

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Estudios Sociales y Globales**

Doctorado en Estudios Latinoamericanos

**Fortalecimiento de las capacidades estatales en la Revolución  
Ciudadana, período 2007-2017**

**Caso de estudio la salud pública**

Anabel del Rocío Trujillo Duque

Tutor: César Montúfar Mancheno

Quito, 2021





### **Cláusula de cesión de derechos de publicación de tesis**

Yo, Anabel Trujillo Duque, autora de la tesis intitulada, “Fortalecimiento de las capacidades estatales en la Revolución Ciudadana, período 2007-2017, caso de estudio la salud pública”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de doctora en Estudios Latinoamericanos en la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador.

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del grado de doctora de la Universidad Andina Simón Bolívar, autorizo al centro de información o a la biblioteca de la universidad para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las normas de la universidad.

Estoy de acuerdo en que se realice cualquier copia de esta tesis dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica potencial.

Sin perjuicio de ejercer mi derecho de autor, autorizo a la Universidad Andina Simón Bolívar la publicación de esta tesis, o de parte de ella por una sola vez dentro de los treinta meses después de su aprobación.

Fecha.....

Firma.....



## Resumen

Esta tesis estudia el fortalecimiento de la capacidad estatal durante el período de Gobierno de Rafael Correa (2007-2017) con relación a la construcción de un Sistema Nacional de Salud (SNS) desde una perspectiva que involucra el cambio social y político de un área especialmente crítica para el desarrollo de una nación democrática. Para alcanzar el objetivo se analizan los procesos de transformación implementados en este decenio, a través de la reforma del Ministerio de Salud y la propuesta del denominado Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), en los que se condensan los cambios propuestos para garantizar la salud como un derecho ciudadano.

Esta investigación describe las propuestas de creación de un SNS capaz de responder a las necesidades de los más pobres y de quienes no tenían acceso a los servicios de salud privados. Se trata de una de las políticas sectoriales más reveladoras del proyecto político de Correa, que se planteó como objetivo la ampliación de la presencia estatal en la economía y la sociedad. Desde una metodología mixta, se propone evaluar los avances realizados entre 2007 y 2017 en la creación del SNS y sus falencias. Para ello se recurre a estadísticas, información documental y entrevistas.

La investigación revela que no se pudo alcanzar la construcción de un SNS articulado, interdependiente y solidario durante estos diez años de gobierno. Aunque la inversión en salud creció y hay más ciudadanos incorporados al sistema de atención, el país está lejos de contar con un sistema completo que garantice las prestaciones para todos los ciudadanos. Persisten problemas de retraso en la atención, escasez de especialistas, concentración de los servicios en las ciudades, entre otros elementos no superados, a pesar de la ingente cantidad de recursos invertidos. El fortalecimiento de las capacidades estatales en materia sanitaria se consiguió gracias a una mayor presencia estatal en el territorio mediante la entrega de servicios; sin embargo, el fortalecimiento del sistema en el nivel primario no se concretó porque no llegó a transformarse la estructura misma de los servicios y se priorizó la construcción de infraestructura sobre el diseño de políticas capaces de transformar las condiciones de salud de la población. A la par, la estructura de un SNS es una deuda que dejó pendiente el régimen.

**Palabras clave:** Sistema de salud, capacidades estatales, Estado, Revolución Ciudadana, Ecuador, Ministerio de Salud.



## **Dedicatoria**

*A todos quienes entregan su contingente personal y profesional  
para hacer de este un mejor país.*

*A mi familia, por su paciencia y amor.*





## **Agradecimientos**

A César Montufar, por su calidad humana y excelencia profesional puesta en la dirección de este trabajo. A los amigos y amigas: Catalina, Nina, Narcisa, Verónica, Silvia, Roberto, Carlos Alberto, Manuel, Patrick y Pablo, con quienes he compartido esta nueva etapa en mi formación profesional y personal.

A quienes desde el ámbito de su trabajo me apoyaron en la consecución de las entrevistas y los datos estadísticos que necesité para realizar esta investigación.

A mis lectores, por sus recomendaciones tan acertadas y oportunas para mejorar la calidad de la tesis final.



## Tabla de contenidos

Introducción .....	15
1. Tema de tesis .....	15
2. Problema de investigación .....	19
3. Preguntas de investigación .....	27
4. Justificación del caso de estudio .....	29
5. Metodología de la investigación .....	31
 Capítulo primero	
Análisis, evaluación y fortalecimiento de las capacidades estatales .....	41
1. Debate teórico sobre las capacidades estatales .....	43
2. Evaluación y análisis de las capacidades estatales .....	57
3. Fortalecimiento y demostración de las capacidades estatales .....	65
 Capítulo segundo	
El sistema de salud en el Ecuador y su rectoría hasta 2006 .....	67
1. Antecedentes históricos .....	68
2. Desde el siglo XIX hasta 1960 .....	69
3. De 1960 a 1978: la institucionalización de los servicios de salud en Ecuador .....	74
4. El enfoque de la atención pública de salud desde el retorno a la democracia.....	78
5. El Ministerio de Salud Pública .....	94
6. Autoridad sanitaria y marco legal existente hasta 2006 .....	97
7. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 2006.....	102
8. Evolución y financiamiento del gasto del Estado en salud: épocas históricas .....	104
 Capítulo tercero	
Lineamientos de la propuesta de cambio en materia de salud del Gobierno de la Revolución Ciudadana .....	111
1. El modelo de atención de salud propuesto por la Revolución Ciudadana.....	112

2. Marco constitucional y legal de la propuesta en materia de salud.....	116
3. Actores del sector salud en el Ecuador .....	129
4. Propuesta e implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FC).....	136
5. Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).....	143
6. Estrategia de Atención Primaria de Salud .....	148
7. Formulación de políticas.....	151
Capítulo cuarto	
Evaluación del Sistema Nacional de Salud en el período 2007-2017:	
evaluación de capacidades estatales .....	157
1. Condiciones generales de salud de la población.....	158
2. Aumento de la inversión y ampliación de la cobertura.....	180
3. Reforma institucional.....	207
4. Enfoque de la salud pública .....	227
5. Balance general.....	227
Conclusiones.....	241
Bibliografía.....	249
Anexo.....	271

## Índice de tablas

Tabla 1. Análisis de las capacidades estatales .....	34
Tabla 2. Índice de capacidades estatales de Charles Polidano .....	63
Tabla 3. Sistema general de capacidad de acción estatal .....	64
Tabla 4. Planes, acciones y propuestas en materia de salud (1967-2006).....	934
Tabla 5. Presupuesto del sector salud como porcentaje del PIB .....	106
Tabla 6. Determinantes de salud .....	141
Tabla 7. Niveles de atención de salud .....	147
Tabla 8. Indicadores elaborados por la OPS, 2017.....	158
Tabla 9. Número de establecimientos de salud del MSP por tipología.....	186
Tabla 10. Promedio de remuneraciones en el MSP 2017 .....	190
Tabla 11. Categorización de los centros de salud (2012) .....	199
Tabla 12. Producción MSP por nivel consolidado de atención (2006-2016).....	200
Tabla 13. Tasa de médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstétrices y auxiliares de enfermería por cada 10 mil habitantes .....	204
Tabla 14. Número de médicos por sector .....	205
Tabla 15. Número de establecimientos por sector (período).....	206

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Objetivos de PNBV 2009-2013.....	128
Gráfico 2. Enfoque del MAIS.....	144
Gráfico 3. Esperanza de vida al nacer (1995-2016) .....	159
Gráfico 4. Mortalidad materna (1990-2017) .....	160
Gráfico 5. Tasa de mortalidad infantil (1990-2017).....	162
Gráfico 6. Tasa de desnutrición crónica en menores de dos años (2004-2018) .....	164
Gráfico 7. Diez principales causas de muerte (2017).....	167
Gráfico 8. Diez principales causas de morbilidad .....	170
Gráfico 9. Casos históricos de VIH/ SIDA por año .....	172
Gráfico 10. Tasas específicas de nacidos vivos de mujeres adolescentes .....	173
Gráfico 11. Enfermedades transmitidas por vectores, 1994-2017.....	176

Gráfico 12. Casos de malaria reportados a nivel nacional (2000-2014) .....	177
Gráfico 13. Decretos de Estado de Excepción .....	181
Gráfico 14. Presupuesto devengado en salud a nivel nacional en millones de dólares (2000-2016) .....	182
Gráfico 15. Gasto en salud per cápita público y privado, en dólares, a precios actuales (2007-2014).....	183
Gráfico 16. Gasto en salud del Gobierno central en porcentaje del PIB (2000-2018).....	184
Gráfico 17. Tasa de camas disponibles .....	187
Gráfico 18. Médicos por cada 10 000 habitantes (2000-2016) .....	188
Gráfico 19. Tasa de médicos por provincia (2016) .....	189
Gráfico 20. Producción MSP por tipo de atención (2006-2016).....	201
Gráfico 21. Organigrama del Ministerio de Salud Pública (2012).....	209
Gráfico 22. Herramienta de Gobierno por Resultados .....	226
Gráfico 23. Producción de consulta externa por tipo de consulta (2016).....	230

## Introducción

### 1. Tema de tesis

Los Estados democráticos de derecho y justicia social, con uno o más de un componente de bienestar, han desarrollado las capacidades para proveer a los ciudadanos —en algunas sociedades más que en otras— de las obras y servicios que estos precisan. La noción de capacidades estatales alude a las posibilidades de acción institucional que el Estado posee, las que implementa a través de las distintas políticas públicas, los programas y demás instrumentos que le permiten mejorar la vida de la gente. Analíticamente, un Estado puede ser calificado como eficiente o ineficiente, de acuerdo con sus formas de intervenir en ciertos contextos. La organización estatal no se califica como más o menos competente según su tamaño; la competencia se mide de acuerdo con la institucionalidad que se haya desarrollado, es decir, en la elaboración de políticas públicas que garanticen el bien común y en un plano normativo que controle su eficacia.

En América Latina, la construcción de un Estado que logre trabajar para la sociedad, cree una capacidad institucional fuerte y establezca políticas públicas que respondan a problemáticas diversas ha sido arduo, no exento de tropiezos, y está aún inconcluso. La implementación de políticas públicas enfocadas en garantizar el acceso a derechos como la salud o la educación permite comprender y dimensionar el funcionamiento del Estado en un determinado contexto, al tiempo que ayuda a medir si capacidades como la de regulación y control se ejercen en espacios conflictivos como la salud.

Las jóvenes repúblicas de la región han asumido en los últimos tiempos (un par de décadas, tal vez) la necesidad de modificar y adaptarse a unos tiempos y a unos ciudadanos que exigen democracia como forma de gobierno, y no solo representativa, también participativa, para lo cual se ensayan unos nuevos modos de gobernar que pretenden incluir a todos los colectivos, inclusive a unas minorías étnicas (aborígenes y afrodescendientes) que reclaman por la exclusión histórica. En la actualidad, los gobiernos han dejado de ser militares y totalitarios y han asumido los ropajes democráticos para gestionar lo público desde unas instituciones estatales manejadas por

administradores competentes elegidos por unos políticos que legitimaron su poder (temporal) en las urnas, y conseguir así —por fin— sumarse a la parte del mundo que se desarrolla en un entorno de libertad relativa, mediante la implementación de una gobernanza respetuosa de los derechos fundamentales de la población y que cumple con su deber de proveer las obras, los servicios y el marco legal que permita al individuo la oportunidad de desarrollar sus potencialidades, por un lado, y de vivir con dignidad, por el otro.

América Latina es una de las regiones donde el Estado —democrático— como el proveedor de bienes, obras y servicios ha tenido menos recorrido. Además, no todos los Estados, pese a denominarse social y de derechos y de incluir en su Constitución el garantismo penal, poseen la misma capacidad para poner a disposición de la ciudadanía las obras, los bienes y los servicios que deben dar los ciudadanos. Su eficiencia en esa tarea va a depender de múltiples y complejos factores que, sin embargo, no se analizan en esta investigación.

Con la llegada de los denominados “gobiernos de izquierda” a algunos países de América Latina, la región más desigual del planeta, presuntamente se intentó construir un modelo social, económico y político más acorde con las demandas de grandes grupos excluidos de la sociedad de consumo y sus beneficios. En el caso del Ecuador, la promesa de trabajar en pro de la justicia social y la reivindicación de derechos hizo posible que el movimiento Alianza PAIS permanezca en el poder durante diez años. Durante este tiempo la promesa de fortalecer la acción estatal en favor de los más pobres se canalizó a través de una alta inversión en obra pública, la misma que fue posible gracias a un alto precio del petróleo; a la par, un enorme aparato comunicacional informaba cada semana a los ciudadanos sobre obras inauguradas e iniciadas. Los ingentes recursos que recibió el Estado por la venta de un barril de petróleo que llegó a los cien dólares permitió la construcción de infraestructuras como escuelas, hospitales, carreteras, puertos y aeropuertos. Transcurridos los diez años de este proceso, es importante valorar los resultados de la denominada “década ganada”, no solo en términos de infraestructura sino de crecimiento del Estado e impacto de la inversión en el mejoramiento de la dotación de servicios de salud para los ecuatorianos.

El presente estudio resume una preocupación concreta relacionada con los cambios promocionados como los más importantes en el área de la salud y la prestación de servicios. La investigación aborda, por un lado, el *discurso de la recuperación del*



*Estado* desde la perspectiva del crecimiento de su capacidad de regulación y control, y, por otro, la *protección de la salud como un derecho humano*. Esta investigación intenta exponer y explicar las principales transformaciones promocionadas en materia de salud pública y efectivamente efectuadas de 2007 a 2017.

La investigación explora el fortalecimiento del Estado desde la perspectiva del aumento de las capacidades de control, regulación y planificación propuestas en el área de la salud. El estudio intenta determinar el impacto del aumento de la inversión pública, la creación de infraestructura y la contratación de personal en los indicadores de salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). La investigación analiza el proceso de consolidación del SNS, que:

tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. Comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles y propiciará la participación ciudadana y el control social (MSP 2014, 10).

La ampliación de los servicios y el aparente acceso “sin restricciones” se presentan como dos de las características más importantes de la reforma iniciada, un proceso que con el aumento del gasto se promocionó como exitoso. El trabajo intra y extramural dentro de las unidades de salud, así como la atención primaria, son puntales que el Ministerio de Salud Pública (MSP) considera útiles para modificar y cambiar un sistema que, a juicio de muchos expertos, no fue atendido adecuadamente por gobiernos anteriores. Igualmente, se analizan los principales indicadores de salud que permiten caracterizar los avances del proceso, se profundiza en los logros alcanzados y se debate sobre los avances conseguidos y los desafíos que aún se plantean para consolidar un SNS que funcione de manera eficiente.

Para lograr esta transformación y recuperación del Estado como órgano rector de todo el proceso de desarrollo se planteó recuperar las principales capacidades de acción estatal: la rectoría, la planificación, la regulación y el control. La *rectoría* es la capacidad del Estado de generar políticas públicas en el ámbito económico, social, productivo, ambiental y cultural. La *planificación* consiste en centralizar desde el Estado un sistema nacional de planificación capaz de articular las acciones con los

gobiernos seccionales y la sociedad civil. Finalmente, “las facultades de *regulación* y *control* se han fortalecido, en primer lugar, como fruto de la recuperación de la rectoría del Estado, pues la regulación es parte importante de la facultad de rectoría. En segundo lugar, a través de la creación de instancias especializadas en la regulación y el control de la Función Ejecutiva” (SENPLADES). Estos procesos buscan apuntalar la creación de un Estado democrático, eficiente y transparente, cuyos ejes de transformación se asientan en tres procesos transversales:

- La generación de un nuevo servicio público meritocrático y profesionalizado.
- El uso de tecnologías de información y comunicación para conseguir adecuados niveles de interacción al interior del Estado, y con la ciudadanía, generando mayor y mejor acceso a los servicios públicos.
- La transparencia en la gestión pública a través de procesos de rendición de cuentas y de acceso gratuito a la información (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2011, 14).

Esta es la base sobre la que se concibe y articula el proceso de transformación del Estado bajo el Gobierno de la denominada Revolución Ciudadana, que tiene en Rafael Correa a su máximo exponente, y cuyo mandato como presidente se extendió hasta el año 2017. De esta manera, el estudio parte del supuesto de que “la capacidad estatal no es monolítica, varía ampliamente tanto en términos espaciales como temporales, siendo definido este rango de variación por la habilidad de los regímenes políticos para crear estructuras institucionales que generen crecimiento económico, administren política macroeconómica y lleven a cabo funciones públicas básicas en la provisión de servicios” (Andrade 2009, 13).

Si se analiza el presupuesto asignado a salud durante los diez años del Gobierno de Rafael Correa, se evidencia que hubo un incremento importante en el porcentaje del PIB destinado a pago de personal sanitario, inversión en infraestructura y compra de medicinas. Según la CEPAL (2018), en 2017 Ecuador invirtió el 9,2 % del PIB en gasto social, de ese total el 2,7 % se destinó a salud. Esta inversión se canalizó principalmente en el mejoramiento y construcción de infraestructura y la contratación de personal.

En este momento (mayo de 2021) se evidencia de crucial relevancia la participación del Estado en la dotación de servicios de salud eficientes y capaces de responder a desafíos tan gigantescos como la pandemia de la COVID-19, que ha sido

capaz de sacudir incluso a sistemas sanitarios fuertes. Esta crisis sanitaria mundial ha demostrado, hoy más que nunca, la importancia de una dotación de servicios de salud estatal para garantizar el acceso equitativo de los ciudadanos a la atención médica oportuna. Frente a la pandemia del coronavirus, es clave la acción coordinada desde el Estado para dar una respuesta médica a la crisis; para esto se necesita una institucionalidad fuerte, capaz de ejecutar acciones ordenadas en beneficio de las personas que no pueden solventar sus necesidades básicas y ejercer control sobre individuos e instituciones que quieren imponer su propia agenda. Estas instituciones estatales fuertes y efectivas deben mantenerse y desplegar en el territorio nacional las acciones precisas para contener los efectos económicos, sociales y de salud de la pandemia. En definitiva, el sistema de salud público atenderá a las personas que contraigan el virus, y su capacidad de respuesta estará supeditada a los recursos con los que el Estado central dote a los hospitales y centros de salud. Un Estado capaz de concretar acciones en el corto, mediano y largo plazo, con una visión de país, es lo que se requiere para responder de mejor manera ante una crisis global y multidimensional.

## **2. Problema de investigación**

La preocupación sobre el Estado y sus características para explicar procesos históricos como el desarrollismo o el autoritarismo es un hecho presente en la tradición de las ciencias sociales. En el caso de América Latina, cada etapa de desarrollo ha permanecido unida a un determinado tipo de Estado. En palabras de Cinthya Lujano (2008, 121), “en América Latina, el Estado como concepto tiene de referencia explicativa fenómenos como la dependencia y el subdesarrollo, y ha sido elemento clave para entender otros procesos históricos como la industrialización, el militarismo, la modernización, las dictaduras, la transición a la democracia, el neoliberalismo y la globalización”. Siguiendo este enfoque, se pueden identificar algunos rasgos en la relación entre el Estado y un modelo, momento o proceso de desarrollo.

En los años de 1950 apareció el llamado ‘Estado desarrollista’, que promovió el crecimiento económico bajo las directrices de la ISI (Industrialización por Sustitución de Importaciones). Cuando este proceso fracasó se configuró el llamado Estado burocrático-autoritario, el cual estableció las condiciones necesarias para el ingreso de los países latinoamericanos a la lógica de la supremacía del mercado, la misma que fue profundizada en la década de 1990, cuando el Estado se redujo a su mínima expresión y

se convirtió en neoliberal, lo que consistió en la proclamación de la libertad del mercado como vía y método para la solución a los problemas del desarrollo. Cuando las reformas económicas y políticas iniciadas en este período fracasaron, las sociedades de la región eligieron en las urnas a personalidades que propusieron programas de desarrollo enfocados en un férreo control estatal de bienes clave como el petróleo, incentivar una democracia participativa, crear nuevos modelos de cooperación entre los países, inversión en infraestructura y servicios (Gilhodes 2007).

Como indica Eduardo Gudynas (2012), estas nuevas élites son las que están dando forma a un proyecto de reconfiguración estatal bajo la figura de ser o transformarse en Estados compensadores, cuyas políticas más importantes son la ampliación del gasto social, una presencia más activa del Estado en la regulación de la economía y una propuesta política encaminada bajo los principios de un desarrollo incluyente. Este proceso ha sido posible gracias a los altos precios de materias primas como el petróleo y los minerales, lo que ha permitido que países como Ecuador registren tasas importantes de crecimiento, a pesar de la crisis mundial. A esto se añade una legitimidad social y política basada en la ruptura con los regímenes anteriores, a los que se asocia con el retraso económico y la exclusión, sin olvidar la existencia de un gran aparato comunicacional que divulga semana a semana las acciones del gobierno, encaminadas a soportar en la realidad el discurso de cambio.

Con la llegada de Hugo Chávez al poder en Venezuela, en 1998, se inicia en América Latina un proceso de cambio que llevó a la elección de presidentes identificados con pensamientos de izquierda. Rafael Correa en Ecuador, Evo Morales en Bolivia, Néstor Kirchner en Argentina, Lula da Silva en Brasil y José Mujica en Uruguay son los personajes más representativos de esa tendencia denominada la nueva izquierda latinoamericana. Muchos de estos gobiernos llegaron al poder gracias a un discurso asociado con la recuperación del Estado, el rescate de los sectores estratégicos y la consigna de reivindicar a los más pobres a través del mejoramiento de sus condiciones de vida.

Los nuevos Estados que se están configurando en América Latina tienen características de los llamados Estados compensadores que, según señala Pablo Stefanoni, realizan: “1. ampliación de la inversión pública en infraestructura, 2. búsqueda del equilibrio entre el capital financiero y el capital productivo, 3. la ampliación de los derechos para los trabajadores y excluidos, y 4. la generación de

políticas sociales encaminadas a favorecer a los sectores más necesitados” (2012, 1). De acuerdo con Burbano de Lara (2015), el Estado que aparece en el discurso de Correa, Chávez y Morales está atado a una proclama de cambio radical, lo que significa que el reposicionamiento o recuperación de esta noción es lo que permitirá romper con el pasado y transformar la realidad, rompiendo de manera definitiva con la herencia neoliberal de las décadas de 1980 y 1990, cuando el Estado fue reducido a su mínima expresión y se le quitaron algunas funciones.

De acuerdo con Arévalo (2014), las posturas ideológicas que aparecieron en países como Venezuela, Ecuador, Bolivia, Nicaragua y Argentina tuvieron como propósito:

experimentar con nuevos modelos de desarrollo económico con la pretensión de solucionar urgentes problemas de carácter estructural relacionados con el crecimiento, el desempleo, la lucha contra la pobreza y la inequidad del ingreso. Para la solución de tales problemas se propusieron nuevos enfoques como el “socialismo del siglo XXI” en Venezuela, Ecuador y Bolivia, con diferentes grados de intervención del Estado en la actividad económica y de construcción del socialismo, desde la búsqueda de la no intervención del mercado, como en Venezuela, hasta una combinación de este último con el Estado (Arévalo 2014, 111).

La retórica adoptada por los Gobiernos de Correa, Morales, Kirchner, entre otros, apela en su discurso a la necesidad de un Estado capaz de transformar la dinámica económica mediante una intervención directa vía inversión estatal, en sectores como la salud, la educación y la vialidad, elementos que sumados darán como resultado un modelo de desarrollo capaz de revertir las condiciones de pobreza y marginación de grandes segmentos de la población.

Dada la aplicación dogmática de la receta neoliberal y la consecuente ruptura de las herencias políticas del modelo estructuralista y del Estado social establecido previamente, los postulados de estos gobiernos serán, con los matices del caso, necesariamente coincidentes: recuperación de la autoridad pública y de las facultades estatales; posicionamiento soberano en el contexto internacional; activas políticas públicas en pro de la igualdad, en lugar de paquetes de ajuste fiscal; significativa importancia de la inversión pública; cambio de los sistemas económicos y productivos; apuesta por la economía real en lugar de la especulativa; cambios constitucionales y agenda legislativa pragmática; y disputa de hegemonía con los grandes poderes

conservadores y monopólicos afincados en la banca, los medios de comunicación y la casta política del *antique régimen* (Falconí y Muñoz 2012, 82).

Los ingentes recursos que recibió el Estado por la venta de un barril de petróleo, que sobrepasó los 100 dólares, permitieron la construcción de infraestructuras como escuelas, hospitales, carreteras, puertos y aeropuertos. “En el sector salud se ha realizado una inmensa inversión. El MSP reportó un gasto de 16 313 millones de dólares entre 2007 y 2016, sin contar con la inversión nacional realizada por el IESS y el ISSFA, en los últimos ocho años de gestión” (Aguilar 2017, 6).

Después de la aplicación de las medidas sugeridas por el Consenso de Washington, el discurso neoliberal orientado hacia la apertura del mercado y la flexibilización laboral había perdido eco entre los latinoamericanos más pobres; “el descontento con el neoliberalismo se extendió por el incumplimiento de la promesa de mejorar la prosperidad de las masas y exacerbar problemas de larga data como el empleo precario” (Weyland, Madrid y Hunter 2010, 2). Esto, sin duda, permitió que muchas de las ideas con las que se presentaron los candidatos de la denominada tendencia de izquierda calaran fuerte en el imaginario de los votantes. El espacio para realizar las transformaciones políticas nació del descontento popular con las medidas económicas y una situación política límite que había llevado a países como Ecuador a una profunda crisis de gobernabilidad, en la que el Estado se había debilitado y no era capaz de garantizar los derechos de sus ciudadanos. En el caso de los ecuatorianos, la crisis del año 2000, producto de las desacertadas políticas económicas de los años de 1990, empujaron a millones de compatriotas al exilio económico. Cientos de miles de familias vieron partir a padres, hermanos, hijos, que en nuevas latitudes fueron a buscar el futuro que aquí se les negó con la dolarización y el feriado bancario.

La doctrina neoliberal proponía alcanzar el progreso de la mano de políticas de ajuste estructural que devinieron en un mayor desempleo, menor seguridad para los trabajadores y ampliación de la brecha entre ricos y pobres. Frente a estas desigualdades, los gobiernos de la nueva izquierda latinoamericana buscaron realizar “una transformación estructural en las actividades económicas encaminada a cumplir con las aspiraciones de las mayorías populares y avanzar en su participación política” (Weyland, Madrid y Hunter 2010, 6). Este nuevo enfoque de gestión pública prometió profundos cambios en los planos económico y social, ayudado por un Estado capaz de regular y ofrecer mejores condiciones de vida a los sujetos vulnerables de la población

vía inversión pública y ampliación de derechos. Es evidente que el apareamiento de estos nuevos gobiernos de izquierda tornó relevante la discusión en torno al fortalecimiento de las capacidades estatales, un hecho que ya fue señalado como prioritario en 1997 por recomendación del Banco Mundial, institución que proclamó la vuelta del Estado como la solución al retraso y las desigualdades; dicha recomendación volvió a tomar cuerpo dentro de una nueva etapa considerada “posneoliberal”, que vuelve la mirada al Estado como organizador del conjunto de reformas necesarias para lograr mejores condiciones de vida, especialmente para los más pobres.

En el caso ecuatoriano, para 2006 el terreno para un discurso político aparentemente renovado, que apelara a los cambios radicales y a la ruptura con el pasado, estaba listo. En el país muchas de las reformas implementadas en los años de 1990 produjeron resultados mediocres en los campos social y económico; el rol del Estado se debilitó de manera sostenida y este poco a poco empezó a perder su capacidad de planificación, regulación y control (Falconí y Muñoz 2012). A esto se sumó una crisis de gobernabilidad que se inició con la caída del Gobierno de Abdalá Bucaram en 1997, y que se agudizó con la *Revolución de los forajidos* en contra del coronel Gutiérrez. Con el abandono del poder de Lucio Gutiérrez, en 2003, el nivel de conflictividad alcanzado desde la vuelta a la democracia rozaba lo inaudito. Para 2006, y al grito de “Que se vayan todos”, se desató una crisis institucional que dio paso a una serie de transformaciones políticas que se iniciaron con la elección de Rafael Correa como presidente y terminaron con la reforma política vía la aprobación de una Asamblea Constituyente (Navas 2012), la que modificó el andamiaje estatal e inauguró un “cambio de época” que se anunció como la ruptura definitiva con el pasado.

Desde la elección de Rafael Correa como presidente se registró un aumento en el gasto social. “En el 2006, el gasto social como participación en el gasto público total fue del 15,40 %, mientras que en 2009 el gasto social fue del 27,30 %” (Hidalgo 2010, 145). Este aumento en la proporción del gasto total sobre el gasto público se debió también a una reducción del gasto en pago de la deuda externa. La inversión en obras de infraestructura, de acuerdo a información obtenida de SENPLADES, durante el Gobierno de Rafael Correa significó la construcción de nuevas hidroeléctricas (16), más de 268 tramos de carretera en construcción, construcción y repotenciación de aeropuertos, construcción de nuevas escuelas y hospitales, inauguración de cinco universidades nuevas, entre otras. “El presupuesto del MSP mantuvo un incremento

constante desde 2001 (USD 151,7 millones) hasta 2006 (USD 561 millones). En el Gobierno de Rafael Correa se invirtió como nunca antes en el sector salud. “La ‘Revolución Ciudadana’ invirtió USD 3465 millones en salud en sus primeros cuatro años de gobierno. Según cifras oficiales, ello implicó un aumento del 688 % en relación con gobiernos anteriores, y se refleja en el incremento de 75 000 consultas médicas diarias y la contratación de más de 18 000 profesionales de salud” (Arteaga 2018, 139). Los montos destinados al área de la salud fueron infinitamente superiores a los de cualquier otro gobierno, desde la vuelta a la democracia en Ecuador.

De acuerdo con Carriel (2012), las asignaciones presupuestarias de 2012 en el sector social, comprendido por educación, salud, bienestar social, desarrollo urbano y trabajo, alcanzaron los USD 7262,43 millones, siendo los sectores de salud y educación los que concentraron mayores recursos, 57 y 24,5 %, respectivamente. Como resultado de la inversión realizada hasta abril de 2017, Ecuador contaba con 52 hospitales y 116 centros de salud operativos con tecnología e insumos para atender a los pacientes (SENPLADES 2017, 132).

De acuerdo con la literatura existente, la agenda que construyó el Gobierno de Alianza PAIS se orientó bajo los principios de un fortalecimiento de las capacidades estatales para lograr una transformación del Ecuador. El *Plan Nacional del Buen Vivir* (PNBV) marca la hoja de ruta de las acciones que se deben ejecutar en el campo de lo público y recoge los planteamientos plasmados en el plan inicial de gobierno de la lista 35, presentado para las elecciones de 2007. En este documento se plasma la idea de un Estado que coadyuve en el desarrollo económico y social de la población, retome su rol como administrador y sea eficiente. La necesidad de reforzar, aumentar y expandir las capacidades estatales guarda estrecha relación con lograr mejores resultados en tres aspectos básicos: recaudación, mejoramiento de infraestructura y cambio de modelo económico, lo que garantizará la supervivencia del gobierno en el poder (Andrade 2013). Más allá de la retórica de la vuelta al Estado y la evidencia (al menos estadística) de la gran inversión realizada en salud, es necesario evidenciar el fortalecimiento de la capacidad estatal evaluando los logros alcanzados en redistribución y cambio del modelo de desarrollo en el largo plazo.

Para ejemplificar esta realidad podemos señalar algunos datos importantes: entre 2006 y 2016 la inversión en salud pasó del 1,1 % del PIB en 2006 al 2,8 % en 2017; el personal equivalente de salud por cada 10 000 habitantes en el sector público se ha



duplicado entre 1990 y 2010, pasando de 11,8 a 23,2. La mayor parte de este cambio ha ocurrido después de 2001. El personal de salud pública ha crecido más que el privado, y la brecha entre áreas urbanas y rurales se ha reducido (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 75). La organización Mundial de la Salud (OMS) también señala logros importantes durante este período: se estableció un marco legal para fortalecer la acción del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional; el país cuenta con un marco regulatorio con relación al consumo de alcohol y tabaco; se desarrolló un modelo de atención con enfoque familiar, basado en la estrategia de Atención Primaria a la Salud, entre otros elementos.

En este sentido, se podría afirmar que el Estado ha recuperado su capacidad de rectoría y control sobre un área clave para el desarrollo del país como es la salud. Sin embargo, entre la retórica del gobierno y la realidad es importante decir que hay voces que aún califican a este Estado como poco efectivo; por ejemplo, a pesar de la ingente cantidad de recursos destinados al área de la salud, aún hace falta mejorar el sistema, y a pesar de las continuas emergencias persisten problemas como falta de medicinas, especialistas y equipos, la atención sigue siendo deficitaria y a menudo los pacientes deben esperar días o meses para ser atendidos.

El presente estudio resume una preocupación concreta relacionada con los cambios promocionados como los más importantes en el área de la salud. La investigación aborda, por un lado, el discurso de la recuperación del Estado desde la perspectiva del crecimiento de su capacidad de regulación y control y, por otro, el acceso a la salud como un derecho humano. Esta investigación intenta exponer y explicar las principales transformaciones promocionadas en materia de salud pública, efectuadas desde 2007, enfatizando en el acceso a los servicios de salud. A partir de 2007 se incrementó de manera sostenida la inversión en salud y la política de gratuidad de los servicios, a la par que se buscó reforzar el primer nivel de atención mediante la repotenciación y construcción de centros de salud, la formación de técnicos de atención primaria, la compra de insumos y medicamentos, así como la contratación de personal médico para cubrir los servicios ofertados (Ministerio de Salud Pública 2018).

De manera paralela, la construcción del Modelo de Atención Integral de Salud —MAIS— define políticas, metas y estrategias de intervención y acción para prestadores públicos y privados de salud en pro de garantizar el acceso a la salud como un derecho humano. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud

(APS) reorienta la provisión de servicios de salud hacia la prevención y la promoción como un mecanismo capaz de contribuir a una atención de salud integral. Mientras que la descentralización de los servicios, mediante el equipamiento de centros de salud tipo C,<sup>1</sup> ayudan a descongestionar los hospitales de tercer nivel. A manera de resumen, estos son los cambios más importantes que señalan los hitos en la transformación de un sector especialmente golpeado por la falta de inversión durante los años previos de ajuste.

Desde 2000, el interés por el Estado y su accionar vuelve a estar presente en el debate académico. Como señala Andrade (2020), los nuevos y diversos roles que asumen Estados como los latinoamericanos ponen de manifiesto la importancia que tiene el analizar el papel que juega el Estado en áreas como la provisión de servicios de salud. En el caso ecuatoriano, la reflexión alrededor de la construcción o reforzamiento de las capacidades estatales durante el Gobierno de Correa permite conocer el nivel de desarrollo institucional y penetración estatal que tuvo el proyecto político de la última década en el país.

De esta manera, el presente trabajo de investigación analiza la construcción histórica del proceso de provisión de servicios de salud en Ecuador y reflexiona sobre los alcances y limitaciones de un proceso de transformación que tuvo como base el crecimiento del presupuesto y la inversión en salud para dotar de infraestructura a un sector que durante décadas sufrió el embate de los recortes presupuestarios.

En el estudio se enfatizará sobre la capacidad administrativa y política, la primera entendida como aquella que permite al Estado llevar adelante la entrega de bienes y servicios; la segunda como “aquella habilidad del Estado para responder a las demandas sociales, permitir la canalización y representación de los intereses sociales, incorporando la participación social en las decisiones y la resolución de conflictos” (Repetto 2004, 20). Sin olvidar la capacidad fiscal, el fortalecimiento institucional, procesos de rendición de cuentas, mecanismos de evaluación de impacto de programas y políticas sociales, mejoras en educación e infraestructura y desarrollo productivo e innovación como los pilares para la construcción de un Estado capaz de solucionar las grandes brechas sociales y la pobreza que aún afecta a uno de cada cuatro latinoamericanos. La presente investigación analiza los resultados de la transformación

---

<sup>1</sup> El Centro de Salud Tipo C prestará servicios en medicina general, medicina familiar y comunitaria, odontología, obstetricia, psicología, nutrición, calificación de discapacidades, psicorehabilitación, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, estimulación temprana, rehabilitación, farmacia y emergencias 24 horas.

del Estado de 2007 a 2017, específicamente en el plano de la salud, un área crítica por la serie de problemas heredados de administraciones anteriores, con el agravante de que el crecimiento poblacional deriva en que siempre habrá más personas presionando por mayores y mejores servicios

En el caso del presente estudio, se toma el área de la salud para sopesar en qué medida el poder despótico e infraestructural<sup>2</sup> del Estado se manifiesta, partiendo del supuesto de que el poder infraestructural se ha incrementado cuando se analizan indicadores como la inversión social y el presupuesto destinado para el área.

### **3. Preguntas de investigación**

Al revisar la literatura disponible sobre capacidades estatales se evidencia que la preocupación por la construcción de esas capacidades es multidimensional y abarca diversos aspectos, entre los más importantes se destacan: la cimentación de una burocracia eficiente, el establecimiento de una racionalidad fiscal, la edificación de una institucionalidad formal, el refuerzo de la seguridad jurídica y el fortalecimiento democrático (Repetto, Andrade, Evans, entre otros). Fortalecer cada una de estas dimensiones permite al Estado afianzar la construcción de un proceso de desarrollo multidimensional, entre cuyas aristas más importantes están la reorganización y la reorientación del sistema económico, político e institucional para mejorar las condiciones de vida de la sociedad en su conjunto. Para afrontar el reto se debe lograr que el Estado desarrolle y fortalezca sus capacidades, y son precisamente estas capacidades las que marcarán la diferencia entre el éxito o el fracaso de un país y su proceso de desarrollo.

En consecuencia, al hablar de desarrollo el Estado desempeña un papel muy importante como tomador de decisiones y ejecutor de acciones de largo aliento, capaces de modificar drásticamente la política económica, social y política de su entorno. En relación con estos aspectos brevemente descritos sobre las denominadas capacidades estatales, se construye el núcleo de este trabajo, cuya pregunta central es: ¿Se produjo el fortalecimiento de las capacidades políticas y administrativas en el sector público de la salud durante el Gobierno de la Revolución Ciudadana, en el período 2007-2017?

---

<sup>2</sup> El poder infraestructural se refiere a la capacidad del Estado para penetrar en su territorio e implementar decisiones. El poder despótico surge del rango de acciones que las élites estatales pueden realizar sin consultar a los grupos de la sociedad civil.

El primer capítulo de la tesis intenta responder, a nivel teórico, tres preguntas básicas: ¿Qué son las capacidades estatales? ¿Cómo se miden o evalúan dichas capacidades? ¿Cómo se fortalecen y se evidencian estas capacidades? Estas preguntas son las que estructuran el desarrollo de este primer capítulo, que presenta los referentes bibliográficos relacionados con el desarrollo conceptual respecto a capacidades estatales.

En el segundo capítulo, aterrizado en el caso ecuatoriano, se estudia la respuesta generada desde el Estado a la provisión de servicios de salud para su población. Las preguntas que ordenan el capítulo son las siguientes: ¿Históricamente cómo se organizó la provisión de servicios para la población? ¿Qué rol jugó el Estado en esa provisión? ¿Cuál ha sido la evolución institucional y legal en torno a la provisión de servicios de salud en el caso ecuatoriano?

En el tercer capítulo se abordan los lineamientos propuestos por el Gobierno de Rafael Correa en cuanto al manejo de la provisión de servicios de salud. La reflexión en este capítulo responde a las preguntas: ¿Cuáles fueron las propuestas del Gobierno de la Revolución Ciudadana sobre la provisión de servicios de salud? ¿Qué logros se alcanzaron en cuanto a construcción de infraestructura y dotación de personal? ¿Cuál fue el modelo de atención de salud propuesto para el caso del Ecuador?

En el cuarto capítulo, la investigación se articula alrededor de identificar: ¿Cuál fue el impacto del proceso iniciado en la provisión de servicios de salud? ¿Cuáles fueron los logros de la intervención estatal analizada? ¿Se fortalecieron o no las capacidades estatales políticas y administrativas en torno a la provisión de servicios de salud? Estas preguntas se expresan en forma de objetivos.

### **Objetivo general**

Determinar si se produjo el fortalecimiento de las capacidades políticas y administrativas en el sector salud durante el Gobierno de la Revolución Ciudadana.

### **Objetivos específicos**

1. Analizar la literatura académica sobre medición, evaluación y fortalecimiento de las capacidades estatales.

2. Examinar históricamente la provisión de servicios de salud desde el Estado, así como la evolución institucional y legal en torno a dicha provisión.
3. Investigar el contenido de las propuestas del Gobierno de la Revolución Ciudadana (de 2007 a 2017) respecto a la provisión de los servicios de salud para el Ecuador.
4. Realizar un análisis de los resultados obtenidos en términos de fortalecimiento de capacidades estatales (políticas y administrativas) en la provisión de servicios de salud en el período analizado.

#### **4. Justificación del caso de estudio**

La llegada de la Revolución Ciudadana al poder estableció una ruptura con el *statu quo* anterior, empezando por la priorización del gasto social en salud y educación y la inversión sostenida en infraestructura. Esta característica es la que hace interesante y torna necesario estudiar este período de gobierno, que se desmarca o, al menos, propone romper con las prácticas y políticas comunes en materia de inversión social. Sin embargo, este interés por aumentar la inversión y priorizar el gasto público no ha sido suficiente para mejorar las condiciones de acceso y calidad a servicios críticos como el de salud. Por esta razón es necesario investigar si, más allá de la retórica y la propaganda, de verdad se han operado cambios significativos en servicios que hacen la diferencia al momento de hablar de acceso y restitución de derechos. El renovado interés por analizar el papel que el Estado debe retomar como organizador de la “cosa pública” hizo que el debate sobre capacidades estatales se reavivase. Después de las reformas impulsadas en los años de 1990, que promovieron un Estado eficiente y limitaron el gasto social, volvió a aparecer en el debate internacional la necesidad de abogar por el fortalecimiento del Estado para alcanzar los objetivos de desarrollo propuestos.

En la actualidad las ciencias sociales han desarrollado una reflexión teórica sobre las capacidades estatales en el marco del análisis alrededor de los desafíos que enfrentan las naciones de América Latina para salir del subdesarrollo dentro del capitalismo en una época de globalización. El Estado moderno mantiene un conjunto de obligaciones para con los individuos que viven bajo su cobijo, por el mero hecho de pertenecer a su jurisdicción legal. Este deber estatal precisa de determinadas acciones que aseguren la provisión de las obras y los servicios esenciales de la vida en sociedad,

como el fluido eléctrico, el alcantarillado, la educación y la salud. Estas obligaciones han adquirido carácter constitucional al insertarse en el texto de más alto nivel, la Constitución. Así, se entiende que los deberes del Estado son una obligación política, en un sentido amplio y complejo con sus ciudadanos.

En el análisis de las capacidades estatales se toman en cuenta aspectos como el administrativo, el político y el técnico. Se parte de la premisa de que solamente un Estado fuerte permitiría alcanzar el desarrollo. Algunos autores consideran que el estudio sobre las capacidades estatales es notablemente más sensible en el continente latinoamericano, donde durante la década de 1990 se hicieron intentos por implementar políticas que llevaran a un cierto crecimiento económico. Pero estas no generaron crecimiento, pues el efecto fue exactamente el contrario. Estudiosos como Stiglitz (2003) han expresado su conclusión de que las reformas que impulsara el Consenso de Washington no ayudaron a la región a desarrollarse económicamente porque no se consideraron las circunstancias de cada país y se promulgaron recetas estandarizadas. Asimismo, las políticas que buscaban reducir el Estado, bajo los postulados neoliberales de la desregulación y la libertad del mercado, solo sirvieron para que las minorías económicas colonizaran la institucionalidad estatal. El ajuste estructural, como se llamó a este “dejar hacer, dejar pasar”, arrojó unos resultados devastadores para los más pobres, que se habían quedado al margen de los escasos beneficios sociales que los Estados regionales habían accedido a prestarles como una dádiva de la generosidad de los propietarios de lo público y de lo privado.

Después de esto, el mismo Banco Mundial, artífice y promotor de los ajustes que reducían el Estado a su mínima expresión recomendaba —en una vuelta de tuerca— que el gobierno organizase el entorno económico y fortaleciera la institucionalidad. Es decir, que potenciara las capacidades estatales, al concluir a la vista de los frutos del experimento de libertad de mercado, que un Estado eficiente debía ser el que diseñara y sostuviera los procesos de desarrollo que transformaran la realidad económica y social de una nación. Así, el análisis de las capacidades estatales tiene dos caras: la autonomía de las estructuras centrales de decisión estatal y la penetración de dichas estructuras en el escenario económico y social. El Estado fortalece sus capacidades internas en tanto cuenta con funcionarios capacitados y organizados en una institucionalidad fuerte. Algunos autores estiman que la discusión sobre las capacidades estatales se justifica en el rol que cumple el Estado en lo económico y lo social, cuando sus funciones son

determinantes para la población. El análisis de dichas capacidades, para algunos autores, se puede hacer en particular, de ninguna manera en general. Es posible analizar las capacidades estatales como variables que determinan el éxito o el fracaso de un Estado si se define a estas como políticas públicas. Desde este enfoque puede tratárselas como procesos y como resultados. No es la única forma de estudiarlas, ya que esta delimitación conceptual y metodológica es compleja.

El Gobierno de Rafael Correa predicó permanentemente sobre la necesidad de invertir en obras de infraestructura como carreteras, escuelas y hospitales, que consideraba una forma de, por un lado, reactivar la economía y, por el otro, acercar el Estado a los ciudadanos. Pudo permitirse construir una cantidad importante de estas obras porque una buena parte de su período de gobierno coincidió con un alza inusitada del precio del petróleo. Así, la agenda de la Revolución Ciudadana postulaba el fortalecimiento de las capacidades estatales como la columna vertebral de su gestión; de este modo, con la llegada de Correa al poder, se dio una mayor inversión pública y una presencia más fuerte del Estado en aquellas áreas que habían sido tradicionalmente ignoradas. Sin embargo, los cambios profundos en la arquitectura social no se dieron y la mejoría en la redistribución de la riqueza fue aparente y volátil.

## **5. Metodología de la investigación**

La capacidad del Estado para proveer bienes y servicios a sus ciudadanos se traduce en la formulación y ejecución de políticas públicas cuyo objetivo es alcanzar metas económicas o sociales que beneficien al conjunto de la sociedad. Bajo esta premisa se sustenta la necesidad de analizar la capacidad del Estado para ejecutar y desarrollar aquellas políticas que se traduzcan en mejores servicios y oportunidades. Como señala Mendíaz (2007), la vuelta del Estado desde fines de los años de 1980 reinstaló en el debate académico su importancia, así como el interés por analizar sus capacidades internas. Esto es corroborado por Fontaine (2015), quien sostiene que el interés por el Estado y las políticas públicas está de vuelta en las ciencias sociales y se asocia con el interés por las acciones gubernamentales. Estas afirmaciones sustentan la utilidad de analizar la ejecución de una política pública relacionada con la provisión de bienes y servicios de salud utilizando como premisa el aumento en las capacidades internas del Estado ecuatoriano a raíz del incremento en la inversión pública en salud y la transformación institucional que se llevó a cabo desde 2006 en todo el aparato estatal.

Es importante señalar que el enfoque más adecuado para desarrollar la investigación propuesta es el estudio de caso. Los estudios de caso son investigaciones empíricas que permiten al investigador conocer un determinado fenómeno con el objetivo de determinar dinámicas que se desarrollan en contextos únicos; “un caso es un objeto de estudio con unas fronteras más o menos claras que se analiza en su contexto y que se considera relevante bien sea para comprobar, ilustrar o construir una teoría o una parte de ella, bien sea por su valor intrínseco” (Coller 2005, 29). Analizar los resultados de las políticas implementadas por la denominada Revolución Ciudadana nace del interés por estudiar un período que se presenta a sí mismo como diferente a todo lo conocido desde la vuelta a la democracia en el Ecuador. Diferente en varios sentidos; por ejemplo, el Gobierno de Rafael Correa rompió con la serie de crisis institucionales que hasta 2006 no permitieron a tres presidentes culminar su mandato. Sin duda, la estabilidad democrática ha sido una de las características del régimen analizado; además, se puede hablar de las rectificaciones y cambios propuestos en materia económica y social. En estos campos, por ejemplo, se limitó el pago de la deuda externa y se redistribuyeron recursos hacia el campo social; en este como en ningún otro gobierno, la inversión en salud, educación y vialidad creció considerablemente. El período analizado coincide también con un sinnúmero de reformas que rompen con los modelos institucionales anteriores.

La presente investigación se centra en el análisis de las intervenciones realizadas por el gobierno en el campo específico de la salud, sector en el que se intenta construir un sistema que garantice la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y atención integral en todos los niveles, sobre la base de una red pública en la que el Estado es el responsable de la rectoría, la regulación y el control de todas las actividades relacionadas con la salud (Constitución 2008, art. 165). Esta investigación describirá el rol que el Estado ecuatoriano ha tenido en la provisión de servicios de salud.

Al establecer un estudio de caso específico se logrará profundizar en la comprensión de las acciones del Estado en un sector tan sensible como el de la salud. Una vez planteado el estudio de caso, se aplicó una perspectiva cuali-cuantitativa para analizar los resultados del proceso de involucramiento y participación del Estado en la provisión y administración de servicios de salud. Se procedió a revisar los datos cuantitativos que a nivel de país se presentan en torno a los logros alcanzados en salud, tanto en el plano de la formulación de las políticas como de las acciones puntuales



encaminadas a mejorar indicadores sensibles como la desnutrición o la mortalidad materno-infantil. Se combinan técnicas como la entrevista, la encuesta y el análisis de indicadores y datos cuantitativos.

El tipo de investigación propuesta es descriptiva, ya que su propósito es conocer el rol que el Estado ecuatoriano ha tenido en la provisión de servicios de salud e identificar las características más relevantes de ese proceso. Esta investigación intenta responder sobre el nivel de fortalecimiento de las capacidades estatales alcanzadas durante el período 2007-2017, tomando como caso de estudio la provisión de servicios de salud y el nivel de desarrollo de una política pública concreta. Se realizará una reflexión que permita contrastar los planteamientos teóricos propuestos en torno al fortalecimiento de las capacidades estatales con los hallazgos de la investigación en torno a la provisión de servicios de salud. Esta concepción del seguimiento de procesos hace énfasis en la manera cómo las “fuerzas” causales se transmiten a través de un conjunto de piezas enganchadas hasta producir el resultado observado.

Para medir efectivamente las capacidades estatales fue importante considerar diversas dimensiones de análisis. Tomando como referencia los trabajos de Completa (2017), Lattuada y Nogueira (2012), Rosas Huerta (2008) y Charles Polidano (1999b), se presenta una matriz de análisis de la capacidad estatal vista desde dos dimensiones básicas: la capacidad política y la capacidad administrativa, que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. **Análisis de las capacidades estatales**

Variable	Definición conceptual	Dimensiones de análisis	Indicadores
<b>Capacidad política</b>	Posibilidad del aparato estatal para solucionar las demandas de los grupos sociales. “La capacidad política está asociada al modo en que se relacionan los actores políticos entre sí, pero también con aquellos individuos y grupos que luchan por involucrarse activamente en determinados campos de la esfera pública” (Rosas 2008, 123-4).	Relación entre la autoridad estatal, los poderes del Estado, instancias de gobierno y ejecutores de política pública. Interacción política enmarcada en leyes, normas, reglas y costumbres entre los actores de la sociedad civil, las instituciones y los representantes del gobierno. Procesos de diálogo y establecimiento de puentes entre el Estado, la sociedad civil y los grupos de presión para lograr acuerdos en el largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de participación en el establecimiento de políticas públicas.</li> <li>• Niveles e instancias de negociación.</li> <li>• Políticas prioritarias.</li> <li>• Mecanismos de gestión e implementación de las políticas.</li> <li>• Formulación de las políticas públicas.</li> </ul>
<b>Capacidad administrativa</b>	Conjunto de factores organizativos y humanos capaces de garantizar servicios adecuados, formular e implementar políticas. “Habilidades técnico-burocráticas del aparato estatal requeridas para instrumentar sus objetivos oficiales” (Rosas 2008, 123).	Disponibilidad de recursos financieros, técnicos y humanos para desarrollar las labores encomendadas en materia de servicios e implementación de políticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número, variedad y cargos de funcionarios.</li> <li>• Reclutamiento, promoción, capacitación, salarios/escalafón; formación / capacitación.</li> <li>• Recursos financieros asignados.</li> <li>• Estructura y distribución de funciones y responsabilidades.</li> <li>• Sistemas de gestión.</li> <li>• Coordinación y colaboración con otras dependencias.</li> <li>• Implementación y operatividad de las políticas.</li> </ul>

Fuente: Completa (2017), Lattuada y Nogueira (2012), Rosas (2008) y Polidano (2000).  
Elaboración propia.

