado por Rosalba Casas y Tania Pérez-Bustos, 281-98. La mirada de las nuevas generaciones. CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt6rmtj.14>.
- Schneider, Anne L, y Helen M Ingram. 1997. *Policy Design for Democracy*. Lawrence, Kan.: University Press of Kansas.
- Schoonenboom, Judith, y R. Burke Johnson. 2017. "How to Construct a Mixed Methods Research Design". *KZfSS Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie* 69 (S2): 107-31. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1>.
- Sclove, Richard E. 1992. "The Nuts and Bolts of Democracy: Democratic Theory and Technological Design". *Democracy in a Technological Society*, 139-60.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2007. *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010*. Quito, Ecuador.
- . 2013. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017: todo el mundo mejor*. Primera edición. Quito, Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.
- . 2017. "Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida".
- Subirats, Joan. 2017. "Innovación social, cambio tecnológico y gobierno abierto: la co-producción de políticas públicas". En *Desde el Gobierno Abierto al Estado Abierto en América Latina y el Caribe*, editado por Alejandra Naser, Álvaro Ramírez, y Daniela Rosales, 191-205. Libros de la CEPAL 144. Santiago de Chile: CEPAL. <https://doi.org/10.18356/320272ce-es>.
- Thoenig, Jean-Claude. 1997. "Política Pública y Acción Pública". *Gestión y Política Pública* 6 (1): 19-37. <https://biblat.unam.mx/es/revista/gestion-y-politica-publica/articulo/politica-publica-y-accion-publica>.
- Thomas, Hernán, Lucas Becerra, y Agustín Bidinost. 2019. "¿Cómo funcionan las tecnologías? Alianzas socio-técnicas y procesos de construcción de funcionamiento en el análisis histórico". *Pasado Abierto* 5 (10). <https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/pasadoabierto/article/view/3639>.
- Thomas, Hernán, y Mariano Fressoli. 2009. "En búsqueda de una metodología para investigar tecnologías sociales". En *Tecnología social: ferramenta para construir outra sociedade*, de Renato Dagnino, 113-37. University National of Campinas (Unicamp), São Paulo, BR. <http://hdl.handle.net/10625/47974>.

- Thomas, Hernán, Mariano Fressoli, y Alberto Lalouf. 2008. "Introducción". En *Actos, actores y artefactos: sociología de la tecnología*, 1. ed, 9-18. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Thurén, Britt-Marie. 1993. *El poder generizado: el desarrollo de la antropología feminista*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid.
- Torgerson, Douglas. 1994. "Entre el conocimiento y la política: tres caras del análisis de políticas". En *El estudio de las políticas públicas*, de Luis F Aguilar Villanueva, 197-237. México, D.F.: Porrúa.
- Torres, Mauricio. 2015. "Resistencias y luchas sociales en Latinoamérica por la garantía del derecho a la salud". En *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*, de CLACSO, editado por Ana María Costa, Primera edición en español. Colección Grupos de Trabajo. [Mexico, D.F., Mexico]: Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Universidad Autónoma Metropolitana ; CLACSO.
- Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela. 2006. "Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia". Editado por Fondo de Población de las Naciones Unidas y Instituto Nacional de la Mujer.
- UNESCO. 2005. "Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos". 2005. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
- Unidad de Técnica Legislativa de la Asamblea nacional. 2021. "Memorando Nro. AN-SG-UT-2021-0146-M".
- United Nations. 2021. "United Nations Treaty Collection". 2021. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8&chapter=4&clang=_en.
- Valdez, Anunziatta. 2006. "Constitución con equidad de género: experiencia ecuatoriana". En *Reformas constitucionales y equidad de género: informe final Seminario Internacional Santa Cruz de la Sierra, 21, 22 y 23 de febrero de 2005*, de Verónica Aranda y Sonia Montaña. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/25599/lcl2489e.pdf>.
- Vega, Luz Marina. 2007. "Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi". En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas.*, de Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, y Consejo Nacional de Salud, 424-27. Quito: Imprenta Noción.
- Vela, María. 2006. "Estrategias del Movimiento de Mujeres del Ecuador para la incorporación de sus derechos en la Constitución Política de 1998". En *Reformas constitucionales y equidad de género: informe final Seminario Internacional Santa Cruz de la Sierra, 21, 22 y 23 de febrero de 2005*, de Verónica Aranda y Sonia Montaña. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/25599/lcl2489e.pdf>.
- Vinck, Dominique. 2012. "Pensar la técnica". *Pontificia Universidad Javeriana* 29: 18-37. <http://hdl.handle.net/10554/31977>.
- Wasserman, Stanley. 1994. *Social Network Analysis: Methods and Applications*. Structural Analysis in the Social Sciences. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511815478>.
- Werner, J, y Kai Wegrich. 2007. "Theories of policy cycle". En *Handbok of Public Policy Analysis*, editado por Frank Fischer, Jerard Miller, y Mara Sidney. Pennsylvania: Taylor

- & Francis Group. <https://www.taylorfrancis.com/books/handbook-public-policy-analysis-frank-fischer-gerald-miller/e/10.4324/9781315093192>.
- Winner, Langdon. 1980. "Do Artifacts Have Politics?" *Daedalus* 109 (1): 121-36.
<https://www.jstor.org/stable/20024652>.
- Yin, Robert K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage Publication.
- Yu Wu, Chen, y David Knoke. 2015. "Policy Networks Model». En *Routledge Handbook of Public Policy*, editado por Eduardo Araral, Scott Fritzen, Michael Howlett, M Ramesh, y Wu Xun, 153-63. New York: Taylor & Francis Group.
- Zurbriggen, Cristina. 2011. "La utilidad del análisis de redes de políticas públicas". *Argumentos* 24 (66): 181-209.

Anexos

A continuación, se detalla el formulario de entrevista empleado para el trabajo de campo:



FLACSO
ECUADOR

FLACSO Sede Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Maestría de Investigación en Políticas Públicas

La presente entrevista tiene como finalidad contribuir a la investigación titulada “Estudiar las políticas públicas desde el análisis sociotécnico y el análisis de redes de política: el (re)diseño de la política pública para la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador a partir de la incorporación de la estrategia de humanización y adecuación cultural del parto”. Los fines respecto al uso de la información son netamente académicos. Agradecemos de antemano por su colaboración.

Instrucciones: complete las siguientes preguntas acorde a su experiencia. En caso de contar con documentos de respaldo o insumos adicionales puede adjuntarlos en la parte final y referirlos en la pregunta que crea conveniente. No hay un límite en la extensión de sus respuestas.

Cuestionario

- a) ¿Quiénes han sido los actores principales (personas o instituciones) en el despliegue de acciones relacionadas con el parto humanizado?

Doulas, parteras, obstetras y obstetrices, ginecólogos y personal de salud. En los servicios de parto del MSP han sido obstetras y obstetrices, ginecólogos y personal de salud que han recibido capacitación y sensibilización en el tema. También se ha trabajado en la articulación de parteras/os ancestrales con el Sistema Nacional de Salud. Este proceso se implementa en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Salud y hospitales básicos del Segundo Nivel.

b) De los actores señalados, ¿podría mencionar a organizaciones específicas, tales como la Federación Nacional de Obstetrices y Obstetras del Ecuador, o colectivos de la sociedad civil como El parto es Nuestro; que de forma más estructurada hayan hecho parte de las acciones

relacionadas con el parto humanizado o que tengan un vínculo más estrecho con la Dirección Nacional de Salud Intercultural del MSP?