La combinación entre capacidad administrativa y capacidad política determina la capacidad institucional y, finalmente, establece el nivel de éxito o fracaso que tuvo la ejecución de una política pública. Siguiendo la reflexión de Completa (2017), Lattuada y Nogueira (2012), Rosas (2008) y Polidano (2000), se entenderá por capacidad política la efectividad en las acciones desplegadas desde el Estado para solucionar la demanda de bienes y servicios a sus ciudadanos, vinculado a los mecanismos de implementación de las políticas públicas. En la dimensión política se deben considerar los mecanismos de gestión y coordinación para la construcción de políticas públicas. Para medir la variable política se usarán los siguientes indicadores: mecanismos de participación; niveles e instancias de participación; establecimiento de políticas prioritarias; y mecanismos de gestión e implementación de políticas públicas. A esta primera línea de análisis se debe sumar el índice de capacidades estatales de Charles Polidano (1999), que guarda relación con tres momentos: la formulación, la implementación y la eficiencia operacional o la ejecución de la política pública. Estos elementos complementan los indicadores sobre capacidad política sobre los que se construye la reflexión teórica de esta investigación.

Con relación a la variable administrativa, esta abarca la efectividad de las acciones del Estado para entregar de manera eficiente servicios de calidad a sus ciudadanos vinculados a la calidad de los funcionarios, la transparencia en la gestión y capacidad de control de los procesos públicos. La variable administrativa evalúa la disponibilidad de recursos técnicos, financieros y humanos en la entrega de los servicios. Los indicadores para medir esta variable son: reclutamiento, promoción, capacitación, formación y salarios del personal; recursos financieros asignados; funciones determinadas; coordinación entre dependencias y características de los programas implementados.

Las variables política y administrativa en conjunto darán una idea sobre la construcción de la capacidad estatal en el área de salud y la forma en que se implementaron los servicios para responder a la demanda ciudadana por atención sanitaria. Se estableció un enfoque mixto para el análisis de los resultados del proceso de involucramiento y participación del Estado en áreas y sectores estratégicos. En tal razón, se revisaron los datos cuantitativos que, en todo el país, se presentan en torno a los logros alcanzados en salud, tanto en el plano de la formulación de las políticas como de las acciones concretas encaminadas a mejorar indicadores sensibles como la

desnutrición o la mortalidad materno-infantil. Para ello se combinaron técnicas como la entrevista, la encuesta y el análisis de indicadores y datos estadísticos.

En el estudio se analizará el nivel de fortalecimiento alcanzado en el manejo del sector de la salud bajo las directrices de la denominada Revolución Ciudadana, considerando que desde 2006 se “avanzó en la gratuidad y ampliación del servicio de atención primaria, medicamentos gratuitos y atención domiciliaria en barrios populares. Asimismo, se estableció una jornada laboral extendida para el personal médico y asistente, con el objetivo de ampliar y democratizar el acceso...” (Minteguiaga 2012, 53). Para medir el grado de fortalecimiento de la capacidad estatal se analizarán las líneas de acción prioritarias marcadas por el régimen en la construcción del Sistema Nacional de Salud, con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

- Mejorar la salud (al máximo posible).
- Responder a las expectativas de las personas.
- Brindar protección financiera ante los costos en salud.

Cada una de estas líneas marcó la ruta por donde el gobierno de la llamada Revolución Ciudadana buscó fortalecer su presencia como rector de la política social, especialmente en el área de la salud, un área compleja que demanda cambios importantes, tanto en su esquema de manejo y organización como en la concepción misma de la salud, la enfermedad y sus determinantes sociales.

A su vez, y desde un enfoque cualitativo, se analizaron los documentos, normativas, leyes y reglamentos emitidos por el gobierno en torno al área de la salud. La recolección y procesamiento de datos —en concordancia con la metodología cualitativa— fue circular, pues la acción indagatoria se mueve entre los hechos y su interpretación, o viceversa.

Se describe una visión general acerca del sector de la salud en el Ecuador en los últimos sesenta años, lo que facilitó un acercamiento al objeto de investigación. A continuación se aplicó una metodología descriptiva para conocer las características de los servicios de salud que se ofertan a la población, las limitaciones presentes en el sector y las demandas de los usuarios, todo lo cual permitió posteriormente evaluar la forma en la que se han gestionado los cambios propuestos desde el Gobierno de Rafael Correa en el período 2007-2017, y determinar si es el fortalecimiento de las capacidades estatales lo que ha incidido en la mejoría del sector. En tal sentido, el estudio alcanzará un nivel explicativo.

Para la investigación de campo se trabajó en la recuperación de información de fuentes primarias y secundarias. En cuanto a las fuentes primarias, es importante señalar que se entrevistó a más de veinte expertos en el tema de la salud, con el objetivo de conocer sus opiniones y reflexiones acerca de los cambios o retrocesos en materia sanitaria impuestos por el Gobierno de Rafael Correa. Para la selección de los informantes resultó clave la experiencia que cada uno tuvo como partícipe del área de salud, ya sea como experto-investigador o como trabajador en el Ministerio de Salud o prestador de servicios. La recopilación de información se hizo en dos fases: la primera, entre marzo y mayo de 2017; y la segunda, entre septiembre y noviembre del mismo año. Mediante la sistematización e interpretación de las entrevistas se realizó un recuento de los cambios que se operaron para esquematizar el Sistema Nacional de Salud.

Adicionalmente, se recuperaron informes y artículos de medios de investigación especializados que analizaron el tema de la transformación de la salud en el Ecuador. En cuanto a los datos estadísticos, es importante indicar que toda la investigación se basa en fuentes oficiales gubernamentales; por lo tanto, es un punto que se debe considerar al momento de comparar o destacar avances en el campo de la salud. Con la sistematización de la información se procedió a analizar cada uno de los aspectos relacionados con el fortalecimiento de la capacidad estatal. Finalmente, los datos empíricos analizados permitieron recabar información tendiente a explicar el fenómeno analizado.

El fortalecimiento de las capacidades estatales es un tema que se debe considerar al analizar un proceso de desarrollo; sin duda, apuntalar mecanismos que garanticen a un Estado la generación de políticas económicas y sociales en el largo plazo es el mejor indicador de que las capacidades estatales han sido fortalecidas y se mantendrán en el tiempo. Es un hecho que la temática no está agotada, y siempre se puede volver a ella cuando se analiza el complejo entramado de relaciones económicas, sociales y políticas en medio de las cuales los Estados deben moverse y ser capaces de garantizar su supervivencia en el largo plazo.

La trayectoria institucional pesa mucho al momento de analizar y dimensionar el alcance que pueden tener las capacidades estatales como determinantes en un proceso de desarrollo en el largo plazo. La coordinación de acciones encaminadas al fortalecimiento de la penetración del Estado en la sociedad es lo que permite orientar

eficientemente una política desarrollista. A esto se suman otras variables que no han sido objeto de análisis en este trabajo, pero que deben considerarse si se quiere dimensionar el alcance y los límites que pueden tener las capacidades estatales; en este caso, aspectos como la reforma agraria, el manejo político que se hace de los recursos, la proporción de recursos destinados a fomentar la investigación científica y el desarrollo, la presencia de inversión extranjera y la formación de capital humano son clave para entender si realmente en este momento histórico-económico se puede pensar que Estados como el ecuatoriano realmente están aumentando sus capacidades.

Finalmente, la propuesta teórico-metodológica adoptada para medir la capacidad estatal se plantea hacerlo desde dos dimensiones: técnico-administrativa y política. La dimensión técnico-administrativa abarca la efectividad de las acciones desarrolladas por el Estado para entregar de manera eficiente servicios a los ciudadanos, anclados en la calidad de los funcionarios responsables del proceso, así como la transparencia en la gestión y la posibilidad de auditar la función pública. En esta dimensión se debe incluir también la capacidad del recurso humano que está al frente de los procesos y su forma de vinculación al régimen de turno, como la posibilidad de desarrollar una carrera de servicio al interior del Estado.

En la dimensión política se debe considerar a la capacidad de negociación con grupos de la sociedad civil para la implementación de políticas públicas eficientes, así como los puentes de negociación y establecimiento de acuerdos con instituciones políticas de diversa índole. En esta dimensión, la gestión y negociación de políticas públicas es clave para medir este tipo de capacidad.

Un aspecto clave en el tema de capacidades es el aspecto económico, que tiene relación con la capacidad del Estado para generar recursos que le permitan operar y mantener operativa su gestión, lo cual resulta clave para garantizar un permanente cumplimiento de las obligaciones asumidas con los ciudadanos. En este sentido, las políticas tributarias de ingreso son trascendentales, así como la gestión transparente del gasto y la calidad de dicho gasto.

Si bien estas tres dimensiones abarcan los grandes ejes de acción del Estado, que deben ser observados y fortalecidos para que un país pueda ser capaz de sostener su modelo de desarrollo y lograr que sus ciudadanos se integren de manera efectiva al proceso de generación de riqueza, para la investigación se tomarán las capacidades administrativas y políticas como el eje de análisis, sin dejar de mencionar el tema

económico, pero centrando el trabajo en las dimensiones indicadas. La creación de una institucionalidad fuerte, desde los ámbitos político, económico, administrativo, técnico, humano y económico, son clave para medir, gestionar y profundizar en la capacidad de un Estado para transformar la realidad de su entorno social y económico en el largo plazo.

**Fuentes de información.-** Los datos estadísticos fueron proporcionados por organismos estatales como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), entre otros. Es importante señalar que las estadísticas de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) también se basan en fuente oficiales del gobierno. Se realizaron veintitrés entrevistas a funcionarios del MSP, dos viceministros, personal de salud que trabaja en centros de salud y hospitales, asesores del ministerio y representantes de la academia que investigan sobre el tema sanitario. Las entrevistas versaron sobre los procesos de transformación del sistema de salud y sus desafíos. Es importante señalar que la mayoría de entrevistados fueron funcionarios del gobierno que participaron en los procesos de reforma y asesoraron el proceso, además de médicos que prestaban sus servicios en centros de salud de las provincias de Tungurahua y Cotopaxi. Los representantes de la academia son estudiosos del área de salud y sus reformas que en muchos casos fueron críticos del proceso analizado.

En cuanto a otras fuentes, se utilizaron artículos científicos y estudios publicados relacionados con la temática del Sistema Nacional de Salud y su transformación, publicados entre 2006 y 2018 con el objetivo de contrastar la información y mostrar diversos puntos de vista en torno a los logros y desafíos alcanzados durante el período de tiempo analizado.

En relación a los entrevistados del ministerio, se debe acotar que todos colaboraron directamente en el proceso de reforma, ya sea como funcionarios de la cartera o como asesores de los ministros de turno. En el caso de los médicos, todos los profesionales entrevistados prestaban sus servicios en diversas casas de salud públicas y algunos eran becarios de programas de posgrado.





## **Capítulo primero**

### **Análisis, evaluación y fortalecimiento de las capacidades estatales**

Finalizada la década de 1990 en América Latina, el saldo producto de las políticas de ajuste estructural era negativo; el énfasis que se puso en reducir la injerencia del Estado en la vida económica y social dejó sumidos a varios millones de latinoamericanos en la pobreza y a muchos países frente a una crisis social y económica de gran envergadura. “Al cabo de 21 años de la aplicación de políticas de ajuste estructural y promoción de exportaciones en América Latina, inspiradas en el ‘Consenso de Washington’, la mayor parte de los países de la región no han logrado superar la crisis económica desatada con la moratoria de la deuda mexicana de 1982” (Larrea 2004, 17). Esta visión es compartida por Stiglitz (2003), para quien el fracaso de las medidas orientadas exclusivamente a impulsar el mercado se tradujo en desempleo, desigualdad y pérdida de oportunidades para los más pobres. La liberalización económica, el fomento a las exportaciones, el incremento de la inversión extranjera y el control de la inflación produjeron resultados diferentes en la región. En países como Ecuador, el crecimiento dinámico de la economía no se alcanzó y la equidad social se hizo más esquiva cuando, de la mano de la liberalización, se proclamó una estructura laboral que fomentó el desempleo y la precarización de los derechos de los trabajadores.

En el transcurso de la década de 1990 se evidenció que el desarrollo no se logra garantizando el buen funcionamiento del mercado, sino con la presencia de un Estado que funcione bien y permita a la mayoría de sus ciudadanos incorporarse al proceso económico. Reapareció, entonces, la necesidad de fortalecer las capacidades del Estado para que sea este quien se ponga nuevamente al frente de la economía e intente solucionar la crisis; se buscó apuntalar el desarrollo bajo la guía de un Estado fuerte, capaz de regular aspectos económicos clave que garanticen el crecimiento basado en una estrategia que integre la seguridad jurídica, creación de políticas sociales inclusivas, estabilidad macroeconómica e inversión en infraestructura y servicios (Zurbriggen y Travieso 2016).

El articulado de cada uno de los procesos ayudaría a que el Estado ingrese en un proceso sostenido de desarrollo; dicho proceso, en el caso latinoamericano, es una tarea

compleja que debe resolver dos aspectos básicos: crear capacidades estatales y apuntalar un proceso de industrialización competitivo. De estas dos condiciones, la primera, relacionada con el fortalecimiento de las capacidades estatales, es fundamental para apuntalar la segunda e iniciar un proceso de industrialización. Sin la primera es poco probable que la segunda llegue a concretarse.

Al revisar la literatura disponible sobre capacidades estatales se evidencia que la preocupación por la construcción de esas capacidades es multidimensional y abarca diversos aspectos, entre los más importantes se destacan: la cimentación de una burocracia eficiente, el establecimiento de una racionalidad fiscal, la edificación de una institucionalidad formal, el refuerzo de la seguridad jurídica y el fortalecimiento democrático. Fortalecer cada una de estas dimensiones permite al Estado afianzar la construcción de un proceso de desarrollo multidimensional, entre cuyas aristas más importantes están la reorganización y la reorientación del sistema económico, político e institucional para mejorar las condiciones de vida de la sociedad en su conjunto. Para afrontar el reto se debe lograr que el Estado desarrolle y fortalezca sus capacidades, y son precisamente estas las que marcarán la diferencia entre el éxito o el fracaso de un país y su proceso de desarrollo.

La teoría sobre capacidades estatales reaparece en los años de 1990 como parte de un análisis general sobre aquellos temas pendientes en materia de fortalecimiento de la institucionalidad del Estado, como requisito indispensable para la organización del desarrollo. En el abordaje conceptual se indica que para alcanzar altos niveles de desarrollo un país debe ser capaz de modificar su estructura institucional, fortalecer su capacidad administrativa y garantizar la administración de su territorio. Cada una de estas dimensiones forma parte de lo que se denomina de forma general capacidad estatal. En consecuencia, al hablar de desarrollo el Estado juega un papel muy importante como tomador de decisiones y ejecutor de acciones de largo aliento, capaces de modificar drásticamente la política económica, social y política de su entorno. El núcleo de este trabajo se construye en relación con estos aspectos brevemente descritos sobre las denominadas capacidades estatales. A lo largo del capítulo se revisa amplia bibliografía relacionada con la temática de capacidades estatales, especialmente con el núcleo central del trabajo: las capacidades administrativas y políticas.

La presente investigación aborda el rol del Estado como proveedor de bienes y servicios, así como las cuestiones técnicas y políticas que intervienen en la

consolidación del Sistema Nacional de Salud (SNS). La reflexión inicial aborda las diversas concepciones sobre capacidades estatales, sus limitaciones teóricas y posibilidades de medición y análisis.

### **1. Debate teórico sobre las capacidades estatales**

Una vertiente de la reflexión teórica alrededor de las capacidades estatales reaparece dentro de las ciencias sociales como parte de un análisis general relacionado con los desafíos que afrontan hoy países como los sudamericanos o los africanos para lograr apuntalar sus procesos de desarrollo, en medio de los retos que plantean el sistema capitalista y la globalización. Para autores como Repetto (2004, 11), “el desafío de construir y/o reconstruir capacidad estatal en materia de política social es uno de los “juegos” más complejos a los que se enfrentan los países, en particular, aquellos en desarrollo, luego de las primeras y profundas medidas de reformas estructurales aceleradas en las décadas pasadas”. Como señala este autor, el tema de las capacidades estatales adquiere relevancia en el marco del rediseño de la acción pública, encaminada a proponer y a sustentar en el largo plazo políticas direccionadas hacia un desarrollo social incluyente, en donde la dirección del proceso de la mano del Estado es básica e irrenunciable. El hecho más importante al momento de hablar y reflexionar sobre capacidades estatales tiene relación con mantener en el largo plazo las acciones que el Estado debe desarrollar en beneficio de sus ciudadanos.

Después de los resultados que en materia de desarrollo produjeron las reformas impulsadas por el Consenso de Washington en la década de 1990, regresó con mayor fuerza el interés por promover y mejorar la acción estatal desde el perfeccionamiento de su aparato burocrático. En palabras de Completa (2017, 116): “La noción de reformas de ‘segunda generación’ fue ideada por los organismos internacionales que elaboraron las primeras, con el objetivo de continuar o culminar su proceso de reestructuración del papel del Estado en la economía iniciado durante la etapa anterior” . Solo que, en este nuevo período, el interés ya no fue limitar las acciones del Estado, sino elevar los niveles de eficiencia y eficacia del aparato estatal. Un Estado eficiente era el objetivo de las nuevas reformas que perseguían mejorar la gobernanza y lograr que el aparato burocrático esté a la altura de los nuevos desafíos.

Dada la importancia de este nuevo enfoque para retomar la discusión sobre las tareas que se esperan del Estado, reapareció con fuerza la discusión sobre capacidades

estatales, su definición y alcances. Diversas instituciones y organismos como el Banco Mundial y el PNUD volvieron sus ojos en torno a lo que se espera del Estado, sus instituciones y sus funcionarios. En este punto se definió la capacidad estatal como “la habilidad de los individuos, instituciones y sociedades para desarrollar funciones, resolver problemas, definir y alcanzar objetivos de forma sostenible” (PNUD 2010, 7, citado en Completa 2017, 117). Tomando como punto de partida esta definición, se pueden retomar definiciones como que la capacidad estatal “es la aptitud de los entes estatales para alcanzar los fines que le han sido asignados interna o externamente” (Bertranou 2015, 39). Esto supone que para alcanzar determinados objetivos los entes estatales deben contar con fortalezas que les permita avanzar tanto en el diseño como en la ejecución de políticas públicas, lo que guarda relación con el margen de acción que puede tener el Estado en un determinado campo. Esto nos lleva a reflexionar sobre las decisiones que se toman, y las acciones que las respaldan; no solo es la decisión unilateral de privilegiar un problema sobre otro, se trata también de la forma en la que se gestiona y se resuelve o no lo identificado en la agenda pública. Como señalan Lattuada y Nogueira (2012, 32): “la función del Estado es la elaboración de políticas públicas y, en un plano normativo, que esas garanticen el bien común”.

La presencia de un Estado fuerte, capaz de articular propuestas de desarrollo, es una necesidad imperiosa en un continente en donde la promesa de transformar la realidad mediante la creación de mayores oportunidades no se ha materializado. Sin duda, mejorar la capacidad estatal para equiparar las oportunidades para todos los segmentos es el fin último de la democracia.

Asimismo, el análisis sobre la capacidad estatal es más sensible en América Latina, continente que durante los años de 1980 y principios de 1990 implementó una serie de políticas tendientes a garantizar el crecimiento económico; sin embargo, el conjunto de medidas adoptadas no se tradujo en bienestar. Para la gran mayoría de latinoamericanos el proceso de ajuste estructural significó pobreza, abandono del Estado y pérdidas de derechos. Para investigadores como Stiglitz (2003), las reformas impulsadas por el llamado Consenso de Washington no generaron crecimiento, y en la promulgación de recetas estandarizadas no se consideraron las circunstancias particulares de los países, por lo que los resultados fueron diversos y escasamente replicables. En este marco, el análisis de las capacidades estatales se retomó con fuerza después del proceso de ajuste estructural que sufrió la región durante estos años, cuando

se aplicaron los lineamientos del Consenso de Washington, los cuales buscaban limitar la injerencia del Estado bajo la premisa de que este había sido ineficiente en el aseguramiento del bienestar y en conseguir el crecimiento económico. Durante la etapa de ajuste se implementaron una serie de políticas que buscaban reducir al Estado a su mínima expresión, bajo la premisa de que, si el mercado operaba libremente, entonces se podía alcanzar eficiencia en el plano económico y mejoramiento del bienestar social. Bajo la idea de que los intereses de ciertas minorías políticas habían cooptado la institucionalidad estatal y habían perjudicado a las grandes mayorías, se dejó al mercado como el encargado de conseguir dinamizar la economía y lograr el crecimiento y la prosperidad (Isuani 2010; Evans 2007).

Sin embargo, terminado este proceso de ajuste los resultados fueron desalentadores. Como apunta Stiglitz (2003), la aplicación de las reformas de ajuste estructural no produjo los resultados esperados en materia de crecimiento, los países latinoamericanos apenas lograron mantener un crecimiento estable; durante estos años el salario real cayó, lo que acentuó la pobreza y la desigualdad. Es importante acotar que si bien la austeridad fiscal, la privatización y la liberalización de los mercados (pilares básicos del consenso) no lograron corregir desequilibrios sociales existentes en América Latina, sí garantizaron que países como Argentina o Chile lograran mantener tasas de crecimiento relativamente importantes; sin embargo, es claro que las políticas de ajuste limitaron la participación del Estado en aspectos como el económico o financiero, lo que hizo que este perdiera espacio como eje organizador de los procesos de desarrollo. Investigadores como Rhenals (2003) parten de la premisa de que las reformas en la región han sido muy heterogéneas, tanto en intensidad como en las áreas de intervención. Este autor realiza una revisión de las tasas de crecimiento de los países que iniciaron procesos de reformas y concluye que en muchos casos las reformas implementadas sirvieron para salir de la recesión, pero no lograron apuntalar un crecimiento sólido que permitiera eliminar la desigualdad.

Las promesas de crecimiento se cumplieron parcialmente en países como Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica y Perú, pero lo relacionado con calidad del empleo y mejoramiento de niveles de vida no se alcanzó; al contrario, el desempleo y la desigualdad aumentaron, disminuyeron las condiciones de vida de los sectores más vulnerables, se concentraron los beneficios y aumentaron la inseguridad y el subempleo (Moguillansky y Bielschowsky 2000). A criterio de Stiglitz (2003), las reformas

aplicadas en América Latina volvieron vulnerables a los países frente al riesgo por el exceso de liberalización de la economía, las reformas macroeconómicas no lucharon contra la inflación y el desempleo, en todo momento se impulsó el fortalecimiento del sector privado, pero no del sector público. En todo este proceso de reforma, la liberalización de los mercados de capitales resultó ser desastrosa en términos económicos; los prestatarios fueron quienes asumieron los costos cuando las tasas de interés se dispararon, en este caso los países que habían contraído créditos terminaron pagando un precio elevado por los intereses. A esto se sumó la imposición de medidas que impidieron a los gobiernos actuar para contener la crisis, que no fue solo económica sino también social, educativa y de salud. Para cambiar el panorama de desigualdad profunda existente en América Latina:

El fortalecimiento de las instituciones y la presencia de un Estado más eficiente son condiciones necesarias para el buen funcionamiento de los mercados. El desarrollo no depende exclusivamente del buen funcionamiento de los mercados y los mecanismos que lo regulan. Es necesario que, además, el Estado funcione bien y que la población pueda incorporarse efectivamente al proceso económico; en ambos casos, el problema está en las instituciones públicas (Rhenals 2003, 86).

Como fruto de este proceso, la capacidad institucional de muchos Estados disminuyó, por lo que décadas más tarde nuevamente se retoma el discurso sobre el fortalecimiento de las capacidades estatales.

En América Latina (así como en el resto del Tercer Mundo) se ha hablado mucho en los últimos tiempos de reforma del Estado, concepto que designa un proceso de cambio de la organización estatal. En unas ocasiones esto se lo vincula al dominio de la economía nacional e internacional, otras veces, alude a la necesidad de instituir otras reglas de funcionamiento político que garanticen la práctica democrática.

Tanto la reforma del Estado vista desde el mercado como el perfeccionamiento de la democracia constituyen uno de los grandes desafíos para la política y las ciencias sociales modernas. En el caso del análisis, la reforma del Estado se entiende como cambio en el ejercicio del poder en el régimen y como cambio hacia otro sistema político independientemente de que este deba llevar implícitos, necesariamente, la preeminencia del mercado en la construcción de la democracia (Flores Vega 2017, 10).

Las dificultades que en cada nación conlleva la transformación del Estado justifican en los países en vías de desarrollo la elección de gobiernos que ofrecen llevar a cabo esa tarea, aunque al final no desarrollen los programas y las actividades que permitan —por lo menos— empezar a cambiar las viejas e inequitativas estructuras estatales. Por ello, Flores Vega (2017, 11) considera al Estado latinoamericano como “periférico y de institucionalización reciente y diferida, es decir, un Estado donde la encarnación de las instituciones clásicas y la implementación de las políticas de control en la sociedad es muy reciente y difiere del carácter originario de las centrales”. Los regímenes que el autor denomina periféricos son el resultado de, por un lado, mezclas de varios modelos y, por otro, de rechazar los modelos clásicos, que se constituyen en las nuevas formas del ejercicio del poder, cuyas constituciones (y las instituciones) mezclan formas autóctonas con estructuras coloniales.

En general, son países que, habiendo sido colonizados, ocupados o sujetos a dictaduras, en la etapa de independencia o en vías de obtenerla, han importado una o varias formas de Estados constitucionales. En estas circunstancias, solo después de varios años de pasada la independencia a principios del siglo XIX en América Latina, y a mediados del XX en África y Asia, comienzan a imponerse de hecho y con lentitud, las instituciones trasplantadas (Flores Vega 2017, 11).

Sin embargo, continúa pendiente la construcción de una institucionalidad fuerte, con entidades que se ocupen del desarrollo constitucional; solo unas pocas instituciones se desempeñan según su diseño. En cuanto al adjetivo con que el autor califica a estos Estados, se refiere a que la asimilación efectiva de los modelos importados ha sido reciente, es decir, la mayoría de los países pasaron a un proceso de institucionalización. Pese a ello, “debido a que las formas impuestas desde el exterior son formas cercanas a la tradición local, algunos países se adaptan rápidamente a las nuevas normas y encuentran rápidamente su propia Constitución” (11). La forma y la intensidad de la adaptación o los rechazos de los modelos importados es lo que define a los modelos de cada nación.

En conclusión, una vez finalizado el proceso de ajuste, el mismo Banco Mundial reconoció que iniciar un proceso de desarrollo con el Estado al margen no era posible; por lo tanto, recomendaba un gobierno capaz de organizar el entorno económico y fortalecer la institucionalidad. “[L]a existencia de un Estado eficaz y atento a las

necesidades de la población es decisiva para la salud y la prosperidad a largo plazo de la sociedad” (Banco Mundial 1997, 17). A criterio del Banco Mundial, tener un Estado eficaz es necesario para que la población pueda acceder a los bienes, servicios, normas e instituciones que hacen posible que los mercados y las sociedades prosperen. Se demanda, entonces, un Estado capaz de reasumir el control de la economía y que cumpla con su rol como administrador de los intereses sociales; aparece “una preocupación más amplia por la construcción y/o reconstrucción de las instancias habilitadas para gobernar procesos complejos” (Repetto 2004, 1). Se retoma el análisis sobre el papel central del Estado como organizador de la vida económica y social, protagonista del desarrollo y dinamizador de las relaciones con el sector empresarial; nuevamente se empieza a hablar de un Estado denominado “progresista”, que busca redimensionar sus capacidades y transformarse en “desarrollista”. Tal como lo indica Evans (1996, 559), “el aumento de la capacidad del Estado sigue siendo un requisito de cualquier política económica eficaz, incluido el ajuste estructural sostenido. Pretender lo contrario sería una variante peligrosa de utopismo. Transformar el Estado de modo que deje de ser un problema y se convierta en solución debe ser el punto central de cualquier plan de acción realista emprendido en los países del Tercer Mundo”.

Al igual que Evans, el Banco Mundial considera que es recomendable fortalecer y ampliar las capacidades de un Estado para lograr mejores resultados en materia económica y social. En el informe de 1997, titulado *El Estado en un mundo en transformación* (Banco Mundial 1997), se destacaba la importancia que tiene el crear y mejorar determinadas capacidades para que un Estado sea eficiente, capaz de diseñar y sostener procesos de desarrollo y pueda transformar la realidad económica y social. “El Informe del Banco Mundial destaca la importancia crucial de las instituciones gubernamentales y la estabilidad política para lograr un desarrollo económico exitoso en el largo plazo y, particularmente, para el propio funcionamiento de los mercados” (Zurbriggen 2007, 158). El trabajo de 1997 destacaba un conjunto de funciones mínimas, intermedias y dinámicas<sup>3</sup> que los Estados debían desarrollar para garantizar su

---

<sup>3</sup> Entre las funciones mínimas se destacan la defensa, el mantenimiento de la ley y el orden, garantizar los derechos de propiedad, la gestión macroeconómica, el suministro de bienes públicos y la corrección de las disfunciones del mercado. Las funciones intermedias destacan la protección del medioambiente, la regulación de los servicios públicos, corrección de información imperfecta en el plano económico, creación de seguros sociales. Las funciones dinámicas se refieren a la coordinación de actividades con el sector privado, la redistribución equitativa y el desarrollo de iniciativas empresariales (Fukuyama 2004, 24).



éxito en el tiempo. Según este postulado, la capacidad de un Estado variará considerablemente según las funciones que tenga que cumplir (Fukuyama 2004). Esta observación refuerza lo ya propuesto por autores como Weber o Polanyi, quienes en sus análisis sobre sociedades de mercado consolidadas destacaban el intervencionismo estatal como un punto clave en el desarrollo de las empresas capitalistas. Esta premisa se confirma con los estudios realizados sobre los denominados tigres asiáticos (Corea del Sur, Taiwán, Hong Kong y Singapur), los cuales alcanzaron un éxito económico notable gracias a la participación activa del Estado en materia económica (Evans 1996). A esto se suma el fortalecimiento institucional, la estabilidad democrática, la ampliación de la recaudación fiscal y el aseguramiento jurídico.

Sobre esta base teórica, y con la evidencia empírica aportada por diversos estudios, se refuerza la idea de que el Estado es el responsable de construir el desarrollo, y para hacer posible esta premisa se demanda de su transformación y se plantea la necesidad de fortalecer sus capacidades. La noción de capacidades estatales guarda relación con la construcción y sostenimiento del aparato estatal y sus instituciones en el tiempo. En este punto es importante aclarar que la capacidad del Estado se puede analizar desde dos dimensiones: por un lado, entendiendo la capacidad estatal como el alcance que tiene la acción estatal (autonomía), y por otro, la eficacia del aparato burocrático para llevar a cabo sus objetivos (Lattuada y Nogueira 2012, 33). Para el caso del estudio, se analizará la capacidad estatal como la eficacia de aparato burocrático para llevar a cabo sus objetivos y se tomarán dos dimensiones: capacidad política y administrativa.

Se puede ubicar la génesis del concepto en la definición de “poder infraestructural” del Estado de Michael Mann (2008). El autor vincula los estudios sobre el Estado con los trabajos acerca de su capacidad, por medio de la distinción entre poder despótico y poder infraestructural. Sostiene que el poder despótico es aquel que surge del rango de acciones que la élite estatal puede realizar sin consultar a los grupos de la sociedad civil. En cambio, el poder infraestructural se relaciona con la capacidad del Estado de, efectivamente, penetrar en la sociedad civil e implementar sus acciones en el territorio. Esta segunda dimensión considera una dimensión del poder de un Estado que se vincula a su capacidad administrativa y no a su capacidad política, e incorpora a las políticas públicas en su definición (Corporación Andina de Fomento 2017, 13).

El estudio de la capacidad estatal se lo puede realizar desde tres enfoques: el nivel de penetración del Estado en el territorio; la autonomía del Estado para

implementar políticas; y la profesionalización de la burocracia. Cada uno de estos enfoques nos ayuda a comprender de mejor manera que las capacidades estatales son multidimensionales y que su análisis o medición es posible cuando se estudia en concreto la provisión de un servicio público. La racionalidad burocrática y su eficiencia ha sido uno de los pilares de los estudios sobre capacidades estatales. Desde Weber y su enfoque sobre racionalidad burocrática, diversos autores han desarrollado extensas investigaciones relacionadas con esta perspectiva. Otros enfoques han abordado el nivel de penetración del Estado en el territorio y otros se encuadraron en el análisis sobre la implementación de políticas públicas concretas. En este último caso, el análisis de las dimensiones política y administrativa son las que se pueden considerar básicas para medir el nivel de capacidad estatal alcanzado en un determinado período.

Evidentemente, la noción de *capacidades estatales* posee una vinculación directa con los *modos de hacer* del Estado. Es decir, las posibilidades de acción que tiene este complejo institucional a través de diferentes políticas públicas, programas, marcos institucionales y demás instrumentos. Un Estado, en términos analíticos, puede ser entonces adjetivado como “capaz” frente a sus modos de intervenir ante determinados contextos (Lattuada y Nogueira 2012, 32).

Para autores como Alonso y Repetto, la discusión alrededor de la capacidad estatal cobra sentido cuando se revaloriza el rol que cumple el Estado en el plano económico y social; cuando este retoma sus funciones, estas se constituyen en determinantes de su nivel de capacidad y determinan su éxito (Fukuyama 2004). Se establece claramente la importancia que tiene el fortalecimiento de las capacidades estatales, pero ahora lo complejo es entender qué son y cómo se analizan dichas capacidades. Para autores como Kocher (2010), hablar de capacidad estatal como categoría general de análisis no es un factor explicativo de nada, sencillamente se puede analizar una capacidad en particular, pero en ningún caso las capacidades en general. Por lo tanto, al momento de realizar un análisis empírico sobre las capacidades estatales es muy importante considerar las dimensiones a ser analizadas y los indicadores sobre los cuales se cimentará la observación. Como señala este autor, explicar la debilidad de un Estado se constituye en el objeto de la explicación, pero en ningún caso es la explicación en sí. Este criterio es compartido por Mok y Yep (2008), para quienes al calificar a un Estado como débil o fuerte es importante saber que las capacidades varían

en el tiempo y no pueden analizarse desde un solo enfoque; siempre será importante reconstruir las relaciones entre el Estado, los sectores estatales y el mercado para dimensionar las capacidades e intentar valorarlas. Las capacidades estatales pueden ser analizadas desde un marco institucional o relacional, en el primer caso el énfasis está en las capacidades institucionales, mientras que en el segundo en el plano de las acciones concretas fuera del Estado. En el primer caso, el marco de las capacidades administrativas será suficiente, mientras que en el segundo, las capacidades políticas entrarán en juego.

Planteada esta dificultad inicial, se puede asumir el análisis de las capacidades estatales entendiéndolas como aquellas variables que determinarán el éxito o el fracaso de un Estado desde la definición y ejecución de las políticas públicas. A partir de este enfoque es posible analizar las capacidades estatales como procesos o como resultados. Desde esta primera óptica es claro que la tarea de definir las capacidades estatales es compleja, y la forma en que se aborde su definición y evaluación permitirá a un investigador orientar su trabajo dentro de un contexto determinado de análisis. Es importante, para empezar esta reflexión, analizar lo que propone Fukuyama (2004), y distinguir entre el alcance de las actividades estatales y la capacidad estatal. Mientras las primeras guardan relación con las funciones y objetivos de los gobiernos, la capacidad estatal es aquella que permite programar, elaborar políticas y aplicar las leyes con rigor y transparencia. Para este autor, las capacidades estatales se evidencian en la toma de decisiones efectivas medidas a través de la implementación de políticas públicas y también en la seguridad jurídica encaminada a determinar los límites y alcances de las acciones particulares.

Otro punto de vista sobre las capacidades estatales es el que se encuentra en el trabajo de Hilderbrand y Grindle (1997), para quienes se define como la habilidad lograda por las agencias estatales para plantear y desarrollar tareas bajo tres premisas: efectividad, eficiencia y sustentabilidad. El nivel de éxito que logre alcanzar una agencia estatal guarda estrecha relación con el nivel de desarrollo de cuatro tipos de capacidades: capacidad institucional, capacidad técnica, capacidad administrativa y capacidad política. En este punto coinciden Lattuada y Nogueira (2012), quienes enfatizan en que los pilares de la capacidad estatal están sustentados en la capacidad política y la capacidad institucional-administrativa. Así, la capacidad política tiene relación con la identificación y el procesamiento de las demandas sociales por parte de

los gobiernos. Esta dimensión abarca la identificación de una demanda que se concretará o no en el diseño de una política. Mientras que la capacidad administrativa se relaciona con el aparato organizacional, cuyo énfasis está en el recurso humano y su nivel de formación, así como su capacidad de acción dentro de los procedimientos existentes. Para estos autores estas dos dimensiones son la base de la capacidad estatal.

En este punto coinciden autores como Repetto y Alonso, quienes distinguen y aceptan las dimensiones política y administrativa como campos en donde se mide o se manifiesta la capacidad estatal.

Como apunta Repetto (2004), mientras que:

La capacidad administrativa se refiere a la habilidad de los Estados para llevar adelante la entrega de bienes y servicios; la capacidad política refiere a la habilidad de los Estados para responder a demandas sociales, permitir la canalización y representación de intereses sociales incorporando la participación social en la realización de decisiones y en la resolución de conflictos (14).

Tanto la capacidad política como la capacidad administrativa deben abordarse y analizarse como componentes clave de la capacidad estatal. Finalmente, es claro que el aumento de las capacidades estatales implica la penetración del Estado en el territorio y la sociedad, mediante la existencia de instituciones y redes que hacen que el Estado se legitime a través de la entrega de bienes y servicios a los ciudadanos. En el diseño y la ejecución de las políticas públicas es donde se puede medir el aumento o no de las capacidades estatales.

Para Repetto (2003, 6), las capacidades estatales se definen como “la aptitud de las instancias de gobierno para plasmar, a través de políticas públicas, los máximos niveles posibles de valor social, dadas ciertas restricciones contextuales y según ciertas definiciones colectivas acerca de cuáles son los problemas públicos fundamentales y cuál es el valor social específico que en cada caso debiese proveer la respuesta estatal a dichos problemas”. En definitiva, las capacidades estatales se remiten a la forma en que el Estado crea, reproduce y mantiene sus políticas (Casa 2013). En este punto se debe precisar que la capacidad estatal debe ser analizada en relación a los fines o metas que debe cumplir, pues no puede ser valorada o evaluada en abstracto (Bertranou 2015). El cumplimiento de metas es lo que determinará si las capacidades estatales se

fortalecieron o no. La transformación institucional y el establecimiento de reglas claras en el proceso permiten medir el nivel de fortalecimiento alcanzado.

En todo momento, los autores revisados asocian la capacidad estatal con aquellas habilidades capaces de lograr que el Estado penetre en la sociedad y haga que esta acate sus políticas, al tiempo que estructura procedimientos para garantizar servicios básicos y fortalecer la extracción de recursos para mantener sus funciones.

Si se analiza la capacidad estatal desde su aparato burocrático e institucional, entonces las capacidades estatales guardan relación con el conjunto de “habilidades y facultades con que cuenta el Estado para generar procesos racionales de política pública en condiciones de autonomía” (Rodríguez 2007, 1). En esta concepción teórica la legitimidad del accionar del Estado se consigue en la medida en que el aparato institucional puede canalizar las demandas sociales y traducirlas en la elaboración de políticas públicas, cuyo fin es contribuir al bienestar general. Esto es posible en la medida en que se cuenta con un cuerpo burocrático capacitado y eficiente que es capaz de mediar y negociar acuerdos con diversos sectores. En este contexto, Evans (2007) asocia y engloba la capacidad estatal dentro de la denominada autonomía arraigada, que se consolida mediante una organización burocrática desarrollada que tiene capacidad de intervención sobre los actores privados para lograr en conjunto acuerdos sobre industrialización y competitividad en el largo plazo. Chibber (2008), por otro lado, menciona que el Estado desarrollista debe apuntalar su proceso como tal, bajo dos aristas: la burocracia racional y el fortalecimiento de agencias estatales que funcionen como nudos de enlace entre el Estado y diversos grupos económicos.

Si se afronta el análisis de la capacidad estatal desde el aspecto político, entonces es importante revisar los postulados teóricos de autores como Migdal (2011), para quien la capacidad estatal es aquel mecanismo que permite a los líderes estatales utilizar los órganos del Estado con el fin de lograr que los integrantes de una sociedad hagan lo que ellos quieren que se haga (Repetto 2003). Al tiempo, autores como Skocpol (1989) entienden la capacidad del Estado como aquella que se manifiesta en el control del orden interno, tanto en el plano económico como en el social. La acción estatal debe analizarse desde su proceso organizativo con relación a los grupos sociales y a los factores de conflicto y cooperación que aparecen en esta relación. Esto es coherente con lo propuesto por Weiss (2003), quien enfatiza en la capacidad transformativa del Estado, la cual le permite a este adaptarse a los *shocks* y a las

presiones externas. Otra forma de medir la capacidad estatal es la planteada por Mann (1997), quien defiende que “la autonomía estatal, en las dos formas despótica e infraestructural, procede principalmente de la específica capacidad del Estado de proporcionar una forma de organización *territorialmente centralizada*” (2006, 3).

En la propuesta de Mann (1997), tanto el poder despótico como el infraestructural se combinan para crear un Estado fuerte. El incremento del poder infraestructural no necesariamente aumenta o reduce el poder distributivo o despótico, pero sí incrementa el poder colectivo del Estado. El Estado debe incrementar tanto su poder despótico como infraestructural, y garantizar a los ciudadanos aspectos relacionados con el cumplimiento de la ley y el orden, la regulación, la prestación de servicios básicos y la defensa. Estos son elementos que Centeno (2009) califica de *inputs*, o productos básicos que los Estados deben producir para garantizar su supervivencia y el bienestar de los ciudadanos. En la medida en que los Estados no son capaces de brindar estos productos, sus capacidades se ven limitadas y aparecen déficits insalvables.

La capacidad estatal es un atributo de organizaciones públicas. Es al mismo tiempo un atributo relacional en el sentido en que las dotaciones de capacidad requeridas para el cumplimiento de ciertos fines dependen de la propensión a la cooperación y al cumplimiento voluntario de normas por parte de los ciudadanos. A mayor cooperación de estos, menos dotaciones (o distintas) son requeridas (Bertranou 2015, 39).

Es evidente que analizar diferentes dimensiones de las capacidades estatales facilita su entendimiento y se las puede definir como aquellos aspectos del Estado que posibilitan que este actúe de manera eficiente para atender las demandas sociales, por un lado, desde el fortalecimiento institucional, y, por otro, desde la construcción, delimitación y penetración de aquellos espacios de poder en donde se ven reflejados los intereses de los grupos sociales y económicos que interactúan con él.

Como destaca Repetto (2004):

[L]a capacidad estatal constituye un bien escaso, que depende no solo de la existencia de organizaciones burocráticas administrativas coherentes y cuadros burocráticos expertos bien motivados, sino también del tipo de interacción política que, enmarcada en ciertas reglas, normas y costumbres, establezcan los actores del Estado y el régimen

político con los sectores socioeconómicos y aquellos que operan en el contexto internacional (31).

Está claro, entonces, que las capacidades estatales son aquellas que permiten al Estado legitimar su papel como organizador de un proceso de desarrollo y actor clave en la construcción de las políticas públicas que permitan canalizar las demandas de diversos grupos de presión. En este proceso el Estado debe ampliar su poder despótico, reflejado en la construcción de una mejor burocracia y reglas claras a nivel organizacional, y fortalecer su poder infraestructural mediante acuerdos que hagan efectivas sus decisiones mediante el consenso social. Tal como lo señalan Fernández y Vigil (2012, 55): “Las capacidades estatales tienen lugar a partir de una tan necesaria como retroalimentaria asociación entre una autonomía en las estructuras centrales de decisión estatal y una penetración de dichas estructuras en el escenario económico social, por medio de las cuales se establecen sólidas interacciones con los actores económico sociales”. En todo el proceso se evidencia la necesidad de contar con instituciones estatales capaces de funcionar como “nudos conectores” entre el Estado y la sociedad civil. Estos nudos son los que permitirán orientar las políticas económicas y lograr compromisos a largo plazo. Pensar en un desarrollo sin la presencia del Estado es simplemente imposible.

La reflexión en torno a los deberes que tienen los Estados se debate y construye alrededor de los desafíos que estos tienen para dar respuesta al cambio social.

El tema de las capacidades estatales invita a reflexionar sobre el Estado y su capacidad de transformación social. Como indica Andrade (2020), la transformación y el retorno de los Estados es un fenómeno que se dio con fuerza en América Latina, pero no se limitó a esta zona geográfica. Desde Europa, pasando por Estados Unidos y países como Venezuela, la presencia del Estado se evidenció desde finales del siglo anterior. Andrade también apunta que con la elección de gobiernos con tendencia política de izquierda se despertó en América Latina un interés del Estado como instrumento de transformación social, lo que invita a una reflexión teórica importante sobre sus capacidades.

La expresión política de este cambio en diversos países se dio con la llegada al gobierno nacional de partidos y movimientos de izquierda y/o progresistas, que consolidaron un

fuerte apoyo ciudadano a partir de proponer la construcción de un nuevo modelo de desarrollo, que en líneas generales ha sido rotulado como “Neodesarrollismo” (Freigedo, Fuentes y Milanesi 2015, 69).

Completa (2017) asegura que las capacidades estatales que necesita un Estado de tipo democrático serán muy diferentes a las que precisa uno de tipo autoritario. La principal diferencia radica en los objetivos que uno y otro se propone alcanzar. Rubio Llorente (2001) estima que el Estado posee deberes a los que puede calificarse de constitucionales, los que constan en la norma suprema y en la legislación, por lo que para ordenar y clasificar los distintos deberes los cataloga en tres grupos: impuestos en interés del Estado, que sirven al interés del país y, por último, los anómalos, cuya existencia e imposición justifica en razón de muy diversas finalidades.

Castelló (1972), quien analiza los deberes del Estado como obligación política, con un sentido más amplio y, asimismo, más complejo, sostiene que hay quienes entienden como tal a las obligaciones y deberes que tiene el ciudadano; en cambio, otros “la conciben solo como el conjunto de deberes y obligaciones del Estado para con sus miembros; otros la ven como el conjunto de deberes y obligaciones del funcionario público y el político para con el Estado, la Administración y los demás ciudadanos” (112). Igualmente, algunos ponen el foco en los deberes y obligaciones no solo para los ciudadanos, también y especialmente con otros Estados y con los organismos y leyes del derecho internacional. Todas estas deliberaciones son correctas, puesto que cada una de ellas representa una parte de las potestades y capacidades estatales, puesto que el Estado es una construcción que responde a las necesidades y fines de desarrollo de la humanidad, fines que en sus diferentes estadios pueden tener un alcance de tipo individual o social; en este contexto, en su accionar el Estado está obligado y constreñido a velar por la protección integral de la dignidad humana” (Caicedo Tapia 2008). Asimismo, las personas que viven en una determinada sociedad tampoco son impunes a la responsabilidad de sus actos u omisiones. A todos los miembros de una comunidad les caben por igual obligaciones y derechos.

La dimensión de legitimidad del Estado no ha dejado de estar en entredicho aun en esta época de democracias más o menos estables y de cooperación globalizada de las naciones, y esto porque la soberanía de cada país permite que al interior de este se den acontecimientos que pongan en peligro las estructuras mismas del Estado. Es el caso de



las ocasiones en las que las instituciones dejan de funcionar, como en amplias zonas de África, donde las guerras tribales y la codicia de unos pocos han llevado a los organismos internacionales a definir países enteros (o porciones de ellos) como Estados fallidos. En América Latina puede hablarse de algunos territorios de México, donde manda el narco, igual que en Colombia, donde las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, FARC, le disputaron al Estado la gobernanza de las zonas en las que se asentaron. En el Caribe está Haití, país que parece implosionar cada cierto tiempo.

Con la capacidad, sostiene el autor, se da una situación similar, pero la ambivalencia no se ubica ya entre régimen y Estado, sino entre este y administración. Las denominadas como capacidades del Estado se identifican con la existencia de, por un lado, unas instituciones, y por otro, un cuerpo de profesionales (funcionarios), reclutados y promovidos para dar un servicio público. Por tanto, afirma el autor, la capacidad “parece ser un atributo más de la administración del Estado que del Estado mismo” (Mazzuca 2012, 551). Y en lo relativo al tercer atributo, la autonomía, esta es probablemente más compleja, ya que se debate aún si pertenece al Estado o al gobierno. Se entiende, sin embargo, que hay una divergencia importante entre los intereses de poderosos actores sociales y el contenido de las políticas públicas; “la autonomía del Estado y la autonomía del gobierno son atributos difíciles de distinguir entre sí” (Mazzuca 2012, 551). Una vez superada la discusión sobre la legitimidad, tanto las capacidades como la autonomía dan cuenta de la fortaleza o debilidad de las instituciones estatales (y sus autoridades-funcionarios) para desarrollar una agenda y ejecutar las políticas públicas.

En el caso del estudio se analizarán los esfuerzos realizados por el gobierno para crear capacidad estatal en el plano de la salud, analizando en este contexto la construcción de infraestructura y las transformaciones institucionales iniciadas para fortalecer la presencia del Estado como ente regulador del SNS. Analizar las dimensiones administrativa y política de lo que se hizo en el proceso de transformación del Estado en el sector salud es el objetivo de este trabajo de investigación.

## **2. Evaluación y análisis de las capacidades estatales**

En la evaluación y análisis sobresalen cinco grandes ámbitos, cada uno con sus niveles o áreas, sus políticas y programas, como señala Repetto, “en los cuales se pone en juego la capacidad estatal, y que permiten entender por qué la misma no es algo que

pueda limitarse a aspectos técnico-administrativos ‘puertas adentro’ del aparato estatal, tal como se ha utilizado el concepto en diversas ocasiones” (2004, 3). Entendidos los alcances que tienen las capacidades estatales, es importante conocer dónde se manifiestan y, por tanto, saber cuáles son las aristas desde las cuales se puede pensar en su fortalecimiento. Las manifestaciones más evidentes de la capacidad estatal son:

1. El mantenimiento del orden y la ley.
2. El orden político-institucional.
3. La gestión económica.
4. El sistema de protección social.
5. Posicionamiento del país dentro del sistema político y económico internacional.

Todos y cada uno de los ámbitos en donde se expresa la capacidad estatal están relacionados con las funciones que cumple un Estado. Es importante anotar que estas funciones se complejizan a medida que el entorno social y económico es más demandante y ejerce una presión mayor sobre el Estado. En el análisis empírico sobre las dimensiones de la capacidad estatal es importante no perder de vista cada aspecto y realizar el análisis en conjunto, sin olvidar en qué medida el Estado realiza esta labor desde la perspectiva de la eficiencia, la eficacia y la *accountability*. Incorporar estas variables al análisis de las capacidades estatales permite evidenciar la labor del Estado en el ejercicio de elaboración de las políticas públicas (Hilderbrand y Grindle 1997). Cada una de estas dimensiones tiene una característica particular y se especifica de la siguiente manera:

- **Eficiencia:** que se define como la asignación óptima de recursos en un contexto de restricciones de diversa índole.
- **Eficacia:** se relaciona con el grado en que se logran los objetivos buscados, sin importar los costos que ello implica.
- **Accountability:** se refiere a un valor y a una serie de mecanismos que deben guiar, tanto la acción de gobierno referida a la rendición de cuentas de sus actos ante la sociedad como el equilibrio de poder de los gobernantes en términos de *checks and balances*.