Como se mencionó en la respuesta, estos colectivos son los actores que han trabajado en el tema a nivel macro. Desde el Ministerio de Salud se ha trabajado con varios actores, como los delegados en Ecuador de OPS y UNFPA, quienes han colaborado incluso con financiamiento para la adecuación de las salas de parto, apoyo en la capacitación y sensibilización del personal, etc. Los profesionales de salud mencionados (obstetras, obstetrices, ginecólogos) son parte del personal de salud contratado en los establecimientos de salud del MSP, quienes se encargan de la atención de parto.

c) ¿Cuál ha sido el rol del MSP en general y de la Dirección Nacional de Salud Intercultural en particular en las acciones relacionadas con el parto humanizado?

Desde la Dirección Nacional de Salud Intercultural se inició el proceso de adecuación de las salas de parto, capacitaciones, pasantías y sensibilización del personal directamente vinculado a la atención de parto. El proceso inició con varias experiencias a nivel nacional en la atención culturalmente adecuada para las mujeres pertenecientes a los pueblos y nacionalidades. De estas experiencias nace la “Guía para la atención de parto culturalmente adecuado”, para posteriormente trabajar en el “Instructivo de especificaciones técnicas para el área de atención de parto”, lo cual no sólo responde a un tema cultural, sino a que la atención del parto respetado es un derecho de todas las mujeres.

Se ha trabajado también en la articulación de parteras/os ancestrales con el Sistema Nacional de Salud, mediante diálogos de saberes y acciones conjuntas para una atención coordinada desde las comunidades con los establecimientos de salud.

El rol fundamental del MSP como ente rector en salud es emitir normativa que permita una prestación del servicio cálida, respetuosa y eficiente, respetando los derechos de la mujer embarazada y el recién nacido, lo cual colabora con la estrategia para la disminución de la mortalidad materna y neonatal.

d) ¿Cuáles de las experiencias a nivel nacional fueron más significativas para impulsar la adecuación de las salas de parto, capacitaciones, pasantías y sensibilización del personal de salud?, ¿Podría mencionar las que considere más importantes?

La gestión a nivel local entre los GADS y parteras, junto con el personal de los establecimientos de salud en algunos lugares a nivel nacional, para la atención de parto humanizado, es una de las experiencias que impulsaron este trabajo desde el nivel central para poder fortalecer el proceso con normativa que inste a la adecuación de las salas de parto, capacitación y sensibilización del personal.

Desde territorio se ha recibido en ocasiones el apoyo de GADS, organizaciones internacionales, organizaciones sociales, entre otros actores, para la gestión de transporte en emergencias obstétricas. Aún se trabaja en el tema, por lo cual buscamos alianzas estratégicas y colaboraciones para lograr enfrentar el tema de falta de presupuesto y las brechas de acceso a los servicios de salud, especialmente el acceso geográfico.

e) Respecto al nacimiento de la “Guía para la atención de parto culturalmente adecuado”, ¿Podría mencionar hitos importantes en su proceso de construcción?, por ejemplo, ¿qué actores aportaron desde el sector salud, la sociedad civil o la academia; o en qué espacios se fueron recogiendo estos aportes?

En el mismo documento se menciona, tanto el proceso de construcción del mismo, actores que fueron parte del proceso, como experiencias (el documento fue enviado en el primer correo)

f) ¿Cómo se pasa de la idea del parto humanizado como un tema cultural a considerarlo como un derecho de todas las mujeres?

Las iniciativas nacen a nivel local debido a las necesidades evidenciadas en la atención a las comunidades, sin embargo desde el equipo de la Dirección Nacional de Salud Intercultural (que en ese momento incluía el apoyo de un obstetra) se buscó emitir una normativa macro para generar una atención respetuosa del parto para todas las mujeres, sin importar su etnia, debido a las experiencias de violencia obstétrica que se viven en el país, así como los casos de muerte materna y neonatal, que en muchos casos se presentan por las demoras en la atención (que incluyen a varios actores en el proceso).

g) ¿Quiénes han sido los actores (personas o instituciones) que han mostrado mayor resistencia u oposición para promover la humanización de los servicios de salud materno-infantil?

El personal de salud en el área de parto está acostumbrado a una atención rápida, que facilita la labor del profesional, pero se contrapone con los derechos de la mujer embarazada a una atención

integral, con respeto y pertinencia intercultural. La mayor resistencia se ha presentado en los ginecólogos de varios establecimientos que no desean adecuar el área de parto y capacitarse porque esto implica un mayor esfuerzo de su parte, sin tomar en cuenta que la evidencia científica sobre el tema nos dice que un parto respetado, en libre posición y con un ambiente adecuado, aminora los tiempos en la labor de parto, evita complicaciones y por supuesto las muertes maternas y neonatales.

h) ¿Cuál es la finalidad de la humanización de los servicios de salud que atienden partos?

Respetar los derechos de la mujer embarazada y el recién nacido, así como evitar muertes maternas y neonatales.

i) ¿Qué idea impulsa esta forma de atender el problema de la mortalidad materna?

La evidencia científica sobre la atención de parto.

j) ¿Antes de que en Ecuador y en diversos países de América Latina se empezara a hablar de parto humanizado y culturalmente adecuado, a qué se atribuía la mortalidad materna?, ¿cómo se pensaba acerca de esta problemática y cuáles eran las intervenciones que se proponían?

La mortalidad materna se atribuye a varios factores, no sólo a la falta de atención de parto respetado. Las demoras en la atención, los determinantes socioeconómicos, la falta de confianza en los servicios públicos son determinantes en este tema.

k) ¿Cuáles son las directrices (tratados o convenios internacionales) que han guiado el accionar en Ecuador en materia de humanización de los servicios materno-infantiles?

Los lineamientos emitidos por la OMS sobre la atención del parto humanizado.

l) ¿Hay alguna experiencia regional (países de América Latina) de relevancia para la humanización de los servicios materno-infantiles?

En América Latina se ha trabajado el tema a partir de experiencias como las de Ecuador, especialmente en lugares con presencia de comunidades indígenas. A partir de los lineamientos de la OMS se ha fortalecido el tema, encontrando más normativa en países como Perú, Colombia y Brasil. Este es un largo camino por recorrer, sin embargo, se evidencian avances exitosos.

m) ¿Considera usted que Ecuador ha sido un referente para otros países de América Latina en materia de humanización y adecuación cultural de los servicios materno-infantiles?; ¿o

más bien se ha nutrido de experiencias de otros países, por ejemplo, Venezuela, donde por primera vez se tipifica la violencia obstétrica como un primer paso para abordar el problema de la mortalidad materna desde otras dimensiones?

El trabajo en la región siempre se ha manejado con retroalimentación, se realizan foros, reuniones virtuales, congresos, en los cuales cada país expone su trabajo y avances. En estas experiencias, Ecuador ha demostrado estar bastante avanzado en el tema, a comparación de Perú o Colombia, por ejemplo. La experiencia de Venezuela sobre el tema de violencia obstétrica es un ejemplo a seguir para todos, al momento desde el MSP nos encontramos trabajando con varias instancias en el tema.

n) ¿Cuál es la relación entre violencia obstétrica y parto humanizado?, ¿esta problemática se ha considerado para el despliegue de acciones desde la Dirección Nacional de Salud Intercultural?

La violencia obstétrica es el primer objetivo a atender con la atención del parto humanizado, ya que se busca una atención cálida y eficiente que respete los procesos fisiológicos naturales. En este sentido, en la guía de práctica clínica para la atención de partos normales, la cual fue revisada por esta Dirección, se incluye la normativa a cumplir en cuanto al número de tactos vaginales que se realiza, permitir el acompañamiento, el tema del rasurado sin consentimiento o necesidad, uso de enemas innecesarios, apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida, tiempo para el pinzamiento del cordón umbilical, entre otros. También en la capacitación y sensibilización del personal se trabaja en la atención oportuna y respetuosa, sin importar la edad de la mujer o su condición social y económica.

o) En la actualidad, ¿cuál es la principal acción/intervención política en materia de humanización de los servicios de salud materna?