Todos los autores consultados coinciden en que la capacidad estatal permite a un Estado determinar su nivel de alcance, a la vez que garantiza su permanencia en el tiempo. Se debe construir capacidad estatal para garantizar que el poder infraestructural del Estado llegue a todo su territorio y, efectivamente, permita ejercer autoridad. De la

capacidad de un Estado para penetrar en el territorio, organizar la administración y ordenar la disponibilidad de recursos dependerá su éxito o su fracaso (Whitehead 2010). Entonces, la capacidad estatal garantiza su propia supervivencia en el tiempo y permite que el Estado actúe bajo principios de legitimidad y equidad.

### Los para qué de la capacidad estatal

- **Legitimidad:** se refiere a los consensos básicos que los actores relevantes involucrados, la ciudadanía en general y los propios beneficiarios en particular, establecen en torno al modo en que se enfrenta la problemática a abordar.
- **Equidad pertinente:** implica el logro de la igualdad de oportunidades en sus diversas aristas, entre las que cabe destacar la igualdad de accesos, así como la igualdad en términos de efectos de las decisiones públicas instrumentadas. Asimismo, y ahí su componente de pertinencia, se sugiere que la oferta de políticas públicas debe adecuarse a las necesidades que establece la situación problemática sobre la que se intenta operar, así como debe buscar resolver las causas del problema en cuestión.

La construcción de la capacidad estatal es lo que permite a un Estado fortalecer el denominado poder infraestructural que le ayuda a que la sociedad acepte su injerencia y pueda consolidar sus políticas en el largo plazo. La definición conceptual del término *capacidades estatales* refiere irremediamente a la identificación de las funciones mínimas que un Estado debe cumplir para garantizar su permanencia en el tiempo. Según esta premisa, el análisis sobre las capacidades estatales guarda estrecha relación con el seguimiento que se haga de aquellas tareas denominadas mínimas, intermedias y dinámicas, según las cuales se puede determinar el alcance de un Estado. Desde esta premisa, todos los trabajos consultados sobre el análisis de las capacidades estatales identifican un listado de tareas mínimas; por ejemplo: la seguridad,<sup>4</sup> la extracción de recursos<sup>5</sup> y la capacidad administrativa,<sup>6</sup> indicadores que deben ser analizados sin olvidar la perspectiva local y global con relación al Estado (Soifer 2015).

---

<sup>4</sup> Esta dimensión debe analizarse a través de tres indicadores: tasa de homicidios violentos, tasa de linchamientos y proporción de seguridad privada con relación a las fuerzas regulares del Estado.

<sup>5</sup> Para medir esta dimensión se propone analizar: impuestos directos e indirectos, recaudación de impuestos por regiones, tipos de impuestos, nivel de imposición y políticas de incentivos.

<sup>6</sup> En cuanto al aspecto administrativo se sugiere revisar: la administración del censo, cobertura del registro civil, el padrón electoral y prestación de servicios básicos.

Otras dimensiones importantes en donde se puede evidenciar la capacidad estatal son el aspecto fiscal, legal y económico, pilares importantes a la hora de hablar de la consolidación de un Estado fuerte, así como de una sociedad que avanza en armonía. Para Besley y Persson (2011) el mantenimiento de la paz, la recaudación de impuestos y la administración de justicia son básicos al momento de determinar si un Estado es capaz o no. La variable “mantenimiento de la paz” está relacionada con la ausencia de conflictos internos (represión política) o guerras; la recaudación de impuestos los presupone de una estructura estatal que hace que estos sean fácilmente extraídos de los contribuyentes, mientras que la administración de la justicia se relaciona con el respeto y apoyo al cumplimiento de contratos, respeto a la propiedad intelectual y a una clara diferenciación entre lo público y lo privado. La investigación desarrollada por Besley y Persson se centra en indagar sobre las circunstancias que permiten a los países erigir los tres pilares que Smith señala para la prosperidad. Para ello se trabaja bajo cuatro enfoques: el estudio del desarrollo a largo plazo, y sus determinantes; la sociedad, guerras civiles y conflictos internos; importancia de la historia en los actuales patrones de desarrollo; y cómo la economía y la política interactúan en la conformación de los resultados sociales.

En el enfoque de estos autores, las instituciones políticas cumplen un papel muy importante, ya que existe una fuerte correlación entre las instituciones políticas y la capacidad fiscal y legal. La estabilidad política es otro determinante de la capacidad del Estado. Si los intereses comunes son débiles y las instituciones políticas son cohesivas, cada titular tiende a dedicar la mayor parte de los ingresos del Estado para la redistribución a favor de su propio grupo. Si se mantiene constante el nivel de ingreso y elevadas las rentas, existe menor incentivo para crear capacidad fiscal y legal; por el contrario, si se conserva constante la estructura económica, a mayor nivel de ingreso mayor capacidad del mercado para generar ingresos e incentivos para hacer crecer la capacidad del Estado. Los bajos ingresos pueden disminuir las inversiones en capacidad legal y fiscal.

Finalmente, sin la capacidad para la redistribución a través de impuestos y transferencias, los gobernantes pueden tratar de redistribuir mediante la búsqueda de rentas por sus grupos. La búsqueda de rentas perseguida a través de medidas como la regulación ineficiente crea distorsiones de la producción que se alimentan de los bajos ingresos. En Estados débiles no hay incentivo para invertir en capacidad fiscal porque

las instituciones no son cohesivas. En definitiva, cada dimensión que se analiza dentro de la capacidad estatal está interconectada y permite reducir los conflictos sociales, lo que garantizará el cumplimiento de los objetivos sociales. Para otros autores, al momento de estudiar las capacidades estatales es importante examinar la capacidad militar, la capacidad burocrático-administrativa y la calidad y coherencia de las instituciones políticas (Hendrix 2015), entre otros. Todos los autores, sin embargo, coinciden en que es importante analizar diversas dimensiones dentro de una línea temporal de cambio y transformación para dar cuenta integral del fenómeno capacidad estatal.

En lo que se refiere a trabajos concretos, se cita a Hendrix, quien menciona tres categorías desde las cuales se puede considerar el análisis del nivel de desarrollo alcanzado por las capacidades estatales; estas son: la capacidad militar, la capacidad burocrático-administrativa y la calidad y coherencia de las instituciones políticas. Cada una de estas categorías de análisis da cuenta de la importancia que tiene para un Estado apuntalar procesos como el uso de la fuerza, la profesionalización burocrática, la eficiencia fiscal y el entramado político para ser considerada como fuerte y capaz de solucionar los problemas de la sociedad a la que dice representar.

Este autor muestra que la calidad burocrática y la participación en el PIB del total de impuestos se destacan como las definiciones más representativas de las medidas de capacidad de un Estado. La capacidad estatal se analiza en relación a las funciones que debe cumplir un Estado y en la medida en que cada una de las dimensiones que abarca estas funciones es fortalecida; entonces, la capacidad del Estado se incrementa.

Si la definición de las capacidades estatales tiene diversas posturas teóricas, la medición de las mismas también. Al momento de intentar construir teóricamente un procedimiento para medir las capacidades estatales, no es posible armar un único mecanismo. De acuerdo con la literatura estudiada, la medición de las capacidades estatales debe relacionar aquellas que se desarrollan en el interior de las instituciones de gobierno (administración) con aquellas que se establecen y construyen con los grupos sociales. Diversos trabajos realizados por investigadores como Evans (1996), Polidano (1999), Cohen (1996) o Completa (2017) plantean analizar la medición de las capacidades estatales; primero, sobre la identificación de la manera cómo se opera desde el interior de las instituciones estatales y los requisitos mínimos que se deben observar para garantizar un servicio civil eficiente; segundo, desde la capacidad de

decisión y negociación que puede tener el Estado frente a las demandas de los grupos sociales. Una vez más las capacidades administrativas y políticas son el centro de atención del análisis.

Para Rosas Huerta (2008), la capacidad institucional o estatal se caracteriza por tener diferentes niveles y componentes, pero es necesario enfatizar en cómo se expresa; para ello se deben explorar los niveles administrativos y políticos de dicha capacidad, enfatizando en las características micro, meso y macro. En el tema administrativo, en lo micro, se deben analizar las características de los recursos humanos; en lo meso, el tema de los recursos económicos. El aspecto político, lo macro, debe analizarse considerando los actores vinculados en el proceso y su capacidad de negociación y poder. Para analizar adecuadamente las capacidades estatales se debe partir del entorno macroinstitucional, en donde se deben examinar aspectos como el “régimen de gobierno, Constitución, legislación y marcos regulatorios, reglas del juego y rutas del cambio institucional, así como las características de los procesos de toma de decisión” (Alonso 2007, 28).

Como segundo punto, se deben someter a estudio las brechas existentes a nivel institucional, en las que se ubicarán las responsabilidades asignadas a las agencias estatales comprometidas con la implementación de la política. Otro punto a considerar es la burocracia involucrada en el proceso, en donde se tiene que analizar la permanencia del *staff* de técnicos y funcionarios vinculados al proceso de desarrollo e implementación de políticas; finalmente, es importante analizar los mecanismos, procesos y procedimientos organizativos y de comunicación presentes dentro de las organizaciones responsables de la implementación de una determinada política. Este criterio es el que plantea Polidano (1999) en su índice de capacidades estatales, mediante el cual se muestra la capacidad en la implementación de las políticas, desde su formulación hasta la calidad del trabajo evidenciado en la entrega de servicios.

Tabla 2. Índice de capacidades estatales de Charles Polidano

<b>Capacidad para formular políticas</b>	Habilidad para dar estructura al proceso de decisión, coordinarlo entre los diferentes segmentos del gobierno, alimentarlo con información, y asegurarse de que el análisis se tome seriamente.
<b>Capacidad de implementación</b>	Habilidad para llevar a cabo las decisiones y garantizar las reglas, dentro del sector público y la sociedad en sentido amplio.
<b>Eficiencia operacional</b>	Costo-efectividad de las operaciones internas del sector público y de la calidad de los servicios provistos al público.

Fuente: Rodríguez (2007).  
Elaboración propia.

Otro mecanismo para medir capacidades estatales es el propuesto por Tobelem (1992), quien en su trabajo analiza la capacidad estatal desde su dimensión administrativa y propone cinco componentes para su medición, que son:

- a. Las *reglas del juego*. Aquí las variables son: la estructura de gobierno, los recursos estatales, la flexibilidad en la definición del rol del Estado, una adecuada legislación y los patrones culturales en términos generales.
- b. Las *relaciones interinstitucionales*. Es decir, la comprensión de las tareas requeridas para la implementación de los proyectos, las relaciones definidas en una red de actores, la oposición a los proyectos a implementar y el acuerdo de los beneficiarios.
- c. La *organización de las funciones*. Se trata de observar la distribución de las funciones, las relaciones internas y los marcos normativos existentes para que estas ocurran.
- d. Las *políticas de premios*. Vinculadas a la carrera del funcionario público y los paquetes de compensación.
- e. Las *habilidades*. Se refiere a información, conocimiento y capacidades disponibles en los actores institucionales (Lattuada y Nogueira 2012, 36).

Otra de las dimensiones propuestas para la medición de la capacidad estatal es la que aparece en el trabajo de Lattuada y Nogueira bajo el concepto de medición de un nivel endógeno y otro exógeno de las capacidades estatales. En el nivel endógeno se

evaluarán los recursos financieros, técnicos e informacionales (capacidades administrativas), mientras que en el nivel exógeno se valorarán los modos y las formas de relacionarse desde las agencias estatales involucradas con el conjunto de actores externos a estas (capacidad política). Otras dimensiones que se deben tomar en cuenta al momento de construir indicadores para la medición de las capacidades estatales son la movilización y la asignación de recursos; estos dos elementos son clave al momento de hablar de Estados orientados a construir políticas de largo plazo tendientes a superar la pobreza.

Un mecanismo importante para analizar las capacidades estatales es considerar la construcción de una verdadera estructura burocrática, la cual debe caracterizarse por incluir un sistema de contratación basado en la meritocracia, ofrecer estímulos para que el personal escale posiciones de acuerdo a un sistema estricto de incentivos e instituir escalas salariales que motiven a los mejor preparados a ingresar al servicio civil. A la par, es importante establecer vínculos entre el capital privado y el Estado mediante la creación de programas de inversión prioritarios que apunten la industrialización (Evans 2007).

La medición y el fortalecimiento de las capacidades estatales se evidencia en la construcción de la institucionalidad; este es el último paso dentro de un análisis sobre capacidades estatales.

Tabla 3. **Sistema general de capacidad de acción estatal**

<b>Subsistema</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Indicadores de medición</b>
Autoridad estatal	Este subsistema se remite a la delimitación institucional de los puestos y funciones de autoridad en el Estado y a las capacidades de los individuos que los ocupan y realizan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subordinación del aparato administrativo al gobierno: relaciones de autoridad entre poderes y relaciones de gobierno; relación de autoridad entre cargos políticos y de selección meritocrática; relaciones de autoridad con el entorno en la conducción de políticas públicas.</li> <li>• Mecanismos de rendición y control de cuentas.</li> </ul>
Técnico	Comprende la definición técnica del trabajo en la organización estatal y las capacidades técnicas del conjunto de individuos que realizan las distintas funciones, y la articulación del trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiencia en el logro de objetivos específicos y parciales del Estado: capacidad técnica y recursos en las subunidades organizativas.</li> <li>• Satisfacción de la ciudadanía con la labor encomendada a las instituciones del Estado.</li> <li>• Apoyo a las acciones estatales por</li> </ul>



Financiación	Uso, obtención y asignación de recursos materiales para mantener funcionando al Estado y sus instituciones.	grupos representativos de la sociedad civil: relaciones técnico-funcionales con el entorno para la formulación de políticas.
Recursos humanos	Funciones institucionalizadas de selección, ingreso, promoción, pago y salida de recursos humanos al Estado, y las capacidades de los individuos que realizan sus acciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de cumplimiento de los objetivos del Estado encaminados a satisfacer las necesidades de los ciudadanos, a un costo que permita a la economía reproducir los recursos requeridos para solventar las acciones estatales: ingreso de recurso y presupuesto; financiación privada; transferencias del Estado al entorno.</li> <li>• Capacidad para seleccionar y asignar al personal requerido en cantidad y calificación técnica en función de los objetivos del Estado.</li> <li>• Selección, reclutamiento, remuneración, movilidad vertical y horizontal, derechos, deberes y garantías del personal que trabaja en el Estado.</li> </ul>

Fuente: Casa y Narbondo (2013).  
Elaboración propia.

### 3. Fortalecimiento y demostración de las capacidades estatales

Al momento de plantear los mecanismos idóneos destinados al fortalecimiento de las capacidades estatales, todos los trabajos consultados sobre el tema señalan a la reestructuración institucional como la base de todo el proceso. Para el Banco Mundial (1997), trabajar en fortalecer la institucionalidad es lo que hace la diferencia al momento de marcar una estrategia de desarrollo; sin instituciones capaces no es posible organizar la actividad económica, solventar las necesidades sociales y mucho menos canalizar los intereses de los diversos grupos. Sin el fortalecimiento institucional todo intento de transformación será anulado y terminará perdiéndose. Para lograr este propósito es muy importante “la revitalización de las instituciones públicas” mediante la imposición de normas y controles efectivos capaces de frenar la corrupción; además, se debe fortalecer la competitividad de los funcionarios y establecer mecanismos para escuchar las demandas de la población. Adicionalmente, es importante crear un sistema de pesos y contrapesos políticos.

Otro de los pilares en el fortalecimiento de las capacidades estatales es lograr que el Estado ordene y priorice sus actividades según los recursos con los que cuenta;

en definitiva, se intenta que el Estado empiece a organizarse de manera eficiente mediante un diagnóstico integral de sus funciones y recursos. Esto es lo que el Banco Mundial (1997) denomina “acomodar la función del Estado a su capacidad”, que se logra mediante un análisis exhaustivo de cómo y dónde intervenir. El fortalecimiento de las capacidades estatales demanda de un personal burocrático altamente capacitado y de la consolidación de instituciones que funcionen como nexos con la sociedad civil; a esto se puede sumar el aumento del poder infraestructural. En conjunto, estas tres variables son las que permiten identificar a un Estado fuerte, que garantiza su supervivencia en el tiempo. Como indica Geddes (1994), para medir la efectividad que puede tener la implementación de políticas estatales se debe analizar la capacidad de cobrar impuestos, los mecanismos de coacción, los incentivos que tienen los actores privados y hacer efectivas las decisiones burocráticas durante el curso de la ejecución. Todas estas habilidades dependen, a su vez, de la existencia de organizaciones burocráticas eficaces. Si se quiere entender a los Estados como actores, se tiene que buscar en sus entrañas burocráticas.

A lo largo de la revisión teórica sobre el tema de las capacidades estatales está claro que su definición es compleja y lo más usual es relacionar el término con aquellas capacidades que un Estado es capaz de demostrar en un área específica de política pública; como señala Haluani (2006), la capacidad estatal se materializa en las políticas públicas, tanto internas como externas, que permiten a un Estado consumir sus intereses; dicha capacidad debe integrar el componente administrativo y político (Rosas Huerta 2008). El énfasis en la medición de capacidades estatales está en la gestión pública y sus resultados; dicha gestión, analizada desde la capacidad de respuesta del Estado a las necesidades de la población expresada en el diseño y ejecución de políticas públicas, así como en los mecanismos establecidos para rendir cuentas y la generación de programas efectivos para responder a las necesidades de la población. El análisis de las capacidades estatales está directamente vinculado con estas dos dimensiones que identifican el nivel de eficiencia y eficacia con las que opera un Estado; en definitiva, la apuesta por el estudio de las capacidades estatales toma relevancia cuando se analizan las capacidades demostradas en el nivel de operacionalización de una política y la utilidad de esta para solucionar una demanda social. La construcción institucional para responder a una demanda de la población en el tiempo es lo que nos dará cuenta de la capacidad estatal que se haya logrado articular.

## Capítulo segundo

### El sistema de salud en el Ecuador y su rectoría hasta 2006

El panorama de la salud en Ecuador es complejo y difícil de analizar. El retraso en la toma de decisiones, la presencia de intereses particulares, la ausencia de una planificación integral y la falta de coordinación entre instituciones han sido las características más relevantes de un sistema de salud que a la fecha no logra superar las brechas de inequidad existentes en materia de acceso. La diversidad de actores inmersos en la prestación de servicios no coadyuva a la integración ni fomenta la corresponsabilidad dentro de un sistema incapaz de solucionar problemáticas de salud y que se caracteriza por ser reactivo ante la enfermedad, segmentado en su oferta y excluyente en la atención.

La gran mayoría de ecuatorianos no tiene acceso a servicios eficientes de salud, sobre todo por la falta de coordinación entre instituciones, la falta de claridad en la forma en que se garantiza la cobertura en salud para todos y la oferta de servicios que no está presente para todos. El sector de la salud ha sido, tradicionalmente, uno de los más conflictivos y de los menos atendidos por los gobiernos de turno; a esto se suma la inestabilidad en su manejo, los recortes presupuestarios, la falta de continuidad en las políticas y la dispersión en las acciones que se ejecutan. Todo ello ha condenado a miles de ecuatorianos a no tener acceso a prestaciones mínimas ni atención.

A lo largo de la historia del país, el acceso a derechos básicos como salud o educación ha estado presente en el discurso de muchos gobernantes, quienes, al final, no han sido capaces de responder de manera eficiente a la demanda social. Para iniciar el proceso de análisis sobre el fortalecimiento de las capacidades estatales en el sector salud se revisarán brevemente los antecedentes sobre los cambios que se vienen operando en un sistema complejo, en el que aún persiste la discusión sobre el enfoque definitivo bajo el cual se entiende y se convierte en realidad el acceso a la salud pública como un derecho de todos los ecuatorianos. Es, pues, evidente que concebir la salud solo desde la infraestructura o la atención médica es una limitante del sistema actual que, si bien reconoce que el bienestar físico debe estar articulado a lo emocional,

económico y comunitario, las acciones únicamente encaminadas a preservar y mejorar la salud no permiten que la construcción del buen vivir sea una realidad.

Para analizar el panorama de la atención de salud en Ecuador es necesario partir de una visión histórica sobre la manera en que se ha organizado el sistema sanitario, empezando por la concepción inicial que se tenía sobre la atención a los enfermos, hasta determinar los planes, programas y montos de inversión que se han destinado al sector en los años más recientes de la historia del país. Con el fin de establecer la institucionalidad con la que se construye y se hace salud en el Ecuador, el presente capítulo realiza una descripción histórica de la concepción desde el Estado y el entramado estatal que hace efectivo este derecho. La revisión histórica inicia en el siglo XIX y llega hasta finales de 2006.

## **1. Antecedentes históricos**

En el Ecuador la construcción de un Estado democrático competente e incluyente, que se hiciera cargo de sus obligaciones, como la organización social suprema, ha sido lenta y no ha estado exenta de tropiezos, ya que la clase gobernante que emergió del proceso que derivó en la Independencia no hizo el cambio de mentalidad que se precisaba para asumir que se debía edificar un andamiaje de obras y servicios que la organización estatal debe poner a disposición de la ciudadanía. Esto ha sido así en educación, seguridad pública, empleo y sus regulaciones, la atención de salud, entre otros segmentos de vital importancia para el desarrollo de una nación.

Así, la atención de salud en el país ha atravesado por distintas etapas, desde aquella en la que el Estado no se hacía cargo de proveer este servicio, cuando parte de la necesidad de atención médica de las grandes masas de la población de escasos recursos las cubrían organizaciones como la Iglesia u organizaciones de beneficencia de la sociedad civil, hasta el período objeto de estudio, en el que se ha llegado a instalar una cierta infraestructura para cubrir ese déficit histórico.

Cuando se analiza la historia de la atención de salud en Ecuador se hace evidente que aquella óptica limitada, que le otorga preponderancia a la curación de la enfermedad, no se ha modificado completamente hasta hoy. La visión de un ser humano sano para ser productivo, entregado a su trabajo, es la que ha primado al momento de establecer prioridades en materia sanitaria. De este modo, la eficiencia y efectividad en el tratamiento y control de las enfermedades ha marcado la pauta a lo largo del tiempo

en cuanto a la organización del sistema de salud. Por sobre todos los demás elementos se ha priorizado la inversión en hospitales y medicinas antes que en la prevención y en el mejoramiento del entorno.

A pesar de la multiplicidad de voces críticas sobre la forma en que se ha manejado históricamente la salud en el Ecuador, es evidente que la idea de “un modelo de atención preocupado más por la curación que por la prevención y el fomento de la salud” (Sacoto 2007, 318) ha primado en los últimos setenta años en el país. “Una sociedad saludable no puede construirse si persiste la lógica del liberalismo económico” (Breilh y Tillería 2009, 50). Estos autores apuestan por un nuevo paradigma sobre la salud, tanto desde su concepción como desde los esquemas de planificación bajo los que el Estado debería operar y concebir al sistema sanitario, el cual, por lo complejo de su estructura, se vuelve lento de transformación y mejora. En los siguientes numerales se realizará una revisión de las principales etapas históricas vividas por Ecuador en materia sanitaria.

## **2. Desde el siglo XIX hasta 1960**

En una primera etapa, el pensamiento ilustrado y el estudio de las enfermedades tardaron en penetrar en la sociedad ecuatoriana. Rodas (2010) señala que la ruptura con el dominio feudal español, así como la introducción de ideas liberales, implicaron cambios en los conceptos de salud y enfermedad y en su forma de abordarlas, pues se relegaron las ideas religiosas, las que hasta el momento fijaban las acciones y actitudes frente a la enfermedad, que iban desde la realización de novenarios hasta peregrinaciones, a través de las cuales se pretendía que la intervención divina curase al paciente o a poblaciones afectadas por epidemias o pandemias. Así se introdujeron conceptos de salud fundamentados en la ciencia occidental. Las enfermedades dejaron de ser consideradas como un castigo y pasaron a ser entendidas como el resultado de la acción de ciertos microorganismos y de determinadas conductas humanas. A partir de aquí se introdujo la visión de favorecer la creación de hospitales y la formación médica con el fin de atender las enfermedades; “los hospitales fueron los centros en donde los enfermos pobres encontrarían el lugar adecuado para el buen morir. Los individuos adinerados tenían atención médica en sus casas y la circunstancia de la muerte se producía en sus domicilios” (2).

Paulatinamente, el concepto de atención de salud fue modificándose, de un acto de caridad preocupado por ofrecer una muerte digna, pasó a constituirse en un acto de beneficencia. Todo esto derivó en el involucramiento del gobierno en los problemas de la salud, involucramiento que comenzó a institucionalizarse a partir del triunfo de la Revolución Liberal (finales del siglo XIX), la que trajo consigo, tal como apunta Rodas (2010):

Una visión no solamente más cercana al pensamiento ilustrado, sino que respondió a los intereses de quienes formaron sus ejércitos y de los sectores populares que apoyaron su lucha, los mismos que buscaban que sus derechos, entre ellos el de la salud, sean considerados como tales y que sus quebrantos de salud fuesen una responsabilidad del Gobierno (del Estado), en cuanto a su atención (3).

Inicialmente, la óptica de la enfermedad como castigo divino marcado por un interés religioso se transformó con el devenir de los años, puesto que se necesita de personas sanas para viabilizar el modelo de acumulación económica, que tiene en el capital humano un fuerte componente. Es bajo este esquema que la historia de la salud en América Latina y en Ecuador tiene estrecha relación con los cambios sociales y económicos de cada país, ligada a sus procesos productivos y su relación con el mercado internacional. El Estado se ocupa de la salud de sus ciudadanos cuando el ciclo económico de las exportaciones demanda condiciones óptimas de limpieza para recibir los productos exportables. Con este objetivo se creó, en 1906, la sanidad marítima, cuyo objetivo era garantizar la limpieza de los productos exportables.

Los cambios en las instituciones de la salud corresponden a la transformación en la estructura social. García establece tres períodos históricos diferenciales: “el primero, parte de fines del siglo XIX y llega hasta 1930; el segundo, desde 1930 hasta 1950; y el tercero comienza en el decenio de 1960” (1981, 2). Cada una de estas etapas se corresponde con una fase de desarrollo y crecimiento económico en el cual la persona, en tanto fuerza de trabajo, es vista como un mecanismo más de acumulación y debe estar en condiciones óptimas para trabajar; es entonces cuando el Estado se empieza a preocupar de la salud de sus ciudadanos, considerados como instrumento para la reproducción del capital y de la acumulación de riqueza.

Durante el siglo XIX la exportación de productos agrícolas a través de los puertos ubicados en la Costa, generó una preocupación por el saneamiento de los puertos y los enclaves productivos, desarrollándose una incipiente acción sanitaria que se intensificó a comienzos del presente siglo con la expansión del capitalismo mundial y la amenaza de la fiebre amarilla y la peste bubónica. Es en esta época que se logra la institucionalización de las actividades de Salud Pública con la creación de la Dirección de Sanidad en Guayaquil, en 1908. Varias instituciones de la salud de los Estados Unidos, especialmente la Fundación Rockefeller, jugaron un importante rol en este proceso y colaboraron activamente en las campañas de prevención y control de enfermedades como la fiebre amarilla, peste bubónica y malaria (Puertas, Herrera y Aguinaga 2004).

La colaboración de instituciones externas con el Estado en el cuidado y promoción de la salud es un hecho que se constata a lo largo de la historia de la salud pública en el Ecuador. En el siglo XIX esta preocupación se manifestó hacia los obreros que trabajaban en el puerto de Guayaquil para enviar los productos de exportación. La visión sobre la salud estaba condicionada a la productividad y el crecimiento económico. Durante el siglo XIX se inauguraron algunos centros hospitalarios y se fundaron también las facultades de medicina de Quito, Guayaquil y Cuenca. Durante este período, la institucionalidad del Estado en materia sanitaria se expresó en la construcción de hospitales y en la atención de enfermedades.

Con la incorporación del Ecuador al mercado internacional, vía los productos de exportación, el tema médico y sanitario empieza a ser considerado como parte de la agenda de discusión.

Desde 1860 se establecen en el Ecuador las Leyes del Régimen Municipal, las que asignan a los poderes locales la responsabilidad sobre los hospitales. En el año 1887 se crean la beneficencia estatal y municipal. Los municipios asumen el cumplimiento de roles específicos en materia de sanidad con una visión profiláctica (Harari, Ghersi, Comi, Banguera, Leocata y Harari 2000, 60).

Los municipios, desde 1860, fueron responsables del aseo y ornato de las ciudades y de los hospitales puestos a su cargo. Con la fundación de la Sanidad Nacional, el manejo de los hospitales ya no fue responsabilidad de los municipios. Con la Revolución juliana se organiza el cuidado de la salud para los trabajadores con la creación de la Caja del Seguro. En la Constitución de 1925 se incorporan las demandas de los trabajadores, producto de la lucha y las reivindicaciones iniciadas con la Revolución juliana. Es recién en 1926 cuando se promulga la Ley de Asistencia Pública

como una medida de transición para atender la enfermedad de los sectores pobres; al mismo tiempo, se crean las direcciones de higiene y se dicta una serie de leyes de protección laboral. “En 1927 se promulga la Ley de Prevención de Accidentes de Trabajo y en 1928 se sanciona la Ley por Responsabilidad de Accidentes de Trabajo” (Harari, Ghersi, Comi, Banguera, Leocata y Harari 2000, 74).

Esta etapa histórica trajo algunos cambios en la forma en que el Estado actuaba, por el bien de la ciudadanía.

Bajo el *ciclo juliano* cambió el enfoque de la economía, pues el Estado, por primera vez en la historia nacional, comenzó a jugar algún rol económico institucional, gracias a la creación del Banco Central del Ecuador (1927), la Superintendencia de Bancos, la Contraloría General de la Nación, el Ministerio de Previsión Social y Trabajo, la Caja de Pensiones y las Direcciones de Higiene y Salud. Además, fueron centralizadas las rentas públicas, se reformó el sistema tributario en el que se introdujo, también por primera vez, el impuesto a la renta, se intervino en las aduanas, se reguló el comercio externo. Pero, además, quedó institucionalizada la cuestión social, pues solo desde esta época se logró que, a través del Estado, comenzara a atenderse directamente y siempre con limitaciones, a los trabajadores, para lo cual se dictaron las primeras leyes sobre jornada, salarios y estabilidad, que progresivamente derivarían en un conjunto legal que condujo a la expedición del Código del Trabajo, en 1938 (Paz y Miño Cepeda 2009, 26).

A partir de la denominada Revolución juliana el Estado realmente empieza a transformarse y a reformarse de manera sostenida y sistemática, especialmente en campos tan abandonados como el de la salud y los derechos de los trabajadores. Isidro Ayora, en 1925, es quien se ocupa de manera definitiva de articular la atención sanitaria con la prevención. A la par, la lucha por los derechos de los trabajadores crea la Caja de Pensiones como una institución ocupada de atender las dolencias de los trabajadores, y establece un sistema de acceso a la salud, pero condicionado por la relación laboral del ciudadano. Es también en esta época que Pablo Arturo Suárez inicia sus trabajos de investigación relacionados con la salud de los obreros, y plantea reivindicaciones en torno a los derechos de la seguridad social (Breilh 2016).

El apareamiento de la Caja del Seguro —que posteriormente se convertirá en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)— es un hito importante en cuanto al tema atención de salud, mediante “la creación de Caja de Pensiones en 1928, [...] Decreto n.º 18, publicado el 13 de marzo de ese año” (Porras Velasco 2015, 99). La institución nace con el objetivo de brindar atención médica a los trabajadores en



relación de dependencia. Desde ese momento se establece una división para la atención médica; por un lado, los trabajadores, y por otro las personas que no tienen para pagar un seguro privado o no laboran de manera formal.

En el período de 1930 a 1950 se hace hincapié en la investigación clínica de los problemas de salud relacionados con el crecimiento hospitalario, impulsado este por la industrialización. A partir de 1960 se observa un renacimiento de la medicina tropical “consonante con el nuevo interés por la producción y los estudios sobre los servicios de salud impulsados por la necesidad de racionalizar el sector, frente a la disminución de los gastos estatales en salud” (García 1981, 2). En gran parte el responsable de este capítulo en la historia del desarrollo de la investigación médica y científica fue el doctor Leopoldo Izquieta Pérez (1879-1948), quien llevó a cabo importantes investigaciones en materia de medicina tropical gracias al apoyo de la Fundación Rockefeller, que se comprometió, mediante la entrega de becas, a formar a médicos ecuatorianos en el exterior con la condición de que luego volvieran al país para realizar investigación y contribuir en la erradicación de enfermedades como el paludismo, que tanto atraso han producido en el Ecuador.

La incidencia de la malaria y la fiebre amarilla constituían temas de preocupación para los empresarios-exportadores, así como para los Estados Unidos, quienes promovían estudios de estos problemas partiendo del concepto de que “dichas patologías, por el tiempo de recuperación necesario o la anemia que provocaban, eran motivo de ausentismo o baja de productividad” (Harari, Ghersi, Comi, Banguera, Leocata y Harari 2000, 61). Se buscaba garantizar la exportación permanente de las *commodities*, tan necesarias para mantener en auge la economía del país. Todo este conjunto de acciones, según interpreta Rodas (2010), respondió a un proyecto estatal de prevención de la enfermedad y se constituyó en un paso trascendental en la salud pública, al establecerse que el rol del Estado no es el de ser únicamente eficiente en las actividades curativas, sino, y fundamentalmente, en la tarea de prevención de las enfermedades.

En esta primera etapa el Estado empieza a involucrarse en el tema sanitario por presiones de países externos, a los que llegaban los productos de exportación que demandaban del cumplimiento de normativas mínimas para poder recibir lo que se exportaba desde Latinoamérica. Los esfuerzos se centran en el control del ausentismo de los trabajadores, pero también en la limpieza y desinfección de puertos y de la

producción misma, todo esto con el fin de garantizar los flujos de divisas tan necesarios para el Estado y los exportadores. Esta primera visión sobre la salud evidencia la importancia que desde siempre ha tenido la curación antes que la prevención. La necesidad de divisas hace que el Estado se ocupe de garantizar el buen funcionamiento de los puertos y lugares de envío para el ingreso de aquellas mercancías necesarias. En este esquema económico los trabajadores no son más que otra de las piezas en el engranaje de la maquinaria industrial. Esta primera fase también indica que el Estado generalmente actúa bajo presiones externas, sean estas de instituciones o de gobiernos, que exigen cumplir ciertas políticas o estándares para acordar el funcionamiento adecuado del proceso de intercambio de bienes y productos.

### **3. De 1960 a 1978: la institucionalización de los servicios de salud en Ecuador**

Hasta 1940 Ecuador no contaba con instituciones que organizaran la atención salud como un sistema, mucho menos como un proceso integral de bienestar. Las instituciones encargadas de la salud en el país operaban bajo un esquema de caridad y asistencialismo hacia los más pobres; así, la visión de salud estaba unida a la de caridad. La óptica del Estado sobre la salud era fragmentada y alejada de la realidad, distante de las personas y limitada a la misericordia. Los gobiernos habían decidido que la salud de la población era prioritaria, pero vinculada a la posible afectación de la generación de riqueza; en caso contrario, la atención en salud era un deber de la Iglesia, que no guardaba relación con el bienestar ni el progreso social.

Parte de los esfuerzos diseñados por el Estado estuvieron acompañados de directrices desde el ámbito internacional, las cuales permitieron a los gobiernos de turno fijar prioridades de atención; sin embargo, la falta de consistencia en las políticas, la escasa inversión y la generación de mecanismos que permitan fortalecer la calidad de atención sanitaria hacen que aun ahora la mayoría de la población permanezca al margen del derecho a la salud. “En suma, durante el período democrático ininterrumpido entre 1948 a 1960 el Estado ecuatoriano definitivamente estableció el marco legal necesario para aplicar un proyecto específico de modernización ligando la intervención estatal al proceso de modernización de las élites económicas tradicionales” (Montúfar 2000, 27).

Entre los años 1972 y 1975, los aires de cambio y el interés por mejorar las condiciones de vida de los ecuatorianos empezaron a concretarse con el descubrimiento

de petróleo en el Oriente, lo que posibilitó un proceso de expansión del Estado y ampliación de servicios como salud, educación o saneamiento ambiental. El crecimiento del presupuesto de gobierno posibilitó el inicio de una serie de reformas en materia económica y de política social, bajo un esquema redistributivo de las rentas petroleras; “el carácter reformista del gobierno militar se reflejó con claridad e intensidad en el campo de las políticas públicas, orientadas especialmente al sector industrial, financiero, agrario y al gasto público” (Madero 1983, 10, citado en Estrella, Crespo y Herrera 1997, 40). Según sostiene Montúfar (2000):

Así, mediante su proyecto de Reforma Agraria, expansión de la educación, servicios de salud y bienestar social, el gobierno militar intentó institucionalizar vínculos permanentes entre el Estado y la sociedad. Este proyecto buscó la constitución de un régimen corporativo, débil en comparación con otros de la región, pero que aseguraba la construcción de un Estado autónomo de la influencia de élites tradicionales y receptivo a las demandas y necesidades de otros grupos sociales, hasta entonces excluidos de las políticas tradicionales (30).

Como apunta Velasco, la consolidación de una propuesta sanitaria estatal se dio en 1972 con el Gobierno nacionalista de Rodríguez Lara.

El primer gran esfuerzo de la consolidación de la propuesta sanitaria estatal en Ecuador se dio en 1972 con el gobierno nacionalista y revolucionario de Guillermo Rodríguez Lara. Allí se terminó la dicotomía institucional preventiva-curativa de los primeros años del siglo XX. En el recién creado Ministerio de Salud Pública (MSP) se integró la Sanidad, la Asistencia Pública, la Misión Andina y la atención municipal. La política de extensión de cobertura —eje central de la propuesta de Rodríguez Lara— fue planteada en la perspectiva de crear un sistema de salud al que debería acceder toda la población del país, sin ninguna distinción de edad, etnia, sexo o condición socioeconómica (Velasco 2011, 325).

Las bases del sistema de salud se construyeron con la expansión de la infraestructura hospitalaria y la red de centros y subcentros de salud que se crearon a lo largo del territorio nacional. Sin embargo, esta primera organización y penetración se priorizó en el sector urbano dejando de lado la ruralidad, a pesar de que en esos años la mayor parte de la población ecuatoriana vivía en zonas rurales. Durante el gobierno militar se logró disminuir la mortalidad general, así como la infantil y materna.

Durante la década del setenta, los ingresos provenientes del petróleo fueron invertidos en la creación de la más grande infraestructura de servicios de salud estatal de la historia ecuatoriana. Entre 1972 y 1981, el gasto público en salud subió del 1,8 % al 2,1 % del PIB, siendo este el nivel más alto alcanzado. La cantidad de centros y puestos de salud comunitarios aumentó más de 7 veces, pasando de una tasa de 0,4 a otra de 3 por 10 000 habitantes (Castillo 2015, 53).

Durante el lapso de Gobierno del general Rodríguez Lara el perfil epidemiológico del país experimentó un cambio, de un marcado incremento de las enfermedades infecciosas se pasó a las de tipo crónico degenerativo y nutricional. Durante este período las estadísticas relacionadas con muertes maternas y niños menores de cinco años disminuyeron, así también aquellas relacionadas con enfermedades prevenibles por medio de la vacunación (sarampión, difteria). “Se puso empeño en atender la salud de la población desde un comportamiento profiláctico (para evitar enfermedades), que se expresó en logros que detuvieron relativamente la mortalidad en aquello que se conoce como la acción sobre enfermedades prevenibles” (Rodas 2010, 12). La modificación de los hábitos de consumo, nuevas formas de trabajo y el crecimiento de las ciudades provocaron el apareamiento de enfermedades cerebrovasculares y del corazón; el perfil epidemiológico cambia de enfermedades propias del subdesarrollo a aquellas relacionadas con países en vías de desarrollo. Tanto los padecimientos asociados a la falta de condiciones adecuadas de vida como a las de un incremento del crecimiento industrial actualmente conviven en el Ecuador.

Junto con el crecimiento de la economía y de la población también aumentó la demanda por atención hospitalaria. Así, el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Seguro Social, inversionistas privados e instituciones como las Fuerzas Armadas incrementaron su oferta y crecieron los hospitales, centros, subcentros de salud y clínicas particulares. Durante los años de 1960 y 1970 creció la demanda y aumentó la oferta; sin embargo, la inequidad en materia de acceso se mantuvo como una constante al analizar el derecho a la salud.

El Gobierno de Rodríguez Lara fue reemplazado por un triunvirato militar (1976-1979) cuyos integrantes estaban enfocados en mantener los avances en materia social que se habían conseguido en la administración anterior. Como señala North (2006), la nueva administración no recortó la inversión en salud pública y en educación. El fin del período de dictaduras trajo como balance general un claro énfasis en la oferta urbana de salud. Se evidenció un crecimiento de unidades hospitalarias, una reducción

en la oferta de centros y subcentros de salud en el campo, crecimiento en el número de profesionales, mayor presupuesto, pero igual inequidad y permanencia de enfermedades como la desnutrición.

Como apunta Rodas (2010), la relación entre el crecimiento poblacional, el apareamiento de nuevas enfermedades y la persistencia de otras complejizaba cada vez más el sistema, y la presión aumentaba por el tema del acceso. En conclusión, los desafíos continuaban multiplicándose para un sector altamente vulnerable, fraccionado y continuamente deficiente, tanto en los aspectos económicos como humanos y de cobertura. Es importante apuntar que durante este período la inversión que se realizó en materia sanitaria sentó las bases para que más adelante el país pudiera empezar a atacar eficazmente problemáticas como la mortalidad infantil.

La injerencia de las Fuerzas Armadas en la política social marcó en cierto modo el camino hacia el bienestar debido a la expansión de la inversión social; sin embargo, estos primeros intentos por consolidar un régimen de bienestar no pudieron terminar de fortalecer el sector social especialmente porque en los años subsiguientes, debido al cambio que se produjo al liberalizar y desregular la economía, el sector social sufrió un fuerte impacto. En la siguiente década se ensaya el paso desde:

Un tipo de Estado estructuralista con roles económicos activos y centralizados, con una activa intervención en el diseño de políticas públicas, bajo un régimen económico mixto y regulado se empezaba a transitar hacia un tipo de Estado pasivo y descentralizado, con políticas públicas neutrales y aperturistas y con un régimen económico privado y no regulado, orientado al libre comercio (Vásquez, Córdoba y Muñoz 2005, 29).

Durante el período de bonanza económica producida por la explotación petrolera, el Estado expandió sus actividades y se inició un desarrollo guiado por el Estado, mismo que fue opacado cuando la crisis de 1980 obligó a implementar la reducción del rol estatal en la economía (Bowen 2020).

En esta revisión histórica del tema de la salud y su manejo en Ecuador se puede indicar que: “La salud como política estatal no nació siendo parte del derecho ciudadano, sino como caridad estatal y como complemento a las necesidades del capital” (Velasco 2011, 324). La visión de la enfermedad y su atención se modificó a lo largo de los años, pero nunca se logró romper con el paradigma de la medicalización y la atención a la enfermedad.

#### **4. El enfoque de la atención pública de salud desde el retorno a la democracia**

A partir de la década de 1980 hubo esfuerzos estatales para atender los requerimientos de salud de quienes no contaban con recursos para pagarse el servicio privado; sin embargo, muchos esfuerzos se vieron limitados por la falta de un presupuesto adecuado. Pese a ciertas mejorías, se mantuvieron los mismos problemas de décadas pasadas: para 1979 solo el 80 % de la población urbana contaba con un sistema de agua potable y solamente el 10 % de la población rural tenía acceso a este servicio. Respecto al alcantarillado: 68 % en el área urbana contaba con este servicio y el 1,3 % de la población rural (Rodas 2010). Desde la vuelta a la democracia el acceso a la salud se limitó por la falta de recursos, desde el gobierno se restringió el gasto para la salud, se limitó la construcción de nueva infraestructura y se intentó que el usuario pague parte del servicio. Todas estas dificultades se ahondaron por la falta de personal capacitado que atendiera las emergencias y pudiera superar las falencias de un sistema desbordado por las exigencias crecientes de una población en constante crecimiento. En aquel período volvieron a prevalecer enfermedades prevenibles como la tuberculosis, el paludismo, la malnutrición, el hipotiroidismo, el bocio endémico, etc.

Con la llegada al poder de Osvaldo Hurtado (1982-1984) el panorama en materia de salud no varió con relación a los años anteriores. El país mantuvo altas tasas de mortalidad materno-infantil, el acceso a saneamiento y agua potable era muy bajo y crecieron el hacinamiento y la pobreza, producto de la expansión de las ciudades. “Osvaldo Hurtado estableció el primer programa de ‘estabilización’ de la economía encaminado a controlar el gasto público, la inflación y mejorar los saldos de la balanza de pagos. Se trató de un período con fuerte concentración de la riqueza, principalmente por el proceso de ‘sucretización’ de la deuda privada, la cual favoreció principalmente al sector bancario” (Vos et al. 2002, 11, citado en Minteguiaga 2012, 47).

Las acciones tomadas por este gobierno, descritas anteriormente, sirven para argumentar que durante este período se empezó en el Ecuador la instrumentación de políticas de corte neoliberal, orientadas a disminuir la actuación del Estado en sectores considerados de poca o nula rentabilidad; uno de aquellos sectores es el de la salud, especialmente vulnerable frente a los recortes presupuestarios y a la falta de inversión.

Las políticas de ajuste realizadas en este gobierno se sintetizaron en la reducción del déficit fiscal vía disminución del gasto público, particularmente el destinado al sector social y el subsidio a determinados bienes y servicios, esto orientado a sostener la deuda externa (Vásconez, Córdoba y Muñoz 2005, 38).

En el período 1979-1988 las condiciones de pobreza (con su consecuencia de hacinamiento) guardan estrecha relación con el incremento de algunas enfermedades infectocontagiosas; además, la escasez del servicio de alcantarillado y el limitado acceso a agua segura repercuten en el aumento de enfermedades como la tuberculosis. Al tiempo que el Ecuador aún no logra superar enfermedades propias del Tercer Mundo, empiezan a crecer las defunciones por accidentes de tránsito y enfermedades del corazón, producto del proceso de crecimiento de las ciudades y la expansión del fenómeno de la urbanización que empieza con fuerza en los años de 1970 en ciudades como Quito y Guayaquil.

En este período de transición y aparente modernización crece el número de consultas médicas en establecimientos públicos, aumenta el número de especialistas médicos vinculados al trabajo en el sector público, se empieza a diseñar un modelo de capacitación para el personal de salud a cargo del Instituto Nacional de Capacitación, a la par que se prioriza la investigación y se busca implementar equipamiento de alta tecnología en los principales hospitales. Se evidencia un mayor involucramiento de organismos internacionales como cooperantes en el área de salud. Instituciones como CARE, OPS, USAID, UNICEF o el BID colaboran con asistencia técnica, perfeccionamiento de profesionales, mejoramiento de los estándares de servicio e implementación de normas y procedimientos (Vásconez, Córdoba y Muñoz 2005).

Desde 1980, y haciéndose eco de la Declaración de Alma-Ata de 1978, y de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) se inicia en el país el programa de capacitación de Promotores de Salud, bajo la dirección del MSP, el apoyo nacional del Banco Central del Ecuador (FODERUMA), e internacional de UNFPA y UNICEF. Se mantuvo hasta 1985 capacitándose 4000 promotores en país (Estrella y Crespo-Burgos 2002, 236).

Durante el Gobierno de León Febres-Cordero (1984-1988) se evidencia la existencia de una enorme deuda social y una gran pobreza, aunque indicadores como la mortalidad materna e infantil disminuyen, enfermedades como el paludismo y la difteria

umentan. En este ciclo decrecen las defunciones relacionadas con diarrea, neumonía y bronquitis. La economía nacional tuvo dificultades derivadas de la caída del precio del petróleo, lo que produjo un desequilibrio en el presupuesto general agravado por un alto costo del dólar y una escasa inversión. Poco a poco la economía empieza a ralentizarse hasta decrecer, lo cual afectó al presupuesto de sectores sociales; por ejemplo, en el caso de la salud disminuyó un 6,5 % en el año 1989. “El gasto total en salud efectuado por el sector público ecuatoriano decrece desde su cima, que estuvo en 1984 en alrededor de 2500 millones de sucres, a 1790 millones en 1991. En todo caso, esta última cifra es 27 % mayor al gasto registrado en 1975” (Estrella, Crespo y Herrera 1997, 83). A pesar de este panorama negativo desde una perspectiva económica, se realizaron inversiones importantes en materia de equipamiento para los hospitales, creció el número de profesionales vinculados al servicio público y se creó una Dirección de Capacitación del MSP para ofertar cursos de especialización para los médicos.

En 1984 se implementó una primera reforma a la salud pública estatal, cuando el Gobierno de Febres Cordero creó una agencia para la adquisición, venta, distribución de fármacos (CEMIN) y simultáneamente anuló el contrato estatal de precio de medicamentos. Tres años después, en 1987, se inició el primer intento de racionalización de la provisión pública de salud al crearse dos administraciones regionales (Sierra y Costa) para el IESS (Andrade 2009, 39).

Durante el Gobierno de Febres-Cordero se empieza a cuestionar el papel del Estado en la provisión de servicios de salud y se aboga por un control más eficiente de los recursos destinados a satisfacer las demandas de los ciudadanos en materia de cuidado de la salud. Al tiempo, el involucramiento de organismos internacionales en áreas como prevención, salud materno-infantil, administración de vacunas, salud familiar, infraestructura sanitaria y alimentación escolar se mantuvo inalterable; muchas de las directrices en salud se coordinaron con el apoyo y financiamiento de organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En definitiva, los temas prioritarios en salud durante los años 1984-1988 continuaron siendo la atención materno-infantil, la inmunización y la ampliación de los servicios de saneamiento e infraestructura sanitaria. Es notorio que en este período la política de salud no abandona la visión centrada en la figura del hospital, el aumento de profesionales y la curación. La dificultad de este modelo es que a la larga solo logra que



la presión sobre los recursos fiscales sea mayor, sobre todo en el tema de atender sueldos y salarios para la masa de burócratas, tecnócratas y médicos que se necesitan para mantener operando al sistema.

Durante esta etapa, la política de salud se decanta por la inversión en personal, infraestructura sanitaria, ampliación de los servicios en el área rural mediante la vinculación de profesionales recién graduados, construcción de centros y subcentros de salud, impulso a las campañas de vacunación e inmunización, ampliación de la infraestructura y creación de nuevos servicios. En estos años la demanda por atención médica y el aumento de la oferta de servicios articulan una burocracia enfocada en la racionalización de los procesos y en el estudio técnico del costo relacionado con los servicios ofertados. Simultáneamente, el crecimiento de la burocracia en el tema de la salud vuelve por momentos inmanejable el aparataje estatal y dificulta la planificación. Este panorama es similar en América Latina, en donde a raíz de la crisis de los años de 1980 muchos de los sistemas sanitarios mostraron sus debilidades, resumidas así: “falta de rectoría por falta de los ministerios de Salud, falta de coordinación entre los subsectores, una duplicación y dispendio de recursos [...] déficit en la cobertura, debilidades financieras y de gestión, falta de inversión en salud” (Sacoto 2007, 317).

En la presidencia de Febres-Cordero se trabajó en el fortalecimiento del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS) y la creación de infraestructura sanitaria. Simultáneamente, se ejecutaron acciones encaminadas a mejorar los programas de inmunizaciones, disminuir enfermedades respiratorias y diarreicas entre los niños. Se impulsó la creación de boticas populares mediante el impulso al Centro Estatal de Medicamentos e Insumos. Este gobierno intentó paliar la crisis económica destinando presupuesto a programas para la prevención de patologías recurrentes, así como ampliando el acceso a medicamentos para los más pobres.

El Ministerio de Salud presenció el paso de tres ministros, el segundo y el tercero, doctores José Bracho y José Tohme, reorganizaron técnica y administrativamente el Ministerio, y fortalecieron la infraestructura hospitalaria y la del IEOS; dando especial atención a los programas de saneamiento ambiental, de inmunizaciones, atención materno-infantil, nutrición, salud rural y medicamentos. Con fondos internacionales no reembolsables, el programa de inmunizaciones (PAI) fue coordinado y dirigido por INNFA (Sra. Ma. Eugenia Cordovez) a través del programa de Reducción de la Morbi-Mortalidad Materno (PREMI) asociado al PCEDA y al PCIRA... Con fondos del Banco Mundial se delineó el primer programa de Salud Familiar (Estrella y Crespo-Burgos 2002, 237).