La implementación de la atención de parto en libre posición con pertinencia intercultural en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Salud y hospitales básicos del Segundo Nivel. También se han implementado las estrategias de certificación de “Establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño”, y “Servicios Inclusivos” las cuales incluyen indicadores de atención de parto humanizado, con salas adecuadas de parto para atención de parto en libre posición con pertinencia intercultural. Finalmente

contamos con el “Manual para la articulación de parteras/os ancestrales con el Sistema Nacional de Salud”.

p) ¿Podría enlistar cuáles son los establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Salud y hospitales básicos del Segundo Nivel que actualmente cuentan con salas para atender el parto en libre posición y con pertinencia intercultural?

Se incluye a continuación los establecimientos que cuentan con adecuación, de al menos el 40% de equipamiento e infraestructura que es un porcentaje mínimo que permite atender partos en libre posición.

q) ¿Podría enlistar cuáles son los “Establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño” que operan en la actualidad?

Esta estrategia se maneja desde la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, por lo cual no se cuenta con la información. Se mencionó el tema debido a que en esta estrategia una de las variables a tomar en cuenta para certificar al establecimiento es la adecuación de las salas de parto

r) ¿Podría enlistar en qué establecimiento se ha articulado a parteras ancestrales?

Mencionar todos los establecimientos en este documento es demasiada información, al momento se cuenta con 1420 parteras que trabajan de manera articulada con el MSP en las 9 zonas

s) ¿Cuáles han sido los principales aprendizajes que dejan las acciones orientadas a la humanización del parto?

La adecuación de salas de parto es muy importante, tomando en cuenta que se necesita un ambiente cálido que va desde la iluminación y climatización del área de parto hasta el equipamiento necesario para atención de parto en la posición que desee la parturienta, respetando los procesos fisiológicos. La capacitación y sensibilización del personal del área de atención de parto es fundamental también, no sólo de los profesionales de la salud sino también del personal encargado de recibir a la usuaria.

t) ¿Cuáles han sido los principales aprendizajes y desafíos específicamente para la Dirección Nacional de Salud Intercultural en el despliegue de estas acciones?

Los principales desafíos vienen por el tema de asumir un proceso que no le compete a esta instancia de acuerdo a sus atribuciones del estatuto (adecuar y monitorear un servicio), pero que si no lo hace nadie más en el MSP trabaja en el tema; esto va de la mano con falta de personal capacitado y sensibilizado, falta de presupuesto y falta de apoyo desde las instancias que deberían implementar esto en provisión de servicios. Como aprendizaje tenemos la importante labor que han realizado en este proceso obstetras y obstetras del MSP, quienes han colaborado en las pasantías que se han realizado a nivel nacional y en la capacitación cíclica que se realiza con el personal debido a la alta rotación del mismo en los servicios de atención de parto. Asimismo, las especificaciones técnicas para la adecuación de las salas fueron instauradas viendo la experiencia exitosa de la atención de parto en España, pero en la implementación se fue sumando el componente cultural y el conocimiento de los profesionales a nivel local, dando como resultado ambiente acogedores y un servicio acoplado a las necesidades de la población objetivo.

u) ¿Qué hace falta para que la humanización del parto funcione acorde a los objetivos planteados (insumos, personal, capacitación, financiamiento, normativas, infraestructura)?

El nudo crítico para la implementación de este proceso ha sido el financiamiento para la adecuación de las salas de parto y para realizar las pasantías y capacitaciones que implican la movilización del personal. De igual manera, la falta de personal capacitado y la alta rotación del personal impiden una continuidad del proceso, haciendo necesaria una capacitación constante en estas áreas.

v) ¿Podría mencionar si actualmente existe financiamiento específico para la implementación del parto humanizado?, ¿Existió algún periodo de gobierno en el cual se haya dado más prioridad (a través de financiamiento) para la implementación del parto humanizado?

Desde que se emitió el lineamiento desde la SNPSI de adecuar las salas de parto a nivel nacional (2015), se solicitó a las Coordinaciones Zonales incluir en su planificación anual la necesidad del presupuesto para lograr adecuar las salas de parto en el Primer Nivel de Atención en Salud y en los hospitales básicos, lo cual ha institucionalizado este proceso, aunque ha sido necesario un seguimiento fuerte y constante desde esta Dirección, así como desde las contrapartes zonales de Promoción. El nudo crítico se presenta en los recortes de presupuesto, que es cuando el MSP le da prioridad siempre a temas de Provisión. También en la pandemia, tuvimos el problema de la necesidad de adecuar áreas para la atención de COVID-19 y en varios establecimientos limitaron

la atención del parto, impidieron el acompañamiento y en algunos casos cerraron el área de atención de parto.

w) ¿Cuál es su opinión respecto a la propuesta de Proyecto de Ley de parto Humanizado presentada en 2016?, ¿considera usted que un instrumento de este tipo es indispensable para continuar con acciones de parto humanizado?

Un instrumento normativo siempre es un apoyo para la implementación de estos procesos, en este caso esta Ley permitiría reducir los casos de violencia obstétrica, así como estandarizar este tipo de servicio en el Sistema Nacional de Salud.

x) ¿Cree usted que las acciones relacionadas con el parto humanizado han transformado de forma significativa la forma de desplegar la política pública respecto a la mortalidad materna en Ecuador?

Sí, ya que en su momento se trabajó de manera articulada con la Gerencia de Disminución de Muerte Materna y Neonatal (la cual ya no existe en la actualidad) y uno de los hitos presentados desde las autoridades en todo este tiempo ha sido la adecuación de las salas de parto y la atención de parto en libre posición y con acompañamiento.

Por otro lado, a continuación, se detalla el porcentaje de equipamiento para atención de parto humanizado de unidades de salud de primer y segundo nivel:

| Provincia | Tipo de Unidad de Salud | Porcentaje de adecuación |
|------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Carchi | HB | 100% |
| Carchi | HB | 88% |
| Esmeraldas | C | 75% |
| Esmeraldas | C | 81% |
| Esmeraldas | HB | 88% |
| Esmeraldas | HB | 71% |
| Esmeraldas | HB | 53% |
| Esmeraldas | C | 50% |

| | | |
|------------|----|------|
| Esmeraldas | C | 81% |
| Esmeraldas | B | 100% |
| Esmeraldas | HB | 100% |
| Imbabura | HB | 100% |
| Imbabura | HB | 88% |
| Imbabura | B | 88% |
| Imbabura | HB | 88% |
| Napo | B | 81% |
| Napo | A | 86% |
| Napo | A | 56% |
| Napo | HB | 94% |
| Pichincha | HB | 100% |
| Pichincha | C | 100% |
| Pichincha | HB | 75% |
| Pichincha | C | 81% |
| Pichincha | B | 81% |
| Pichincha | B | 88% |
| Orellana | C | 88% |
| Orellana | B | 100% |
| Orellana | A | 94% |
| Orellana | A | 81% |
| Orellana | A | 69% |
| Napo | HG | 100% |
| Cotopaxi | C | 100% |
| Cotopaxi | C | 82% |