Durante el Gobierno de Febres-Cordero se priorizó la atención a grupos vulnerables; continuó la cooperación internacional en materia sanitaria; se priorizó la utilización de los recursos en planes y programas enfocados a los sectores más pobres; sin embargo, no se realizaron inversiones importantes en infraestructura.

Esta realidad se modificó relativamente en el Gobierno de Rodrigo Borja Cevallos (1988-1992), en cuyo período se privilegió una presencia más activa del Estado para mejorar las condiciones de vida de la población bajo un esquema de incremento del empleo y mejoramiento del salario como mecanismo para nivelar las oportunidades en la sociedad (Estrella, Crespo y Herrera 1997). Por primera vez desde la vuelta a la democracia se mantiene una línea política e ideológica en materia de planificación en salud. La permanencia del doctor Plutarco Naranjo como ministro de Salud durante cuatro años posibilitó la continuidad en cuanto a la visión desde la que se concibió el papel del Estado en esta materia.

En el Ministerio de Salud se produce el hecho inédito de la permanencia de un solo ministro durante los cuatro años de gobierno, que impulsa decididamente la salud familiar y comunitaria, sustentada en los postulados de atención primaria de salud e inscrita en la tendencia regional de desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, auspiciada por la OPS. Se obtuvieron logros tan significativos como poner en funcionamiento cerca de 500 nuevas unidades de atención primaria y obtener la incorporación de alrededor de 1500 puestos locales de trabajo para profesionales de salud distribuidos en todo el país.

En sustento de esta iniciativa nacional se desconcentró la gestión en las Áreas de Salud urbanas y rurales, que son redes locales de servicios conducidas y coordinadas por una “jefatura” ubicada en la unidad de mayor complejidad. Las Áreas de Salud complementan la atención con referencias bidireccionales a los hospitales más cercanos de mayor complejidad. En apoyo a este modelo de atención y organización se diseña en este período el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud, FASBASE (con financiamiento del Banco Mundial). (Corporación Andina de Fomento 2004, 112).

Durante este gobierno se puso énfasis en la construcción de centros y subcentros y se optó por trabajar con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), enfocada en la solución integral de los problemas de salud, abandonando el esquema netamente médico y biológico de la curación. “El APS introduce dos elementos básicos: la consideración de que la salud es un componente de la calidad de vida y que es un derecho de la población disfrutarlo” (Estrella, Crespo y Herrera 1997, 81). Este enfoque de atención prioriza a la familia como la base de la prevención, establece fuertes lazos a

nivel comunitario y enfatiza en la ejecución de programas en áreas y grupos poblacionales vulnerables. El esquema de APS organiza los niveles de atención desde lo rural a lo metropolitano y desarrolla proyectos de prevención y educación en materia sanitaria en los que se involucra a líderes comunitarios, educadores populares y a la familia. Este período fue clave y muy importante en cuanto a la forma en que se administró la salud y el énfasis que se puso en la prevención. El modelo de APS es un claro ejemplo de aquel cambio de paradigma que se debe producir en cuanto a la forma en la que se concibe y se organiza el sistema sanitario, sobre todo porque abandona un enfoque biológico y centrado en la enfermedad a uno integral y armonizado con el medio. Sin embargo, al estar centralizado en grupos vulnerables, se corre el riesgo de dejar desprotegidos a otros sectores que, aunque no cumplan con esta característica de vulnerabilidad, no dejan de demandar atención. En el Gobierno de Rodrigo Borja el país enfrentó una epidemia de cólera, que fue muy bien controlada gracias a las medidas de prevención difundidas en el país y la atención médica oportuna en los casos que se presentaron.

Hasta 1991 se concluyó la construcción de un sinnúmero de unidades de salud, así como obras de saneamiento básico por parte del IEOS; incrementándose el gasto de inversión en un 55 % entre 1981 y 1991, y triplicando el número de unidades básicas. Del Banco Mundial se obtuvo el financiamiento para la ejecución del proyecto: Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE), centrado en el fomento de la salud con la participación familiar y comunitaria, a través de la entrega de servicios básicos de salud, previamente regionalizadas, con el apoyo al sistema nutricional y al saneamiento básico (Estrella y Crespo-Burgos 2002, 239).

El proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE) se implementó en 1994 a través del MSP del Ecuador, cuyo objetivo se centraba en brindar atención primaria de salud enfocada en los grupos vulnerables como niños y mujeres embarazadas. El proyecto MODERSA (Modernización de los Servicios de Salud) tenía como objetivo expandir “la cobertura y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de atención primaria y hospitalarios, por medio del desarrollo y aplicación de nuevos modelos de gestión” (Red de Desarrollo Social de América Latina y el Caribe 2017). Estas reformas intentaban corregir los déficits administrativos identificados en la provisión de servicios. Los beneficiarios directos de la iniciativa son

los usuarios de los servicios públicos de salud en las áreas seleccionadas (especialmente mujeres embarazadas).

El programa se inició a través de experiencias piloto, de carácter descentralizado, que integraron a prestadores públicos y privados de servicios de salud en una red de atención. Las líneas de acción prioritarias del programa fueron: a) implementación de sistemas descentralizados de cobertura universal de servicios de salud; b) modernización de hospitales; y c) apoyo a la reforma de salud y capacitación de recursos humanos. Mediante estas intervenciones lo que se pretendía era corregir las ineficiencias identificadas en la administración de los recursos, tanto económicos como humanos, y brindar un mejor servicio a segmentos concretos de la población. En este período el logro más sobresaliente del Gobierno de Rodrigo Borja fue el haber mantenido una línea de trabajo dentro del MSP, a través del doctor Plutarco Naranjo, al tiempo que se trabajó en una visión de la salud más integral que no se centró solamente en la atención médica. El balance de este período fue positivo y permitió avanzar en el saneamiento básico como una medida complementaria a la atención médica.

Si en la década de 1980 se dieron los primeros intentos de políticas de corte neoliberal, se podría afirmar que fue durante el Gobierno de Sixto Durán-Ballén (1992-1996) que estas se volvieron más evidentes. Se priorizó el ajuste fiscal, se aumentaron los precios de los combustibles y se empezó un proceso agresivo de modernización del Estado. La instrumentalización de las políticas públicas pasó hacia las organizaciones no gubernamentales (ONG), y poco a poco el Estado fue dejando de intervenir directamente en la prestación de servicios básicos y en la dotación de infraestructura. En materia sanitaria, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se iniciaron las primeras pruebas piloto del cobro de servicios públicos de salud (Naranjo 1997, citado en Minteguiaga 2012). En este período, el Banco Mundial dictó las políticas de atención en materia sanitaria, priorizando la recuperación de los costos y limitando el tipo de atención que se podía brindar a los ciudadanos. Bajo este esquema, las enfermedades catastróficas y las crónicas se eliminaban de los paquetes de atención, cientos de ciudadanos quedaron imposibilitados de atender sus dolencias, especialmente por los altos costos que esto implicaba.

A partir de 1992, la influencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS pasó a segundo plano debido a que fueron los bancos, entre ellos el Banco

Mundial, los que definieron los paquetes de atención que los Estados podían ofertar a su población, para reducir los costos y cofinanciar la salud, en su camino hacia la minimización del Estado como responsable de la salud de la población (Banco Mundial 1992; Velasco 2011, 326).

La recuperación de los costos derivados de la atención de la salud, la falta de inversión en infraestructura física, la limitada cobertura de los servicios fueron, entre otras, las características más importantes de este período en el que se limitó el accionar del Estado en la provisión de servicios de salud.

Así, entre 1992 y 1996, el gasto estatal disminuyó drásticamente tanto en el gasto corriente como en el de capital. Esta reducción se efectuó en dos niveles: en el papel del Estado como empleador y en la supresión de nuevas inversiones estatales en infraestructura, salud, educación y otros servicios básicos. El recorte de los gastos estatales ocurrió fundamentalmente en la provisión de los servicios que más afectaban a la formación de recursos humanos: salud, educación, infraestructura sanitaria básica. La reducción de personal y de servicios públicos en el sector rural afectaron directamente en la salud de la población al limitar el número de mujeres atendidas en el parto, aumentar la desnutrición infantil, crear un ambiente favorable a la reaparición de enfermedades infectocontagiosas, y contribuir a la expansión del VIH SIDA en Ecuador (Andrade 2009, 37).

La reducción en el presupuesto estatal para el área social impactó de manera directa en las oportunidades de desarrollo de importantes segmentos de la población, tanto en el área urbana como rural. Durante este período el Estado expandió sus capacidades técnicas, pero limitó las administrativas en la provisión y organización de servicios para sus ciudadanos.

Durante toda la historia reciente del país las afecciones propias del denominado Tercer Mundo no desaparecieron, pero al mismo tiempo otras enfermedades propias de un proceso acelerado de desarrollo se instalaron en el mapa epidemiológico del Ecuador. Así, durante los años de 1970, 1980 y 1990 a las afecciones respiratorias y diarreicas se sumaron los decesos producto de los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades sexuales, la violencia, entre otros.

En este período las muertes violentas, los suicidios y los accidentes de tránsito crecieron considerablemente; sin embargo, no desaparecieron las infecciones respiratorias e intestinales, las cuales siguieron siendo la causa más común de los decesos registrados entre los menores de cinco años. “Las enfermedades sexuales, entre

ellas el SIDA, van cobrando cada vez más vidas. De igual manera, se incrementan las enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas y mentales” (Estrella, Crespo y Herrera 1997, 93). La política de salud de este gobierno no fue favorable a los más necesitados, el gasto en salud disminuyó y la gran mayoría de ecuatorianos quedaron fuera del sistema de cobertura pagado que había promocionado el gobierno de corte neoliberal. En estos años se inició la descentralización del sistema de salud en el país.

En este régimen ‘democrático’, para mejorar la atención ambulatoria se propone una nueva concepción de la atención, orientada al mejoramiento de la eficiencia y eficacia de los hospitales del Estado; proponiendo la automatización del funcionamiento técnico-administrativo de los mismos; suscribiendo convenios con entidades gubernamentales y organismos internacionales, municipales y privadas (ONG). Estos, entre otros cambios, pretendían agilizar y efectivizar la atención a los paciente y usuarios de los servicios de salud del Ministerio (Estrella, Crespo y Herrera 1997, 98).

Durante el Gobierno de Sixto Durán-Ballén el Estado ecuatoriano dio pasos importantes hacia la consolidación del modelo neoliberal en el manejo de los asuntos públicos. Este propugnaba la eficiencia del sistema privado frente al público e incitaba a una participación cada vez más marginal del gobierno de turno en la solución de problemáticas como la salud o la educación, dejando en manos de empresas privadas la administración y dotación de servicios por los que solamente una pequeña fracción de la población podía pagar. El fin era demostrar a los usuarios de la salud pública, es decir, a las clases populares, que el sistema de salud estatal era inservible y que, por ende, lo mejor era privatizarlo. Como apunta Rodas (2010, 13): “bajo el artificio de achicar el Estado [...] se caminó en la necesidad de privatizar el Seguro Social (incluido el campesino) y de hacer de la salud un sistema de atención estrictamente en manos privadas”. Bajo la premisa de que lo privado es mejor, está bien administrado y brinda un servicio de calidad, se intentó que los ciudadanos al menos cofinanciaran la atención médica, lo que alejó a miles de familias del derecho a la salud.

El balance de la década de 1990 en materia de salud se vio marcado por una reducción en el gasto público, la eliminación en el control de los precios de los medicamentos y en que se focalizó la atención en grupos considerados vulnerables; por ejemplo, mujeres y niños, dejando de lado el principio de universalización en el acceso. Se trató de regionalizar los servicios de salud mediante el inicio de un proceso de descentralización (Velasco 1997; Estrella, Crespo y Herrera 1997). Estos y otros

elementos dan cuenta de que el Estado, poco a poco, empezó a abandonar la prestación de servicios de carácter universal, intentado que el mercado regulara la oferta y la demanda en cuanto a la salud. Este período de la historia ecuatoriana significó un gran empobrecimiento para amplias capas de la población, quienes vieron cómo, poco a poco, lo que cobraban por su trabajo era insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, por lo que servicios tan sensibles como la salud, la educación o la dotación de servicios empezaron a ser responsabilidad de organizaciones privadas sin fines de lucro y del sector privado empresarial. Paulatinamente, el Estado intentaba abandonar su responsabilidad en la dotación de servicios básicos y esperaba del ciudadano su corresponsabilidad para acceder a estos. Es clave conocer que entre las diez principales causas de muerte infantil en la década de 1980 estaban las relacionadas con “enfermedades diarreicas, neumonías, bronquitis, tosferina, tétanos, sarampión, etc.” (Rodas 2010, 13), todas derivadas de la falta de servicios básicos y del hacinamiento.

A la par, en esta misma década las reivindicaciones sociales se hicieron presentes de la mano del movimiento indígena, cuyas principales demandas estaban focalizadas en el campo, se pedía mayor acceso a créditos, una paulatina desconcentración de la tierra y mayores oportunidades en la participación política. Con la elección de Abdalá Bucaram (1996), las políticas de corte neoliberal continuaron aplicándose, su temprana caída no evitó que su sucesor, Fabián Alarcón, convocara a una Asamblea Constituyente (1998) cuyo contenido dio “vía libre a las propuestas privatizadoras, por ejemplo, eliminando la noción de áreas estratégicas y otras formas de propiedad estatal y comunitaria” (Minteguiaga 2012, 50). Los gobiernos que se sucedieron durante la década de 1990 intentaron profundizar en la aplicación de políticas de corte neoliberal enmarcadas en recortes presupuestarios, mayor intervención privada y apertura hacia los grandes capitales. Sin embargo, previo a las reformas constitucionales de 1998, se logró establecer concesos sobre el tema de la salud en el Ecuador. Se consideró a la salud como responsabilidad del Estado y se fortaleció el rol del MSP como rector del Sistema de Salud y responsable de fomentar el acceso a los servicios de salud y garantizar el financiamiento de los servicios mediante un presupuesto equilibrado y oportuno.

El más importante esfuerzo realizado entre 1997 y 1998 fue la formulación de políticas nacionales de salud con amplia participación y consenso, y que fueron base para la

inclusión de importantes textos en la Reforma Constitucional de 1998. Entre los contenidos sustanciales de esta normativa constitucional se mencionan: a) garantía del Estado del derecho a la salud, su promoción y protección; b) acceso a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; c) los programas y acciones de salud pública universales y gratuitas; d) la rectoría del Estado en materia de salud, vigilancia de la aplicación de las políticas y del funcionamiento de las entidades del sector; e) la organización de un Sistema Nacional de Salud con funcionamiento desconcentrado, descentralizado y participativo; f) el financiamiento de las entidades públicas proveniente de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del presupuesto general del Estado, de los usuarios según su capacidad económica y de otras fuentes que sean definidas; y g) el incremento anual de la asignación fiscal para salud pública (Puertas, Herrera y Aguinaga 2004, 4).

Con la finalización de la presidencia de Fabián Alarcón, aparentemente terminaba también un período de inestabilidad y crisis política; finalmente, después de dos años de interinazgo asumió el poder Jamil Mahuad (1998-2000). Durante este gobierno el Ecuador sufrió una profunda crisis económica, producida por la congelación de los depósitos bancarios. En 1999 la inversión, el empleo y la economía del país sufrieron un grave retroceso que tuvo graves consecuencias en el ámbito social. La tensión social creció en las calles. Finalmente, el presidente fue derrocado por una amplia movilización social, en enero de 2000. En este período se gestó la mayor crisis económica y social de la historia del Ecuador en el último siglo. La baja en el precio del petróleo, la creciente inflación y la caída en el PIB limitaron los márgenes de acción en el plano social; la eliminación de algunos subsidios y la falta de una ruta en el plano económico hicieron que en marzo de 2000 el presidente Mahuad dejara el poder. A la par, el país se enfrentaba a las consecuencias de una pérdida sistemática de la productividad y la competitividad. Estudios de 2001 señalan que “una de cada cuatro personas en Ecuador no es atendida en ninguna institución y más del 70 % de la población no tiene seguro de salud, mientras que el alto porcentajes de gasto privado en salud (49 %) perpetúa la inequidad” (Echeverría 2007, 214). La falta de sostenibilidad en las políticas de inversión social limita el acceso de las capas menos favorecidas a la salud.

El proyecto político y económico continuaría con el Gobierno de Gustavo Noboa, quien mantuvo la dolarización y el paquete de medidas que beneficiaba al sector financiero. Como recuerda Minteguiaga (2012):



La conflictividad nuevamente se desató, estas medidas se retrotrajeron en abril de ese año; se diseñó un Plan Social de Emergencia, con el que adquirieron su completa institucionalización en la estructura estatal los denominados programas sociales “prioritarios”; es decir, un conjunto de acciones diseñadas bajo la lógica de la asistencia, la acción “mínima” o “básica” del Estado y la focalización (50).

Motivados por políticas que buscaban minimizar la participación del Estado en el campo de la salud durante la denominada década del ajuste neoliberal, la inversión en salud pública decreció, se limitó la cobertura para enfermedades consideradas catastróficas y se ensayaron esquemas de pago compartido, tratando de que los ciudadanos se hicieran corresponsables por el costo de los servicios médicos, limitando el papel del Estado como proveedor de servicios y relegándolo a ser solo el rector del sistema. El Banco Mundial y diversos organismos de financiamiento multilateral recomendaron una participación mínima del Estado en cuestiones como salud y educación, dejando al mercado la regularización de la oferta y la demanda, exigiendo a los ciudadanos un alto nivel de corresponsabilidad para mantener operativos los servicios y disminuyendo el gasto social, bajo la lógica de ahorro. En este período la construcción de servicios de salud se detuvo, el presupuesto para la salud disminuyó y muchos sectores sociales dejaron de acceder a la atención sanitaria por un problema de costos.

Finalizado el período de Gustavo Noboa llegó Lucio Gutiérrez al poder (2002); sin embargo, se continuó con la aplicación de medidas impopulares como la privatización de empresas públicas. El rápido deterioro del acuerdo con el movimiento indígena nuevamente terminó con la destitución del presidente.

En el período de caos institucional que vivió el país, entre los años 2000-2007, la salud y la educación sufrieron las consecuencias, especialmente por la falta de inversión y la previsión; los sectores sociales fueron abandonados y sus capacidades disminuidas en función de intereses particulares, como el pago de la deuda externa. Según afirma Páez (2014):

En síntesis, el itinerario neoliberal de los noventa e inicios del siglo XXI no solo desmanteló las capacidades de regulación estatal satanizando su rol en el proceso de desarrollo nacional equitativo, con redistribución de la riqueza vía política social, sino que produjo la legítima respuesta de varios sectores sociales que por la incapacidad del campo político y sus agentes de articular demandas y universalizarlas, han encontrado en la movilización social y acción colectiva la posibilidad democrática de generar

propuestas políticas “alternativas” frente a la visión de Estado impulsada durante los últimos años (56).

Y ya en el siglo XXI, durante la corta presidencia de Alfredo Palacios (abril de 2005-enero de 2007), se desarrolló el Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS), que implantaba una política privada de aseguramiento de la salud mediante la compra de servicio.

El objetivo de PRO-AUS fue brindar un sistema de aseguramiento que comprendía prestaciones integrales con calidad, eficiencia y equidad, bajo una concepción de protección social y una lógica de aseguramiento público, priorizando a la población que vive en condiciones de extrema pobreza y pobreza. El AUS impulsó la descentralización de los servicios de salud a los municipios desarrollando en Guayaquil, Quito y Cuenca programas de aseguramiento en salud (Chang Campos 2017, 454).

En materia sanitaria, en este gobierno el AUS contaba con financiamiento del Banco Mundial para brindar atención gratuita a los quintiles 1 y 2 de población mediante la entrega de una tarjeta de salud.

Esta política pública desregulada y basada en la “focalización”, como siempre, desmejoró aún más las condiciones de atención de salud de la mayoría de la población, es decir, de la población más pobre.

En la primera fase se preveía llegar a la cobertura universal para las poblaciones más pobres (quintiles 1 y 2), mediante la extensión de cobertura impulsada por el Ministerio de Bienestar Social (MBS) con la tarjeta gratuita de salud. El financiamiento de esta tarjeta provenía en un 80 % del MPS, el restante 20 % era de recursos externos (Banco Mundial, Unión Europea, Bélgica y España). “En 2006 el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó un préstamo de 90 millones de dólares a Ecuador para apoyar el Proyecto de Aseguramiento Universal de Salud (PRO-AUS) que comenzaría por cubrir a la población más pobre del país y en su primera etapa mejoraría la calidad de los servicios de salud” (Castillo 2015, 124). En las etapas siguientes el programa en cuestión incorporaría a otros quintiles igualmente desfavorecidos. Este programa y toda la infraestructura creada para su gestión fueron cerrados en 2007, cuando asume el gobierno la Revolución Ciudadana, cuya propuesta de salud implicaba un cambio radical en el enfoque.

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y un alto grado de conflictividad social, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad. Entre 1992 y el 2006 se han sucedido ocho gobiernos, generando problemas de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas afectaron la dinámica del sector salud y sus reformas. Los reiterados cambios de autoridades (nueve ministros de salud entre 2001 y 2005) y la inserción de planes y programas propios en cada administración debilitaron la autoridad sanitaria nacional, limitando el desarrollo y la sostenibilidad de procesos de cambio más coherentes (Organización Panamericana de la Salud 2008, 7).

Con esta breve relación de la historia en materia social, política y económica se evidencia que el país nunca ha dejado atrás los conflictos sociales, económicos y políticos. Cada cierto tiempo una crisis de diverso tipo golpea la estructura del Estado e impide la consolidación de un régimen social y democrático que garantice la paz, el crecimiento económico y la equidad. El intento de implementar un modelo desarrollista y consolidar la presencia del Estado se inició con el descubrimiento del petróleo. Lamentablemente, la volatilidad del precio del principal recurso de exportación y los intereses de determinados grupos económicos impiden hasta hoy que Ecuador logre consolidar un modelo de desarrollo viable que permita a sus ciudadanos salir del atraso y la pobreza. La historia del país y sus instituciones constituyen un reflejo de luchas particulares, la imposición de lógicas externas y la falta de una visión de conjunto por parte de los dirigentes. Como señalan Vásquez, Córdoba y Muñoz (2005), es palmario que desde los años de 1970 a la fecha las políticas sociales y económicas de los distintos gobiernos no han tenido un rumbo claro; es evidente la falta de continuidad en los planes y programas de asistencia; los enfoques varían desde el asistencialismo hasta el clientelismo, la privatización y la focalización. En ningún caso las políticas sociales han tenido un fin claro, por lo tanto, las acciones y mecanismos implementados han sido producto de la coyuntura y de las buenas intenciones de los gobernantes de turno, o de sus necesidades electorales.

Es, pues, un hecho contrastable que la creación del MSP marcó el inicio de una nueva era en materia de atención de salud en el país; sin embargo, la falta de acciones conjuntas y coordinadas entre tan diversas instituciones, con fines, orientaciones y principios tan diversos, han impedido que la cobertura crezca. A pesar del conjunto de políticas, de una mejor planificación, mejores planes y programas, las mejoras sustantivas en el sistema aún no se han producido. El país enfrenta todavía la falta de

políticas integrales de salud encaminadas a disminuir lastres como la desnutrición, la mortalidad materna o infantil, así como problemáticas complejas como el avance del VIH-SIDA, la tuberculosis o la gripe AH1N1. En pleno siglo XXI la inequidad y la exclusión se mantienen, la articulación entre instituciones es inexistente y la rectoría en materia de salud muestra un pobre desempeño.

En un estudio realizado en 2001, “la rectoría presenta un bajo desempeño, el cual da cuenta de debilidades en el liderazgo del MSP y en el hacer cumplir las normas, lo cual es indispensable superar, para avanzar en el fortalecimiento de la salud pública del país” (OPS 2006, citado en Villacrés 2008, 36).

En conclusión, los avances y retrocesos en materia de salud e institucionalidad en el país se desarrollan bajo dos lógicas definidas: la presión que pueden ejercer organismos internacionales, políticas externas o presiones locales para marcar la pauta en las acciones de intervención, y la lógica de los gobiernos o instituciones planificadoras que están al frente de la organización económica del país y que deciden, en función de los presupuestos, el nivel de inversión en un determinado momento. Estas dos circunstancias son las que determinan el rumbo y la constitución de lo que se crea y se establece a nivel de país en el tema sanitario. La historia de la construcción de la institucionalidad en materia de salud así lo demuestra. En la siguiente tabla se pueden evidenciar los cambios por los que la salud y su institucionalidad han pasado en los últimos treinta años.

Este recorrido por la salud en Ecuador permite apreciar una historia llena de matices sobre la forma en que se desarrollaron aquellas capacidades estatales para la provisión de servicios de salud. La formación y contratación de personal especializado en el tema de salud estuvo siempre presente en todos los gobiernos analizados. La cooperación técnica internacional fue otro elemento clave para la creación de diversos programas enfocados en ampliar la atención y la cobertura en materia sanitaria; el mejoramiento de las condiciones de vida de la población también fue considerado como un elemento importante para fomentar la salud. Estos son algunos elementos positivos que se pueden señalar sobre las capacidades administrativas que se desarrollaron desde el Estado en la provisión de servicios de salud para la población ecuatoriana. Sin embargo, estas capacidades fueron limitadas durante el Gobierno de Durán Ballén, cuando se recortó la inversión social y los programas de atención se focalizaron en los más pobres.

A continuación se presenta un cuadro que resume los elementos más sobresalientes en cuanto a las reformas y procesos de cambio manejados en materia sanitaria en Ecuador, entre 1967 y 2006. Se destaca la ampliación de la infraestructura sanitaria, la fundación del Ministerio de Salud como ente rector del tema sanitario en el país, el enfoque de gratuidad de los servicios (en gran parte del período analizado), el establecimiento de programas exitosos como el PAI y el establecimiento del servicio médico rural para dotar de atención médica a los sectores más apartados de las ciudades. Al tiempo, se destaca la fragmentación institucional entre el MSP, el IESS y el sector privado; la falta de coordinación institucional y el recorte a la inversión han limitado la expansión de los servicios de salud entre la población. Durante gran parte del período analizado, la participación de organismos de cooperación ha marcado la pauta en mucho de lo que se ha hecho en materia sanitaria, especialmente en aquellos campos relacionados con la modernización administrativa.

**Tabla 4. Planes, acciones y propuestas en materia de salud (1967-2006)**

<b>1967-1980</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de gestión centralizado en el MSP.</li> <li>• Extensión de la cobertura de los servicios de salud.</li> <li>• Ampliación infraestructura sanitaria.</li> <li>• Fragmentación institucional.</li> </ul>
<b>1980-1991</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuidad de los servicios.</li> <li>• Inversión en hospitales y boticas populares.</li> <li>• Ampliación de la red de agua potable y alcantarillado.</li> <li>• Salud familiar y medicamentos genéricos.</li> <li>• Programa Ampliado de Inmunizaciones.</li> <li>• Programa de reducción de enfermedades y mortalidad infantil.</li> <li>• Programa de medicamentos gratuitos a niños menores de cinco años.</li> <li>• Se funda el Consejo Nacional de Salud para fomentar la integración del sector salud.</li> </ul>
<b>1991-1998</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de fortalecimiento de los servicios de salud, FASBASE.</li> <li>• Se priorizó la prevención.</li> <li>• Promulgación de la ley de maternidad gratuita.</li> <li>• Proyecto MODERSA.</li> </ul>
<b>2000-2006</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley de medicamentos genéricos.</li> <li>• Unidades móviles de salud.</li> <li>• Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, PANN 2000.</li> <li>• Plan Ampliado de Inmunizaciones, PAI.</li> </ul>

- 
- Control epidemiológico: tuberculosis, malaria y dengue.
  - Estrategia de Aseguramiento Universal de Salud.
- 

Fuente: Vásconez, Córdoba y Muñoz (2005).  
Elaboración propia.

La presencia del Estado como proveedor de servicios de salud atraviesa diversas etapas dentro de los años analizados. Se puede concluir que a partir de 1950 se colocan las bases de un Estado protector, cuyo objetivo primordial se enfocó en garantizar la higiene y el cuidado de los productos exportables al tiempo que brindaba asistencia pública en hospitales a los más pobres. Hacia 1970 se consolida el denominado Estado desarrollista, en donde se amplía la cobertura de servicios de salud con la inversión en infraestructura y la contratación de personal. En 1980 la crisis de la deuda golpea al sector social; sin embargo, se logra avanzar en la consolidación de la red de servicios de la seguridad social y se mantiene la gratuidad de la salud. En 1990 el Estado se debilita producto de las reformas neoliberales, se focaliza la atención en grupos vulnerables y se plantea la idea de un financiamiento de los servicios vía el cobro directo a los usuarios y el establecimiento de paquetes de atención (Velasco 2011).

A menudo el recorte del presupuesto ha significado que grandes segmentos de la población vean limitado su derecho a la salud, especialmente por los altos costos que significa para la población atenderse particularmente de sus dolencias. De acuerdo con la CEPAL, la inversión en salud es directamente proporcional a un mejor sistema de salud, sobre todo cuando se trata de inversiones sostenidas en el tiempo y destinadas a la salud preventiva antes que la curativa.

## **5. El Ministerio de Salud Pública**

En 1967 la propuesta hecha por la Asociación de Médicos de contar con una institución que centralice el manejo de la salud en el país se concretó y se fundó el MSP, producto en parte tanto de la presión interna como de la presión internacional. Con la creación del ministerio se buscaba que las actividades sanitarias y asistenciales que hasta ese entonces se desarrollaban desde ópticas particulares se centralicen. El objetivo era que instituciones como la Junta de Beneficencia de Guayaquil coordinara acciones con un ente central.

La Alianza para el Progreso y la presión internacional sobre el Gobierno ecuatoriano permitió que en 1964 se formulase el Plan Nacional de Salud por parte de la

Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica. El espíritu de este documento pretendía exhortar a que el Estado garantice el derecho a la salud para todos los ecuatorianos, especialmente para los sectores más vulnerables. El ánimo central del Plan Nacional de Salud sugería expandir los servicios de salud e integrarlos dentro de un Servicio Nacional, además de unificar los servicios nacionales de salud con los ofertados por la seguridad social ecuatoriana. Se recalca la necesidad de planificar de manera integral los servicios y mecanismos de acceso a la salud (Estrella, Crespo y Herrera 1997). Este fue el antecedente para la fundación del MSP.

Dicho plan tenía como objetivo centralizar la salud y se enfocaba en la disminución de disparidades en el acceso a los servicios, la integración de los prestadores de servicio y la construcción de políticas y programas orientados al desarrollo. Finalmente, el plan no se cumplió, pero fue la base para que en 1967 se creara definitivamente el MSP. El plan, según señala Estrella, era una respuesta a las recomendaciones hechas por la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que hacían énfasis en lo adecuado de “planificar y programar” (Estrella, Crespo y Herrera 1997, 19), acciones encaminadas a disminuir la mortalidad materno-infantil y, en general, mejorar las condiciones sanitarias de grandes segmentos de la población.

En palabras de Minteguiaga (2012), solo a partir de 1960 el Estado ecuatoriano empezó a participar activamente en mejorar las condiciones materiales de sus ciudadanos, mediante el inicio de una política orientada hacia la intervención en el plano económico y social. En esa década empezaron procesos como la reforma agraria y se expandieron los sistemas públicos de educación, salud y seguridad social. Con la creación del Ministerio de Salud se entrega un presupuesto para la atención y se empiezan a construir programas de atención para grupos y colectivos vulnerables.

Antes de 1967, el Ministerio de Previsión Social era el encargado de coordinar la salud y la higiene en el país, pero únicamente como una instancia administrativa que recibía la información de instituciones que trabajan “con total autonomía administrativa, económica y técnica” (Estrella, Crespo y Herrera 1997, 2). Las instituciones eran el Instituto Nacional de Higiene, la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) y la Caja del Seguro, entre otras, que operaban de manera independiente y no respondían a una línea de política pública nacional. Hasta ese momento no se habían diseñado estrategias contra problemáticas graves como la desnutrición infantil, la mortalidad materna o la

tuberculosis. A excepción de la lucha contra el paludismo, no se había trabajado en políticas integrales encaminadas a mejorar la condición sanitaria ni los indicadores de salud en Ecuador, lo que sumía al país aún más en la pobreza y el atraso. La Asamblea Constituyente de 1967 creó el Ministerio de Salud del Ecuador. Anteriormente las funciones de la salud eran responsabilidad del Ministerio de Previsión Social y Trabajo; el primer paso para su creación se dio en 1963, cuando se creó la Subsecretaría de Salud que dependía del mismo ministerio (Avilés Pino 2015).

En el caso del Ecuador la historia sobre la creación del Ministerio de Salud evidencia un episodio accidentado del avance institucional experimentado por el país en el siglo XX. Enfermedades como el paludismo, la desnutrición infantil o la mortalidad materna afectaban de manera considerable a gran parte de la población ecuatoriana e impedían el desarrollo del país, pero no eran atendidas desde una visión integral, mucho menos planificada. Esta falta de planificación es notoria, especialmente cuando se trata de analizar el funcionamiento del sistema de salud. En muchos casos la duplicación de actividades o la falta de coordinación entre instituciones todavía hacen que una parte de los recursos se desperdicien y que, por tanto, el presupuesto destinado a salud sea insuficiente e ineficientemente administrado, a lo que se suma la concepción de la salud como un mero acto curativo, sin actividades de prevención. Se limita la previsión del servicio al control de los síntomas, pero no se trabaja de manera integral en la prevención de las causas. La visión sanitaria no va más allá de la curación, en ningún momento llega a complementarse con la prevención y se limita por la falta de una visión integral sobre el ser humano.

Al nuevo Ministerio de Salud se le asignó del presupuesto nacional los recursos necesarios para su operación. Durante la primera fase de trabajo del nuevo ministerio se priorizaron acciones encaminadas a detener el avance de enfermedades prevenibles, el desarrollo de servicios de salud para las tres regiones priorizadas (Costa, Sierra y Austro), la ampliación en la atención primaria hacia los infantes menores de cinco años y las madres, la formación de una masa profesional para atender al sector rural y la construcción de infraestructura hospitalaria y de atención en salud.

Con la creación del ministerio del área empezaron a surgir iniciativas desde el Estado encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población ecuatoriana. Parte de los esfuerzos diseñados por el Estado se debieron a directrices emanadas desde el ámbito internacional, las cuales permitieron a los gobiernos de turno fijar prioridades



de atención; sin embargo, la falta de consistencia en las políticas, la inversión y la generación de mecanismos que permitan fortalecer la calidad de atención sanitaria hacen que aun ahora la mayoría de la población permanezca al margen del derecho a la salud.

Junto con el crecimiento de la economía y de la población, aumentó la demanda por atención hospitalaria; así, el MSP, el IESS, inversionistas privados e instituciones como las Fuerzas Armadas incrementaron su oferta y crecieron los hospitales, centros, subcentros de salud y clínicas particulares. El tema de la rectoría del sistema de salud y la prestación de servicios de parte del MSP es un hecho que se debe debatir y considerar la autonomía que puede tener el prestador al momento de pasar a ser evaluador del sistema.

## **6. Autoridad sanitaria y marco legal existente hasta 2006**

En el Ecuador el marco legal vigente establece que la rectoría del sistema de atención de salud pública la tiene el MSP, que lidera los procesos delineados por la política pública del país (en cada período de gobierno), junto al Consejo Nacional de Salud (CONASA), que preside el titular del área. Con la creación del MSP las funciones de coordinación, supervisión y promoción de la salud quedan centralizadas; pasa a ser responsabilidad de esta cartera el desarrollo de las políticas estatales de salud, dentro de un marco de acción más amplio que contempla la ejecución de planes y programas concretos en todo el territorio nacional.

El ejercicio de la función de rectoría por parte del MSP es reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud, quienes han manifestado la necesidad de fortalecer este rol para un mejor desempeño y control del sistema de salud. Las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que incluye al Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) reconocen formalmente la rectoría del MSP en los aspectos referentes al acceso universal a los servicios integrales, y forman parte del CONASA (Organización Panamericana de la Salud 2008, 12).

Sin embargo, el MSP por sí solo no es capaz de llevar a cabo la inmensa tarea encomendada, sobre todo cuando se trata de coordinar acciones en materia sanitaria. Por esta razón, desde 1980 se iniciaron una serie de acciones encaminadas a mejorar la

integración del sector salud, para lo que se creó el Consejo Nacional de Salud (CONASA) como un ente coordinador, rector y asesor de programas y proyectos del sector. A este organismo asesor del MSP se le otorga el marco legal para formular un plan sectorial de salud, al tiempo que coordina diversas actividades con los representantes de la salud en el país. Entre las funciones del CONASA está el promover los consensos en las políticas públicas e impulsar los mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, conforme a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002).

### **6.1. El Consejo Nacional de Salud**

El Consejo Nacional de Salud (CONASA) es un organismo creado en 1980 como ente asesor del Ministerio de Salud Pública, “como una estrategia de coordinación entre las entidades públicas y privadas que conformaban el sector salud” (Albán Villacís 2006, 6).<sup>7</sup> Fue dotado de autonomía administrativa y financiera, con el propósito de promover consensos en las políticas de salud y coordinar la organización y el desarrollo del sistema de atención de salud de acuerdo a la Ley Orgánica de Salud. En el Decreto Ejecutivo n.º 56, del 3 de enero de 1980, se consideró la necesidad de contar con un espacio de diálogo y debate para los diversos actores del sector salud y se creó el CONASA como un organismo de asesoría adscrito al Ministerio de Salud como apoyo para este proceso.

Su directorio<sup>8</sup> está conformado por representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector salud y funciona básicamente a través de comisiones de expertos institucionales (Planificación, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), para generar acuerdos respecto a políticas, normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general (Organización Panamericana de la Salud 2008, 12).

El objetivo de este Consejo era organizar la reforma del sector salud y coordinar las acciones que se encontraban dispersas en instituciones como el Ministerio de Bienestar Social, el Consejo de Modernización y el mismo Ministerio de Salud Pública.

---

<sup>7</sup> Registro Oficial 861, 27 de enero de 1980.

<sup>8</sup> El Directorio del CONASA está integrado por el ministro (a) salud, representante del Ministerio de Inclusión Económica y Social, representante del IESS, SOLCA, Junta de Beneficencia, representante de entidades de salud privadas, representante de gremio de trabajadores, representantes de OPS, OMS, Director (a) ejecutiva del CONASA, entre los más importantes.

Este esfuerzo se concretó en la Constitución de 1998, en la que por primera vez se habló de conformar un sistema nacional de salud descentralizado, desconcentrado y participativo. Las acciones dispuestas desde el CONASA facilitaron el establecimiento de políticas coordinadas para empezar a darle forma al Sistema Nacional de Salud, con la idea de coordinar las acciones entre el sector público y el privado, especialmente entre las instituciones del Ministerio de Salud, clínicas y hospitales privados, así como del IESS.

Con el reconocimiento de su autonomía institucional y financiera, alcanzada en 2002, el CONASA dejó de ser un organismo de asesoría y se convirtió en una institución autónoma capaz de marcar la pauta en la coordinación y construcción del Sistema Nacional de Salud. Con la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema de Salud (2002) se logra establecer un instrumento que delinea el camino hacia la construcción de un sistema desconcentrado, que delimita claramente las funciones de rectoría, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento; y determina las acciones a considerar en cuanto al manejo del recurso humano, la dotación de medicamentos y las prioridades en materia de investigación.

Es importante señalar que este camino hacia la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema de Salud surgió gracias a las iniciativas presentadas en los Congresos por la Salud y la Vida (2002-2004), en los que se recogieron los criterios de expertos y fue posible establecer consensos más allá del financiamiento del sistema. Las opiniones de diversos sectores sociales hicieron posible la consolidación de un instrumento legal que rechazó la privatización de los servicios de salud e impulsó los compromisos por una salud más integral e inclusiva (Echeverría 2007). Como indica Irina Almeida:

El CONASA fue creado por disposición de la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud, una ley que fue promulgada el 25 de septiembre del año 2002 [...] es una de las pocas veces en las que una ley ha sido elaborada, propuesta y aprobada tan rápidamente. Lo que pasó es que tuvo el apoyo mayoritario en el Congreso porque era una ley construida por una amplia movilización social (Entrevista personal 2017).

Es necesario resaltar que la propuesta de construcción de un sistema de salud nació del quehacer de organizaciones de base e instituciones de la salud que reivindicaron la salud como un derecho humano. Con la creación del CONASA se logra aglutinar a representantes de la sociedad civil, organizaciones públicas y privadas

vinculadas al sector. El CONASA se convierte en un ente coordinador y generador de políticas públicas e instrumentos para operativizar el tan anhelado Sistema de Salud. “El Ministerio de Salud Pública hacía una propuesta de política pública y luego la enviaban al CONASA para que se delibere con todos los actores que estaban ahí presentes, se aprobaba en el directorio y luego, por acuerdo ministerial, se establecían políticas logradas por consenso” (Entrevista personal 2017).

El CONASA lleva adelante la Comisión de Recursos Humanos, la misma que trabaja en una política nacional para el manejo del personal sanitario a nivel nacional. Esta política involucra elementos como la remuneración, el reconocimiento y la carrera del personal dentro del sector público.

## **6.2. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 2002**

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (ya derogada) establecía como objeto el establecimiento de los principios y normas dentro de los cuales se regirá el sistema de salud pública en todo el territorio nacional ecuatoriano. Asimismo, el artículo 2 determina que la finalidad de la constitución del Sistema Nacional de Salud (2002) es, además de concretar el derecho a la salud, aumentar el nivel de salud y de calidad de vida de la población; este se compone de entidades tanto públicas como privadas, regidas por objetivos y normas comunes.

El artículo 3 especifica los objetivos del Sistema Nacional de Salud:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud (EC 2002).

Lo que no consta en la ley es la forma en que se dará respuesta a la demanda social, a la penetración de los servicios en el territorio y a su articulación con la formulación de políticas públicas capaces de atender las demandas ciudadanas. Se

asume que a partir de la vigencia de este cuerpo legal se diseñarán las políticas públicas que lleven a alcanzar (o por lo menos a acercarse) a la meta trazada. Igualmente, esta ley de 2002 ya planteaba la creación de un Plan Integral de Salud (art. 5), que implementaría el Sistema Nacional de Salud; por tanto, estaría garantizado por el Estado en tanto sería “la estrategia de Protección Social en Salud, [que] será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural” (EC 2002). Este plan ya establecía de parte de la entidad estatal rectora del área un conjunto de prestaciones al ciudadano que configuran, por un lado, asunción de responsabilidades del Estado para con la población y, por el otro, atención integral.

Serán funciones del Consejo Nacional de Salud las que constan en el siguiente artículo:

Art. 19.- Funciones del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud tiene como funciones:

1. Concertar entre todos los actores y niveles del Sistema la aplicación de la política nacional en salud.
2. Participar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud y los criterios para su ejecución, incluyendo la programación de extensión progresiva de cobertura y su financiamiento.
3. Coordinar la participación de los integrantes del Sistema para la implementación del Plan Integral de Salud.
4. Aprobar la utilización común de normas técnicas y protocolos para las prestaciones; procedimientos de referencia y contrarreferencia; y otros mecanismos necesarios para la provisión de servicios.
5. Promover la participación, el control social, el cumplimiento y la exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país.
7. Promover el desarrollo integral de los recursos humanos en salud.
8. Designar al Director Ejecutivo.
9. Las demás que le asigne la Ley, su Estatuto y el Reglamento (EC 2002).

De este modo, el CONASA diseñó, coordinó y articuló la reforma del sector, durante la cual optó por desempeñar un papel preponderante, que fue clave en la conformación de su identidad, así como en su supervivencia. Esta ley plantea su funcionamiento bajo los principios de equidad, universalidad y solidaridad, entre otros; asimismo, introduce el concepto de salud integral mediante el Plan Integral de Salud. La ley de 2006 vendría a modificar esta situación.

## **7. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 2006**

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 2006 es elaborada en la presidencia fortuita (de menos de dos años) del médico Alfredo Palacios, quien también pone en vigencia el Programa de Aseguramiento Universal de la Salud, considerado por muchos como una privatización sin paliativos de la atención de salud en el Ecuador, que en nada contribuyó a mejorar la cobertura a los quintiles más bajos de ingresos, más bien la disminuyó.

El artículo 1 define como la finalidad de la ley la regulación de todas las acciones y actividades que efectivicen el derecho a la salud (consagrado como tal en la Constitución de 1998). Igual que la ley de 2002 se rige por los principios de solidaridad, pluralidad y universalidad, equidad, calidad y eficiencia, participación, además de los de integralidad, con enfoque de derechos, intercultural, irrenunciabilidad, indivisibilidad, de género, generacional y bioético.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (EC 2006).

El contenido del artículo 3 es un importante cambio de enfoque al definir a la salud, por un lado, como un estado de bienestar integral, y por otro, al designarlo como un derecho humano cuya responsabilidad es del Estado. Esto, sin embargo, no significó que la cobertura creciera.

En cuanto a la responsabilidad y las competencias, la autoridad la coloca en el Ministerio de Salud Pública (artículo 4), que deberá crear los mecanismos regulatorios para gestionar eficientemente los recursos, que se originan en tres fuentes: el Presupuesto General del Estado, organismos no gubernamentales y organismos internacionales, con los que implementa y evalúa políticas, planes y programas de acuerdo a los requerimientos de la sociedad.

Efectivamente, una de las responsabilidades de ministerio del ramo como ente rector del área es diseñar y promulgar la política de salud nacional, basada en los principios definidos en el artículo 1 (equidad, solidaridad, universalidad, integralidad,

irrenunciabilidad, etc.), además de ejercer la vigilancia que requiere su cumplimiento (artículo 6); también son de su competencia el diseño y la implementación de programas de atención integral de salud para toda la población; así como declarar obligatorias las inmunizaciones contra determinadas enfermedades y definir el enfoque del programa de inmunizaciones, de los que proveerá sin costo a la ciudadanía (EC 2006).

En cuanto a las enfermedades catastróficas, el Ministerio de Salud está obligado a regular y vigilar las normas para la detección, prevención y atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, las crónico-degenerativas, las que crean incapacidades y los problemas de salud considerados prioritarios, y determinar cuáles son de notificación obligatoria; igualmente, tiene que elaborar y vigilar el cumplimiento de las normas que controlen patologías denominadas catastróficas, y dirigir la aplicación de la atención de las mismas (EC 2006).

El artículo 6, que detalla cada una de las competencias y funciones que tiene el ente rector de la atención de salud pública en el país, estipula que, además de diseñar la política, crear los programas de prevención y de atención de todos los aspectos relativos a la salud de la población, y vigilar su cumplimiento, debe:

24. Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario.
25. Regular y ejecutar los procesos de licenciamiento y certificación; y, establecer las normas para la acreditación de los servicios de salud.
26. Establecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica.
27. Determinar las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio (EC 2006).

Todo esto en el ejercicio de sus competencias de rectoría del sistema de atención de salud de todos los ecuatorianos. Asimismo, y en coordinación con otras autoridades, debe desarrollar y gestionar programas que promuevan y eduquen en salud, los que serán aplicados por todos los establecimientos educativos del Estado, los privados, los municipales y los fiscomisionales (artículo 28). También es competencia del MSP la vigilancia y regulación de los procesos de donación y trasplantes de órganos, la emisión de la regulación sanitaria respecto a la instalación y el funcionamiento de crematorios, cementerios, criptas, funerarias y salas de velación en todo el territorio nacional, así

como cumplir y vigilar por el cumplimiento de esta ley y las que emanen de la Constitución de la República. El CONASA perdió su rol preponderante dentro del SNS y pasó a ejercer un rol de apoyo para el MSP.

## **8. Evolución y financiamiento del gasto del Estado en salud: épocas históricas**

Todos los expertos coinciden en que la inversión en salud no solo contribuye a mejorar la productividad y a crear capital humano, es decir, a aumentar la tasa de crecimiento económico, sino que también se constituye en una capacidad básica que confiere valor a la vida humana. Al respecto, Jeffrey Sachs (2002) sostiene que:

Es la base de la productividad laboral y de la capacidad tanto para aprender en la escuela como para desarrollarse en el terreno intelectual, físico y emocional. En términos económicos, la salud y la educación son las dos piedras angulares del capital humano, el cual es, según demostraron los premios Nobel Theodore Schütz y Gary Becker, la base de la productividad económica del individuo (23).

Si una familia y sus integrantes tienen salud, entonces estarán en capacidad de construir un futuro económico y enfrentar de mejor manera los desafíos; la salud es la piedra angular del crecimiento y del progreso. Es, pues, lógico suponer que para lograr que una sociedad tenga mayores oportunidades de desarrollo es necesario invertir en salud, garantizar el acceso a un derecho que en corto, mediano y largo plazo ahorrará recursos al Estado y a las familias.

Diversos estudios realizados por la OMS y estudiosos del tema como Fogel (2001) demuestran la relación directa entre salud y desarrollo. Existe una correlación directamente proporcional entre la inversión en campañas de vacunación, el acceso a un consumo mayor de calorías y un saneamiento más adecuado con la posibilidad de que una sociedad se vuelva más productiva. Para lograr esta armonización, el Estado juega un papel preponderante, no solo como una forma de lograr la reducción de la pobreza, sino también como el único responsable de emitir y priorizar las políticas sanitarias de un país. La importancia del gasto en salud está asociada a un mayor bienestar de la población, especialmente de los más pobres. Diversos estudios demuestran que los hogares más desfavorecidos son quienes utilizan con mayor intensidad los servicios públicos (Egas Almeida 2013).



El sistema de salud pública en el Ecuador se financia —básicamente— por medio del Estado, a través de los aportes que este realiza para al sector de la salud, para la construcción y mantenimiento de la infraestructura así como para la contratación del personal. En el caso del IESS, los aportes de los afiliados y los empleadores sostienen el sistema. El Gobierno central se financia por medio de impuestos, ingresos petroleros y deuda para la infraestructura, mientras que el IESS lo hace por medio de las contribuciones patronales y de trabajadores. La concepción actual de la salud prioriza la inversión del Estado en la construcción de un sistema que garantice el acceso a servicios que a la larga van a mejorar las condiciones de vida de las personas y redundarán en un aumento de su productividad. Es importante destacar que en la actual Constitución se establece que para el sector de la salud se debe incrementar el 0,5 % del PIB anualmente, hasta alcanzar al menos el 4 %.

El sistema de salud ecuatoriano comprende dos importantes rubros: los servicios de salud públicos y los servicios de salud privados. El sistema de salud pública está conformado por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC), otras instituciones como los centros de salud de la Policía Nacional, Fuerzas Armadas, Junta de Beneficencia de Guayaquil, y ciertos servicios locales como el Patronato San José de Quito. La importancia del sector salud dentro del presupuesto del sector social durante el período de estudio ha tenido una tendencia ligeramente a crecer. En 1980, los recursos asignados al sector por parte del Gobierno central fueron de 17,12 % del presupuesto del sector, aumentando a 20,31 % en 2001. El gasto efectivo en el sector salud se ha incrementado de 111 millones en 1980 a 175 millones en 2000, con un pico de 198 millones de dólares en 1996 y una base de 73 millones de dólares en 1984. Si se considera la proporción del gasto en salud (a precios corrientes) como porcentaje del PIB, disminuye entre 1980 y 2000 con cierta inestabilidad, y representa apenas el 1 % del producto nacional (Vásquez, Córdoba y Muñoz 2005, 56).

Esto se puede apreciar en el siguiente gráfico, en donde se determina que la inversión en salud en Ecuador no ha superado el 1,4 % del PIB, muy por debajo de lo estipulado por organismos internacionales. Durante los años del ajuste “neoliberal”, el presupuesto para la salud baja, pero a partir de 2006 llega a ubicarse en porcentajes similares a los registrados durante la vigencia del Estado desarrollista (1980).

Tabla 5. Presupuesto del sector salud como porcentaje del PIB

<b>Año</b>	<b>Pto. Salud % PIB</b>
1980	1,4
1981	1,3
1982	1,2
1983	1
1984	1
1985	1,1
1986	1,2
1987	1,4
1988	1,3
1989	1,2
1990	1,2
1991	0,9
1992	1
1993	0,7
1994	0,9
1995	1,1
1996	1,2
1997	0,8
1998	0,9
1999	1
2000	0,7
2001	0,9
2002	1,3
2003	1,3
2004	1,3
2005	1,2
2006	1,4

Fuente: Banco Central del Ecuador.

Históricamente, la inversión en materia de salud entre los años de 1980 oscilo entre el 1,4 y el 1,2 % en total. A partir de los años de 1990 bajó hasta menos de un 1 % y a partir de 2001 empezó una lenta pero sostenida recuperación. A partir de 2002, y

gracias a la recuperación económica producto de la dolarización, el dinero destinado a la salud aumentó de manera sostenida y considerable.

Durante el transcurso del período 2000-2006 el gasto público, en promedio, no sobrepasó el 1,17 % del PIB, porcentaje que en términos absolutos alcanza los 103,22 millones de dólares. En 2000 el presupuesto que se le asignó al sector salud para cada ecuatoriano fue de 9,3 dólares (EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2011). Durante el período 2000-2006 el Estado combinó dos estrategias de intervención en política social: la primera, a través de beneficios universales en salud y educación; la segunda, programas de asistencia social especializados en grupos y sectores vulnerables (Naranjo 2008). Esta combinación de estrategias produjo que en muchos casos las asignaciones que se destinaron a un determinado componente respondan a una lógica de clientelismo y no de eficiencia. A partir de 2000 el gasto en salud aumentó considerablemente. Inició con 734 millones en 1995, como resultado de la crisis, y en el año 2000 disminuyó hasta los 613 millones.

La falta de coordinación entre instituciones duplica el uso de recursos y restringe el acceso a servicios para la gran mayoría de ecuatorianos, quienes, al no contar con un seguro privado o afiliación al IESS, ISPOL o ISSFA, necesariamente deben pagar de sus bolsillos por atención sanitaria. Con el pasar de los años, en el país la institucionalidad de la salud ha batallado en contra de la desarticulación y duplicidad de funciones. Esta característica aún no ha logrado superarse, lo que hace que muchos esfuerzos públicos o privados se vean opacados por la falta de programas o dinero que los hagan sostenibles en el tiempo.

Por otro lado, la visión de la salud sigue centrada en la atención a los síntomas de la enfermedad. Aún no se logra una visión integral, que involucre también la noción de prevención. Las grandes inversiones en materia de salud pública se limitan a la infraestructura hospitalaria, a contratación de personal y adquisición de insumos y medicamentos. Los determinantes de la salud siguen muy presentes cuando se analizan indicadores como la desnutrición, el embarazo en adolescentes o la mortalidad materna; sin embargo, los programas que enfrenten integralmente estos fenómenos parecen estar ausentes del quehacer de la política pública.

En las propuestas de reforma al sector salud, la inclusión y la equidad son dos condiciones irrenunciables que se deben mantener para lograr el acceso a salud de calidad para grandes segmentos de la población. La demanda por mitigar los síntomas

no permite eliminar las verdaderas causas de la enfermedad, subyacentes en las condiciones socioeconómicas y educativas de grandes segmentos de la población. Investigadores sociales y líderes comunitarios han enfatizado en la necesidad de pensar la salud de manera más integral, dejando la atención de la enfermedad a un hecho circunstancial que no debería ocupar la gran mayoría de recursos disponibles.

Al revisar el estado de bienestar y las políticas públicas en materia de salud para el Ecuador se hace evidente que el cumplimiento de los derechos más elementales aún es esquivo para grandes segmentos de la población, y de forma muy marcada para las comunidades rurales tradicionalmente excluidas de la cobertura de los servicios y para los grandes segmentos urbano-marginales en idéntica situación. El acceso a la salud, educación y bienestar de todos aún es una utopía en un país cuya economía es altamente dependiente del petróleo y que no logra consolidar un esquema de protección universal que pueda garantizar a los más pobres la atención sanitaria de manera rápida y efectiva.

Con la aplicación de las políticas de corte neoliberal durante la década de 1990, y su posterior evaluación, se evidenció que limitar la participación del Estado en aspectos críticos para generar desarrollo (entendiéndose su responsabilidad como proveedor de servicios como salud o educación) resultó ser un error y contribuyó aún más a limitar las posibilidades de desarrollo que podía tener un país. El mismo Banco Mundial recomendó en su informe de 1997 una mayor participación estatal para garantizar la provisión de servicios básicos y funcionar como eje de procesos de desarrollo. El abandono de la rectoría por parte del Estado de áreas como la salud o la educación dejó en la indefensión a miles de personas que vieron cómo sus limitaciones económicas los condenaban aún más a la pobreza, a la insalubridad y a la muerte. Finalizada la década de 1990, luego de la aplicación de ciertas medidas de corte neoliberal, se retomó un discurso proestatal que empataba con la demanda de la población por un mayor interés de los gobiernos en las dificultades que tenían las personas.

En el período que finaliza en el año 2006 el Estado ecuatoriano vio disminuidas sus capacidades para proveer bienes y servicios a sus ciudadanos; la sistemática disminución de sus capacidades administrativas dio como resultado un período de alta convulsión social e inestabilidad (Andrade 2009). Junto con las reformas de liberalización económica que se implementaron hasta 2005, es evidente que el objetivo

inmediato era restringir el accionar del Estado, atendiendo los servicios mínimos e indispensables que no pueden ser asumidos por los agentes privados.

El rol del Estado se limita a fijar algunas reglas para garantizar las operaciones privadas y no interfiere en la regulación económica; limita su accionar social y disminuye su capacidad al mínimo indispensable, mediante la coordinación de planes y programas de ayuda a los más vulnerables. En el plano de la salud se descuidó la inversión en infraestructura, se limitó el papel del MSP como ente rector del sistema de salud (aunque no se consolidó), el rol del MSP como proveedor de servicios se restringió a la vacunación y el control de epidemias, los médicos y enfermeras vieron disminuir sus ingresos debido a la inflación y el desempleo obligó a miles de profesionales a migrar hacia otros países en busca de oportunidades. Las reformas iniciadas en 1995 contemplaban la descentralización de las competencias de salud hacia los municipios que lo soliciten, así como la municipalización de algunos hospitales. Estas iniciativas, sin embargo, no se concretaron por falta de recursos.

Este capítulo muestra las disputas que aparecen alrededor de lo que el Estado quiere y puede hacer con respecto a los servicios de salud. En primera instancia se forma un consenso alrededor de que es importante dar acceso a servicios de salud y ampliar la cobertura; sin embargo, la disputa se centra en la forma adecuada para hacerlo: o se trabaja en un esquema de acceso universal o se establece una focalización del servicio. La discusión sobre la salud y el SNS se ha construido en el Ecuador alrededor de este dilema durante los últimos cincuenta años. La capacidad que tiene el Estado para entregar servicios de calidad mediante una presencia fuerte en territorio y asegurar la salud para todos o pensar en esquemas de aseguramiento para determinados segmentos es el dilema que se plantea en la revisión de la institucionalidad de la salud en Ecuador.



### **Capítulo tercero**

## **Lineamientos de la propuesta de cambio en materia de salud del Gobierno de la Revolución Ciudadana**

Rafael Correa llegó al poder en el año 2006, después de triunfar en la segunda vuelta electoral frente al candidato Álvaro Noboa. Correa ganó la presidencia con el 56,4 % (El Universo 2006a) de los votos, en gran medida gracias a la propuesta de transformar el país en base a cinco revoluciones: la constitucional, la ética, la productiva, la social y la soberana (El Universo 2006b). La propuesta sobre la denominada revolución institucional fue, en gran medida, lo que le permitió alcanzar el triunfo. Una vez posesionado como presidente convocó a una Asamblea Constituyente de plenos poderes y en la que su movimiento, Alianza PAIS, ocupó 70 de los 130 escaños y reformó la Constitución Política del Ecuador. Entre las reformas más importantes, contenidas en esa Constitución, están aquellas en las que el Estado debe constituirse en promotor del desarrollo, redistribuidor de la riqueza y garante del bien común (Peña 2015, 107), es decir, transformarse y modernizarse para afrontar los retos en aquello que se denominó el “retorno del Estado”.

Ya como presidente constitucional Rafael Correa priorizó el gasto social, en detrimento del pago de la deuda, y dedicó gran parte del presupuesto estatal a la construcción de obras de infraestructura como carreteras, puertos y aeropuertos, duplicó el salario básico y prometió recuperar las facultades estatales de rectoría de la política pública, planificación, regulación, control y gestión, puesto que las reformas implementadas en el ámbito de la acción estatal hasta 2006 “dejaron como resultado una institucionalidad pública fragmentada y dispersa, y un servicio civil en la administración pública central muy débil, con baja formación profesional y acostumbrado a las prácticas clientelares; al mismo tiempo, se constataba la presencia de una gran inequidad en las remuneraciones” (Peña 2015, 111-2).

El gobierno de la denominada “Revolución Ciudadana” optó por un esquema de acceso universal para los servicios de salud para toda la población; se recogió la demanda ciudadana de ofertar más y mejores servicios en todo el territorio y se inició un proceso de inversión en el área para satisfacer esa necesidad.

## 1. El modelo de atención de salud propuesto por la Revolución Ciudadana

Correa llegó al poder con la promesa de un “Estado más activo en la protección de los intereses económicos de los pobres y la clase media. También llegó en un momento de rápido crecimiento de los precios del petróleo, lo que significó que él (al igual que otros líderes de tiempos de auge anteriores) dispondría de recursos para impulsar su nuevo proyecto de construcción del Estado” (Bowen 2020, 180). En 2006 el movimiento político que creó el grupo de amigos y coidearios del economista Correa, Alianza PAIS, elaboró lo que vendrían a ser las líneas directrices de la administración del gobierno al que pretendían llegar. En este documento se planteaban los cambios que la agrupación consideraba que se debían implementar para hacer una especie de refundación del país, los que —sostenían— tenían que ser integrales y no solo parciales:

No nos cansaremos de repetir que no queremos más de lo mismo porque será siempre más de lo peor... Requerimos un cambio radical, una verdadera revolución ciudadana, responsable para alcanzar el control democrático de nuestro país. Creemos que esto es posible si todas y todos nos comprometemos, creemos en y luchamos por esta Revolución Ciudadana (Alianza PAIS 2006, 19).

Para conseguir esta transformación proponían un plan de gobierno que se asentaba sobre cinco líneas generales que —según afirmaban— transformarían de forma radical el país:

- 1) Revolución constitucional y democrática.
- 2) Revolución ética: combate frontal a la corrupción.
- 3) Revolución económica y productiva.
- 4) Revolución educativa y de la salud.
- 5) Revolución por la dignidad, la soberanía y la integración latinoamericana (19).

Desde el inicio de este movimiento, y antes de ejercer la rectoría del Estado ecuatoriano, la salud era uno de los temas eje de su propuesta de un gobierno transformador de una realidad injusta. Un aspecto que vale la pena resaltar es que, aunque en estos primeros esbozos se vinculaban educación y salud, en la praxis cada una de ellas es un sector con su respectiva institucionalidad. Con el objetivo de concretar esta transformación se redactó el *Plan Nacional para el Buen Vivir*, que tuvo



dos versiones: 2009-2013 y 2013-2017. En este documento se plasmó la idea que sobre derechos y evolución del Estado manejaba el gobierno. Todo el proyecto de cambio se ancló en el concepto del “buen vivir”:

El Buen Vivir parte de una larga búsqueda de modos alternativos de vida que han impulsado particularmente los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, demandando reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En el caso ecuatoriano, dichas reivindicaciones fueron reconocidas e incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones del nuevo pacto social (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 10).

Sobre la política de salud que su gobierno llevaría a cabo, la primera declaración se refería a atención universal y proponía que debía estimularse una activa participación de la población en lo relativo a mejorar la alimentación, a rescatar la cultura alimentaria tradicional y al saneamiento medioambiental. De este modo, entre los ofrecimientos y posicionamientos que hacían para llevar la atención de salud a todos los ciudadanos constaban la dotación de servicios básicos también para los sectores más pobres; la producción y la distribución de medicamentos genéricos en todo el sistema de salud, lo que incluía que los centros de salud debían proporcionarlos gratuitamente al paciente y las farmacias venderlos a costo muy reducido; la articulación de todos y cada uno de los subsectores del sistema de salud bajo la rectoría del MSP; la elaboración e implementación de políticas públicas que debían considerar las características diversas de la población (en este aspecto se incluiría el respeto por las prácticas ancestrales de los pueblos y nacionalidades indígenas); la ampliación del financiamiento estatal y la reducción del gasto de bolsillo de los pacientes; la introducción de sistemas de planificación y de control de los presupuestos del sector; la promoción de un modelo integral de atención de salud, que institucionalice la prevención de la enfermedad junto a la acción curativa y la promoción de esta. La integración funcionaría, según este documento, como una auténtica red que integraría los diferentes servicios de acuerdo al nivel de complejidad. Además, pregonaban:

Ampliar la cobertura a fin de evitar las exclusiones que actualmente amplios grupos de la población tienen en salud.

Optimizar la capacidad de oferta de los servicios de salud y la capacitación de su personal, garantizando también con ello la entrega de prestaciones de calidad,

concedidas con calidez, solidaridad, universalidad y equidad a sus usuarias y usuarios (Alianza PAIS 2006, 19).

En cuanto obtuvieron el voto para formar gobierno, el movimiento político Alianza PAIS, que se hizo conocer por su eslogan Revolución Ciudadana, convocó a una Asamblea Constituyente para cambiar la norma suprema del Estado, acción que les permitiría crear el marco normativo que se adecuase a sus objetivos. En 2008 entra en vigencia la Constitución de la República del Ecuador como instrumento para visibilizar y viabilizar la construcción del buen vivir. La transformación del sector salud se basó en seis elementos:

1. El posicionamiento del derecho a la salud.
2. El fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria.
3. El desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).
4. El fortalecimiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) como eje articulador del Sistema Nacional de Salud (SNS).
5. La modulación del financiamiento.
6. Las acciones sobre los determinantes sociales y el fortalecimiento de prácticas de vida saludables (Vance Mafla y Acurio Páez 2018, 285).

A criterio de los especialistas que estuvieron vinculados con el proceso, cada uno de estos elementos en conjunto permitiría solventar las brechas de acceso y potenciar y ampliar la cobertura del servicio. El Estado penetraba en el territorio mediante la oferta de un acceso universal a servicios de salud, la cual se construye y se consolida mediante la construcción de infraestructura y contratación de personal.

La transformación del Estado propuesta por el movimiento Alianza PAIS optó porque la Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES) fuese la encargada de organizar el nuevo modelo administrativo y burocrático del Estado, al tiempo que redactó un Plan Nacional de Desarrollo que se constituyó en una ruta técnica y un instrumento político del accionar del gobierno para cumplir con las promesas de un nuevo modelo de desarrollo social, económico, ambiental y político. En este plan se favorecieron las acciones de política pública y se establecieron las prioridades para la inversión y el gasto público.

La SENPLADES, creada en febrero de 2004 y reformada en 2007 tras la absorción del CONAM y de la Secretaría de los Objetivos del Milenio, no es la mera heredera del CONADE, creado en el contexto de la transición democrática. Es ante todo el órgano ejecutor del Plan Nacional de Desarrollo, que depende directamente de la Presidencia de la República, al igual que la Secretaría General de Administración Pública; es decir, por encima de los siete ministerios coordinadores, los 23 ministerios y las nueve secretarías de Estado que constituían el organigrama del poder Ejecutivo, por lo menos hasta finales de 2009. En este sentido, se parece más a una suerte de ministerio plenipotente que a un simple organismo administrativo, cuyo papel es tan estratégico que puede llevar a la disolución de la Asamblea Nacional. La complejidad del modelo administrativo, centralizado en torno a la Presidencia de la República, y la importancia dada por el Gobierno de Correa a la planificación quinquenal coadyuvan, entonces, a dar al régimen actual una orientación bonapartista, más que populista (Fontaine y Fuentes 2011, 259).

Este es el primer rasgo importante con relación a la transformación del Estado y la recuperación de las funciones administrativas, técnicas y políticas dentro del plan de Gobierno de Correa. La SENPLADES se constituyó en un órgano ejecutor de la planificación del gobierno, al tiempo que lideraba la transformación del Estado y priorizaba las acciones encaminadas a mejorar la presencia de la institucionalidad estatal en territorio.

El modelo de atención propuesto por la Revolución Ciudadana se basa en elementos presentes en las leyes de 2002 y de 2006, en las que se plantea un modelo de atención universal que necesariamente requiere de una institucionalidad fuerte y un presupuesto constante para consagrar el derecho a la salud como un derecho para todos los ciudadanos. Ya en la agenda para el desarrollo 1993-1996 se plantea la necesidad de descentralizar y desconcentrar las actividades del gobierno para reducir costos y agilizar trámites, al tiempo que se busca fortalecer el papel normativo del sector público, así como la racionalización en el manejo y asignación de los recursos públicos. Esta declaración se acompaña de recomendaciones para el MSP, institución que debe emprender un proceso de descentralización administrativa y financiera, reglamentar la red de servicios de salud, entre otros (Abad 1993, 5-8).

El proceso de cambio propuesto se consolidó gracias al enorme respaldo popular que obtuvo el movimiento político Revolución Ciudadana por “sus planteamientos programáticos y su capacidad de suscitar e innovar políticas públicas” (Illescas 2016, 86). El discurso económico y social del gobierno se sintonizó con la demanda de amplios sectores populares que durante décadas habían visto cómo los sucesivos gobiernos no eran capaces de promover políticas de desarrollo inclusivas. En el caso de

la salud, la atención universal y el priorizar la atención primaria era una propuesta que diversas organizaciones de la sociedad civil y gremios médicos habían planteado en los denominados Congresos por la Salud y la Vida, iniciativas ciudadanas organizadas para reclamar espacios para la salud, más allá del quehacer del Estado.

Desde 2005 a 2007 se impulsó el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) que seguía los lineamientos internacionales propuestos por el Banco Mundial. A partir de 2007 se inició el proceso de transformación del sector salud hacia el acceso universal gratuito, y es en el 2008 que la nueva Constitución de la República (3,4) declara a la salud como un derecho humano inalienable y al Estado como garante del acceso universal y gratuito de la población para la atención y prevención de enfermedades. A pesar de los importantes esfuerzos y avances en la universalidad, el sistema no garantiza totalmente el acceso universal, y encontramos fragmentación, exclusión en las prestaciones, dificultad en el financiamiento y en el acceso a los servicios de salud (Chang 2017, 453).

Uno de los rasgos más importantes del proceso de transformación iniciado por la Revolución Ciudadana fue romper con las políticas impuestas en materia sanitaria por organismos como el Banco Mundial, y pasar de un esquema de atención a grupos prioritarios a uno de atención universal.

## **2. Marco constitucional y legal de la propuesta en materia de salud**

El Gobierno de la Revolución Ciudadana empezó por cambiar el marco legal o, más exactamente, por adaptar parte del existente y adicionar nueva normativa que le confiriese al Estado la obligación de prestar servicios a la ciudadanía, entre ellos el de salud, especialmente a la parte de la población que no tiene la capacidad de pagarse atención de salud privada. Eso se llevó a cabo sin desconocer que ya en materia de salud había estado vigente una ley elaborada en 2002 y se encontraba en vigor la Ley Orgánica de Salud (2006), la que, sin embargo, necesitaba ser reformada en opinión del nuevo gobierno, al basarse en un esquema ya superado:

De manera general, esta legislación secundaria vigente en salud se caracteriza por cuatro defectos fundamentales que tienen que ver con su dispersión, con más de 40 leyes; repetición de normas que aparecen en más de un cuerpo normativo, con potenciales contradicciones; así como algunas leyes que, aunque formalmente vigentes, ya están en desuso o se refieren a una materia regulada por otra ley (Unasur 2009).

La dispersión de las leyes impedía la coordinación de los distintos subsectores de salud y el funcionamiento eficiente del sistema de atención, lo que llevó a que, a partir de 2008, la Revolución Ciudadana cambie y amplíe el marco legal para introducir nuevas reglas, las que involucran también a nuevos actores. A continuación, se analizan los cuerpos legales que contienen la reglamentación sobre la prestación estatal de los servicios de salud.

El Gobierno de Rafael Correa (2007-2017) planteó su propuesta de cambio para el sector salud desde el acceso universal, gratuito y de calidad para todos los servicios sin distinciones de ningún tipo. Para lograr el cometido, el MSP trabajó de manera conjunta con el CONASA, SENPLADES, IESS, ISSFA, ISSPOL, Ministerio Coordinador de Desarrollo Social y con el apoyo técnico de la OPS-OMS en el plan que debía suplir al Programa de Aseguramiento Universal (PROAUS) que había estado vigente durante la presidencia de Alfredo Palacio (2006-2007) (Chang 2017). En el enfoque del nuevo gobierno se consideró a la salud como un derecho humano y un servicio gratuito que debía proveerse por parte del Estado para todos sus ciudadanos, sin distinción de ningún tipo; bajo esta definición el mercado no regula la provisión del servicio, sino que el Estado garantiza el acceso de sus ciudadanos a este derecho y el que los servicios no se limiten o se nieguen. El modelo de un Estado eficiente, capaz de responder frente a una creciente demanda por atención, fue lo que se promovió durante este período. Con la promesa de atender una demanda represada de atención médica, el Estado prometió un servicio eficiente, sin ningún tipo de restricción.

Con la propuesta entregada por el MSP se dio paso a la transformación del sector salud en Ecuador. El Programa de Transformación del Sector Salud en Ecuador (TSSE) inició en 2008 y su objetivo era integrar un sistema de salud en el que se integren la oferta pública de servicios del MSP con la oferta del IESS, con el fin de garantizar de esta manera cobertura universal para todos. Junto con el diseño legal del proceso se empezó una transformación de la estructura institucional y una renovación de la infraestructura. El gobierno trabajó en un rediseño institucional con el objetivo de mejorar el accionar de lo público y construir de manera eficiente el acceso a los servicios públicos, mediante la eliminación de barreras de acceso.

En los países latinoamericanos bajo el membrete del socialismo del siglo XXI se viene discutiendo sobre la nueva estrategia de desarrollo y el correspondiente modelo de

Estado, con el propósito de una reforma profunda del Estado y en las posibilidades de recuperar sus facultades esenciales y estructurar una institucionalidad que nos acerque al bienestar colectivo. En este sentido, recuperar la capacidad de planificación estratégica y de gestión de las instituciones estatales, su función redistributiva y los mecanismos de regulación, son los objetivos principales de un rediseño institucional centrado en la participación, la democracia, la descentralización y el desarrollo local, así como en la gestión pública eficiente orientada al logro de resultados (Illescas 2016, 97).

Este esquema de trabajo, basado en la planificación, el logro de objetivos y la responsabilidad administrativa inaugura una nueva era en la gestión pública que persigue en su rediseño la máxima eficiencia y eficacia. Como afirma Completa (2017), todo proceso de fortalecimiento de la capacidad institucional inicia cuando las autoridades toman la decisión de cambiar sus procesos de gestión para mejorar sus eficiencia y eficacia. La voluntad de transformación es el primer paso, a esto debe seguirle la identificación de las áreas críticas para realizar la intervención y la entrega de recursos para las actividades priorizadas. Las opciones para fortalecer las capacidades estatales pueden enfocarse en cuatro aristas: obtención de recursos humanos, físicos o financieros; contratación de servicios de consultoría; capacitación para mejorar los conocimientos del personal; y toma de decisiones, por ejemplo, la aprobación de leyes especiales o procesos de reforma legal.

En el caso de estudio propuesto, el fortalecimiento del sector salud se enfocó desde los cuatros elementos señalados, y se empezó por la aprobación de leyes especiales; además, se inyectaron recursos económicos, se implementaron servicios de consultoría y se mejoraron los conocimientos del personal para hacer posible la entrega de los servicios.

El Estado se mostró eficiente en la entrega de recursos, ágil en la transformación de la normativa y muy ejecutivo en la tercerización de servicios para responder a una demanda constante.

## **2.1. La Constitución del Ecuador de 2008**

El sistema de salud pública del Ecuador se encuentra regulado, en primera instancia, por la Constitución del Ecuador (2008), la que en su artículo 3 establece como uno de los deberes primordiales del Estado el garantizar, sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular en temas de salud. A su vez, según el artículo 32, la salud

es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización está vinculada al ejercicio de otros derechos, entre los que están el derecho al agua, a la alimentación, a la educación, a la cultura física, al trabajo, a la seguridad social, a los ambientes sanos, y otros que sustentarían el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales. Y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Asimismo, la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

La atención en salud de las personas adultas mayores y de las mujeres embarazadas y en estado de lactancia también se encuentra protegida por la Constitución. En el artículo 37 se establece que el Estado garantizará a los adultos mayores la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas; además, en el artículo 38 se señala que asegurará su atención en centros especializados. Por su parte, en el artículo 43 se determina que el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia el derecho a la gratuidad de los servicios de salud materna, así como la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

Es importante señalar que la competencia exclusiva sobre las políticas de salud se encuentra establecida en el artículo 261 de la Constitución, y la tiene el Gobierno central, mientras que los gobiernos municipales tendrán como competencia exclusiva, según se señala en el artículo 264, la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura física y los equipamientos de salud. A su vez, el artículo 286 indica que los egresos permanentes para salud serán prioritarios y podrán ser financiados con ingresos permanentes de manera excepcional.

Con respecto al SNS se establece como su finalidad (artículo 358) el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral. Dentro del SNS, según se establece en el artículo 359, se encuentran las instituciones, los programas, las políticas, los recursos, las acciones y los actores en salud, a través de los cuales (artículo 360) se garantizará la promoción de la salud, la prevención y la atención integral, familiar y comunitaria, basada en la atención primaria de salud.

En la Constitución de 2008 la salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya realización se vincula a otros derechos como el acceso a agua de calidad, vivienda adecuada, trabajo digno, esparcimiento, educación, entre otros. Este derecho se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional. En este nuevo articulado la Constitución dota de funciones al SNS y no se limita a describir el porqué de su existencia. En este acápite se incorporan la diversidad social, cultural y el enfoque de inclusión y equidad. Se abarca todas las dimensiones del derecho a la salud y se desecha la idea de planes y programas puntuales; se habla de una atención integral en la que se establecen los niveles de atención y se incluye a todos los prestadores de servicios de salud como integrantes del SNS (artículos 358, 359, 360 y 362).

Se otorga al MSP su calidad de ente rector del sistema cuando se lo hace responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (artículo 361). Por primera vez se reconoce el derecho de quienes realizan tareas de cuidado y trabajo doméstico no remunerado para recibir atención de salud como parte del seguro universal obligatorio que se financiará con aportes del Estado (artículo 369). El financiamiento de salud, que deberá ser oportuno, regular y suficiente, provendrá del Presupuesto General del Estado y será distribuido según los porcentajes de población y las necesidades de salud de la misma (artículo 366). Asimismo, de acuerdo a la Disposición Transitoria Vigésimosegunda, el presupuesto que se destina al financiamiento de la salud se incrementará cada año no menos de un 0,5 % del PIB, hasta llegar al 4 % (Gobierno Nacional de la República del Ecuador 2008). Esta disposición obliga al gobierno en cualquier época a partir de aquí a invertir este porcentaje en salud; no obstante, no establece los mecanismos para hacer cumplir tal disposición.

Los principales avances que se consiguieron en materia de salud, resumidos en la Constitución de 2008, son los siguientes:

- Establece la salud como derecho garantizado por el Estado, para que toda persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Define la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional (MSP).
- Establece que la atención integral de salud se entregará a través de la red de servicios públicos y que será de acceso universal, inmediato y gratuito.



- Fortalece al Sistema Nacional Integrado de Salud, incorporando la interculturalidad y posicionando a las medicinas ancestrales y alternativas.
- Establece que los recursos para salud provendrán del presupuesto del Estado y se distribuirán en función de la población y las necesidades de salud.
- Garantiza el financiamiento en salud por parte del Estado en forma ágil y oportuna a través de una preasignación y con un incremento no menor al 0,5 % del Producto Interno Bruto, que representa aproximadamente 240 millones de dólares por año.
- Garantiza la disponibilidad y entrega de medicamentos de calidad, sin costo directo al usuario y sin interferencia de intereses comerciales.
- Garantiza el desarrollo integral del personal de salud.
- Garantiza la atención priorizada y especializada a los niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidades; así como, y en forma progresiva, la atención de enfermedades catastróficas (cáncer, enfermedades del corazón, insuficiencia renal, malformaciones congénitas, y otras), de forma gratuita y en todos los niveles.
- Establece la responsabilidad del Estado para la prevención y control de las adicciones. Además, controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.
- Prohíbe a los establecimientos públicos o privados y a los profesionales de la salud negar por motivo alguno la atención de emergencia a todos los ciudadanos (Gobierno Nacional de la República del Ecuador 2008, 12).

Con la aprobación de esta Constitución se entrega el manejo integral de la salud al Estado; se reconoce el derecho a la salud desde la perspectiva de un equilibrio entre cuerpo, mente y ambiente; se establecen los mecanismos de financiamiento para la provisión de servicios y se abren las áreas de las que se ocupará el sistema. Se habla por primera vez de las enfermedades catastróficas, se retoma la idea de la equidad en el acceso y se establecen las bases para un sistema universal.

La Constitución de 2008, recientemente aprobada en el país, establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se encuentra salud, para asegurar los objetivos del régimen de desarrollo. Los textos constitucionales de salud establecen que la misma es un derecho, señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de los principios de universalidad y equidad, con una red pública integral y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE) (Organización Panamericana de la Salud 2008, 7).

Este proceso de transformación inicia con el reconocimiento de la salud como un derecho integral que ya no depende de la concepción de salud-enfermedad y demanda de un trabajo integrado por diferentes frentes capaces de velar por el acceso a salud,

sanidad, nutrición y vivienda, para armonizar y garantizar un desarrollo de la sociedad y del individuo de manera completa.

A partir de 2007, se busca cambiar radicalmente esta relación, introduciendo el concepto de enfoque de derechos. Esto implica que las acciones del Estado en materia de política social no son concebidas como intervenciones asistencialistas sino como deber primordial frente a la ciudadanía, desde relaciones de corresponsabilidad (EC Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2017, 15).

Este es el elemento principal del proceso de cambio iniciado en el Gobierno de Rafael Correa; el Estado asume su responsabilidad en el ejercicio y ejecución de las acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de los más vulnerables, mediante la articulación y construcción de una política social integrada por planes y programas que antes permanecían fragmentados y segmentados en diversas instancias e instituciones.

Cuando el presidente Correa inicia su primer mandato en el 2007, uno de los principales objetivos de su Gobierno fue la recuperación del liderazgo del Estado en el diseño y ejecución de la política social, para lo cual generó una nueva estructura institucional que desarrolló nuevas formas de ejecutar los planes sociales y, por ende, priorizar el gasto social. La Constitución del Ecuador –aprobada en 2008– fue uno de los primeros hitos en la conceptualización del nuevo Estado, así como en la priorización de los ejes de acción de la política pública; situación que además provocó el incremento de la aceptación de la figura del presidente (Legarda 2016, 110).

La bandera de lucha y reivindicación del trabajo del Gobierno de Correa fue en todo momento el incremento del gasto social y la priorización de los planes y programas sociales sobre el pago de la deuda externa. Desde que inició el Gobierno de Alianza PAIS, en 2007, el incremento en la inversión social fue sostenido y se destinaron recursos importantes a mejorar la salud, educación y bienestar social. Otro elemento importante fue el hecho de centralizar la planificación y diseñar un nuevo esquema administrativo y territorial para superar las brechas en materia de inequidad detectadas en la provisión de servicios públicos.

## **2.2. El Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2017, elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo**

Uno de los actores más importantes en el nuevo esquema de gobierno era la SENPLADES, organismo encargado de la planificación del accionar del gobierno a nivel nacional. Esta entidad fue creada para elaborar los planes nacionales de desarrollo, bajo el enfoque del buen vivir. Este organismo técnico era dependiente de la Presidencia de la República y su misión se inscribió en administrar el sistema de planificación a nivel nacional, con enfoque sectorial y territorial, y “orientando la inversión pública hacia los objetivos y metas establecidos en la planificación, seguida por los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación de su cumplimiento, todos estos alimentados por la información generada por los actores del Sistema” (Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe 2019).

En el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) se estableció que las políticas de salud servirán para promover las prácticas de calidad de vida y la medicina preventiva e integral, y no únicamente la curación de enfermedades. También fijó como política de salud el impulso a la universalización en el acceso a la atención primaria, así como a la expansión de su calidad y cobertura. Como una de las políticas del PNBV se ha establecido el garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, para lo cual es necesario “crear e implementar mecanismos y procesos de salud pública, con el fin de garantizar la gratuidad dentro de la red pública integral de salud en todo el territorio nacional” (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2013, 122). En el PNBV se establecen las prioridades de desarrollo para el conjunto de la población, en las que el bienestar físico, emocional, económico y productivo se constituye en la base de la transformación social. En el caso de la salud es prioridad para el gobierno la inversión en planes y programas orientados a terminar con la discriminación y romper las barreras de acceso, con el fin de garantizar mejores condiciones de desarrollo para poblaciones tradicionalmente discriminadas. En el PNBV de 2009 se realiza un amplio diagnóstico de lo que se requiere en salud y se establece como el Objetivo n.º 3: “Mejorar la calidad de vida de la población” mediante la intervención en espacios de esparcimiento, mejoras en la alimentación y promoción del acceso a mejores servicios.

La retórica del gobierno fue terminar con las consecuencias de la aplicación de las políticas implementadas por el denominado Consenso de Washington en materia social y económica; lo harían mediante la disminución de la pobreza y la inequidad, generadas estas por la captación del Estado por intereses particulares no vinculados al bien común. La bandera ideológica del gobierno se plasmó en la Constitución del Estado bajo el concepto de buen vivir o *sumak kawsay*, que sintetiza las máximas reivindicaciones propuestas, entre las que se incluyen el bienestar, la solidaridad, la justicia social y un cambio de paradigma al momento de pensar en el desarrollo. Esta propuesta de un nuevo desarrollo, concebido teóricamente como una alternativa cultural, a aquella tradicional asociada con el crecimiento económico y el consumo, se basa en un concepto de bienestar total, en el que el ser humano y su entorno se equilibran entre sí y logran el bienestar de la mano de la cristalización de grandes aspiraciones, y no solo de cosas materiales. Bajo el concepto de *sumak kawsay*, el interés de un grupo debe transformarse en una aspiración de la sociedad. El concepto del buen vivir es una ruptura con la idea tradicional de que para alcanzar el desarrollo el crecimiento económico basta; pensar la política pública desde el buen vivir supone articular una noción más amplia de progreso en el que la redistribución de la riqueza se convierta en una realidad para los más necesitados.

El buen vivir es una idea filosófica profunda que se construye alrededor de un pacto social que equilibra el crecimiento económico con el respeto a la naturaleza y la felicidad de la comunidad. El respeto por el entorno, las distintas formas de organización social y el respeto por la diversidad son elementos que están presentes detrás de un concepto filosófico que invita a los ecuatorianos a soñar con un futuro más equitativo.

El pacto de convivencia se propone como objetivo la búsqueda del Buen Vivir de los ciudadanos (de todos y todas sin discriminación alguna), el cual es viable únicamente si se tiene como meta la reducción de las desigualdades sociales, la eliminación de la discriminación y la exclusión, y la construcción de un espíritu cooperativo y solidario que viabilice el mutuo reconocimiento entre los “diversos iguales” (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 93).

Dentro del PNBV se contempla el acceso a la salud, a la educación y al trabajo como prioritarios y necesarios para alcanzar el bienestar. Con el objetivo de apuntalar

estos procesos, el gobierno ha invertido en la creación de infraestructura y el aumento de partidas presupuestarias para contratar personal médico y ampliar la atención. Dentro de la declaratoria del Plan Nacional del Buen Vivir en torno al tema de la salud se menciona que se deben promover las prácticas preventivas de las enfermedades y no solo la curación de estas. En cuanto a la calidad de vida, se la entiende como un todo que está relacionado con la salud, el bienestar, la educación, el trabajo, un medioambiente limpio y condiciones de vida dignas que permitan ampliar la esperanza de vida y terminar con lastres como la muerte infantil o la desnutrición.

En el Ecuador, el Gobierno de la Revolución Ciudadana, recogiendo los planteamientos de los pueblos andino-amazónicos, plantea la noción del Buen Vivir como el objetivo central de la política pública. Ya en el primer programa de gobierno del Movimiento Alianza PAIS, presentado en el año 2006 (Ramírez 2012), se empezó a hablar del Buen Vivir. En el año 2007, la noción del Buen Vivir fue recogida por primera vez en un documento oficial del Estado ecuatoriano: el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 (SENPLADES 2007). Con el proceso constituyente de 2007 y 2008, la noción adquirió nuevas dimensiones, se nutrió del enorme debate social generado en Montecristi y pasó a ser el eje vertebrador de la nueva Constitución de la República del 2008, aprobada en referéndum por la mayoría del pueblo ecuatoriano (Illescas 2016, 92).

Basar la construcción de la política pública del gobierno desde el concepto del buen vivir marcó un hito importante en política; la reflexión académica y social que surgió alrededor de este concepto dio la pauta para entender que un rompimiento con el pasado requería de una apuesta atrevida en la manera de pensar, construir y ejecutar los programas sociales. El concepto del buen vivir que se asumió en la Constitución y fue la base de la propuesta de Alianza PAIS evoca un desarrollo colectivo, familiar, basado en la reciprocidad, la complementariedad, el respeto por la naturaleza y un acceso equilibrado a los recursos. Bajo una visión de complementariedad y respeto por el entorno se pretendía que la salud no solo se basara en el bienestar individual sino en el colectivo, así, tanto la familia como la comunidad son importantes y deben ser consideradas al momento de proponer estrategias de intervención en salud. Este paradigma no difiere de lo que se consideraba anteriormente importante dentro del área de salud. De hecho, en las prácticas anteriores en materia de salud se impulsó mucho la participación comunitaria y el respeto por los saberes ancestrales.

El principal objetivo de la inversión social que menciona el Plan Nacional del Buen Vivir<sup>9</sup> es terminar con las inequidades que afectan a segmentos importantes de la población; por ejemplo, en el caso de la desnutrición infantil los grupos indígenas de la Sierra, y en el caso de embarazo en adolescentes, mujeres jóvenes de zonas rurales y urbano-marginales deprimidas. El Plan Nacional del Buen Vivir resume la idea de que el Estado debe velar por el acceso a servicios de calidad y gratuitos para todos los ecuatorianos; en contra de la privatización de servicios como la salud, que fue una constante en el pasado.

Si uno de los principales problemas de las últimas décadas fue la privatización de lo público, la construcción de una nueva sociedad obliga a recuperarlo. Esto implica retomar la idea de la propiedad y el servicio públicos como bienes producidos y apropiados colectiva y universalmente. Existe un conjunto de bienes a cuyo acceso no se puede poner condiciones de ningún tipo, ni convertir en mercancías a las que solo tienen derecho quienes están integrados al mercado. El Estado, la comunidad política, debe garantizar el acceso sin restricciones a este conjunto de bienes públicos para que todos y todas puedan ejercer sus libertades en igualdad de condiciones (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 40).

En el Plan Nacional del Buen Vivir se indica que los esfuerzos en materia de inversión social deben estar destinados a garantizar el acceso equitativo a derechos considerados básicos, como son la salud, la educación, la vivienda y el empleo; bajo la premisa de expandir la cobertura y garantizar la calidad de los servicios prestados. En el caso de la salud se propone eliminar las barreras de acceso, especialmente problemáticas en grupos vulnerables como mujeres, indígenas y negros; impulsar la prestación de servicios bajo estrictos protocolos éticos, respetando la interculturalidad, el enfoque de género y las necesidades de segmentos vulnerables. Para hacer esto posible se señala que se destinarán recursos públicos tendientes a universalizar el acceso a la salud y la educación como pilares de la transformación social del país. En el PNBV también se reconoce que la salud debe ser vista desde un enfoque preventivo, que

---

<sup>9</sup> El *sumak kawsay* considera a la naturaleza como un ser vivo y como objeto de cuidado o sujeto de derechos. Se puede deducir que la salud en ambos esquemas es distinta desde su concepción original: la una es producto de la acción individual, el sometimiento a un complejo biomédico industrial que patologiza procesos fisiológicos como el parto o nos somete a un sistema alimentario dependiente de las grandes empresas; la otra está ligada al ser humano en tanto su relación con el entorno y la comunidad, con el territorio y su conexión sacralizada con este, con la soberanía alimentaria como expresión de la salud: la salud colectiva (Arteaga 2017, 908).

empieza con una adecuada nutrición, pero que además se relaciona con la práctica deportiva, el acceso a servicios dignos y un ambiente libre de contaminación.

Los planes y programas ofertados desde el gobierno se enfocan hacia la niñez, tercera edad, indígenas, discapacitados, con el objetivo de disminuir las brechas existentes en estos denominados grupos vulnerables. Bajo el fundamento de mejorar las capacidades ciudadanas, se plantea que el Estado debe ejecutar acciones que integren las oportunidades económicas junto con las laborales, educativas y de salud. Se enfatiza mucho en lo importante que es contar con una salud integral para que los ciudadanos logren vivir en armonía y contar con mayores oportunidades para mejorar sus condiciones de vida. Se insiste en la necesidad de cambiar patrones y conductas que limitan las posibilidades de disfrutar de una buena salud.

Mediante la atención adecuada y oportuna de la salud, se garantiza la disponibilidad de la máxima energía vital; una educación de calidad favorece la adquisición de saberes para la vida y fortalece la capacidad de logros individuales; a través de la cultura, se define el sistema de creencias y valores que configuran las identidades colectivas y los horizontes sociales; el deporte, entendido como la actividad física planificada, constituye un soporte importante de la socialización, en el marco de la educación, la salud y, en general, de la acción individual y colectiva (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009, 161).

Gráfico 1. Objetivos de PNBV (2009-2013)



Fuente y elaboración: Malo (2013).

En el Plan Nacional del Buen Vivir están presentes las principales orientaciones en materia de política social y económica que el gobierno promocionó como básicas para iniciar la transformación del país. Mucho de ese discurso se acompañó de un despliegue propagandístico que buscaba exaltar cada logro conseguido. Sin duda, el recuperar para el Estado la capacidad de gestión, mediante la creación de una agencia especializada en la organización del quehacer público, marcaría un hito en la recuperación y fortalecimiento de las capacidades estatales.

El *sumak kawsay*, de acuerdo a lo declarado en el PNBV, quiso significar un cambio en el modo de actuar del Estado, que recupera determinadas capacidades de gestión en aras de la desconcentración y participación ciudadana, ya que establece como un imperativo la ampliación de las libertades y las potencialidades de los seres humanos. La inclusión de la noción del buen vivir modificó la forma de afrontar la gestión de la salud, y esta se convirtió en un derecho en subordinación con otros derechos.



### 3. Actores del sector salud en el Ecuador

En cuanto a los actores que participan en el sector de la salud, pueden dividirse en dos grupos claramente diferenciados: por un lado, el sector privado, con los seguros a los que puede acceder una parte de la población, y las organizaciones sin fines de lucro; y por el otro, el sector público, que a partir de la nueva normativa está regido por el MSP, pero que involucra varios niveles de decisión a lo largo de la jerarquía. Es decir, cada uno de ellos tiene un grado de intervención en la estructura general del sistema de salud, ya sea como prestadores de servicios o administradores de recursos.

Actualmente, la Red Pública Integral de Salud está integrada por el IESS, el ISSFA, el ISPOL y el MSP; cada una de estas instituciones cubre las necesidades de un grupo específico de personas. En el caso del IESS, la cobertura de servicios es para los afiliados, trabajadores cotizantes que pagan un aporte mensual por su atención y que son beneficiarios de la atención mientras se encuentran trabajando. En el caso del ISSFA e ISPOL, la atención es únicamente para los policías y miembros de las Fuerzas Armadas y sus familias. Finalmente, el MSP atiende a todas las personas que no están cubiertas por ninguno de estos tres seguros, personas que no trabajan y no tienen derecho a la atención de salud. Además del sector público, no hay que olvidar a los prestadores privados, quienes se concentran en las aseguradoras, clínicas y hospitales, farmacias y consultorios privados. Hay un grupo especial de instituciones que también tienen un papel fundamental en la provisión de servicios, que son entidades particulares que reciben financiamiento público; el caso más paradigmático es SOLCA.

En cuanto a los organismos estatales que han tenido un papel protagónico en la prestación del servicio de salud, además del ministerio del área están el Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, entidad que en el gobierno en estudio adquirió un peso importante en lo relativo a la planificación en general, al haberse convertido en parte de la Función Ejecutiva. Mientras que el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social estuvo a cargo de la Red de Protección Social, enfocada en atender casos de enfermedades catastróficas entre las personas de los segmentos más pobres.

En la Constitución de 2008 se establece que para la transformación integral del sector salud el rol rector de la autoridad sanitaria de salud recae en el MSP como representante del Estado; por tanto, es el ente encargado de diseñar, redactar y ejecutar

la política pública en materia sanitaria. Asimismo, la capacidad de regular, normar y controlar todas las actividades relacionadas con la salud recae en este ministerio. Como parte de este proceso de reforma se plantea el sistema de alta desconcentración y baja descentralización para el MSP. Se establecen niveles de atención y resolución de acuerdo a las capacidades del territorio; el trabajo se organiza con nueve coordinaciones zonales y 140 distritales en lugar de los 24 provinciales que existían previamente; se encarga a los gobiernos municipales la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura física y el equipamiento para la salud (Vance Mafla y Acurio Páez 2018).

Como parte del rediseño institucional para concretar la descentralización y desconcentración se crean dos viceministerios: Gobernanza y Vigilancia de la Salud; y Atención Integral de Salud. Sin duda, la responsabilidad del MSP como ente responsable de la política pública siempre estuvo presente, desde su creación en 1967, y se reconoció este hecho a lo largo de la historia reciente del país. Así, en la Constitución de 1998 se reconocía que la autoridad sanitaria era el MSP y se enfatizaba en su rol como entidad responsable de la redacción y ejecución de las políticas de salud.

Actualmente, el sistema de salud del Ecuador se compone de dos sectores: público y privado. El sector público integra al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población; el MIES y las municipalidades, por su parte, cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada, mientras que el MSP protege a quienes no forman parte del mercado formal de trabajo o no cuentan con un seguro privado.

El sector privado, a su vez, comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente al 3 % de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen cerca de 10 000 consultorios médicos particulares dotados, en su mayoría, de infraestructura y

tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo al momento de recibir la atención (Lucio, Villacrés y Henríquez 2011).

### **Actores del Sistema Nacional de Salud**

1. Ministerio de Salud Pública y sus entidades.
2. Ministerios que participan en el campo de la salud.
3. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA, e Instituto de Seguridad de la Policía Nacional, ISSPOL.
4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública; Fuerzas Armadas y Policía Nacional.
5. Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.
6. Junta de Beneficencia de Guayaquil.
7. Sociedad de Lucha contra el Cáncer, SOLCA.
8. Cruz Roja Ecuatoriana.
9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Consejos Municipales y Juntas Parroquiales.
10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.
11. Entidades de salud privada sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG), servicios pastorales y fiscomisionales.
12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.
14. Centro de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.
17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

Fuente: Flores y Castillo (2012).

### 3.1. Ministerio de Salud Pública

El hecho de que el Ministerio de Salud tenga la rectoría del SNS no cambia ni se modifica con respecto a lo que ya se señalaba anteriormente en materia sanitaria en el país. Lo que cambia en el Gobierno de Correa es que por primera vez se hace una distinción entre el rol rector y el rol como prestador de servicios que tiene el MSP dentro del SNS.

Al MSP le corresponden la rectoría en salud, el control, la vigilancia, la supervisión y regulación de toda la oferta existente y futura en materia sanitaria; así como la evaluación de la calidad de los servicios y el control de las actividades desarrolladas por entidades públicas y privadas (Lucio, Villacrés y Henríquez 2011).

El MSP debe velar por cumplir lo expuesto en la Constitución, para lo cual se establece que tiene como misión, visión y objetivos lo que se analiza en los numerales siguientes.

#### *Misión*

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia y control sanitario, y garantizar el derecho a la salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la salud (EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015).

#### *Visión*

El MSP ejercerá plenamente la gobernanza del SNS, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad (EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015).

### *Objetivos*

- Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud.
- Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.
- Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.
- Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.
- Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.
- Incrementar el uso eficiente del presupuesto.
- Incrementar la eficiencia y efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.
- Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud.

Para realizar este trabajo se diseñó un nuevo modelo de gestión del MSP que busca la eficiencia y la participación. En el nuevo modelo se busca recuperar capacidades de gestión, planificación, regulación y redistribución. La reforma del MSP se basa en alta desconcentración que implica redistribuir los procesos, productos y servicios en los niveles territoriales más desagregados para mejorar su capacidad resolutoria; la baja descentralización implica el traspaso de competencias y procesos administrativos a zonas de gestión estratégica para agilizar los servicios que se entregan a los ciudadanos.

En el nuevo esquema de planificación se priorizó una nueva organización territorial en 140 distritos administrativos distribuidos en 9 zonas de planificación; los distritos coinciden en un 80 % con la actual delimitación de las áreas de salud para facilitar la articulación intersectorial. Se ordenan y clasifican los procesos del MSP en función de su contribución al cumplimiento de la misión institucional: procesos gobernantes, procesos agregadores de valor y procesos habilitantes de asesoría y apoyo.

- Procesos gobernantes. Formula políticas, normas, procedimientos, directrices, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y representación legal de la institución.
- Procesos agregadores de valor. Generan y administran los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos, permitiendo el cumplimiento de la misión institucional.

- Procesos habilitantes de asesoría y apoyo. Generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la gestión institucional.

Así, se plantea tanto una nueva estructura orgánica para el MSP como una nueva lógica territorial en cuatro niveles:

- a) **Planta central**, enfocada en la rectoría, rol normativo, coordinación, planificación y regulación.
- b) **Nueve coordinaciones zonales**, que estarán conformadas por la unión de provincias en el nuevo código de reordenamiento territorial. Las coordinaciones zonales realizarán, en todo el territorio nacional, el control del cumplimiento de las políticas y normativas del sector salud.
- c) **Direcciones distritales** que proveerán permisos de funcionamiento, registro de títulos, autenticación de certificados médicos y, paralelamente, promoverán la ejecución de la planificación y desconcentración de procesos.
- d) **Gobiernos autónomos descentralizados**, cuya facultad es la planificación y gestión local de infraestructura de forma coherente con la planificación estratégica del MSP (Flores y Castillo 2012, 11).

Durante el proceso de transformación del sector salud, la reforma se encaminó en varios ejes, entre los más importantes de este nuevo diseño se pueden destacar:

1. Posicionamiento del derecho a la salud.
2. Fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria.
3. Desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).
4. Fortalecimiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).
5. Modulación del financiamiento .
6. Acciones encaminadas a incidir sobre los determinantes sociales de las salud (Vance Mafla y Acurio Páez 2018, 285).

Estos son los elementos más importantes dentro del proceso de transformación y fortalecimiento del sector salud que marcó el camino de las acciones y propuestas del Gobierno central. En la práctica, los elementos descritos anteriormente se analizarán a detalle en el siguiente capítulo.

### 3.2. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social

El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) tiene como funciones proponer políticas interministeriales para el desarrollo social, lo que hace a través de la coordinación, la articulación y la monitorización de planes, programas y proyectos

sociales que ejecutan las instituciones que forman parte del Consejo Sectorial de Desarrollo Social integrado “por los ministerios de Salud Pública (MSP), Inclusión Económica y Social (MIES), Deporte (MINDEP), Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI); y los viceministerios de Gestión Educativa del Ministerio de Educación (Mineduc); y Movilidad Humana del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana” (EC Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2014, 5). Esta entidad se encarga del montaje de espacios inclusivos y de proponer políticas interministeriales de desarrollo social, ya que su tarea es la implementación de un modelo de desarrollo social incluyente.

Este ministerio tiene su antecedente en la Secretaría Técnica del Frente Social, creado hace poco más de veinte años, y que fue sometida a un proceso de refundación a partir del año 2000, cuando se constituye el Frente Social y se crea, a través del Decreto Ejecutivo 614 (26 de julio de 2000), la Secretaría Técnica del Frente Social como unidad técnica desconcentrada, agregada esta al entonces Ministerio de Bienestar Social.

La finalidad principal de esta entidad era la articulación y evaluación de los resultados de los diferentes programas administrados por el Ministerio de Bienestar Social. Las capacidades técnicas y logísticas, así como los objetivos institucionales de esta Secretaría son absorbidas por el MCDS en 2008 a través del Decreto ejecutivo n.º 1168 mediante el cual se suprime la Secretaría Técnica y se transfieren todas sus funciones y atribuciones, derechos, obligaciones, unidades, presupuesto, personal, activos y pasivos al MCDS (EC Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2014, 85).