| | | |
|-----------------|----|------|
| Cotopaxi | HB | 100% |
| Cotopaxi | C | 88% |
| Cotopaxi | HB | 100% |
| Cotopaxi | C | 100% |
| Cotopaxi | HB | 81% |
| Cotopaxi | C | 92% |
| Tungurahua | C | 92% |
| Tungurahua | HB | 100% |
| Tungurahua | HB | 96% |
| Tungurahua | C | 100% |
| Tungurahua | HB | 94% |
| Chimborazo | HB | 78% |
| Chimborazo | HB | 100% |
| Chimborazo | HB | 94% |
| Chimborazo | HG | 100% |
| Pastaza | A | 80% |
| Manabí | C | 100% |
| Sto. Domingo | C | 100% |
| Sto. Domingo | B | 80% |
| Manabí | HB | 88% |
| Manabí | C | 100% |
| Manabí | C | 53% |
| Manabí | HB | 43% |
| Manabí | B | 43% |

| | | |
|---------------|----|------|
| Manabí | C | 98% |
| Manabí | HB | 98% |
| Manabí | B | 80% |
| Manabí | C | 69% |
| Manabí | B | 75% |
| Manabí | B | 94% |
| Santo Domingo | HB | 59% |
| Manabí | C | 82% |
| Manabí | C | 75% |
| Manabí | C | 70% |
| Manabí | C | 68% |
| Bolívar | C | 82% |
| Bolívar | HB | 94% |
| Bolívar | B | 88% |
| Galápagos | HB | 71% |
| Guayas | HB | 81% |
| Guayas | HB | 94% |
| Guayas | HB | 100% |
| Guayas | HB | 100% |
| Guayas | HB | 88% |
| Guayas | HB | 100% |
| Guayas | HB | 94% |
| Guayas | HB | 75% |
| Guayas | HB | 75% |
| Guayas | C | 88% |

| | | |
|------------|----|------|
| Guayas | C | 100% |
| Los Ríos | C | 100% |
| Los Ríos | HB | 69% |
| Los Ríos | HB | 100% |
| Los Ríos | HB | 100% |
| Los Ríos | HB | 75% |
| Los Ríos | HB | 100% |
| Sta. Elena | C | 100% |
| Sta. Elena | HB | 100% |
| Sta. Elena | HB | 94% |
| Bolívar | HG | 100% |
| Azuay | B | 91% |
| Azuay | HB | 96% |
| Azuay | HB | 90% |
| Azuay | HB | 80% |
| Azuay | B | 100% |
| Azuay | C | 100% |
| Azuay | B | 90% |
| Cañar | A | 25% |
| Cañar | HB | 93% |
| Cañar | C | 94% |
| Cañar | A | 50% |
| Morona | HB | 94% |
| Morona | HB | 70% |
| Morona | HB | 91% |

| | | |
|--------|----|------|
| Morona | HB | 100% |
| Morona | HG | 100% |
| Morona | HB | 90% |
| El Oro | HB | 63% |
| El Oro | CS | 100% |
| El Oro | CS | 81% |
| El Oro | HB | 69% |
| El Oro | HB | 63% |
| Loja | HB | 25% |
| Loja | CS | 81% |
| Loja | HB | 75% |
| Loja | HB | 38% |
| Loja | HB | 100% |
| Loja | HB | 88% |
| Loja | CS | 88% |
| Loja | HG | 63% |
| Zamora | HB | 63% |
| Zamora | CS | 50% |
| Zamora | HB | 100% |
| Guayas | HB | 82% |
| Guayas | C | 94% |
| Guayas | C | 88% |
| Guayas | C | 88% |
| Guayas | C | 100% |
| Guayas | C | 100% |

| | | |
|-----------|----|------|
| Guayas | C | 82% |
| Guayas | C | 94% |
| Guayas | C | 88% |
| Guayas | C | 94% |
| Pichincha | C | 100% |
| Pichincha | C | 80% |
| Pichincha | C | 88% |
| Pichincha | C | 75% |
| Pichincha | C | 81% |
| Pichincha | C | 94% |
| Pichincha | HB | 75% |
| Pichincha | HB | 81% |
| Pichincha | HG | 83% |

Fuente: Hinojosa (2021).