Es decir, en 2008 se lleva a cabo un proceso de transición institucional que tiene como fin definir y consolidar objetivos de la política pública, pero ya desde una lógica de gestión ministerial y tomando en cuenta la figura —de establecimiento reciente— de los ministerios coordinadores. Así, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social lo que pretende es articular y coordinar las políticas del sector social, ser una especie de soporte para la gestión de los ministerios sectoriales y contribuir desde su experiencia y conocimiento al diseño de la política social.

El papel que cumplió el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social fue administrar la red de protección social, cuyo objetivo era atender los casos de enfermedades catastróficas entre los grupos poblacionales más vulnerables.

#### **4. Propuesta e implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FC)**

El MAIS parte de una concepción de salud integral, una visión propuesta por la OMS que propende un equilibrio físico, emocional, espiritual, cultural y sanitario como los pilares de una buena salud. Esta visión intenta superar el enfoque biologicista y curativo de la medicina occidental, centrado en atacar los síntomas y no las causas de los padecimientos.

El MAIS-FC se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad, y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana (EC Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2012, 48).

Parte del enfoque filosófico del proyecto de salud integral que se intenta implementar desde el MSP tiene una base filosófica que orienta a los individuos a desarrollar sus capacidades en medios que disminuyan las inequidades y aumenten las oportunidades. La visión de un desarrollo armónico que no priorice únicamente la parte económica, sino que busque articular de manera integral diversos aspectos del diario vivir.

Para lograr establecer la Red Pública Integral de Salud, el gobierno en estudio se dedicó a invertir en la remodelación, edificación y equipamiento de centros y subcentros de salud cercanos a los lugares de vivienda en cantones y parroquias considerados prioritarios. Según el ministerio del área, la idea es que los ciudadanos puedan acceder a la atención sanitaria mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que inicia en el centro de salud y, de ser el caso, se amplía y se direcciona hacia los hospitales de especialidad o generales. La base de este sistema es eliminar las aglomeraciones que se registran en los hospitales de las grandes ciudades y educar al ciudadano en la forma correcta de acceder al sistema sanitario. Hasta 2013 se han invertido más de 200 millones de dólares en la contratación de personal y el mejoramiento de la infraestructura en los centros y subcentros de salud (EC Ministerio de Salud Pública 2013).



De acuerdo con una nueva concepción de lo que implica estar saludable, este enfoque busca integrar dentro de la dimensión de la salud el entorno bio-sicosocial y ambiental, que son transversales al ser humano e integrales en todas sus dimensiones. Bajo este concepto, la salud no es estar libre de enfermedad, sino equilibrar dentro del ciclo de la vida de las personas todas aquellas dimensiones que están involucradas en su desarrollo. El enfoque del MAIS-FC se respalda en diversos estudios de ámbito mundial que concuerdan en que la salud es integral y está marcada por condicionantes como el género, la etnia, la condición socioeconómica, el nivel educativo, entre otros elementos que a menudo determinan la calidad de vida de una persona. La estrategia promueve una acción integral en el tratamiento de enfermedades, pero, sobre todo —dicen desde el gobierno—, busca paliar y eliminar las condicionantes que no permiten un desarrollo integral y armónico del ser humano con su entorno y sus semejantes.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCA) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad —el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud (EC Ministerio de Salud Pública 2012, 53).

El MAIS se corresponde también con la organización que se hace del MSP y busca articularse a un modelo de gestión que promueve la desconcentración de funciones en el nivel distrital y organiza la atención de los servicios por niveles de complejidad. Así lo indica la doctora Patricia Costales (2017):

El modelo de atención estaba muy articulado también al modelo de gestión. Se hicieron transformaciones estructurales profundas en el modelo de gestión del ministerio con un proceso de fortalecimiento de planta central, en cuanto a la capacidad de generación de políticas y desconcentración hacia las coordinaciones zonales. Eso fue muy importante porque se cambió toda la estructura del ministerio; la otra era el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que promueve realmente un enfoque familiar [...], es un modelo en el que se trabaja y se fortalece la Atención Primaria de Salud-APS (entrevista personal).

El fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia para garantizar el derecho a la salud a todas las personas que solicitan los servicios públicos.

Para llevar a cabo este objetivo, el gobierno invirtió más dinero en lo que una publicación del Instituto Nacional de Estadística y Censos denomina productos de salud.

El MAIS es el marco a través del cual se consolidan las políticas de salud, planteando estrategias y herramientas que pretenden responder a las necesidades de salud, que promueve además el fortalecimiento de la Red Pública y Complementaria (privada), buscando que la atención primaria en salud funcione como el eje que articula el sistema. Este modelo establece diferencias con otros modelos anteriores, al brindar los servicios de salud; de aquel con un enfoque curativo centrado en la enfermedad y el individuo, a un modelo con un enfoque más de promoción y cuidado de la salud y prevención de enfermedades; ampliando la oferta de acuerdo a la planificación territorial, en base a la red pública y complementaria, distribuida en zonas, distritos y circuitos (Granda 2018, 25).

La propuesta desde el MSP es lograr que en el primer nivel de atención se resuelvan las problemáticas más comunes de salud y no colapsar los hospitales con consultas que se podrían resolver en el centro de salud. Por ejemplo, un resfriado común. El MSP organiza su cartera de servicios por niveles de atención e intenta educar a la ciudadanía en cómo debe ingresar al sistema.

Los niveles de atención son: el nivel primario, que son las unidades de menor complejidad que tienen que atender a la población en prevención y promoción; cuando haya un problema más grave se articula con un segundo nivel, el hospitalario básico; y el tercer nivel, de especialidades. Esto optimiza mucho los recursos y el sistema porque antes un modelo totalmente curativo se atendía en el primer nivel, con muchas deficiencias, prácticamente todo, y difícilmente la población podía acceder a otros niveles de atención o lo contrario (Costales 2017, entrevista personal).

Mediante este esquema se intenta ordenar los procesos dentro de los servicios de salud. Los usuarios del sistema ya no pueden acudir directamente al especialista, pues antes es necesario que un médico familiar o general realice un primer chequeo y, solamente en el caso de requerirlo, solicite la atención especializada. A criterio de los expertos, esto reduce los costos en la atención y hace que el tercer nivel (en donde están los especialistas) realmente responda a demandas concretas. Así lo corrobora Fabián Yáñez, médico pediatra:

Se ha tratado de organizar la atención en consulta mediante la entrega de los turnos. También hacer cumplir con el MAIS, que es ingresar a la atención en salud por la atención primaria, y en caso de requerir atención en el hospital que sean referidos con el respectivo formulario y de esa manera poder atenderlos. Cuando llegué estaban más desorganizados porque la gente estaba acostumbrada a ir al hospital para que le atiendan por cualquier cosa. En el MAIS se indica que la gente tiene que ir primero al centro de salud para que le den un diagnóstico, en caso de que se requiera la atención por parte de un especialista entonces le envían para acá, y en caso de requerir una atención por subespecialidad nosotros les referimos a un tercer nivel. De manera periódica se le informa a la gente que acude al hospital sobre el MAIS. La gente un poco se muestra reacia porque está acostumbrada a otra cosa, pero muchos sí están haciendo caso y están llegando con sus referencias o llegan a emergencia y a veces desde ahí nos referencian para acá, que esa es otra forma de ingresar (2017, entrevista personal).

Un criterio compartido por muchos de los médicos que trabajan en los diferentes hospitales y centros de salud es que los usuarios del sistema a veces se incomodan por esta normativa, es decir, no están de acuerdo en acudir al centro de salud en primera instancia y luego al especialista. En el diseño propuesto por el MSP para transformar la salud se invirtió, primero, en la contratación de personal, y se formaron los grupos EBAS (Equipos Básicos de Atención Sanitaria) para visitar a las familias y realizar un seguimiento de sus patologías. Sin embargo, esta primera visión e intervención fue abandonada y se priorizó la atención hospitalaria, dejando de lado el trabajo de campo con las familias. La oferta de servicios no mejoró para la atención domiciliaria, sino para la atención hospitalaria.

El enfoque del MAIS trabaja integralmente en varios frentes, desde una visión en la que se integran la comunidad, la familia, los individuos y los representantes de las instituciones vinculadas al cuidado y la prestación del servicio. En el caso de las personas, se privilegia el involucramiento activo en el cuidado de la salud y la recuperación de la misma; en el caso de las comunidades, se busca ofertar un servicio orientado de acuerdo a las necesidades específicas de cada zona, circuito o distrito en el que se estén diseñando estrategias de intervención. Finalmente, la entrega oportuna y eficiente del servicio dependerá del desarrollo adecuado de un sistema de referencia y contrarreferencia capaz de remitir de manera adecuada al paciente a la unidad de salud que le corresponda y de realizar el seguimiento del caso hasta su resolución. En todo este esquema la participación de la comunidad está contemplada como parte de la planificación de acciones concretas para intervenir en el territorio. La dotación de personal en las unidades de salud es lo que en el largo plazo posibilitará que el MAIS

realmente funcione como una estrategia de prevención y promoción de la salud. Por el momento, el agendamiento de citas, el ordenar a los pacientes para encaminarlos de manera adecuada dentro del sistema y procurar que realmente se solucionen las dolencias y necesidades de los pacientes, es lo que hará que el modelo diseñado sea sustentable en el tiempo.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, es el nivel del primer contacto. Está dado en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85 % de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (Vignolo et al. 2011).

El modelo estructura, de manera lógica y coherente, los niveles de atención, los equipos médicos, la gestión, las estrategias de intervención, los procesos de acompañamiento, la estructura de trabajo, la normativa de calidad en el servicio, las fichas de registro, el acompañamiento y las acciones de prevención. Cada acción está soportada en un conjunto de herramientas de gestión, seguimiento y evaluación de procesos que permitirá en el largo plazo organizar de manera definitiva un sistema de salud coherente y adecuada a las necesidades de las comunidades y las personas. El éxito del modelo radica en los prestadores, organizadores y supervisores del modelo, quienes son los responsables de ejecutar las acciones y canalizar los recursos de manera eficiente y oportuna. A la par, se debe trabajar desde los determinantes de la salud, para no limitar la injerencia del trabajo del MSP en el área médica. El MAIS considera, analiza y también incorpora a su labor los determinantes de la salud, factores asociados a las formas de vivir y relacionarse que tienen los individuos dentro de sus comunidades. Este último punto es muy importante porque conecta a la enfermedad de un individuo con aquello que se vive y pasa a su alrededor. La idea es tratar de controlar esos factores, o al menos incidir en ellos para modificar sus consecuencias.

Los determinantes de la salud identificados por los expertos y el MSP son los siguientes:

Tabla 6. **Determinantes de salud**

<p><b>Determinantes conductuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos</li> <li>• Costumbres</li> <li>• Creencias</li> <li>• Actitudes</li> <li>• Comportamientos</li> </ul>	<p><b>Determinantes ambientales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aire</li> <li>• Agua</li> <li>• Tierra</li> <li>• Fuego</li> </ul>
<p><b>Determinantes biológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genes</li> <li>• Edad</li> <li>• Género</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Inmunidad</li> <li>• Vigor</li> </ul>	<p><b>Determinantes sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones familiares</li> <li>• Situación financiera</li> <li>• Trabajo</li> <li>• Comunidad y amigos</li> <li>• Libertad personal</li> <li>• Valores personales</li> </ul>

Fuente: Manual del MAIS 2012.  
Elaboración propia.

Trabajar en determinantes de la salud posibilita terminar con las barreras de acceso al derecho a la salud. En el caso ecuatoriano, determinantes como el género, la identificación étnica o la localización geográfica juegan en contra de colectivos importantes que no pueden acceder a servicios dignos. A criterio de Juan Chuchuca:

El hecho de trabajar bajo determinantes de la salud significa que debemos trabajar en un enfoque intersectorial, lo que significa que nosotros debemos trabajar articuladamente con los actores sociales que están a nivel de cada territorio. Dependiendo de los contextos, son los gobiernos autónomos descentralizados, por ejemplo, en lo que se refiere a servicios básicos: agua potable y alcantarillado. [...]. A nivel local cada territorio es diverso y planifica de acuerdo a sus necesidades. Cada Equipo de Atención Integral Salud (EAIS, conformado por médico, enfermera y TAP) se divide el territorio según sectores censales bajo la planificación del SENPLADES, y los distritos están anclados bajo esta dinámica y nosotros tratamos que todos los ministerios trabajen de acuerdo a esta planificación de responsabilidad poblacional dentro del territorio (2017, entrevista personal).

Esta visión desde sus determinantes busca mejorar de manera integral las condiciones de vida de las poblaciones, para que la salud no se asocie únicamente con la ausencia de enfermedad. Se trabaja para incidir y modificar las condiciones de vida de las familias en su territorio, con el fin de disminuir aquellas circunstancias que pueden afectar la salud integral de las personas. Esto se hace desde una planificación que

responda a la realidad de un territorio concreto, con sus propias características. Sin embargo, el grueso de la inversión se concentra en hospitales, medicamentos y personal, elementos que en conjunto significan solo un porcentaje de lo que simboliza estar saludable.

Sin lugar a dudas, es importante resaltar otros elementos que están presentes en el modelo de atención, uno de ellos es la implementación de servicios como la psicología, para ayudar a las personas a solucionar sus problemáticas de manera más holística.

El área de salud mental está un poco encaminada a la situación de prevención, promoción y a la atención de los pacientes que requieren atención psicológica. Pacientes en todo sentido, ya sea con dificultades psicológicas, trastornos clínicos que se refieren a una situación mental. Si en el centro de salud no se hubiese implementado este servicio, realmente habría pacientes que no tendrían ninguna opción, entonces se seguiría manteniendo un alto índice de problemas a nivel afectivo que derivaban, por ejemplo, en suicidios, consumo de sustancias y que no eran atendidos en su momento (Chuchuca 2017, entrevista personal).

Este testimonio da cuenta de la importancia que se da ahora a una intervención integral en materia de salud. En el MAIS ya no se trata solamente al paciente por una dolencia específica; se involucran y se trata de valorar la presencia de elementos adicionales del entorno que pueden incidir en la dolencia manifiesta por la que se acude a la consulta.

No solo la medicina cura. Tenemos el MAIS que habla de salud integral y se trabaja desde diversas áreas; por ejemplo, se trabaja con personas con discapacidad y se hace un trabajo extramural con los equipos EAIS para que acudan a los domicilios. Eso quiere decir que a un paciente que no pueda acudir al centro, se trabaja con estos equipos para que puedan ayudarlo. Si es un paciente hipertenso o diabético, los equipos van y lo controlan; también en el hospital tenemos el trabajador social que se encarga de realizar las gestiones con la Misión Manuela Espejo o la Misión Joaquín Gallegos, cuando son personas con alguna discapacidad. Tenemos localizados a las personas con discapacidad, y de ser el caso se les ayuda a acceder a ayudas técnicas o el bono de discapacidad. Los EAIS trabajan con una planificación para salir a realizar las visitas, y se turnan los equipos para realizar el trabajo extramural, todo esto con el objetivo de prevenir en el territorio las complicaciones que podrían presentarse (Escobar 2017, entrevista personal).

El tema de la atención y el seguimiento extramural es otro punto importante del MAIS que permite al personal de salud realizar un seguimiento a casos críticos y brindar apoyo y soporte a familias o personas que de otra forma no podrían hacer uso de los servicios de salud ofertados. La visita domiciliaria refuerza la atención que se da en el centro y pone al personal sanitario en relación con su entorno, lo acerca al paciente y lo convierte en un promotor de cambio.

Correa llegó al poder con un plan de gobierno que prometía transformar el país desde diferentes aspectos, uno de ellos la salud. Para transformar un sector especialmente debilitado por la falta de inversión (entre 1980 y 2006 el presupuesto en salud alcanzó en promedio el 1,1 % del PIB, mientras que entre 1991 y 2001 el promedio apenas fue del 0,90 %), se dio paso a la entrega de ingentes recursos económicos, justificados bajo la figura de “emergencia”. Posteriormente, se diseñó un plan de transformación que incluyó la incorporación de servicios pagados para solventar el aumento de la demanda; finalmente, se inició un esquema de repotenciación de los servicios y sobreexplotación laboral para solventar la creciente demanda por atención médica. En medio de este proceso se optó por mejorar la laborar administrativa del MSP como autoridad sanitaria y se perdieron espacios de deliberación y discusión frente a temáticas importantes de salud. El MSP se constituyó en la voz principal en materia sanitaria y se dedicó a potencializar su presencia en un esquema de atención hospitalario que coadyuvó a acrecentar la presencia y penetración del Estado en el territorio, pero no garantizó mejores resultados en cuanto a la prevención de enfermedades o mejoramiento de indicadores sanitarios. La atención de la demanda social se construyó desde la atención médica en el consultorio del hospital, no desde la prevención en territorio.

## **5. Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)**

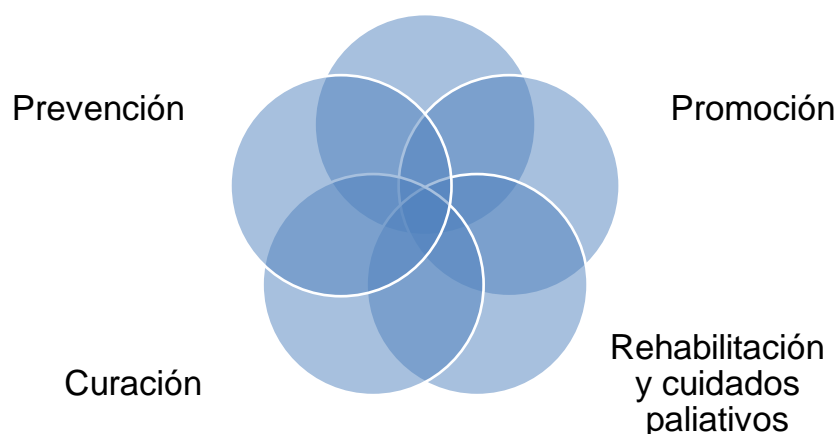
Con el objetivo de organizar y formalizar la operación del modelo se determinaron diversos componentes que se articulan entre sí y permiten que los usuarios gocen de un servicio eficiente y oportuno. El éxito del modelo se basa en la articulación y complementación de los proveedores de los servicios, así como en la implementación de las estrategias de intervención, seguimiento y fortalecimiento de las acciones de prevención.

### 5.1. Provisión de servicios

Para organizar la entrega de servicios sanitarios, el SNS deberá considerar las necesidades que tiene la población, tanto a nivel individual como comunitario, para organizar la atención y las particularidades en cada caso. La provisión de servicios se organizará de acuerdo a las prioridades epidemiológicas del país, las necesidades territoriales, de género, interculturales, de edad y grupos prioritarios. El esquema de atención y la prestación de servicios se organizan de acuerdo a criterios de priorización, tanto como características y condiciones identificadas en cada grupo humano, según las condiciones de desarrollo, socioambientales, de trabajo, edad, entre otros.

El enfoque del MAIS se basa en cuatro pilares: prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Cada uno de estos elementos debe operar de manera individual y conjunta para garantizar la calidad de la atención. Como se puede apreciar en el gráfico, la interconexión entre cada elemento es una constante al momento de trabajar en salud integral.

Gráfico 2. **Enfoque del MAIS**



La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) plantea que el Modelo de Atención enfatizará en la Atención Primaria de Salud (APS) y la promoción de la salud; cubrirá los ambientes laboral, familiar y comunitario. La APS era parte de las



políticas internacionales de salud que buscaban transformar los sistemas de salud en Latinoamérica. Ecuador optó por esta política para desarrollar su SNS. Bajo el mandato de Correa se recupera esta visión de la salud y se refuerza la APS mediante el desarrollo del MAIS, que no es más que la recuperación de los lineamientos que ya se discutían y aplicaban en el ámbito internacional.

En el enfoque del MAIS, la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos están contemplados como un proceso integral para promover la promoción integral de la salud. En el caso de la promoción y prevención se busca que las familias, los individuos, las empresas y las comunidades se preocupen por educar a la población y eliminar los riesgos en cada espacio de interacción social, con el objetivo de disminuir padecimientos asociados a estilos de vida poco saludables. Cuando la enfermedad se presenta se trabaja en la curación, que consiste básicamente en ofrecer al individuo la atención médica y los medicamentos que permitan superar la enfermedad. En este punto, el grupo familiar juega un rol preponderante, puesto que es parte de la estrategia integral para superar la enfermedad.

Con el objetivo de convertir en realidad la estrategia de prevención, se propone trabajar en actividades con empresas, familias, instituciones, escuelas, colegios y espacios públicos, en donde se promuevan estilos de vida saludables, para contribuir así a educar a los ciudadanos en la responsabilidad de cuidar su salud. A esto se suma que los integrantes del sistema de salud deben programar actividades de prevención con sus comunidades, de acuerdo a las necesidades que se hayan detectado, basados en un trabajo de observación, investigación y análisis de las patologías más recurrentes en las zonas de influencia en donde los equipos médicos se encuentren.

Con el fin de optimizar recursos y establecer procedimientos claros en cuanto a los protocolos y mecanismos de atención, el Sistema Nacional de Salud organiza los establecimientos de salud disponibles y establece un procedimiento claro para el acceso y finalización de las necesidades que se presenten. Según lo determinado en el MAIS, el 80 % de las necesidades de salud deben resolverse en el primer nivel (puestos de salud, centros de salud, consultorios generales), el cual se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud y es el que permite a los usuarios establecer mecanismos claros para la solución de sus necesidades.

En el primer nivel de atención se deben resolver las necesidades inmediatas y se deberán realizar acciones de prevención y promoción de la salud. En el segundo nivel

(consultorios de especialidad, hospital del día, hospital general y básico) se atenderán casos que necesiten hospitalización o atención ambulatoria especializada. En el tercer nivel (centros especializados, hospital especializado/de especialidades) de atención se encuentran aquellos establecimientos que brindan servicios de punta para solucionar problemáticas complejas de salud. “El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, pre-registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad” (EC Ministerio de Salud Pública 2013, 86). En esta clasificación se encuentran los centros de experimentación por registro clínico y los centros de alta subespecialidad.

Finalmente, en esta estrategia se considera también a la atención prehospitalaria como un elemento que entra en acción cuando se dan sucesos de carácter fortuito como accidentes o catástrofes; su accionar termina con la derivación del paciente a un centro hospitalario.

Parte importante y vital de esta organización son los equipos médicos, integrados por profesionales comprometidos con la prevención, promoción e investigación sobre temas sanitarios y encargados directos de ofrecer el servicio a los usuarios. Toda esta estrategia se soporta en la organización de zonas, distritos y circuitos que buscan organizar los servicios de salud, de acuerdo a las características de los territorios y las circunscripciones territoriales.

Si se observa y analiza la estructura de MAIS se puede concluir que se parte de una concepción bastante acertada en cuanto a la optimización que se puede hacer de los recursos. Esta es la organización en cuanto a infraestructura que promueve el MAIS:

I. PUESTO DE SALUD: para atenciones itinerantes a poblaciones dispersas por el EAIS correspondiente hasta 3500 habitantes.

III. CENTRO DE SALUD TIPO A: hasta 10 000 habitantes; con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras, sala de reuniones.

IV. CENTRO DE SALUD TIPO B: de 10 001 a 50 000 habitantes; con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, centro de toma de muestras y laboratorio, servicio de imagenología (rayos X y ecografía), sala de reuniones.

V. CENTRO DE SALUD TIPO C: de 25 001 a 50 000 habitantes, que cuenta con servicios de salud de consulta externa, sala de procedimientos, administración, consulta externa, centro de toma de muestras y laboratorio clínico, imagen, rehabilitación,

atención de partos (Salas de Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación, UTPR), emergencia. Además de servicios de salud prestados a distancia (telemedicina).

VI. UNIDADES MÓVILES: unidades móviles para atención ambulatoria y hospitales móviles, de acuerdo a los requerimientos de la demanda.

VII. SERVICIOS DE TRANSPORTE Y ASISTENCIA SANITARIA: según el modelo de gestión vigente de atención prehospitalaria y del sistema de referencia, contra-referencia y derivación (EC Ministerio de Salud Pública 2013, 25).

Tabla 7. Niveles de atención de salud

NIVELES DE ATENCION, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE
<b>Primer Nivel de Atención</b>	1° Nivel de complejidad	I-1	Puesto de salud
	2° Nivel de complejidad	I-2	Consultorio general
	3° Nivel de complejidad	I-3	Centro de salud - A
	4° Nivel de complejidad	I-4	Centro de salud - B
	5° Nivel de complejidad	I-5	Centro de salud - C
<b>Segundo Nivel de Atención</b>	<b>AMBULATORIO</b>		
	1° Nivel de complejidad	II- 1	Consultorio de especialidad (es) clínico - quirúrgico
		II-2	Centro de especialidades
	2° Nivel de complejidad	II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	<b>HOSPITALARIO</b>		
	3° Nivel de complejidad	II-4	Hospital Básico
	4° Nivel de complejidad	II-5	Hospital General
<b>Tercer Nivel de Atención</b>	<b>AMBULATORIO</b>		
	1° Nivel de complejidad	III-1	Centros especializados
	<b>HOSPITALARIO</b>		
	2° Nivel de complejidad	III-2	Hospital especializado
<b>Cuarto Nivel de Atención</b>	3° Nivel de complejidad	III-3	Hospital de especialidades
	1° Nivel de complejidad	IV-1	Centros de experimentación pre registro clínicos
	3° Nivel de complejidad	IV-2	Centros de alta subespecialidad
<b>Nivel de Atención Prehospitalario</b>	1° Nivel de complejidad	APH-1	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico.
	2° Nivel de complejidad	APH-2	Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital avanzado.
	3° Nivel de complejidad	APH-3	Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital especializado.

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012).

La organización comprende los procesos de administración y gestión adecuada de los servicios, para garantizar así una oferta de calidad a los usuarios. En este punto, la metodología de la gestión basada en resultados es la herramienta que permite controlar el trabajo de los funcionarios públicos, quienes cuentan con un conjunto de herramientas para optimizar su trabajo.

## **5.2. Gestión**

Se apuesta por un modelo de gestión desconcentrado, organizado por zonas y distritos que respondan a una problemática territorial específica y que para hacerlo puedan adaptar los recursos humanos, financieros y físicos asignados. En el nivel central se concentran la planificación, regulación, evaluación y control de todo el sistema de salud. Las coordinaciones zonales deben garantizar que se cumpla con la planificación, coordinación, seguimiento, evaluación y control en el territorio con relación a la provisión de servicios, promoción, vigilancia de la salud y calidad en el servicio. Mientras que las coordinaciones distritales deben trabajar en promoción de la salud, provisión y calidad de los servicios y vigilancia de la salud pública. Se promueve una gestión desconcentrada, aplicada a la realidad de cada territorio, organizada por resultados y participativa; con estas características se busca que el trabajo realizado en cada territorio se corresponda con la realidad epidemiológica y social y se involucre a los ciudadanos como veedores y partícipes del proceso.

## **5.3. Financiamiento**

El financiamiento, hasta el momento, viene directamente del Gobierno central vía entrega de recursos al Ministerio de Finanzas, el cual a su vez transfiere los recursos al Ministerio de Salud. Existe un control de ejecución del gasto y se priorizan las acciones y programas determinados como prioritarios, como es el combate a la desnutrición. Por el momento no existe otro mecanismo de financiamiento.

Cada uno de estos elementos constituyen el MAIS, un modelo de atención propuesto como una solución al abarrotamiento de hospitales de especialización, los que no se daban abasto para atender las demandas ciudadanas. Actualmente, el modelo existe y está funcionando en muchas zonas del Ecuador. Si bien es un modelo en constante construcción, la articulación y cimentación de un sistema que tienda puentes entre el sector público y el privado se constituye en un paso importante para que en el futuro se pueda arraigar en el territorio el trabajo en red.

## **6. Estrategia de Atención Primaria de Salud**

La estrategia Atención Primaria de Salud (APS) se orienta bajo los principios de salud integral, plenamente contemplados y explicados en el Modelo de Atención

Integral de Salud, un tema que desde 1980 se había incorporado en la discusión sobre sistemas y servicios de salud en América Latina. El Gobierno de Correa lo que hace es retomar esta estrategia y ampliarla mediante la adopción del MAIS en el territorio. El diseño del MAIS establece cada detalle de la intervención en territorio y diseña el trabajo de campo para los médicos y especialistas. La demanda social no dimensiona la APS como parte de sus reclamos por atención médica.

Esta estrategia privilegia la salud como un todo y promueve la intervención de la comunidad en el cuidado y mejoramiento de la salud. Bajo el esquema de la APS, la atención a los usuarios en los servicios de salud debe hacerse desde el respeto a sus creencias y prácticas culturales. En este punto es importante señalar que la estrategia APS busca integrar a los servicios de salud las creencias, tradiciones y prácticas ancestrales, especialmente en zonas y territorios de pueblos y nacionalidades indígenas. Este esquema de atención se presentó por primera vez en la declaración de Alma Ata, con el objetivo de ampliar la cobertura sanitaria hacia amplios sectores de la población; el fin que perseguía era la salud para todos. Con el paso del tiempo su vigencia perdió importancia y fue reemplazada por un proceso de atención selectivo, el mismo que se profundizó en la etapa neoliberal, en la que modelos de privatización de la salud como el chileno y el colombiano fueron elogiados.

Desde que se establecieron los compromisos internacionales con la declaración de Alma Ata en 1978, el MSP ha incluido en sus definiciones de políticas, planes y programas actividades y recursos para apoyar y consolidar la Atención Primaria de Salud en el país. El reciente documento elaborado sobre el “Modelo de Atención Integral de Salud Comunitario e Intercultural” ratifica la importancia que tienen la atención primaria y la promoción de la salud como medios fundamentales para mejorar la salud de las personas y las familias (Organización Panamericana de la Salud 2008, 13).

Ahora, parte del esquema de trabajo implementado desde las autoridades sanitarias se enfoca en la recuperación y promoción de manera efectiva de la estrategia APS, con el objetivo de llegar a amplios sectores de la población y garantizar la atención de salud para todos.

En cuanto a la necesidad de ampliar la visión de la salud, el gobierno asegura que la estrategia APS involucra también la salud mental como uno de los elementos importantes al hablar y concebir integralmente el bienestar de una persona. En el caso de la salud mental, la propuesta va más allá del diagnóstico del trastorno y busca

solucionar o mejorar las condiciones de las personas de manera integral, involucra activamente a la familia, pero, sobre todo, intenta que la comunidad interactúe para conseguir que el entorno se modifique.

El modelo comunitario de salud mental permite comprender al individuo en sus dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y políticas; fortalece la participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de actividades orientadas al cuidado de la salud mental, la prevención, identificación, manejo y el seguimiento de las personas con trastornos y/o afectaciones mentales en sus comunidades, además de reducir la estigmatización y discriminación de las personas que estén afectadas por algún trastorno (EC Ministerio de Salud Pública 2014, 48).

Dentro de la estrategia APS se habla de una integración entre el nivel público y el privado, al mismo tiempo, una complementariedad en cuanto a los niveles de atención y la estructuración de un sistema en el que el usuario encuentre una solución integral a su condición. Para viabilizar esta estrategia se cuenta con la planificación, el desarrollo informático y la participación comunitaria; estos son los ejes de todo el planteamiento realizado. En el caso de la planificación, la organización técnica en zonas, distritos y circuitos permite a la población encontrar un servicio oportuno y cercano a su lugar de vivienda, lo que facilita el traslado y disminuye las inequidades en cuanto al acceso a los servicios.

En el plano de lo informático, el gobierno busca desarrollar una red nacional de referencia y contrarreferencia, para que los usuarios del sistema de salud puedan ser derivados a especialistas, de ser el caso, o atendidos en lugares más cercanos a sus domicilios. El Sistema Integrado de Telecomunicaciones y el Sistema Único de Información sirven para fortalecer los procesos de atención, gestión y toma de decisiones, a la par de la asesoría, diagnóstico en línea y procesos de educación continua.

Finalmente, la participación comunitaria debe estar presente durante todo el proceso de la planificación y ejecución de las acciones sanitarias. En este punto, la comunidad no solo es un veedor del proceso, se convierte en un actor capaz de tomar decisiones y de ser un soporte integral al proceso de cambio y mejora de los servicios.

En el contexto del MAIS, la Atención Primaria es un punto muy importante porque promueve la promoción y la prevención mediante un trabajo comunitario, coordinado con profesionales que cuentan con el aval de la comunidad y que buscan

incidir en el cambio de comportamiento de las personas. Estos elementos de la estrategia de intervención no eran ajenos al trabajo del personal de salud en el territorio. El tema de la interculturalidad tuvo un sesgo importante en el Gobierno de Correa y se limitó a la incorporación de los promotores de salud mediante un esquema de formación académica que los transformó en Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS).

La formación de TAPS se constituye en un factor diferencial al momento de hablar de prevención, porque son ellos quienes conocen las condiciones de cada uno de los pacientes que visitan y pueden ayudar a reducir las conductas de riesgo; además, por la facilidad que tienen, por ejemplo, en el manejo de un idioma como el quichua, son capaces de conectar con las necesidades de cada paciente y ser más cercanos a la realidad de la persona, lo que en el centro de salud no se percibe. Sin embargo, en el momento en que se necesitó una calificación académica como requisito para transformar un promotor comunitario en un TAP se produjo una deserción y un desmantelamiento del esquema de atención en las comunidades.

## **7. Formulación de políticas**

La formulación de políticas concretas en el tema de salud se orientó bajo la premisa del MAIS, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas desde un enfoque integral basado en la Atención Primaria de Salud. La agenda social que orientó el quehacer del gobierno se basó en la articulación de acciones desde diversos frentes para atacar problemáticas complejas como la desnutrición. En el caso de esta problemática concreta se creó el programa Estrategia Acción Nutrición, en donde el Ministerio de Salud tenía a su cargo la priorización de servicios de atención prenatal, de salud sexual y reproductiva y de control y disminución de la tasa de embarazos entre adolescentes; a la par, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social se encargaba de identificar dentro de las familias que recibían el Bono de Desarrollo de Humano los casos de desnutrición para realizar intervenciones integrales. La política pública del Gobierno de Corea desarrolló un sistema de inclusión y equidad social compuesto por diversos ámbitos, entre los más importantes la salud, educación, seguridad social, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, entre otros. Este enfoque pensó la política pública de manera intersectorial para que las intervenciones que se hacen con familias en situación de vulnerabilidad económica y social respondan eficazmente y solucionen las problemáticas encontradas. El acceso a derechos se garantiza acercando los servicios

a quienes más lo necesitan de manera oportuna y eficiente (EC Ministerio de Salud Pública 2012).

Por otro lado, entre las reformas al sector salud que propone la SENPLADES a través del Plan Nacional de Desarrollo (que en la siguiente edición pasaría a llamarse (Plan del Buen Vivir), se encuentran:

**Política 3.2.** Fortalecer la gestión y el desarrollo del talento humano, su respuesta oportuna, con calidad y calidez a los requerimientos de salud

Con esta política se pretende garantizar la formación y disponibilidad de personal con dominio para responder a las necesidades de salud de la población. El primer componente de la política consiste en la generación de programas que formen personal con conocimiento y destrezas para resolver los principales problemas de salud de la población, la ejecución del nuevo modelo familiar, comunitario, intercultural y que asigna prioridad a la atención primaria de salud. El segundo componente afirma el requerimiento de ampliar la disponibilidad de personal para la función salud, especialmente en el sector rural y urbano-periférico, pero fundamentalmente con la dotación de condiciones laborales que los estimulen, fortalezcan su compromiso y solidaridad con los requerimientos de salud de la población (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 133).

Según se entiende, el desarrollo del talento humano incluye, además del aumento numérico del mismo, la revisión al alza y de acuerdo al trabajo de las remuneraciones; las condiciones de trabajo y la asignación de recursos para el cumplimiento de la función; la obligatoriedad del personal de adquirir conocimientos, habilidades, de desarrollar iniciativa y, especialmente, de generar compromiso con el trabajo que se realiza, para atender con calidez a la población.

**Política 3.3.** Asegurar el acceso universal a medicamentos esenciales, consolidar la autoridad y soberanía del Estado en el manejo de los medicamentos y recursos fitoterapéuticos.

Tanto por su contribución terapéutica como por el impacto que causa en la economía del sector salud y las familias, los medicamentos son considerados como insumos críticos en la función salud. Por ello, en la búsqueda de una política integral que proteja la salud y mejore la calidad de vida de la población, el acceso a medicamentos esenciales es de suma trascendencia. Esta política se propone asegurar, por una parte, la disponibilidad, y por otra, el uso racional de los medicamentos y fitofármacos (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 134).

Con esta política se pretende recuperar la soberanía del país en la producción y en la comercialización de los fármacos.



**Política 3.4.** Asegurar la cobertura universal de la salud, con servicios de calidad que oferten prestaciones con calidez, eliminando todo tipo de barreras que generan inequidad, exclusión y recuperando la salud como un derecho ciudadano

Esta política se propone erradicar problemas como la inequidad, desigualdad y la exclusión de salud. Para ello, compromete al sector salud a universalizar la cobertura, eliminar todas las barreras geográficas, económicas, sociales, culturales que limitan el acceso de amplios grupos de la población, especialmente del sector rural, grupos campesinos, afroecuatorianos y discapacitados a los servicios públicos; pero además, demanda mejorar la calidad de sus servicios y la calidez de las prestaciones (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 135).

El desafío es el de cumplir con la demanda de la población de contar con un servicio incluyente de salud, que respete la amplia diversidad cultural, generacional y sin estereotipos de género.

**Política 3.5.** Fortalecer la predicción y prevención de la enfermedad, el desarrollo de capacidades para advertir, anteponerse y controlar la morbilidad, los riesgos ambientales, los accidentes, la violencia y las discapacidades.

La salud, como parte del desarrollo, convoca obligatoriamente a erradicar las inequidades transformando los subsistemas de salud, eliminando las barreras que limitan el acceso de la población a los servicios, mejorando su calidad y conformando programas integrados e integrales que promuevan bienestar; pero, además, exige generar capacidades que permitan prevenir la enfermedad y promover la salud (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 136).

El planteamiento que hacía la SENPLADES se encaminaba por priorizar la prevención y la promoción de la salud, teniendo en cuenta que —junto a las barreras económicas, sociales, culturales y geográficas— la falta de información y de educación en salud imposibilita la generación de los cambios en las conductas no saludables de las personas.

**Política 3.6.** Fortalecer la promoción de la salud, promover la construcción de ciudadanía y una cultura por la salud y la vida. Como la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud se inserta en una concepción de desarrollo humano integral. Ello exige, por una parte, mantener una visión holística de la salud, superar su concepción y práctica basada en las ciencias naturales y en la enfermedad y, por otra, asumirla como una responsabilidad multisectorial, multidisciplinaria y colectiva (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 137).

En el entendimiento de que la comunicación resulta clave para informar e insertar en la agenda pública los contenidos importantes en salud, que permitan a la población contemplar la posibilidad de adquirir estilos de vida saludables.

**Política 3.7.** Promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida. El Plan Nacional de Desarrollo, a través de sus diferentes objetivos, incorpora un conjunto de políticas y estrategias destinadas a mejorar las condiciones y con ello la calidad de vida de la población; proceso que, como se ha señalado, es el resultado del acceso de la población a un conjunto de bienes, valores y servicios necesarios para sobrellevar su vida en óptimas condiciones (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 138).

El desafío que se plantea el Gobierno central (a través de la SENPLADES) con esta política es el fortalecimiento del acceso de la población a ambientes más apropiados para la vida.

**Política 3.8.** Garantizar los derechos, la salud sexual y reproductiva; considerando a la población como el elemento central del desarrollo sostenible y el recurso más valioso del nuevo país.

Esta política propone la adopción de medidas que permitan promover una sexualidad y reproducción saludable, responsable, sin riesgos, con respeto a la diversidad étnica, cultural, de género, generacional y el sometimiento a los principios bioéticos. Adicionalmente, se constituye en aporte al desarrollo de una dinámica demográfica saludable (EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2007, 138).

Las estrategias que plantea están vinculadas a que el Estado entregue información que permita a la población orientar responsablemente sus comportamientos en los planos sexual y reproductivo. Se considera que la universalización de los servicios de salud de atención primaria y la incorporación en estos de las dimensiones de la salud sexual y reproductiva redundarán en la reducción de la mortalidad por estas causas.

Durante el Gobierno de Alianza PAIS se privilegió la organización de un esquema de planificación centralizado que dotó de una estructura ordenada a la gestión del Estado en el territorio. Se incentivó la transformación institucional mediante la implementación de sistemas de información articulados y útiles para tomar decisiones a nivel de política pública. Un punto central fue el fortalecimiento de la autoridad

sanitaria nacional en manos del MSP, una vez que se definió su papel como proveedor de servicios y como rector de los mismos.

El esquema planteado por SENPLADES para el área de salud buscaba fortalecer el rol de la autoridad sanitaria nacional mediante un trabajo descentralizado en el que el Ministerio de Salud se convierta en el supervisor y coordinador de todo el sistema, sin dejar de lado su función como proveedor de servicios. A la par, se busca organizar los niveles de atención, los equipos de atención, los protocolos de intervención, la disponibilidad y priorización de los recursos, y mejorar la capacidad de coordinación y continuidad en la atención para así superar las barreras de inequidad y acceso a los servicios de salud.



## **Capítulo cuarto**

### **Evaluación del Sistema Nacional de Salud en el período 2007-2017: evaluación de capacidades estatales**

En este capítulo se presentan los logros alcanzados en cuanto al fortalecimiento de las capacidades estatales en salud, evaluadas en función de los resultados prácticos obtenidos durante el proceso de transformación del sector en el período 2007-2017. Como se indicó ya en el primer capítulo, el tema de las capacidades estatales y su fortalecimiento inicia cuando el Estado persigue ampliar su presencia en territorio y, para hacerlo, articula un conjunto de medidas administrativas, políticas y financieras para lograr su cometido. En el caso del Gobierno de la Revolución Ciudadana, el incremento del presupuesto y la construcción de un andamiaje institucional para respaldar el proceso de transformación del sector salud nos dan indicios de que el proyecto efectivamente perseguía un aumento de la presencia y la capacidad del Estado.

El aumento de las capacidades estatales implica una mayor penetración del Estado en el territorio. En el caso de la salud, los servicios que se proveen a la población son señales directas de ese nivel de penetración y alcance. Con el objetivo de precisar el aumento de la capacidad estatal, tanto administrativa como política, este capítulo se despliega en cuatro ejes temáticos: a) los resultados generales de las condiciones de salud de la población; b) la inversión y ampliación de la cobertura de servicios de salud; c) la reforma institucional emprendida; y, d) el debate sobre el enfoque global de la política de salud pública.

Para ser coherentes entre la metodología planteada y los resultados de la investigación, en este capítulo se analizará cada uno de los indicadores de las variables seleccionadas para evaluar el fortalecimiento de las capacidades estatales. En el caso de la variable de capacidad administrativa, se evidenciará la disponibilidad de los recursos financieros, técnicos y humanos; mientras que para la variable de capacidad política, se describirán los mecanismos de participación que se implementaron para la aplicación de las prioridades definidas en las políticas presentadas en el capítulo anterior.

## 1. Condiciones generales de salud de la población

Una manera de empezar la presentación del diagnóstico general de las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana es tomar el conjunto de indicadores elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2017.

Tabla 8. Indicadores elaborados por la OPS, 2017

Región de la OMS	Américas
Grupo de ingresos del Banco Mundial	Ingreso mediano alto
<b>Salud infantil</b>	
Lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida (%) (2012)	43.8
Cobertura de la vacuna DTP3 (difteria, tétanos y tos ferina) en niños de 1 año (%) (2016)	83
<b>Datos demográficos y socioeconómicos</b>	
Esperanza de vida al nacer (años) (2016)	73.7 (Hombres) 79.1 (Mujeres) 76.4 (Ambos sexos)
Población total (en miles de habitantes) (2015)	16.625
Porcentaje de la población menor de 15 años (2016)	28
Porcentaje de la población mayor de 60 años (2016)	7
Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de US\$ 1,90 por día (PPA) (% de la población) (2015)	4.8
Tasa de alfabetización de la población adulta (15 años o más) (%) (2007-2012)	92
Posición en el Índice de Desarrollo relativo al Género (2014)	83
Posición en el Índice de Desarrollo Humano (2015)	89
<b>Sistemas de salud</b>	
Gasto sanitario total como porcentaje del PIB (2015)	9.0
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto sanitario total (2015)	50
Gasto público general en salud como porcentaje del gasto público total (2015)	11
Número de médicos por cada 1000 habitantes (2014)	2.04
Número de enfermeras y matronas por cada 1000 habitantes (2014)	1.01
<b>Mortalidad y estimaciones sanitarias mundiales</b>	
Tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos (2016)	11.2 [6.6-19.1]
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años) por cada 1000 nacidos vivos (2016)	20.9 [12.8-34.8]
Razón de mortalidad materna (por cada 100 000 nacidos vivos) (2015)	44.6
Partos atendidos por personal sanitario competente (%) (2015)	94.3
<b>Salud pública y medio ambiente</b>	
Población utilizando servicios de saneamiento gestionado de forma segura (%) (2015)	84 (total) 87 (Urbana) 81 (Rural)
Población utilizando servicio de suministro de agua potable gestionado de forma segura (%) (2015)	84.5 (total) 93 (Urbana) 76 (Rural)

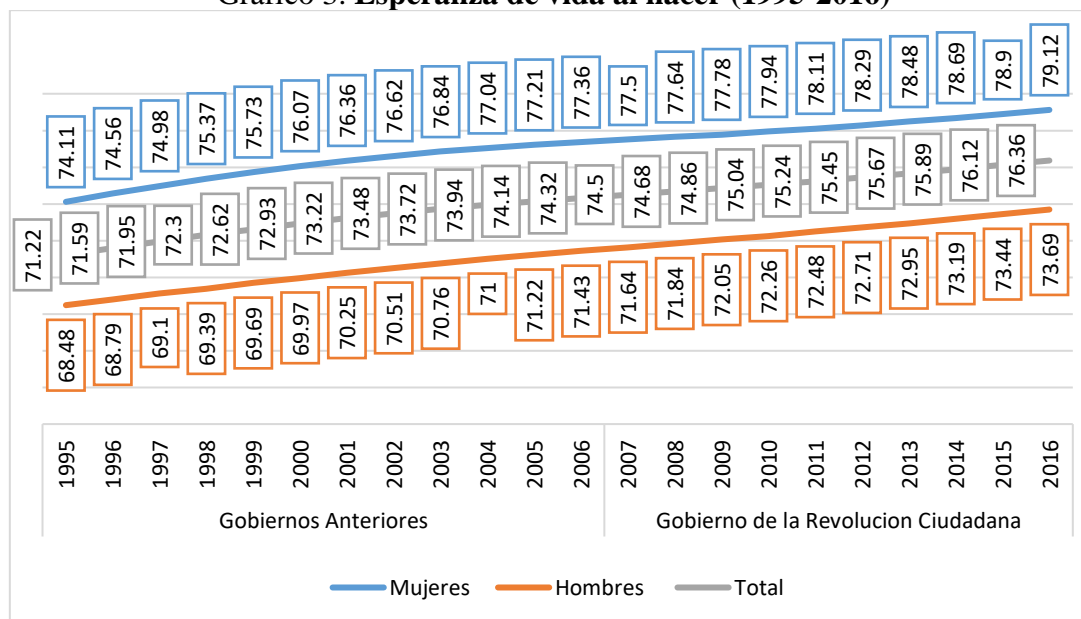
Fuente: OPS (2017), 1.

El primer indicador frecuente de las condiciones generales de salud de la población es la esperanza de vida al nacer (ver gráfico 3).

### 1.1. Esperanza de vida al nacer

En el período analizado (2007-2017), la esperanza de vida aumentó dos años: pasó de 74 a 76 años. El conjunto de condiciones de vida de la población influye en el aumento de la esperanza de vida, no solo la inversión puntual en infraestructura de salud que se realice en un período de tiempo determinado. Si comparamos la mejora de este indicador entre 1996 y 2006, es decir, durante el período de desinversión en salud, de crisis económica en el cambio de siglo, de retiro del Estado, vemos que hubo una mejora de tres años, es decir, más que durante la Revolución Ciudadana. Esto tiene que ver con el hecho de que es más difícil lograr aumentos más rápidos a partir de ciertas edades avanzadas. A futuro, el aumento de la población de la tercera edad supone un reto para la política pública en cuanto a la generación de planes y programas acordes con las necesidades médicas y de vida de una población más longeva. Es importante señalar que la esperanza de vida es un indicador que va en aumento año tras año. A medida que la medicina avanza y las personas mejoran sus condiciones de vida, este indicador también mejora. En suma, este es un indicador sensible al mejoramiento en conjunto de las condiciones de vida de la población, y no solo producto de una política específica de salud en concreto.

Gráfico 3. Esperanza de vida al nacer (1995-2016)

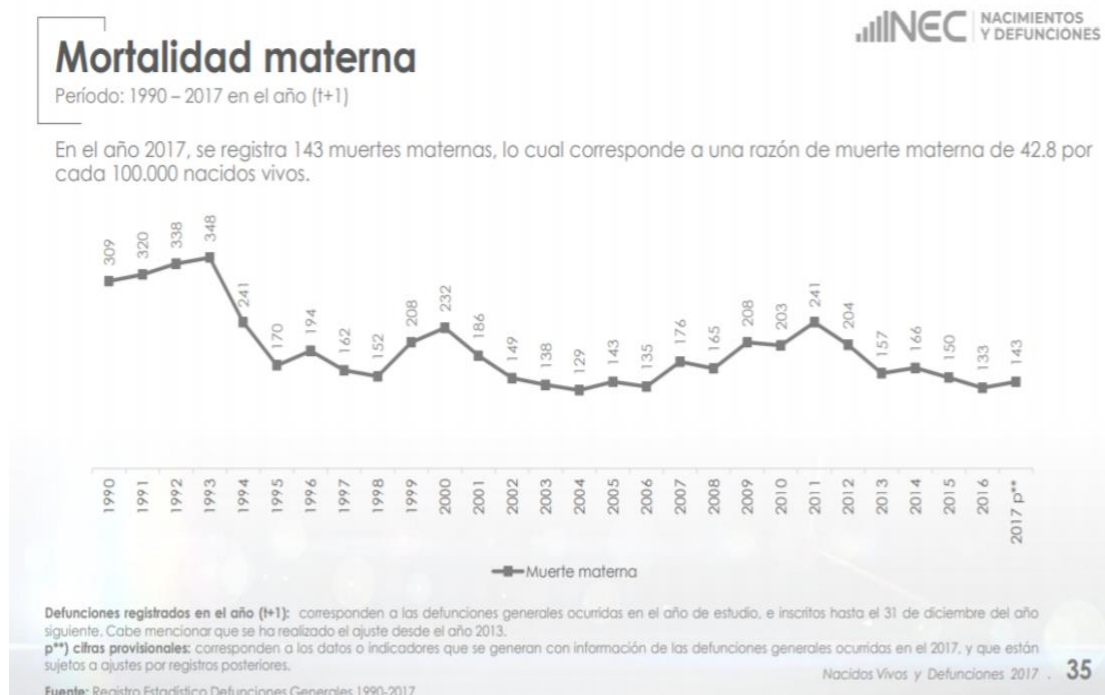


Fuente: Pan American Health Organization.  
Elaboración propia.

## 1.2. Mortalidad materna

Otro indicador general que sirve para evaluar las condiciones generales de salud de una población es la tasa de mortalidad materna. Este indicador se sitúa, en 2017, en 42,8 por cada 100 000 nacidos vivos. Sigue siendo relativamente alta si se compara al Ecuador con otros países del continente americano, en donde este índice es menor. Por ejemplo, de acuerdo con información presentada por la OPS, en Canadá la tasa de mortalidad materna se sitúa en 11 por cada 100 000 nacidos vivos, en Uruguay 14, Chile 22, Estados Unidos 28 y Bahamas 37. Tal como ocurrió con la esperanza de vida, la mortalidad materna durante el mandato de Rafael Correa mejoró menos que durante la década anterior, es decir, durante los gobiernos neoliberales de los años de 1990 e inicios de los 2000.

Gráfico 4. Mortalidad materna (1990-2017)



Fuente: INEC (2017), Estadísticas vitales.

Si se analiza este indicador por provincias, es evidente que la desigualdad entre zonas urbanas y rurales no ha disminuido, tampoco se ha logrado aumentar el acceso a servicios de salud para mujeres indígenas o quienes viven en zonas de frontera. Por ejemplo, de acuerdo con información del INEC en 2017, la tasa de mortalidad materna más alta se presenta en la provincia de Pastaza, con 111,28 muertes por cada 100 000



nacidos vivos. La mortalidad materna guarda relación con la falta de control médico adecuado durante el embarazo y el limitado acceso a servicios de salud para la atención del parto y posterior control de la salud de la madre. Este indicador apenas logra recuperarse y mantenerse en los niveles de 2005.

La mortalidad materna es un indicador relacionado de manera directa con factores económicos, sociales y culturales que incrementan las posibilidades que tiene una mujer de morir durante su embarazo. Guarda estrecha correspondencia también con la falta de oportunidades y es el reflejo de grandes inequidades sociales.

Por ejemplo, la mortalidad materna es mayor en la Amazonía, que cuenta con poblaciones más dispersas, aisladas y económicamente deprimidas, y en Esmeraldas, donde confluyen otros factores como la escasez de servicios para las complicaciones, la existencia de zonas fronterizas que suelen sufrir la presencia de mayores brechas en términos de cobertura y/o calidad de los servicios de salud que otras regiones del país, o posibles patrones culturales que aumentan las barreras para el uso de los servicios de salud. También existe una correlación positiva entre mortalidad materna y porcentaje de la población indígena por provincia, es decir, en provincias donde reside un mayor porcentaje de población indígena también la razón de mortalidad materna es mayor (Jané, Johannsen y Villacrés 2018, 329).

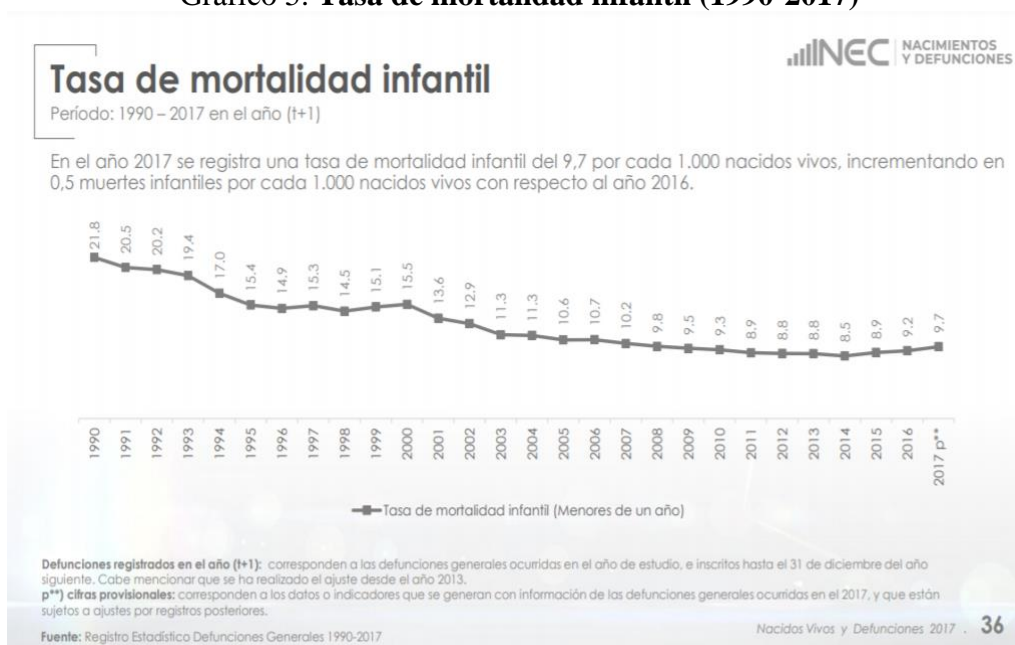
Las inequidades en el acceso a mejores servicios por condiciones étnicas, económicas o geográficas es una de las deudas pendientes del proceso de transformación e inversión durante el período analizado. El hecho de ser mujer, indígena y vivir en el campo son elementos que definitivamente impactan en el acceso a atención sanitaria oportuna. La persistencia de la tasa de mortalidad materna y de las desigualdades sociales y geográficas mencionadas, sugiere que, durante la Revolución Ciudadana, las políticas y servicios específicos para atender el embarazo y el parto no funcionaron adecuadamente.

En efecto, de acuerdo con el *Anuario de nacimientos y defunciones del año 2014*, las principales causas de mortalidad materna son: hemorragia posparto (16,27 %), eclampsia (10,84 %), hipertensión gestacional (7,23 %), embarazo ectópico (6,02 %), aborto no especificado (3,61 %), embolia obstétrica (3,61 %), aborto espontáneo (3,01 %), otro trauma obstétrico (3,01%), otras complicaciones del trabajo de parto (3,01%) y desprendimiento prematuro de la placenta (2,41 %). Las tres primeras causas están directamente relacionadas con la falta de atención durante el embarazo y los abortos.

### 1.3. Mortalidad infantil

Un tercer indicador general de las condiciones de salud de la población es la tasa de mortalidad infantil. En 2017 se registra una tasa de mortalidad infantil del 9,7 por cada 1000 nacidos vivos, es decir, un incremento de 0,5 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos con respecto a 2016. Nuevamente, tal como el indicador de la mortalidad materna o la esperanza de vida al nacer, el ritmo de disminución fue mayor en la década anterior a Rafael Correa que durante los años del Gobierno de la Revolución Ciudadana. La mortalidad infantil durante esa década apenas ha disminuido un punto.

Gráfico 5. Tasa de mortalidad infantil (1990-2017)



Fuente: INEC (2017), Estadísticas vitales.

En el caso de este indicador, los aspectos que se debe considerar y trabajar para disminuir la incidencia de muertes en los niños se relacionan con temas como la vacunación, la alimentación adecuada, el acceso a complementos vitamínicos, el tratamiento en casos de infecciones respiratorias y diarreicas, los cuidados en el hogar y la prevención de accidentes. Sin lugar a dudas, la educación de la madre y el acceso oportuno a cuidados marcan la diferencia y contribuyen a que los niños sobrevivan en esta etapa delicada y puedan desarrollarse plenamente en el futuro. También está directamente asociado al proceso de desarrollo del primer año del recién nacido, si bien no se pueden dejar de lado situaciones relacionadas con la atención a la madre y los

cuidados del embarazo. En el caso de la mortalidad infantil, el bajo peso del niño al nacer, la alimentación, la ingesta de vitaminas, el cumplimiento del esquema de vacunación, la recurrencia de enfermedades infectocontagiosas, las condiciones de higiene, entre otras, están directamente conectados con los decesos en infantes menores de un año. Un punto importante que se debe considerar para disminuir este indicador es la educación de la madre en el tema de la lactancia y los controles periódicos del recién nacido. Como en el caso de la persistencia de la tasa de mortalidad materna, la persistencia de la mortalidad infantil sugiere que, durante la Revolución Ciudadana, las políticas y servicios específicos para atender el acompañamiento en el hogar a las familias y madres embarazadas y a los recién nacidos no funcionaron adecuadamente.

En efecto, en 2014, las principales causas de mortalidad infantil se resumen así: dificultad respiratoria del recién nacido (414), trastornos relacionados con duración corta de gestación y con bajo peso al nacer (183), neumonía, organismo no especificado (176), sepsis bacteriana del recién nacido (159), otras malformaciones congénitas del corazón (154), asfixia del nacimiento (93), otras malformaciones congénitas (80), neumonía congénita (69), obstrucción no especificada de la respiración (51) y malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos (49). Como veremos luego, la evolución de este indicador sugiere que el impacto del crecimiento en la inversión en salud para evitar muertes infantiles fue prácticamente nulo: las causas de su persistencia solo pueden combatirse en las zonas más pobres con esquemas de atención y acompañamiento de salud y nutrición en los hogares. Este indicador, pues, parece ser más sensible al tipo de inversión en salud que al monto global de dicha inversión.

#### **1.4. Desnutrición**

Un cuarto indicador general sobre las condiciones de salud de la población es la desnutrición infantil. De todos los problemas sanitarios que enfrenta el país, uno de los más serios y graves es la desnutrición. Las consecuencias que tiene este flagelo entre la población más pobre se visualizan a largo plazo, cuando los adultos que sufrieron de desnutrición presentan problemas en el aprendizaje y desarrollo mental debido a las conexiones cerebrales que dejaron de establecerse por efecto de la falta de nutrientes en la etapa del embarazo y la niñez. De acuerdo con cifras del INEC (2018), en Ecuador el índice de desnutrición crónica en niños menores de cinco años apenas disminuyó, entre 2014 y 2018, de 23,9 a 23 %. El impacto de las políticas públicas de salud en este

indicador es nulo. Mientras tanto, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de dos años creció de manera sostenida y pasó del 21 al 27 % entre 2004 y 2018 (ver gráfico 6). Las intervenciones desarrolladas para limitar el impacto de este indicador entre los más pobres no ha sido la correcta. Los factores que causan la desnutrición son de orden sanitario, socioeconómico y cultural. Entre las causas que se deben analizar consta el desigual acceso a los alimentos, la no disponibilidad de servicios de salud, una inadecuada atención pre y posnatal, las deficiencias educativas y costumbres alimenticias inapropiadas.

En Ecuador la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años se sitúa en alrededor del 26 %; es decir, aproximadamente 368 541 niños/as padecen de deficiencia de talla para la edad. A pesar de que esta cifra es elevada, es importante destacar que al interior del país se evidencian porcentajes de desnutrición superiores al promedio nacional. Por ejemplo, las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi presentan cifras de prevalencia de desnutrición crónica de 52,6 %, 47,9 % y 42,6 %, respectivamente; es decir, en estas provincias, aproximadamente, uno de cada dos niños/as menor de cinco años de edad se encuentra desnutrido/a. La visibilización de esta problemática a niveles muy desagregados permite conocer la realidad de los territorios y priorizar las áreas de intervención (EC Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2013, 5).

**Gráfico 6. Tasa de desnutrición crónica en menores de dos años (2004-2018)**



Fuente: INEC (2018).

Muchas de estas condiciones están inminentemente asociadas con la educación de las familias y su poder adquisitivo. Por un lado, la madre que tiene poca educación no será capaz de planificar una dieta balanceada y rica en nutrientes; y por otro, la

pobreza no permitirá a esta madre de familia adquirir los alimentos que se necesitan para asegurar una correcta alimentación. Se desarrolla así un círculo vicioso que solamente puede romperse con políticas integrales de salud que promuevan el acceso a dietas variadas y ricas en nutrientes, de la mano de programas que faciliten el acceso a canastas básicas a un precio razonable. Según Naranjo (2007), la desnutrición no es una problemática sanitaria de fácil solución debido a su complejidad, puesto que se deben contemplar aspectos como lo biológico, lo médico, lo social, lo educativo y lo económico. Sin duda, atender solamente uno de estos aspectos dejaría fuera a otros, que en conjunto mejoran de manera importante las implicaciones que puede tener la desnutrición en el desarrollo de una persona en el presente, pero sobre todo en su futuro.

Estudios sobre la desnutrición demuestran la relación directa entre la desnutrición y la falta de oportunidades para quienes la padecen y sus familias. En el caso de los niños, la desnutrición no permite que el cerebro se desarrolle de manera adecuada, lo que deriva en problemas de aprendizaje, que a largo plazo se traducirá en niveles pobres de educación, así como escasas oportunidades para encontrar un trabajo que no sea uno de baja remuneración. En definitiva, los niños y niñas que sufren de desnutrición seguramente provienen de familias pobres, de escasos niveles educativos y poco poder adquisitivo, lo que se materializa en una dieta pobre, basada en alimentos baratos (generalmente harina y almidón), escasa en proteínas y vitaminas. Estas familias generalmente viven en condiciones de pobreza y hacinamiento, en barrios que no cuentan con servicios básicos adecuados.

En un estudio realizado en 1999, se encontró que la desnutrición crónica, evaluada en términos de déficit de talla de los niños de hasta cinco años, afecta a más del doble de la población que vive en zonas rurales (paradójicamente se trata de las personas que más producen alimentos) frente a la población urbana, y especialmente a los niños indígenas (Naranjo 2007, 66).

La desnutrición crónica de los menores de cinco años afecta irreversiblemente su desarrollo intelectual y psicomotor, así como su sistema inmunológico. Como consecuencia, tanto el desempeño escolar como la productividad laboral se ven comprometidos a futuro.

El Gobierno de Rafael Correa implementó una estrategia para combatir la desnutrición que incluye la coordinación interinstitucional conocida como Estrategia de Reducción Acelerada de Desnutrición Crónica Infantil, ejecutada conjuntamente por el

MSP y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2013), que buscaba incidir en el mejoramiento de las condiciones de vivienda, agua y saneamiento para disminuir la incidencia de la desnutrición en poblaciones vulnerables.

La Estrategia interviene en 9 provincias priorizadas: Santa Elena, Chimborazo, Bolívar, Zamora Chinchipe, Morona Santiago, Manabí, Esmeraldas, Pichincha y Guayas. Entre los principales logros a los que ha contribuido esta estrategia podemos destacar los siguientes:

- 137 404 niñas y niños recién nacidos registrados en 182 unidades operativas en la red del MSP a través del REVIT a octubre 2016.
- 634 689 niñas y niños identificados que han sido registrados en la base de datos SIVAN (Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del MSP), para seguimiento continuo (corte, septiembre 2016).
- 808 566 niños/as han recibido el micronutriente ChisPaz en los últimos 12 meses.
- 1 549 057 estudiantes en Educación General Básica reciben desayuno (jornada matutina), según la Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo ENEMDU, diciembre 2015.

Sin embargo, estas intervenciones realizadas en materia de desnutrición claramente no obtuvieron los resultados esperados: la prevalencia de la desnutrición se mantuvo en menores de cinco años y aumentó en menores de dos años. Nuevamente, la persistencia e incluso el deterioro de este indicador, de tanta importancia para la reproducción de la pobreza y la desigualdad, sugiere que las políticas de atención y seguimiento a la salud en los hogares más pobres, que solo es posible mediante esfuerzos sostenidos de acompañamiento y atención primaria, no funcionaron durante la década de la Revolución Ciudadana.

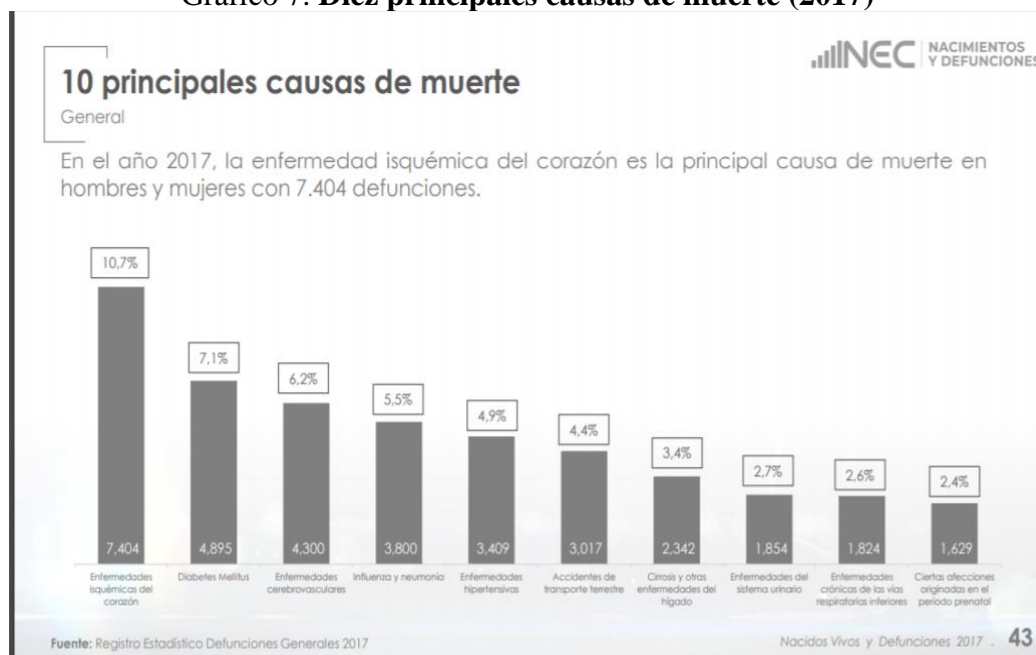
### **1.5. Principales causas de muerte**

Un quinto indicador general de las condiciones de salud de la población es la revisión de las principales causas de muerte. Las diez principales causas de muerte en el país responden a un cambio de perfil demográfico y epidemiológico.

Los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles abarcan el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo y la inactividad física, los hábitos alimenticios inadecuados, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes y otras afecciones, y la mayoría de ellos son modificables mediante acciones costo-efectivas de promoción y prevención (OMS 2010). En Ecuador estos factores representan una fuente de presión creciente para el sector salud. Por ejemplo, la tasa combinada de sobrepeso y obesidad entre adultos es alta (62,8 %), siendo la prevalencia de obesidad superior en el sexo femenino y la de sobrepeso mayor en el masculino (INEC 2012). Para 2014 la

Federación Internacional de Diabetes reportó cerca de 544 000 casos diagnosticados de esta enfermedad en el país en el grupo de entre 20 y 79 años, lo que representa una prevalencia del 5,7 %, cifra superior a la media de América Latina, que es del 3 % (OPS/OMS 2015) (Jané, Johannsen y Villacrés 2018, 329).

Gráfico 7. Diez principales causas de muerte (2017)



Fuente: INEC (2017).

La transición epidemiológica en el país es un rasgo importante que se debe considerar al momento de diseñar e implementar políticas de salud. En el caso de Ecuador, pensar la política desde la prevención y la promoción de la salud ayudará a reducir las muertes por afecciones relacionadas con la mala alimentación, la falta de ejercicio y la prevención del consumo de sustancias nocivas como el alcohol o el tabaco. En este sentido, es importante anotar que desde el Gobierno central se tomaron algunas medidas tendientes a limitar el consumo de bebidas azucaradas, limitar la publicidad de bebidas alcohólicas y cigarrillos, así como promover un consumo informado de productos empacados mediante el etiquetado de alimentos. En el caso de las bebidas azucaradas, los cigarrillos y el alcohol, se busca incrementar su precio para disminuir la demanda y así limitar su consumo. Sin embargo, el cambio de hábitos de consumo es más complejo y requiere de acciones integrales que promuevan la creación de espacios de esparcimiento y dietas saludables para evitar el apareamiento de enfermedades crónicas no transmisibles que representan un alto costo de atención y se han convertido en las primeras causas de muerte en el país.

El conjunto de afecciones más mortales entre la población ecuatoriana demuestra los cambios culturales, de hábitos y económicos que se han producido en los últimos cincuenta años en el país. La modificación de los hábitos de consumo, el sedentarismo y el incremento en el consumo de alimentos procesados explican el aumento de enfermedades como la diabetes. Actualmente esta dolencia se constituye en la primera causa de muerte entre los ecuatorianos. Si bien las enfermedades más recurrentes tienen relación con la rápida urbanización y los hábitos poco saludables entre la población, también es cierto que problemas como la desnutrición infantil continúan presentes entre los sectores más vulnerables, lo que afecta el desarrollo de las futuras generaciones y les resta oportunidades. Este mapa epidemiológico es un híbrido que se explica por las profundas desigualdades sociales que existen en un país tan complejo como el nuestro, en donde persisten desigualdades sociales y económicas muy profundas. Como señala la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública:

No hemos cambiado mucho, tenemos problemas del mundo en desarrollo como la desnutrición y la muerte materna y tenemos problemas del mundo desarrollado como son las enfermedades prevenibles como diabetes, hipertensión, factores de riesgo para infartos agudos de miocardio, accidentes cerebro-vasculares, somos todavía un mix. Epidemiológicamente, yo me mediría así (Morán 2017, entrevista personal).

Los indicadores de salud ratifican que el país enfrenta una problemática de salud compleja en la que conviven enfermedades relacionadas con la falta de servicios básicos (dengue) junto a aquellas que son producto del proceso mismo de las formas de vida urbanizadas (diabetes, hipertensión, cáncer). A esto se suman fenómenos como la desnutrición, que guardan relación con aquellos determinantes de la salud que no permiten hablar de un sistema equitativo y accesible de salud. “Epidemiológicamente hemos cambiado como ha cambiado la región [...] hemos avanzado, pero todavía nos queda mucho por hacer” (Morán 2017, entrevista personal). Este criterio es corroborado por el MSP, quien define el perfil epidemiológico del país en los siguientes términos:

En cuanto al perfil epidemiológico, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental (EC Ministerio de Salud Pública 2013, 23).



Esta breve descripción epidemiológica plantea desafíos importantes a mediano y largo plazo, no solo en materia de salud pública, sino también en cuanto a brindar mayores oportunidades a la población en educación, vivienda, trabajo y desarrollo local, potenciando cambios en los estilos de vida que realmente impacten en la salud colectiva e individual. Mientras las formas de vida no se modifiquen, la inversión en salud seguirá multiplicándose para atender a los enfermos, pero no se logrará revertir procesos de profundas desigualdades que marcan la manera de vivir y morir de grandes segmentos de la población.

Entre 1990 y 2000, en Ecuador, las principales causas de muerte estaban relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio; este hecho no se ha modificado en el tiempo. Si bien las personas ya no mueren por enfermedades como la tuberculosis o las diarreas, han ganado terreno otras como la diabetes.

En un informe del INEC del año 2001, sobre las principales causas de muerte en el Ecuador se señala que entre 1990 y 2000 las afecciones al sistema circulatorio, las enfermedades del aparato respiratorio, los tumores y las enfermedades infecto-parasitarias fueron responsable de más del 60 % de las muertes registradas en ese período. Si comparamos estos indicadores con los del año 2017 vemos que la primera causa de muerte se mantiene inalterada y otras como la diabetes han ganado terreno de manera muy rápida.

Parte de la transición epidemiológica que atraviesa el país tiene relación con los cambios en los estilos de vida de las personas. Muchos de esos cambios están relacionados directamente con el sedentarismo y la mala alimentación, factores que combinados entre sí han dado paso al apareamiento de enfermedades como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el sobrepeso y la hiperlipidemia, que cada año se cobran miles de vidas y generan costos sociales, económicos y familiares difíciles de enfrentar.

La alta incidencia de enfermedades como el cáncer, la diabetes y la hipertensión hacen necesario crear programas integrales de atención para prevenir el apareamiento de estas enfermedades y reducir el impacto entre quienes ya padecen alguna de estas patologías.

A la fecha, la diabetes mellitus, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón son las principales causas de muerte de los ecuatorianos. Las políticas implementadas para controlar este tipo de patologías no han

logrado disminuir su incidencia, que se produce por malos hábitos alimenticios y sedentarismo, dos males producto de los cambios en la alimentación y la falta de tiempo para realizar ejercicio.

### 1.5. Principales causas de morbilidad

Un sexto indicador que permite valorar las condiciones generales de salud de la población es el de las atenciones por morbilidad. Las principales causas de consulta (ver gráfico 8) siguen asociadas a trastornos por patologías como resfriados comunes, infecciones estomacales y problemas relacionados con el embarazo, en el caso de las mujeres. A menudo estas patologías se complican y derivan en neumonía, abortos o infecciones severas. Según información del INEC, las diez principales causas de morbilidad (cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población) guardan relación con complicaciones de tipo viral y bacteriana. A esto se suma, en el caso de los hombres, los accidentes y la violencia, mientras que, en el caso de las mujeres, las consultas más recurrentes tienen relación con abortos no especificados y complicaciones durante el embarazo.

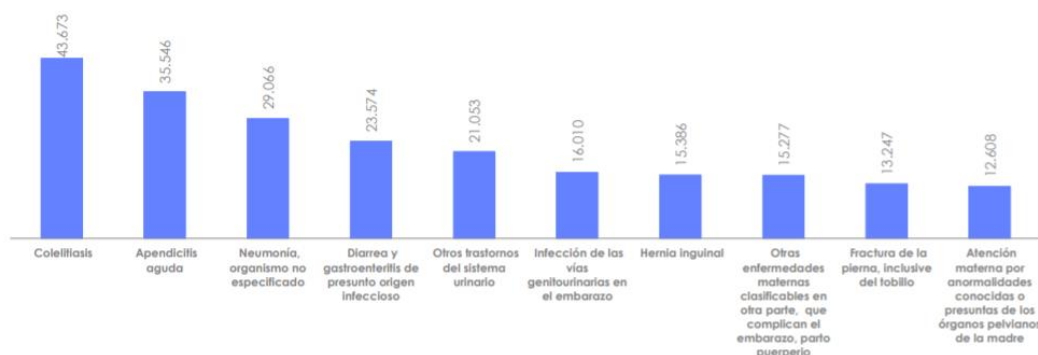
Gráfico 8. Diez principales causas de morbilidad

#### Diez principales causas de morbilidad

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud CIE-10



La Colelitiasis, es la primera causa de morbilidad con **43.673** egresos. La segunda y tercera causa con mayor número de egresos hospitalarios son Apendicitis aguda y Neumonía, organismo no especificado, con **35.546** y **29.066**, respectivamente.



Los causas O80 - O84 referentes a partos, no se encuentran en este ranking, puesto que a pesar de generar un egreso hospitalario, no son consideradas causas de morbilidad.

Fuente: Registro Estadístico Camas y Egresos Hospitalarios 2002 - 2019

Fuente: INEC (2017), Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios.

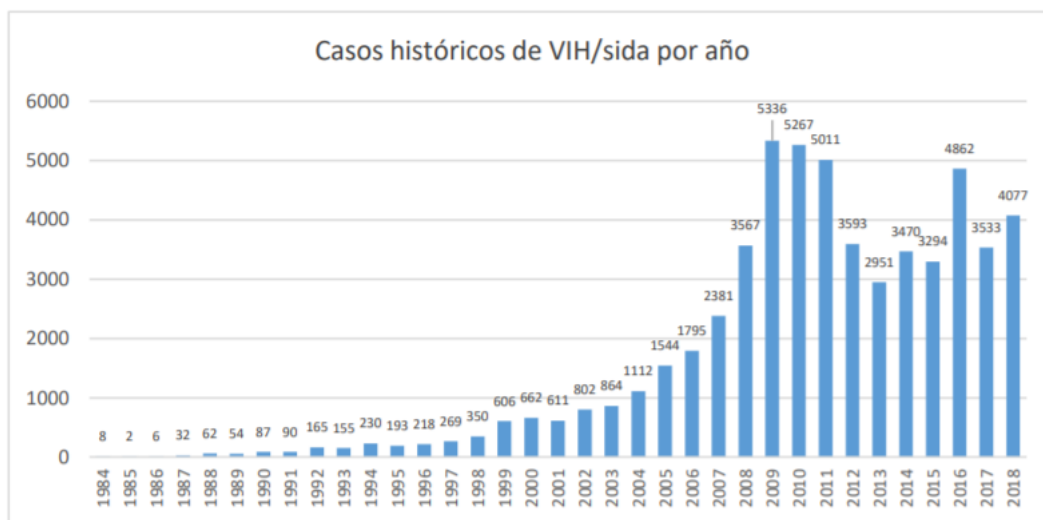
Entre los años de 1990 y 2000, las cuatro principales causas de morbilidad estuvieron relacionadas con problemas del embarazo y parto; posibles problemas con el parto; otros embarazos terminados en abortos; diarrea y gastroenteritis. Al compararlo con las causas de morbilidad, en 2017 se observa que las causas relacionadas con el embarazo disminuyen su frecuencia mientras que aquellas relacionadas con la mala alimentación ganan terreno. Si comparamos los cambios de este tipo de indicadores en el tiempo podríamos afirmar que las complicaciones relacionadas con una mala alimentación son las que demandan atención médica de manera más recurrente, mientras que aquellas relacionadas con complicaciones durante el embarazo han ido disminuyendo.

### **1.7. Infecciones de transmisión sexual y VIH**

La estrategia integral para la prevención de infecciones de transmisión sexual debe ser ampliada y comunicada ampliamente a toda la población, solamente de esta manera se logrará reducir el incremento de infecciones como el VIH. En 2007 el MSP, a través de su Programa Nacional de Prevención y Control del VIH-SIDA y las ETS, presentó el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA PEM-2007-2015, que fue actualizado en 2011.

Este plan tiene como misión responder a la epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador como un problema de desarrollo impulsando una respuesta multisectorial, promoviendo y ejecutando políticas desde nuestro rol como ciudadanos, organizaciones sociales e instituciones públicas. Como visión se planteó que al 2015 en Ecuador se ha disminuido la velocidad de crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA gracias a una respuesta nacional, multisectorial, coordinada y con políticas públicas en ejecución que garantizan, con enfoque de género y derechos humanos, el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral así como a la equidad y la igualdad de oportunidades para las personas viviendo con VIH/SIDA (EC Ministerio de Salud Pública/Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, 2011).

Gráfico 9. Casos históricos de VIH/ SIDA por año



Fuente: Estrategia de VIH - MSP

Fuente: MSP/Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2017).

Actualmente, el país cuenta con una estrategia nacional y multisectorial frente al VIH (2018-2022) que prioriza acciones como: la detección temprana de casos en la población y entre las mujeres embarazadas; el acceso a tratamiento antirretroviral, y seguimiento para los casos positivos (en el caso de mujeres embarazadas y sus hijos). Hasta 2017, según reportes del MSP, 19 545 personas tenían acceso a tratamiento antirretroviral con una inversión superior a los 7 millones de dólares. Es importante indicar que el MSP cuenta con cuarenta Unidades de Atención Integral de VIH y el IESS con tres. Sin duda, son avances importantes para tratar de concienciar a la población sobre un problema de salud pública complejo.

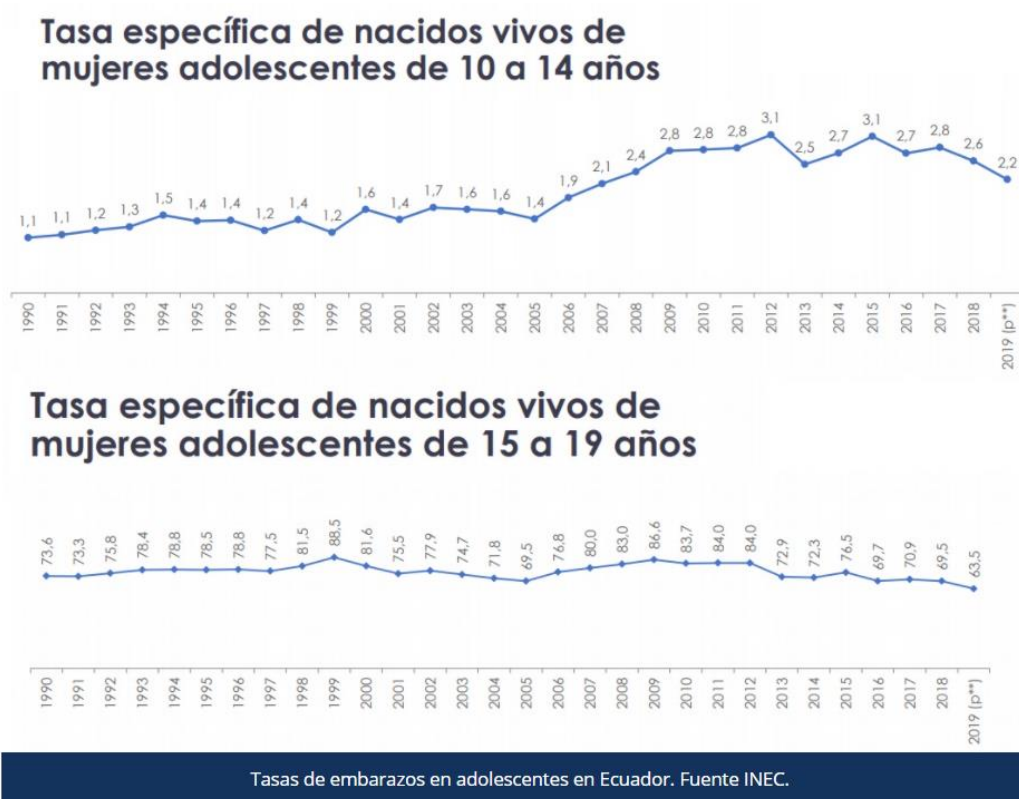
Las cifras del gráfico 9 sugieren que estas políticas, aunque no lograron detener el aumento del número de casos entre 2007 y 2009, sí consiguieron estabilizar el ritmo de contagios: para 2017 el número de contagios detectados se mantuvo igual al de 2008.

### 1.8. Embarazo en adolescentes

Según estudios del SENPLADES:

El embarazo en adolescentes, debido a las graves implicaciones psicológicas y sociales que tiene para la vida de los padres y de los hijos, en el presente y en el futuro, ha concitado la atención de la salud pública, al observar el incremento de casos. Para el año 2003, el 18,4 % del total de partos de nacidos vivos fueron en madres adolescentes entre los 15 y 19 años, proporción que se mantiene en 2008 (EC SENPLADES 2009, 197).

Gráfico 10. Tasas específicas de nacidos vivos de mujeres adolescentes



Fuente: INEC (2019).

La tasa de niñas y adolescentes embarazadas entre los doce y diecinueve años de edad, de acuerdo con el censo de 2010, fue de 107,2 por cada 1000. Esto quiere decir que en el país al menos 122 301 niñas y adolescentes se convirtieron en madres durante ese año. La gran mayoría de las mujeres que se embarazaron antes de cumplir veinte años tienen instrucción secundaria, viven en unión libre y han dejado de estudiar por atender su nueva situación de vida (un 77,9 % de las adolescentes dejan de estudiar frente a un 22,1 % que sigue haciéndolo); quienes trabajan se ocupan principalmente como dependientas en tiendas de comercio o se dedican a las labores domésticas, cerca del 22 % se dedican a estas actividades y un 57,4 % a otras. Esta realidad es preocupante, sobre todo a largo plazo, pues estas mujeres que no logran culminar sus estudios probablemente serán parte de las estadísticas de pobreza, considerando que las posibilidades de un desarrollo profesional adecuado se limitan por el abandono de los estudios de manera temprana para dedicarse a trabajar y sostener a su familia. En muchos de los casos, las chicas se convierten en madres solteras que no cuentan con el

apoyo de sus parejas en la crianza del hijo. La incidencia del embarazo en adolescentes se mantiene alta en zonas rurales, especialmente de la Costa, que presentan altas carencias en cuanto a servicios de salud y escasa presencia de personal médico (EC SENPLADES 2013).

A criterio de activistas como Silvia Buendía (2015), la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) significó un avance en materia de derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, el enfoque de este programa no fue del agrado del presidente Correa y lo cambió por PLAN FAMILIA (2015), que se enfocó en promover la abstinencia y la fidelidad como valores, en lugar de promover una educación sexual oportuna, científica y sin mitos. El PLAN FAMILIA significó un retroceso en el logro de derechos, sobre todo para un segmento de población altamente vulnerable como son los adolescentes. La visión de una sexualidad mitificada se tradujo en un incremento del embarazo entre adolescentes de más del 74 %. De igual forma, la anulación de la Ley de Maternidad Gratuita tiene estrecha relación con el incremento de la morbilidad y la mortalidad maternas.

Otro de los elementos que deben ser analizados en cuanto al acceso al derecho a la salud de las mujeres, niñas y adolescentes es el derecho al aborto, un tema prácticamente vetado en la discusión dentro del sistema de salud y que provoca la muerte de mujeres que no pueden acceder a este derecho de manera libre y oportuna. Esta discusión es especialmente sensible cuando se habla de embarazo en niñas menores de catorce años, hecho que está relacionado con la violencia sexual. “Cuando a una mujer la violan y queda embarazada, negarle la opción a un aborto legal y seguro es una forma de tortura. Ya lo dijo en sus recomendaciones el Comité de la CEDAW” (Buendía 2015, 27).

El aumento de los partos entre niñas de diez y catorce años es preocupante. Si se analizan los datos de la última década se puede ver que la incidencia de embarazos en este segmento poblacional se duplica.

### **1.9. Dengue clásico y hemorrágico (enfermedades por vectores)**

Al igual que la fiebre amarilla, el factor transmisor del dengue clásico y hemorrágico es el mosquito *Aedes aegypti*, responsable de más de 50 millones de casos en el mundo, cada año. A partir de 1988, la gran mayoría de provincias ecuatorianas

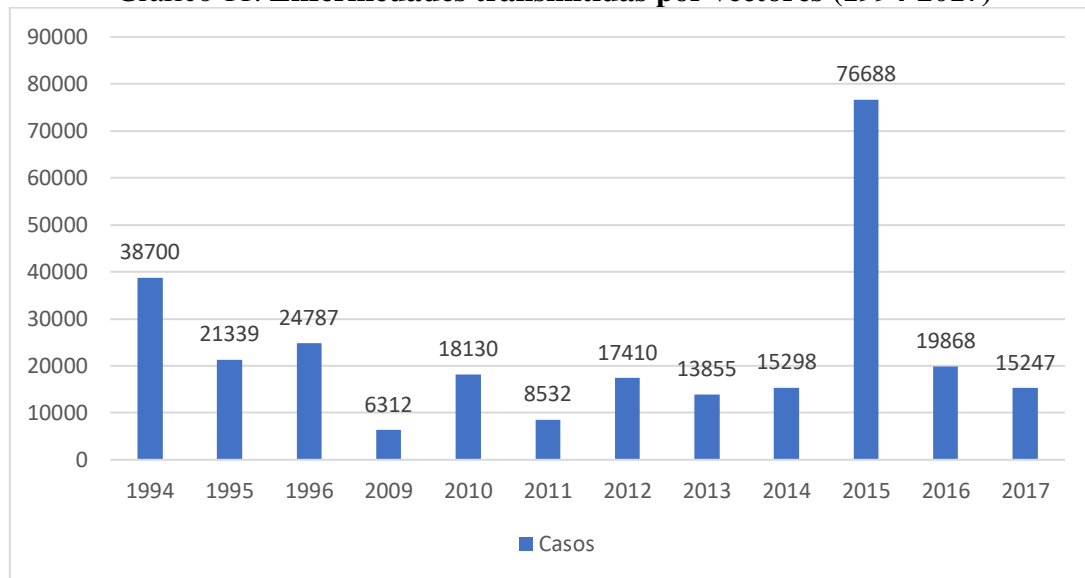
localizadas en la zona tropical y subtropical han registrado personas infectadas de dengue clásico.

En Ecuador, los reportes indican la presencia del vector hasta los 1890 metros de altitud [...]. Por otra parte, en cuanto al comportamiento de la enfermedad, a partir del año 1988 el dengue clásico ha tendido a aumentar, al igual que el dengue hemorrágico y, a partir del año 2001, las muertes provocadas por esta enfermedad también han aumentado (Vélez 2007, 117).

En 2012 se registraron un total de 7751 casos de dengue clásico, la mayoría en las provincias de Guayas y Manabí. En 2013 el número de casos creció a 13 630. El aumento de los casos registrados de dengue clásico se debe, especialmente, a las condiciones sanitarias deficitarias en las que viven miles de familias en amplias zonas de la Costa ecuatoriana, a lo que se agrega la proliferación de lugares en los que se empoza el agua y crecen los mosquitos y la limitada atención sanitaria de las personas que llegan a contraer la enfermedad. Las acciones de control son ejecutadas por el Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos (SNEM), que trabaja en el control del dengue, chikungunya, Chagas, oncocercosis y leishmaniasis, enfermedades que aún no han logrado ser erradicadas del país. Actualmente, el trabajo de la Dirección Técnica del SNEM se basa en charlas a las comunidades y fumigación domiciliaria para impedir la proliferación de criaderos de mosquitos y el incremento de casos de enfermedades transmitidas por vectores. Hasta el 23 de octubre de 2018 no se han reportado fallecidos por dengue. En Manabí se registraron 793 casos, 475 en Guayas, 279 en El Oro, 191 en Morona Santiago, 173 en Esmeraldas y 165 en la provincia de Los Ríos. Desde 2015 la chikungunya ingresó al territorio ecuatoriano, y hasta 2017 se reportaron 33 619 casos. En 2018 únicamente se presentaron 8 casos.

En 2016 hubo un repunte importante de casos de dengue; además, empezaron a reportarse casos de chikungunya y zika.

Gráfico 11. Enfermedades transmitidas por vectores (1994-2017)



Fuente: Ministerio de Salud Pública (2019).  
Elaboración propia.

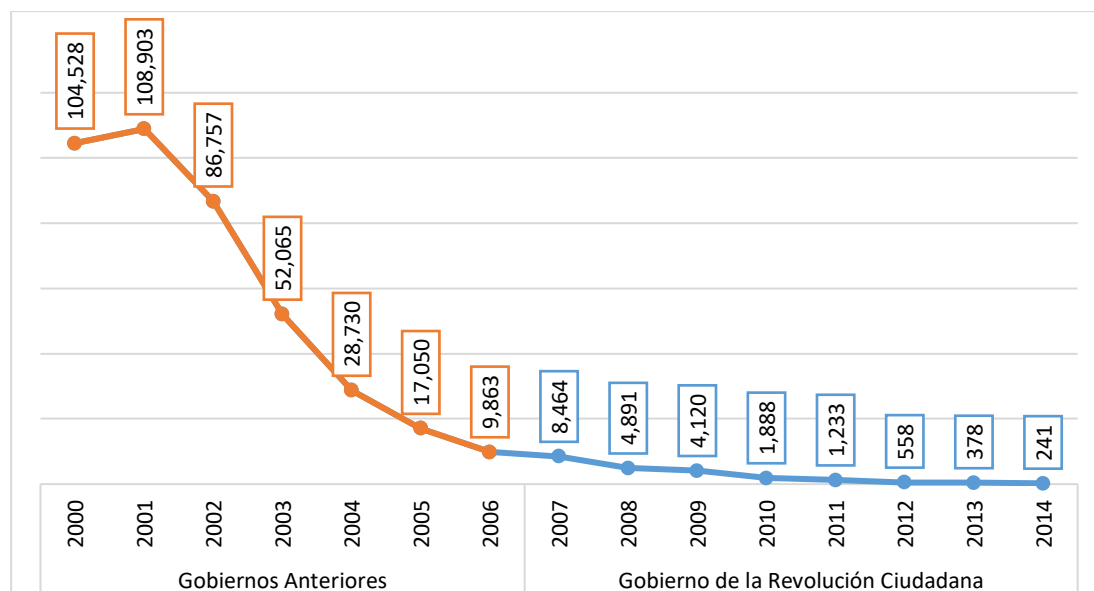
En 2015 se produjo un brote importante de fiebre chikungunya, lo que disparó el número de enfermedades producidas por vectores. Solo en ese año se reportaron 33 464 casos de esta enfermedad. Otro padecimiento que demanda un mayor control y seguimiento es la enfermedad de Chagas, presente en varias zonas del litoral, la Amazonía y en la provincia de Loja. Actualmente, los recursos financieros que existían para dar seguimiento y controlar la propagación de esta enfermedad han sido mermados y los técnicos desplazados de sus funciones (Aguilar et al. 2018). Las políticas de intervención para disminuir estas enfermedades no han podido controlar los casos, apenas se logran leves mejoras que al cabo de algunos años prácticamente desaparecen.

Las cifras del gráfico 11 sugieren que durante el Gobierno de la Revolución Ciudadana no se logró reducir la incidencia de este tipo de enfermedades, que, nuevamente, están vinculadas con un tipo de intervención en salud que no puede centrarse en la atención médica en hospitales y centros de salud, sino que debe atender las condiciones de vida en los hogares y poblaciones tropicales.



## 1.10. La malaria

Gráfico 12. Casos de malaria reportados a nivel nacional (2000-2014)



Fuente: ONU.  
Elaboración propia.

En Ecuador, los casos de malaria reportados se han reducido notablemente, aunque es una disminución que viene progresando ininterrumpidamente desde años anteriores a la Revolución Ciudadana. No obstante, durante la década de 2007 a 2017, el progreso contra esta enfermedad continuó hasta un punto en que parece casi a punto de ser erradicada. En 2000 se reportaron 104 528 casos dentro del país. Sin embargo, de 2000 a 2008, los casos de malaria se han reducido en un 95,35 %, y desde 2007 a 2014 en un 94 %, gracias a las políticas de prevención y control, especialmente en las fronteras con Perú y Colombia, ya que la mayor contaminación de estos virus se da a través de personas que vienen contagiadas de dichos países. En el Gobierno de Rafael Correa las instituciones de salud trabajaron constantemente con campañas de prevención y erradicación del virus, y la OMS lo consideró, junto con otros países de Latinoamérica, como candidato a cumplir la meta de erradicación del virus hasta el 2020. Sin embargo, el éxito en el control de esta enfermedad es anterior al gobierno analizado.

El 60 % de los habitantes del país está en riesgo de contraer malaria, especialmente aquellos que habitan en zonas tropicales, subtropicales y templadas del

territorio nacional. En la mayoría de los casos esta enfermedad afecta a hombres jóvenes y es recurrente en la Costa, después de la estación lluviosa, y la Amazonía es más bien permanente. Esta enfermedad no ha logrado ser controlada, a pesar de los recursos que se invierten año a año en educación de la población y fumigación de lugares en donde se acumula el agua y proliferan los zancudos. “Durante el año 2004 se registraron 28 698 casos de malaria, de los cuales 6005 fueron por *Plasmodium falciparum* y 22 693 por *Plasmodium vivax* [...]. En 2005 el mayor porcentaje de casos se registraron en Esmeraldas” (EC Ministerio de Salud Pública 2018).

Durante el período de bonanza petrolera se implementaron acciones encaminadas a disminuir los factores asociados a la reproducción de focos infecciosos; la fumigación y entrega de DDT en los domicilios formaron parte esencial de la estrategia. Durante la crisis de la deuda en los años de 1980, los esfuerzos de erradicación de la malaria se vieron reducidos, especialmente por el recorte en el presupuesto. En 1983-1984, después de un período invernal especialmente duro y destructivo, se registró un incremento en los casos de malaria. En 1984 se llegaron a contabilizar 78 000 casos.

A medida que pasaron los años, y gracias a la cooperación internacional, se desarrollaron nuevas estrategias para combatir y frenar la proliferación de la malaria. En 1994, “La USAID apoyó financieramente al Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) para fortalecer el control antimalárico y antiaedes, siguiendo el mismo esquema de control anterior centrado en el rociamiento intradomiciliario con insecticidas residuales y el tratamiento de casos” (Aguilar 2007, 105). Este primer esfuerzo internacional fue la base para implementar una estrategia general para el control de la malaria y se basó en la formación de promotores locales para ayudar en sus comunidades a controlar los sitios de crecimiento de los vectores, así como a administrar tratamientos preventivos. Lastimosamente, este esfuerzo perdió fuerza cuando llegó el recorte de gasto en el área de salud, de tal suerte que muchos técnicos y voluntarios que se capacitaron tuvieron que abandonar el programa.

Al respecto, Aguilar dice que:

Desde el año 1998, Ecuador se adhirió a la iniciativa “Hacer retroceder la malaria” [...] esta estrategia se basa en cuatro principios técnicos: 1. diagnóstico temprano y tratamiento inmediato; 2. aplicación de medidas de protección y prevención para el individuo, la familia y la comunidad, incluida la lucha antivectorial; 3. desarrollo de la capacidad para predecir y contener epidemias; 4. fortalecimiento de la capacidad local

en investigación básica y aplicada para permitir y promover la evaluación regular de la situación de la malaria en los distintos niveles, considerando los factores ecológicos, sociales y económicos determinantes de la enfermedad (106).

La incorporación de este tipo de acciones, encaminadas a mejorar el entendimiento y control de las epidemias, permitió un manejo más adecuado de nuevos brotes. Sin embargo, por las características geográficas que tiene el territorio nacional, unido a los azotes que trae consigo la temporada invernal, la proliferación de criaderos de mosquitos ha dejado particularmente vulnerables a las poblaciones más pobres.

De acuerdo con la información proporcionada por Aguilar (2007), el fenómeno El Niño ha influido de manera notable en el apareamiento y aumento de los casos de malaria, debido a que bajo condiciones extremas de lluvia y humedad es más factible que proliferen los criaderos de mosquitos y se favorezca la transmisión de la enfermedad.

En 2007 se registraron un total de 7306 infectados por *plasmodium vivax* (PV) y 1158 por *plasmodium falciparum* (PF). Es importante señalar que durante 2001, 2002 y 2003 se registró un incremento importante de personas que contrajeron malaria (170 562 PV; 106 573 PF). Finalmente, en el reporte de 2011 se reportaron 928 casos por PV y 290 por PF, lo que demuestra que se ha realizado un esfuerzo importante en la prevención, pero sobre todo en el mejoramiento de las condiciones sanitarias para impedir nuevos brotes. En definitiva, el dato más actualizado, correspondiente al año 2013, indica que en Ecuador se reportaron 378 casos de malaria, mientras que en la vecina Colombia el número fue de 51 722.

Los avances en el control de la malaria han sido posibles gracias a iniciativas internacionales que permiten apuntalar y mejorar procesos propios; sin embargo, mucho del camino recorrido ha perdido fuerza en la medida en que las situaciones políticas o económicas inciden en la organización del personal y la logística, para frenar la proliferación de una enfermedad asociada a la falta de condiciones sanitarias y educativas dentro de la población. A criterio de Aguilar, experto en el tema, el control de la malaria ha mejorado sustancialmente gracias a los esfuerzos de investigación desplegados por ecuatorianos; sin embargo, se hubieran conseguido mejores resultados con un trabajo conjunto mejor coordinado entre las instituciones involucradas. El éxito en el caso de iniciativas de control para enfermedades como el VIH y la malaria son producto de la inversión internacional.

En resumen, el panorama de la salud en el Ecuador ha mejorado en estos diez años de estudio, pero no ha cambiado sustancialmente en comparación con años anteriores. Flagelos como la desnutrición infantil siguen golpeando a los sectores más vulnerables. A este fenómeno se suman el crecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles de manera acelerada, al igual que el cáncer. Las políticas integrales de prevención deben evaluarse a profundidad y mejorar las intervenciones para mitigar el impacto de este tipo de enfermedades en el conjunto de la sociedad. Los decepcionantes resultados mostrados en áreas como la disminución de la desnutrición, la reducción de la mortalidad materna o la prevención del embarazo en niñas y adolescentes nos muestran los límites de las políticas implementadas y la poca efectividad de las acciones desarrolladas para eliminar, o al menos disminuir, la incidencia de estos fenómenos. Más adelante relacionamos estos hallazgos con la evaluación de la política de salud y el fortalecimiento de las capacidades estatales durante la Revolución Ciudadana.

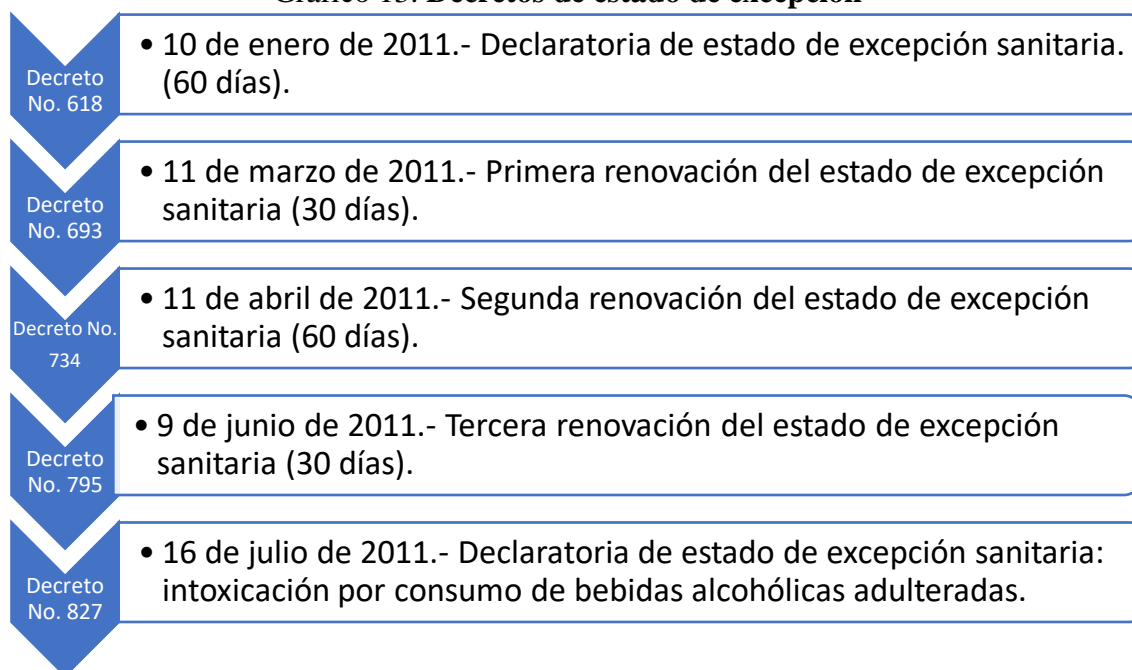
## **2. Aumento de la inversión y ampliación de la cobertura**

Entre 2007 y 2017 la cifra total de inversión destinada al mejoramiento de infraestructura, remodelación de establecimientos, compra de equipos de alta tecnología y equipamiento hospitalario ascendió a 6920 millones de dólares, destinados directamente a la ampliación de la cobertura y mayores servicios (EC SENPLADES 2017). Mucha de esta inversión se destinó a la contratación de profesionales médicos, odontólogos, enfermeras y psicólogos, con el objetivo de cubrir la demanda del servicio público de salud y poner a funcionar de manera efectiva la Atención Primaria de Salud (APS). Con una mayor inversión en salud, la atención se incrementó, pues pasó de un 5 a un 13 % de población atendida en la red pública. Las consultas que antes se realizaban directamente en la farmacia o en consultorios privados disminuyeron. “En el año 2017, los establecimientos del sector público realizaron 66,8 millones de consultas de morbilidad, esto representa el 86,20 %, mientras que el privado (con y sin fines de lucro) participó con el 13,80 % (EC INEC/Registro Estadístico de Actividades y Recursos de Salud 2017). Sin embargo, el gasto de bolsillo no disminuyó y la transferencia de recursos del sector público al privado debilitó el sistema.

Desde el inicio del Gobierno de Rafael Correa se desembolsaron recursos para atender la emergencia en salud. En el marco del Decreto Ejecutivo n.º 618 del 10 de enero de 2011, se anunció el Estado de Excepción Sanitaria y se dispuso la entrega de

recursos extraordinarios para intervenir en infraestructura y equipamiento; intervención administrativa y organizacional; intervención en aspectos técnico-sanitarios; adquisición de insumos y medicamentos; y procesos de respaldo a la gestión. En total se entregaron 103 766 598 dólares a hospitales localizados en Quito, Guayaquil, Portoviejo, Esmeraldas, Guaranda, Tena, Puyo y Machala.

Gráfico 13. **Decretos de estado de excepción**



Fuente: Flores y Castillo (2012, 13).

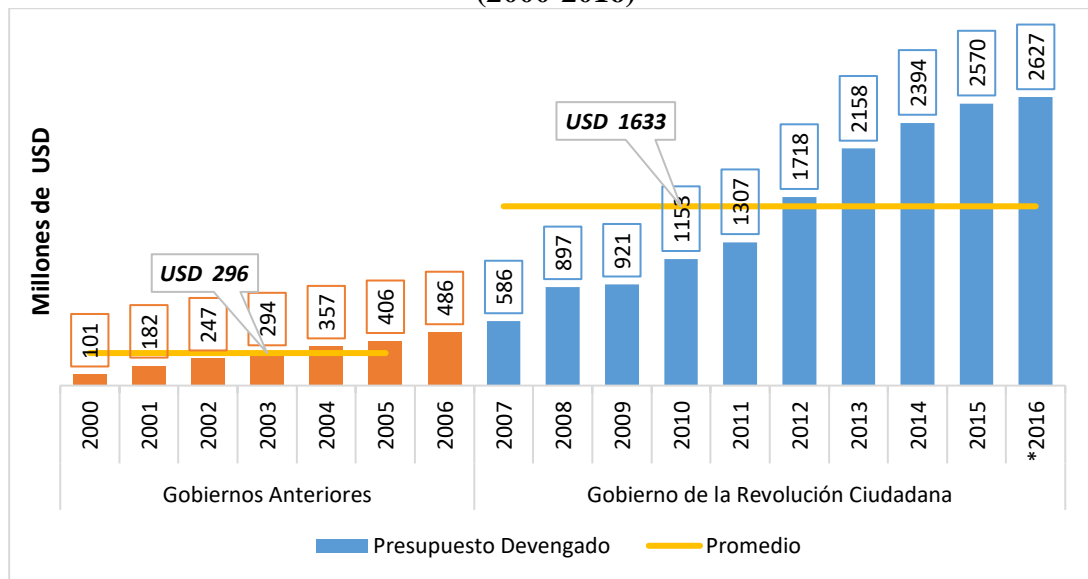
Los recursos asignados a esta primera emergencia sanitaria se destinaron a equipamiento, compra de insumos, mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, compra de recursos informáticos, adquisición de servicios, contratación de personal y medicamentos. Los ingentes recursos invertidos en mejorar la salud hicieron que más personas acudan a los servicios públicos y se incremente la demanda. Para hacer frente a esta situación se procuró transformar el rol del MSP. La primera etapa de intervención tuvo como objetivo ampliar la cobertura y disminuir el gasto que representaba acceder a atención médica para miles de familias. A la par se inició el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención mediante la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y la constitución de los Equipos Básicos de Atención Sanitaria (EBAS).

Al hacer una comparativa con años y gobiernos anteriores, el gasto en inversión social y salud creció de manera considerable; sin embargo, esto no ha sido suficiente para revertir la situación de exclusión del sistema de muchos usuarios, quienes ya sea por la falta de cobertura de los servicios, las limitaciones geográficas o las barreras culturales, aún no han podido hacer efectivo su derecho a una salud digna.

El Gobierno ecuatoriano para 2016 aportó tan solo con aproximadamente el 51 % del financiamiento de la salud en el país, cifra que indica que todavía un amplio margen es sustentado por los hogares. Adicionalmente comparado con los países latinoamericanos, queda por debajo de la mayoría de aquellos en su participación (Lucio et al. 2019, 96).

Si bien la inversión en salud creció de manera sostenida durante los años analizados, no fue suficiente ni determinante para disminuir los recursos económicos que aún realizan las familias ecuatorianas para solventar los gastos médicos.

**Gráfico 14. Presupuesto devengado en salud a nivel nacional en millones de dólares (2000-2016)**

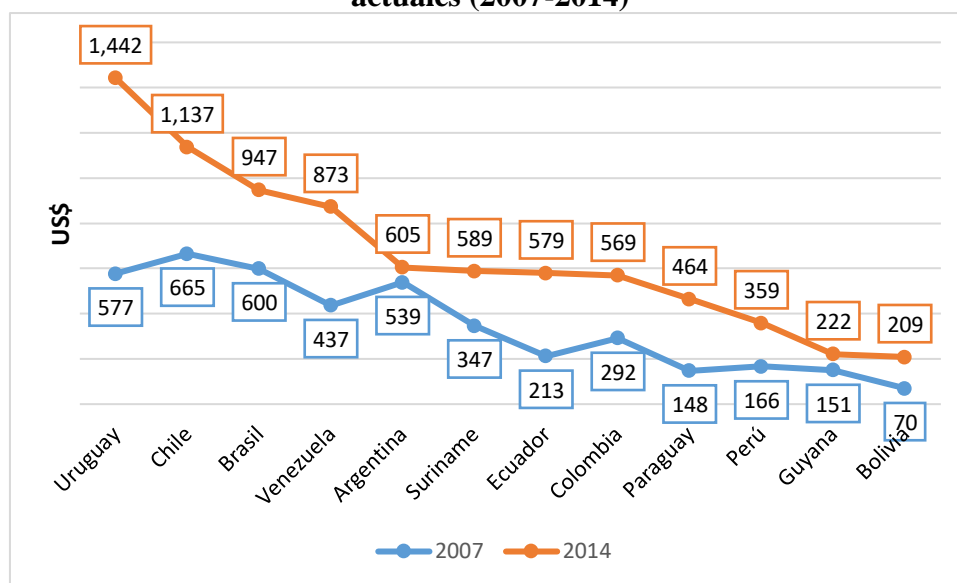


Fuente: INEC (corresponde a presupuesto codificado en marzo).  
Elaboración propia.

El presupuesto que el Gobierno de Rafael Correa destinó al sector salud en el período de estudio creció de manera sostenida. Entre 2007 y 2017 el presupuesto aumentó en 2041 millones de dólares. El presupuesto en salud en promedio fue de 1633

millones de dólares corrientes, esto es 5,5 veces mayor al promedio del presupuesto de los gobiernos anteriores, que fue de 296 millones de dólares.

Gráfico 15. Gasto en salud per cápita público y privado, en dólares, a precios actuales (2007-2014)

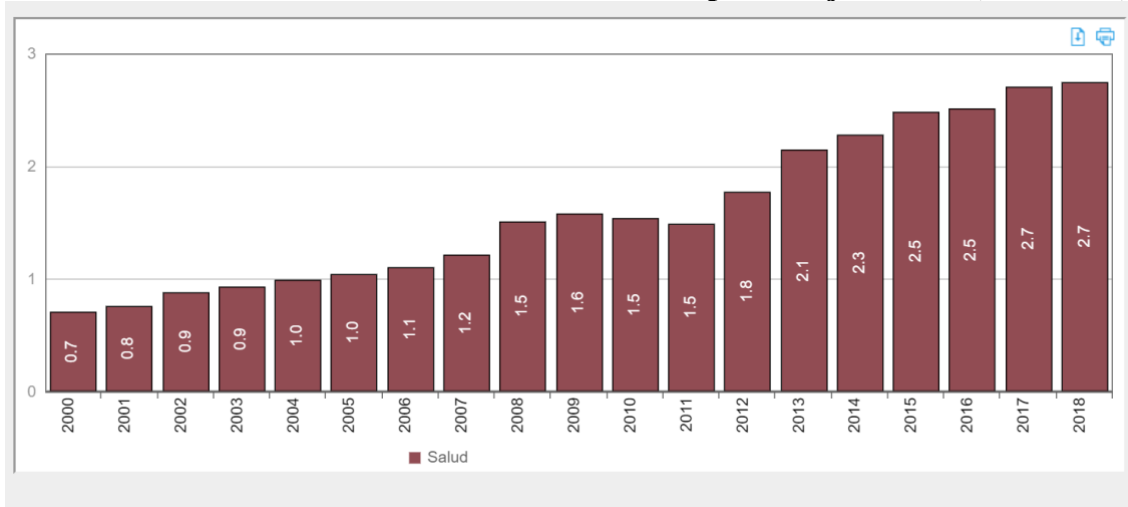


Fuente: Banco Mundial (2014).  
Elaboración propia.

En 2007, según informes del Banco Mundial, el gasto en salud per cápita para Ecuador fue de 213 dólares. Con esto, se ubicaba en el octavo puesto de los países de Sudamérica que más gastan en salud por persona. Sin embargo, siete años después subió un escalón, ubicándose en séptima posición, ligeramente por encima de Colombia, con 579 dólares por persona. Ecuador, para 2015, se mostró como uno de los países de Sudamérica que más aumentó su gasto per cápita desde 2007. Sin embargo, es importante señalar que el gasto per cápita incluye tanto el gasto público como el privado (el de las familias), y es indudable que ese gasto doméstico, de las propias familias, no ha disminuido; al contrario, ha aumentado sistemáticamente.

Con el gasto público en salud (ver gráfico 15) se produjo durante la Revolución Ciudadana una duplicación del gasto como porcentaje del PIB: pasó del 1,2 al 2,7 %. La mejora es notable. Sin embargo, está lejos todavía de la obligación constitucional y de los compromisos gubernamentales con los objetivos del milenio de Naciones Unidas, de llegar al 4 % del PIB.

Gráfico 16. Gasto en salud del Gobierno central en porcentaje del PIB (2000-2018)



Fuente: CEPAL (2018).

Parte de la inversión que se realizó durante este período en salud se destinó al mejoramiento y construcción de infraestructura, equipamiento médico y contratación de personal. Con respecto al equipamiento de unidades de salud y mejoramiento de infraestructura, en 2018 se registraron 4165 establecimientos de salud en todo el territorio ecuatoriano, de los cuales 62 cuentan con internación y 3539 sin internación.

La promesa de Alianza PAIS en el gobierno fue transformar la salud y revertir la tendencia de décadas de desinversión en este sector. Con el objetivo de transformar radicalmente el sistema y lograr avances en la ampliación de la cobertura y mejora en el servicio, se empezó un plan agresivo de inversión que bordeó los 16 000 millones de dólares invertidos en infraestructura sanitaria. En palabras de Falconí y Muñoz (2012), la denominada Revolución Ciudadana ha consolidado al Estado ecuatoriano como garante de derechos sociales, mediante una importante inversión pública en hospitales, escuelas y una red vial.

Los gastos de salud aumentan más discretamente (de 520 millones de dólares o 1,2 % del PIB en 2006 a 1308 millones o 1,95 % en 2011). Entre los hitos más importantes de este sector está la mayor coordinación entre instituciones bajo las órdenes del Ministerio de Salud Pública, la creación de una Red Pública Integral de Salud formada por establecimientos estatales y de la seguridad social con el fin de garantizar el acceso universal y gratuito a los sistemas de salud pública o el Programa de Cobertura de Enfermedades Catastróficas, ejecutado mediante la Red de Protección Solidaria integrada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Salud Pública (Lucio, Villacrés y Henríquez 2011, 181).



La declaración de la gratuidad de servicios como la salud buscaba eliminar la desigualdad histórica mediante la intervención estatal en la provisión de los servicios, como lo señalan Maldonado, Arteaga y Cuvi (s. f.):

Cuando en la Asamblea Constituyente de 2008 se aprobó la gratuidad de la salud como uno de los derechos fundamentales de la nueva Constitución, se supuso que el Ecuador había dado un gran salto en términos de política social. Al margen de la real posibilidad de ejecutar esa disposición en un país sin posibilidades de pleno empleo, sin un sistema de tributación adecuado y sujeto a una dinámica capitalista dependiente, la medida sí implicaba un compromiso trascendental con una visión democrática de la política. La vieja idea de compensar por vía de la intervención estatal una desigualdad histórica y estructural parecía convertirse en una realidad.

La intervención en el sector salud en la Revolución Ciudadana inició con la creación del denominado Consejo Consultivo para la Transformación Sectorial de la Salud en el Ecuador (TSSE). Este organismo se conformó por Decreto del MSP y en él participaron representantes de sectores sociales organizados y miembros del CONASA. Durante meses se reunieron en mesas de debate que finalmente plasmaron las ideas que se llevaron a la Asamblea Constituyente en Montecristi, la cual redactó la Constitución. Entre las ideas más importantes que se debatieron al interior del Consejo se pueden señalar: la necesidad de que el sistema de salud se enfoque en la Atención Primaria de Salud; se promueva la atención en el primer nivel; se trabaje bajo un enfoque familiar, comunitario e intercultural; se garantice una cobertura universal y gratuita y ejecute acciones de promoción, prevención y rehabilitación (Illescas 2016). Es importante señalar que muchas de estas ideas se debatieron y presentaron en los denominados Congresos por la Salud y la Vida, instancias de participación de la sociedad civil encaminadas a discutir la forma de entender y proponer la salud en el país.

Otro punto importante en cuanto a la organización del servicio fue la categorización de centros de salud y sus tipos, con el objetivo de identificar los servicios y los profesionales requeridos para la atención. En este punto se determinaron, además, los establecimientos que tendrían o no capacidad de internamiento.

Tabla 9. **Número de establecimientos de salud del MSP por tipología**

Tipología	Cantidad
Hospital de especialidades	3
Centros ambulatorios especializados	24
Hospitales especializados	12
Hospitales generales	32
Hospitales básicos	86
Hospitales móviles	2
Centros de Salud	1939
Total establecimientos de salud	2096

Fuente: Geosalud-MSP. Lucio et al. (2019), 105.

La infraestructura hospitalaria creció en estos años especialmente en relación a centros de salud que se constituyen en los pilares del modelo de atención MAIS, al ser la base del sistema y su puerta de entrada.

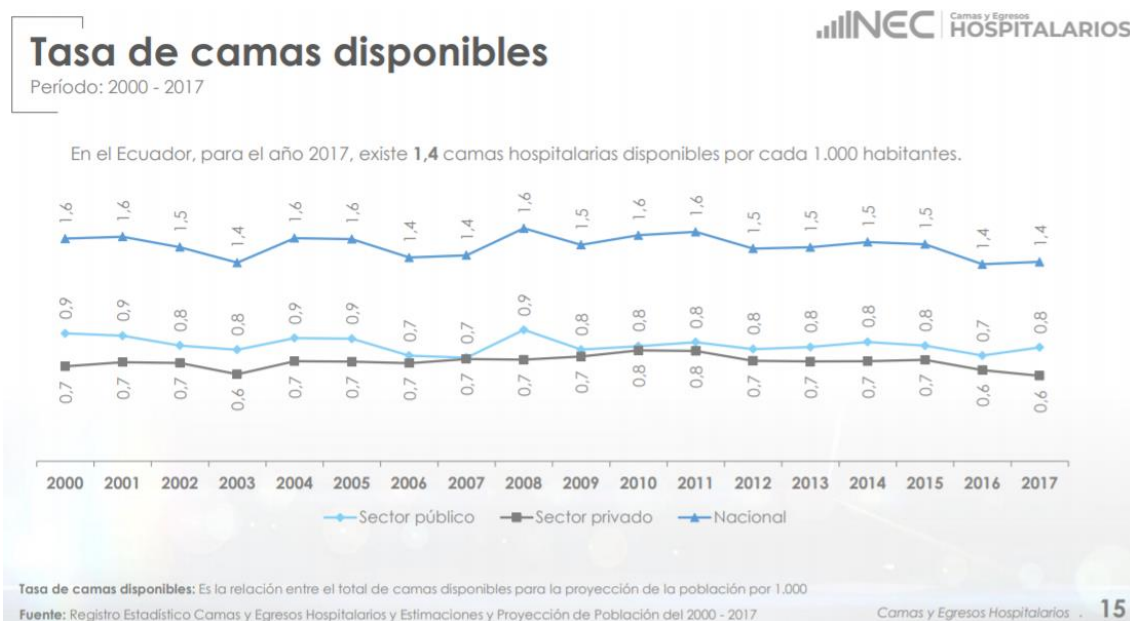
Al establecer acciones coordinadas entre los diferentes subsistemas, en el primer nivel de atención, se pueden generar ahorros disminuyendo admisiones hospitalarias evitables, readmisiones, atenciones de urgencia y emergencia. Adicionalmente existirían menos costos administrativos por la reducción de procesos de contratación, se incurriría en economías de escala, ya que un mayor volumen de compra permite tener un mejor precio y mayor poder de negociación, se generarían ahorros por la disminución de desperdicios de medicamentos caducados, ahorros en el almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos, ya que al realizar las compras centralizadas solo se requiere de una adecuada administración de operaciones (Lucio, López, Leines y Terán 2019, 109).

De la adecuada gestión que se pueda lograr en los centros de salud en materia de prevención depende que el sistema pueda disminuir desperdicios innecesarios y se logre que el gasto en salud sea eficiente. Para que esta gestión sea eficiente se necesita contar con personal capacitado en temáticas de salud familiar y comunitaria, así como con la cantidad suficiente de técnicos y especialistas.

La disponibilidad de camas para hospitalización es un indicador que ha crecido de manera permanente tanto en el sector privado como en el público. Entre los años 2006 y 2017, este indicador en el sector público apenas pasó del 0,7 al 0,8. Actualmente, hay disponibles un promedio de 1,4 camas por cada 1000 habitantes. Este

indicador aún está muy por debajo de la recomendación de la OMS de 2,7 camas por 1000 habitantes. El mayor número de camas disponibles están dentro de la red pública del MSP, con un total de 9008 camas, que representan el 34,8 % del universo total. El sector privado se acerca mucho a esa cifra con 7532.

Gráfico 17. Tasa de camas disponibles

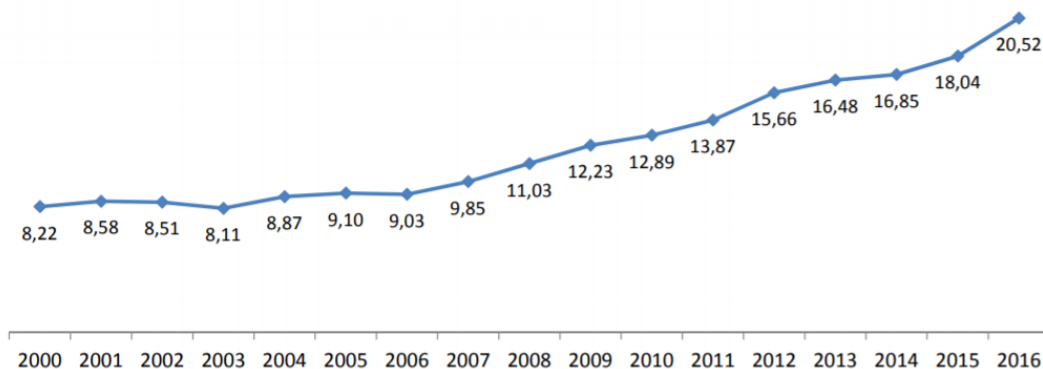


Fuente: INEC (2017), Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios.

En cuanto a la cantidad de profesionales de la salud que se incorporaron al servicio público se puede destacar que, en 2018, por cada 10 000 habitantes hay en promedio 23,44 médicos, 0,93 psicólogos, 14,54 enfermeras, 1,35 obstetrices y 10,19 auxiliares de enfermería (EC INEC/Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2017). El número de médicos por habitante aumentó sensiblemente durante el Gobierno de la Revolución Ciudadana. Pasó de casi 10 a poco más de 20 por cada 10 000 habitantes (ver gráfico 18).

Gráfico 18. Médicos por cada 10 000 habitantes (2000-2016)

Entre 2000 y 2016 la tasa de médicos<sup>3</sup> mantiene una tendencia creciente y se incrementa en aproximadamente 12 puntos porcentuales, es decir que para el 2016 hay 21 médicos por cada 10.000 habitantes.



**Nota:** La tasa de médicos se homologa la fórmula de cálculo en el año 2015 por la Comisión de Salud, en la que se incluye médicos postgradistas, rurales, residentes y se pondera en relación a las horas de trabajo.

3. El Anuario Estadístico para América Latina y el Caribe 2016 del CEPAL, publica para los países de la región una tasa de médicos, promedio, de 1,9 por cada mil habitantes (en el 2014), mientras que para Ecuador en ese año la tasa está en 1,7 por cada mil habitante. Mientras que para el 2016 se alcanzaría los 2,1 médicos por cada mil habitantes.

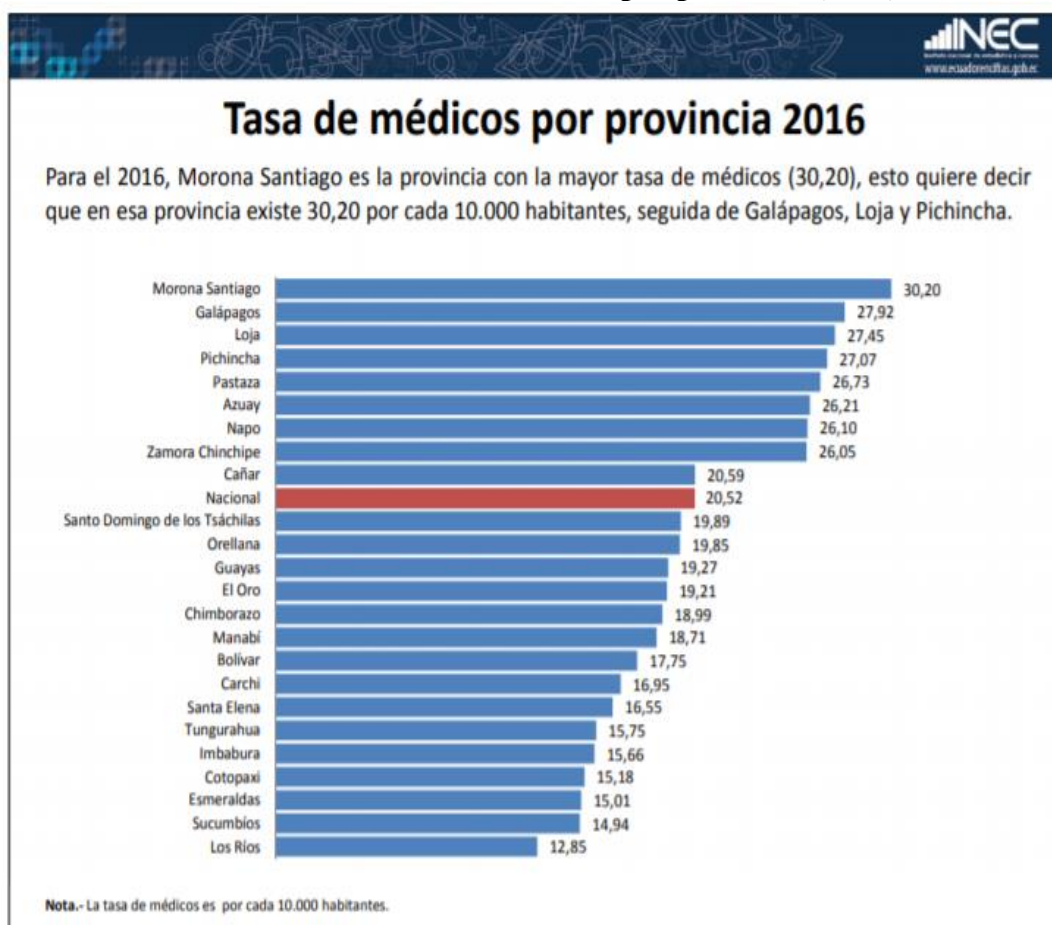
Fuente: EC INEC/Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud RAS (2017).

Al analizar la participación de recursos humanos especializados en la atención sanitaria es importante mencionar la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud de contar con más de 23 médicos por cada 10 000 habitantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de 23 médicos, por cada 10 000 habitantes, para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil. En el país, en el año 2000 se contaba con 14,5 médicos por cada 10 000 habitantes. Actualmente, el Ecuador cuenta con 21,4 médicos por esa cantidad de habitantes, estadística favorable, ya que se acerca a lo sugerido por la OMS; más, aún existe un déficit de 1,6 de personal médico por cada 10 000 habitantes (Castillo 2015, 129).

Para 2016 se alcanzó este indicador en provincias como Azuay, Napo, Morona Santiago y Pichincha, mientras que en Zamora Chinchipe, Loja y Guayas están muy cerca de lograrlo. Es importante destacar que en Azuay y Napo se llegó a sobrepasar el indicador propuesto. Sin embargo, en provincias como Cotopaxi, Chimborazo, Los Ríos, Santo Domingo y Santa Elena el indicador está muy debajo de la recomendación de la OMS (ver gráfico 19).

Gráfico 19. Tasa de médicos por provincia (2016)



Fuente: EC INEC/Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud RAS (2017).

Lo que se ha logrado en materia de incorporación de personal ha sido gracias a la contratación de un mayor número de profesionales especializados para trabajar dentro del sector público. A esto se suma la formación de especialistas en medicina familiar y la repatriación de médicos que se encontraban laborando fuera del país. Ahora se reconoce al sector público como un referente para iniciar la carrera sanitaria y practicar lo aprendido. En palabras del doctor Fabián Yáñez:

Ahora es muy bueno trabajar en el sector público. La remuneración, el trato, el horario es muy bueno, en mi caso estoy muy conforme; en mi caso yo estoy devengando la beca de pediatría y tengo todos los beneficios de un especialista del ministerio, la única diferencia es que no puedo presentarme a un concurso por una plaza con nombramiento. Todos los especialistas que trabajamos en este hospital somos devengantes de beca. Hasta ahora no he escuchado ninguna queja. Actualmente es muy bueno trabajar aquí (2017, entrevista personal).

Este criterio es compartido por otro colega, el doctor Manuel Cruz, quien manifiesta que:

Yo soy un médico especialista devengante de beca. Me formé en Quito y estoy devengando la beca de medicina familiar. El salario se encuentra similar a lo que se requería como especialista, siempre se requiere ser modificado, pero es representativo al trabajo. El horario es de ocho horas diarias, rotativos para poder generar el aporte y el acompañamiento de los médicos generales y hacia toda la comunidad. Se trabaja de lunes a sábado, doce horas, de allí rotamos para poder brindar todo el tiempo de atención (2017, entrevista personal).

En un breve recorrido por los hospitales y centros de salud del MSP se constató que los médicos, en 2017, se encuentran satisfechos en cuanto a la remuneración que perciben (ver cuadro siguiente), la carga horaria que manejan y las expectativas de carrera que tienen dentro del servicio público. La formación de médicos especialistas en diversas áreas, especialmente de médicos familiares, constituye la principal estrategia del MAIS para garantizar la solución de las problemáticas de salud en más del 80 % de los casos. No obstante, es una preocupación genuina del gremio la falta de garantías para derechos como la sindicalización o el pago de horas extras y suplementarias.

**Tabla 10. Promedio de remuneraciones en el MSP, 2017**

Gerente de hospital	4235,35
Gerente de hospital especializado	6191,00
Médico general	2301,70
Médico especialista	2666,58
Médico cirujano	2337,50
Médico anestesiólogo	2641,00
Enfermera/o	1266,94
Auxiliar de enfermería	797,45
Laboratorista clínico	1352,59
Auxiliar de laboratorio	779,14
Odontólogo especialista	1990,52
Odontólogo	1748,54
Auxiliar de odontología	820,29
Obstetiz	1580,41
Paramédico	937,08

Psicólogo clínico	1469,05
Nutricionista	1262,98
Químico	1392,93
Tecnólogo médico	1171,69

Fuente: Lucio et al. (2019), 114.

Hay un punto importante en cuanto a la formación y captación de profesionales médicos. El gobierno priorizó una estrategia de incorporación de nuevos profesionales mediante becas y también repatrió a médicos ecuatorianos que se encontraban laborando fuera del país. A esto se suma la formación de TAPS (Técnicos de Atención Primaria de Salud) para la atención en el primer nivel. Todo este esfuerzo en contratación y formación del personal ha permitido que el sistema de Atención Primaria de Salud empiece a funcionar adecuadamente, sin desconocer que aún falta mucho por hacer en zonas alejadas de los centros urbanos.

Las estrategias para el Fortalecimiento del Talento Humano implementadas en los años 2011, 2012 y 2013 se resumen en acciones que en poco tiempo han mejorado considerablemente la prestación del servicio de salud y son acompañadas de la reforma en la normativa:

1. Retorno de profesionales de la salud “Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti”.
2. Estabilidad laboral.
3. Programas de formación académica a profesionales de la salud.
4. Incremento salarial y complementos adicionales por ubicación en zonas de difícil acceso (EC Ministerio de Salud Pública 2012, 6).<sup>10</sup>

Cada una de estas acciones ha tenido un efecto positivo en la prestación de los servicios de salud y ha permitido que el número de profesionales vinculados al servicio público se incremente paulatinamente. En el caso del programa “Ecuador Saludable”, muchos profesionales que migraron tuvieron la oportunidad de retornar al país para trabajar en mejores condiciones y con salarios competitivos. Según un informe del MSP, bajo esta modalidad, hasta 2012, regresaron al país más de 1202 médicos y especialistas que se encontraban laborando en el exterior; mientras que el programa de formación académica entregó becas para la formación de especialistas, y el incremento de salarios hizo que el sector público se volviera atractivo para los profesionales médicos. De acuerdo con información proporcionada por la SENESCYT, entre 2013 y

<sup>10</sup> Informe de Programas Implementados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el período 2011-2013.

2014 se entregaron más de 1300 becas para la formación de especialistas requeridos por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

En lo relativo a la educación de posgrado, la Autoridad Sanitaria Nacional estableció, en el marco del Proyecto de Fortalecimiento del Talento Humano, un fondo sin precedentes para otorgar becas de posgrado en el extranjero y estimular la formación en especialidades para las cuales se habían identificado deficiencias en la red asistencial del MSP. Entre 2013 y 2015 se concedieron becas por un total de alrededor de USD 31 millones con esta finalidad. (La cifra exacta, según las células presupuestarias para 2015 del Proyecto de formación de talento humano del MSP, asciende a USD 30 881 590,42). El Reglamento para otorgamiento y devengamiento de becas establece que los becados deberán devengar la beca en los establecimientos de salud del ministerio con el objetivo de retribuir al país el beneficio recibido. Se espera que esta estrategia permita resolver la brecha de especialistas según las necesidades de la población. La asignación de becas y el devengamiento de las mismas reflejan una mejor organización, la incorporación de una visión de futuro y una planificación más integral de los recursos humanos en salud por parte de la Autoridad Sanitaria (Espinosa, De la Torre, Acuña y Cadena 2017, 3).

Sin duda, la formación de nuevos especialistas es uno de los ejes más importantes dentro del proceso de transformación del sistema de salud en el Ecuador. Otro punto importante y que debe ser prioritario en la discusión del talento humano es el esquema de sueldos y salarios que también fueron parte de los cambios implementados desde el gobierno. La incorporación de profesionales al sistema público demandaba de la decisión política de mejorar los ingresos y garantizar la estabilidad laboral. La oferta de posgrados para medicina, en el período analizado, se enfocó en la formación de especialistas en Salud Familiar, lo que en muchos casos no estaba acorde con las expectativas de los médicos. En 2013 se entregaron de 3200 becas, y en el período comprendido entre 2014 y 2017 se proyectaron 6128 becas más a los profesionales de la salud, sumando un total 10 000 becas. El plan contempló la formación en especializaciones de Medicina Familiar, Pediatría, Neonatología, Epidemiología y el apoyo a la formación de los Técnicos de Atención Primaria de Salud, entre otros.

Un punto importante en cuanto a la incorporación de profesionales en el sector salud es que durante este gobierno el esquema salarial mejoró a todo nivel. En 2008, un médico ganaba entre 919 y 1197 dólares mensuales; en la actualidad, recibe un sueldo de entre 1676 y 2967 dólares, de acuerdo con su nivel de formación, al cual se suman beneficios de ley y en ciertos casos bonos como el geográfico y de compensación por residencia, conforme las normativas vigentes, lo cual puede permitir alcanzar un ingreso mensual de hasta 4000 dólares, aproximadamente. El número de médicos que laboran en el Ministerio de Salud Pública ha tenido un aumento importante, de 5523 en 2008 a 12 413 en 2015 (EC Ministerio de Salud Pública 2015).



Si bien estos avances dan cuenta de lo positivo en el avance del talento humano, también se debe señalar que persiste el déficit de especialistas en provincias como Chimborazo y Cotopaxi, las cuales mantienen altos índices de mortalidad materno-infantil y desnutrición en los niños. La falta de especialistas se hace notar sobre todo en el campo, en donde a menudo es difícil contar con la cantidad de especialistas necesarios para atender a los ciudadanos que acuden a los centros de salud. Parte de estas falencias, propias de un sistema que privilegia la formación de especialistas para las grandes ciudades, quiere ser contrarrestado mediante la formación de especialistas sensibles con su realidad y comprometidos con sus lugares de origen. Durante la experiencia de investigación se constató que una de las políticas en cuanto al manejo y contratación de personal en las unidades de salud es privilegiar a los ciudadanos de las mismas localidades, con el fin de garantizar un servicio oportuno y cálido a los ciudadanos.

De acuerdo con la información proporcionada por la Dirección Nacional de Talento Humano del MSP, en 2012 fue necesaria una inversión de 43 636 207 dólares para realizar un proceso de concurso abierto de merecimientos y oposición, pues se tuvieron que crear y lanzar a concurso 15 000 partidas presupuestarias. Para 2012 el MSP contrató a más de 704 médicos a nivel nacional, 506 enfermeras y 119 odontólogos para centros y subcentros (Egas Almeida 2013). Un logro importante en el tema de recursos humanos ha sido la apertura de partidas permanentes dentro del Ministerio de Salud para la incorporación de médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos y personal administrativo. De acuerdo con el Observatorio Regional de Recursos Humanos de la OPS (2013), en 2012 se abrieron a concurso 20 503 plazas, de las cuales 17 583 eran para profesionales de la salud y 2920 para el área administrativa.

Si bien el tema de la contratación y mejoramiento de sueldos y salarios es digno de desatacar, no se puede olvidar la lucha permanente que el Gobierno de Rafael Correa mantuvo con los gremios de la salud, especialmente con los médicos, quienes en un principio no estuvieron de acuerdo con las ocho horas de jornada diaria, a lo que se sumaron las quejas por los salarios y la responsabilidad penal fijada en el COIP sobre la mala práctica médica. Todos estos temas causaron fricción y se debió negociar y explicar los alcances de las reformas planteadas. A juicio de investigadores del tema de

recursos humanos en salud, como Alberto Narváez, en los últimos diez años el modelo implementado restringe los derechos laborales colectivos y la libertad sindical. Con el objetivo de garantizar la atención en salud, se amplió la jornada laboral de los médicos, enfermeras, obstetras, psicólogos y demás profesionales del sistema. Se pasó de un contrato de cuatro horas a uno de ocho horas, lo que hizo que cientos de médicos renunciaran por considerar la disposición una forma de “despido intempestivo”. Este proceso significó, en muchos casos, retraso en la atención médica y acumulación de pacientes por falta de especialistas, quienes en todos los casos pasaron a laborar en el sector privado. El déficit de médicos especialistas que se registró en varias unidades de salud (El Oro, Cotopaxi, Pichicha y Guayas) aún no ha sido cubierto.

Junto con la ampliación de la jornada laboral, se incorporaron algunas modificaciones al régimen de contratación pública. Por ejemplo, la supresión de partidas o puestos de trabajo por razones de racionalidad y optimización de los recursos públicos; división entre los trabajadores que son parte del servicio público con nombramiento y aquellos con contrato temporal; se puso un techo a las indemnizaciones; se limitó el margen de negociación en los contratos colectivos; se amplió la jornada laboral sin derecho a pago de horas extras; no se puede recurrir a la huelga como medida de presión; entre otras disposiciones que limitaron el accionar de los sindicatos y tensionaron las relaciones entre el Ejecutivo y los representantes de la salud. La restricción a la libertad sindical, el no pago de horas extras, la jornada extensiva de trabajo y la judicialización de la mala práctica médica son banderas de lucha que los médicos y representantes del sector salud tomaron como un ejemplo de la manera abusiva en que se manejaron las relaciones laborales en los últimos diez años.

Hay una precarización del trabajo público, hay una sobreexplotación laboral y una eliminación de los derechos individuales. Solo el 34 % de los trabajadores del sector público tienen libertad sindical. El resto, sujetos a la LOSEP, son los trabajadores sin derechos, ni siquiera el derecho mínimo a la estabilidad, peor el derecho a la contratación colectiva. El neoconstitucionalismo se caracteriza porque en algunos cuerpos legales reconoce derechos, pero en otros los elimina, los limita (Narváez 2015, 28).

A criterio de investigadores del tema laboral en materia de salud pública, la imposición de la jornada de ocho horas, en el caso de médicos especialistas, significó que los hospitales de referencia nacional se quedaran sin la opción de tratar patologías

complejas; a esto se suma la omisión de figuras como salubristas, administradores de salud, gerentes de salud y similares.

Los epidemiólogos profesionales claves para la vigilancia epidemiológica y de salud, la investigación y el establecimiento de bases técnicas para la toma de decisiones estratégicas y políticas fueron clasificados como servidores públicos de categoría 9 (SP9), mientras que los especialistas médicos que hacen atención directa a las personas se catalogaron como SP12 con salarios significativamente superiores. Eso tuvo dos efectos, los profesionales que cumplían labores en el área de la salud pública y especialmente epidemiólogos migraron a las áreas de atención clínica de pacientes y abandonaron las acciones de vigilancia, prevención y promoción de la salud; en consecuencia, estas acciones cruciales para el desempeño institucional del MSP se han visto gravemente afectadas y su capacidad es muy limitada. Se perdió la inteligencia interna y la información estratégica para respuestas racionales y efectivas para la prevención y el control de enfermedades y eventos relevantes en salud colectiva (Aguilar 2017, 8).

La reestructuración de los servidores públicos para el caso de la salud implicó la pérdida de capacidades en áreas como la prevención epidemiológica. A esto se suma la salida de especialistas que se trasladaron al sector privado, obligando más tarde a la compra de servicios especializados a través de la contratación, lo que significó la transferencia de ingentes recursos a hospitales especializados. El pago por la compra de servicios permitió que se dieran casos de corrupción y la sensación de mejoría en el servicio fue provisional, puesto que en cuanto faltó dinero para pagar por los servicios, la atención se vio interrumpida. En el esquema de atención implementado, la compra de servicios tuvo relación con procedimientos costosos, en ningún caso con prevención. Los especialistas y subespecialistas más calificados migraron al sector privado, lo que limitó la capacidad de atención en las unidades del MSP y obligó, necesariamente, a buscar alternativas para la recontractación de un recurso humano valioso que por falta de visión se perdió. A esto se suma la desarticulación de programas como el de control de vectores o de vacunación, lo que ha mermado los avances alcanzados en la prevención de enfermedades como el dengue, la malaria o el sarampión.

En términos de infraestructura y contratación de médicos, el sistema de salud creció considerablemente; sin embargo, cuando se analizan los resultados logrados queda una gran duda sobre la efectividad del gasto y los efectos alcanzados hasta hoy por el cambio de modelo institucional impuesto.

En términos de resultados de salud, solo usando el informe de la OPS del año 2017, se puede ver que disminuyó la cobertura de vacunación, se mantiene la muerte materna y la desnutrición infantil. En este mismo informe se habla de la atención prenatal a las mujeres embarazadas, que al menos deberían ser cinco durante el embarazo, pero solo el 25 % de mujeres embarazadas tuvo atención prenatal completa, mientras que en el año 2006 la cobertura era del 65 %. En 2006 la cobertura de vacunación era del 96 %, ahora el promedio es de 80 %, pero el sarampión estaba con menos, puede ser que este año mejore porque se hizo una campaña, pero la solución no es hacer campañas sino institucionalizar el servicio de vacunación. Se rompió el modelo que había en caso de vacunación o de enfermedades transmisibles como el dengue o la malaria; se descentralizó el esquema de programas que funcionaban con una lógica vertical, mientras se logran las metas algunos programas necesitan una mayor supervisión. El PAI era un programa vertical donde la administración nacional vigilaba lo que se hacía en cada una de las provincias de manera casi militar, eso se descentralizó a las coordinaciones zonales que no tienen una estructura de vigilancia estricta. Le mandan las normas, les definen las guías, pero no hay un seguimiento estricto, lo mismo en VIH o malaria. Ecuador estaba a punto de declararse libre de malaria y ahora tenemos un repunte, hay que volver a mecanismos de vigilancia y control más estrictos (Ruales 2018, entrevista personal).

El despido de médicos especialistas, la prolongación excesiva de la jornada laboral, la poca efectividad del trabajo del médico familiar en el primer nivel, la desarticulación y falta de vigilancia en programas de control y prevención son el reflejo de políticas desacertadas en el plano de la salud que no han producido los resultados que se esperaría.

El aumento de la jornada laboral de los médicos dentro del SNS es un tema que muchos especialistas han observado como negativo, especialmente cuando la atención a pacientes no está relacionada con calidad o calidez, sino con productividad. Cada médico tiene que atender a un promedio de cuatro pacientes por hora, en ocho horas de trabajo eso significa cerca de treinta pacientes, lo cual, a criterio de especialistas, es excesivo para brindar una atención de calidad.

Como lo indica la doctora Coral:

Yo he trabajado en atención a pacientes por ocho horas, te pongo el ejemplo: si estamos en unidades del ministerio, estoy ocupada llenando el formulario correspondiente con el paciente que me toca, pero también hay personas que esperan que se les atienda y que están golpeando la puerta y preguntando: ¿ya me toca? Por otro lado, tienes a tu colega médico que quiere saber si ya terminas la consulta para él también ingresar al consultorio o completar algún formulario. Generalmente para toda la consulta dispongo de 20 minutos, si estoy en unidades del MSP, y 15 minutos si estoy en el IESS. Este sistema ha deteriorado la relación médico-paciente, tú como médico ya no puedes hacer el seguimiento del paciente que te tocó la primera vez. Entonces, todo el sistema está enfocado en función de atender la enfermedad, no de la prevención y promoción (2017, entrevista personal).

La calidad de la atención es un elemento que debe ser considerado en la propuesta de mejora del sistema de salud, que si bien no es perfecto, es bastante perfectible en función de que las personas que lo construyen lo pueden modificar si existe la voluntad de hacerlo.

El tema de recursos humanos es un elemento especialmente sensible dentro de un sistema de salud; por un lado, están las demandas de los profesionales de la salud en pro de mejores salarios y condiciones de trabajo, y por otro está la necesidad de contar con médicos formados que sean capaces de entregar su contingente en beneficio de la salud en donde se los necesite, y de acuerdo al perfil requerido por el país. La formación de personal sanitario enfocado en las demandas del sistema también ha significado un punto de conflicto importante, especialmente entre las universidades que ofertan posgrados.

La carrera sanitaria, por su parte, es una de las dimensiones que demanda fortalecimiento como mecanismo para una provisión de salud con calidad y calidez. Pese a que la LOSNS considera varios aspectos dentro de la carrera sanitaria, en la práctica la respuesta en la provisión de servicios de salud registra debilidades. La calidad de la burocracia y tecnocracia dentro del subsistema público se ve influenciada fuertemente por el entrenamiento y desarrollo profesional promovido dentro del MSP (Flores y Castillo 2012, 23).

El CONASA lleva adelante la Comisión de Recursos Humanos, que trabaja en una política nacional para el manejo del personal sanitario. Esta política involucra elementos como la remuneración, el reconocimiento y la carrera del personal dentro del sector público. El MSP promociona como un logro en este aspecto la formación de médicos familiares y TAPS para operativizar el MAIS desde el enfoque de la APS (Espinosa, De la Torre, Acuña y Cadena 2017). En este punto es importante señalar la normativa vigente creada para regular y orientar la formación y contratación del personal de salud, así como la disposición y apertura para la contratación mediante concursos de mérito y oposición.

Sin duda, la contratación y formación de profesionales adecuados para hacer cumplir el MAIS y lograr posesionarlo como una política de Estado es muy positivo para conseguir que las personas acepten y utilicen el sistema de salud como indica el modelo. Otro elemento muy importante para cubrir las falencias en zonas geográficas

determinadas es la incorporación de profesionales del área, quienes conocen su entorno y las costumbres de los habitantes de las zonas en las que van a laborar.

Los médicos se sienten motivados para trabajar sobre todo por la infraestructura que es nueva y ahí hay equipos para poder trabajar. El hospital cuenta con un laboratorio de rayos X, entonces por ese lado no ha habido obstáculos; además, se buscan profesionales de la zona para trabajar; eso se ha hecho en el caso de Baños y Guambaló, se ha buscado gente que hable quichua que atienda a los pacientes en su propio idioma. En Zumbahua había mucha resistencia porque los profesionales no hablaban el quichua y los usuarios no iban porque no se identifican con el profesional, entonces se buscó gente de la zona para que puedan ser el nexo entre los profesionales y los ciudadanos (Escobar 2017, entrevista personal).

El tema de la incorporación de los TAPS en zonas con población mayoritariamente indígena es un logro que se resaltó durante las visitas, especialmente en provincias como Tungurahua y Cotopaxi, en donde existen parroquias donde la población habla el quichua como primer idioma. Los TAPS pertenecen a grupos indígenas, afrodescendientes y montuvios, lo que facilita su relación con miembros de sus comunidades al tiempo que se fortalece la interculturalidad del sistema de salud.

Para que haya servicio debe haber tres cosas: infraestructura, equipamiento y talento humano. Si falta una de las tres cosas, no hay servicio. Entonces, a la par incrementamos la cantidad de personal. Creo que al día de hoy hemos quintuplicado o sextuplicado la cantidad de personal que recibimos [...]. Mientras contratábamos médicos generales formábamos médicos familiares y TAPS. Hay que tener claro algo, esto no fue inmediato, hasta nosotros empezar a formar la primera corte de médicos familiares pasaron cuatro años de gobierno, muchos dirán cómo así les tomó tanto. Porque había que cumplir con otros parámetros (Rodríguez 2017, entrevista personal).

En el tema específico de la construcción de infraestructura, “entre 2007 y 2016 se habían construido y repotenciado 21 hospitales en el país, y actualmente hay 2712 centros de salud” (Vera Mendiú 2017).

Tabla 11. Categorización de los centros de salud (2012)

Tipo de establecimiento	Características
Centro de salud tipo A	<p><b>De 2001 a 10 000 habitantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cartera de servicios:</b> Atención integral de medicina familiar. Promoción de la salud y prevención de enfermedades. Salud oral.</li> <li>• Equipo de atención integral de salud compuesto por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico/enfermera/TAP/.</li> <li>- Odontólogo (1 por cada 5000 habitantes).</li> <li>- Otros profesionales de la salud.</li> </ul> </li> <li>• 1-4 asistentes administrativos (farmacia/archivo/admisión).</li> </ul>
Centro de salud tipo B	<p><b>De 10 001 a 25 000 habitantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cartera de servicios:</b> Atención integral de medicina familiar. Promoción de salud y prevención de la enfermedad. Salud oral. Salud mental. Pediatría de interconsulta (itinerante) Imágenes: Rayos X y ecografía.</li> <li>• Equipo de Atención Integral de Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico (urbano: 1 por cada 4000 habitantes; rural: 1 por cada 1500 a 2500).</li> <li>- Enfermera/TAP: 1 por cada 1000 habitantes áreas dispersas; 1 por cada 4000 habitantes áreas concentradas.</li> <li>- Odontólogo: 1 por cada 5000 habitantes (itinerante).</li> <li>- Psicólogo: 1-2 apoyo al equipo.</li> <li>- Otros profesionales de la salud (12).</li> </ul> </li> <li>• 1-4 asistentes administrativos (farmacia/archivo/admisión).</li> </ul>
Centro de salud Tipo C	<p><b>De 10 001 a 25 000 habitantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cartera de servicios:</b> Atención integral de medicina familiar. Promoción de salud y prevención de la enfermedad. Salud oral. Salud mental. Pediatría de interconsulta (itinerante) Imágenes: Rayos X y ecografía.</li> <li>• Equipo de Atención Integral de Salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico</li> <li>- Enfermera/TAP: 1 por cada 1000 habitantes áreas dispersas. 1 por cada 4000 habitantes áreas concentradas.</li> <li>- Odontólogo: 1 por cada 5000 habitantes (itinerante), 1 por cada 10 000 área concentrada.</li> <li>Psicólogo: 1-2 apoyo al equipo.</li> <li>Otros profesionales de la salud (18-26)</li> </ul> </li> <li>• 1-4 asistentes administrativos (farmacia/archivo/admisión).</li> </ul>

Fuente: Miguel Malo (2013), ponencia “La salud en el Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural”, [www.paho.org](http://www.paho.org).

Sin embargo, la cantidad de centros de salud no logra ser suficiente para dar atención a la población de ciudades como Quito y Guayaquil. En una investigación publicada en *Salud con lupa* se destaca que mientras en provincias como Bolívar y Napo hay un centro de salud por cada 3000 habitantes, en Quito y Guayaquil hay uno por cada 17 000 y 20 000 habitantes, respectivamente. A esto se suma la falta de especialistas en medicina familiar que puedan dar atención integral a cualquier persona. A la fecha (2020) hay 1665 especialistas en medicina familiar que trabajan en las 24 provincias del país. Ecuador cuenta con 1935 centros que brindan atención primaria de salud, distribuidos en 381 puestos de salud, 1298 centros de salud tipo A, 202 tipo B y 54 tipo C (EC Ministerio de Salud Pública 2020). En provincias como Carchi, Morona Santiago, Imbabura y Napo no existen centros de salud tipo C, a pesar de contar con cantones en donde hay más de 25 000 habitantes.

La tabla 12 presenta el incremento en el número de consultas que se dieron en el MSP entre 2006 y 2016:

Tabla 12. **Producción MSP por nivel consolidado de atención (2006-2016)**

NIVELES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PRIMER NIVEL	10'521.407	13'539.546	17'062.652	20'515.220	23'165.931	23'588.288	29'370.124	29'378.694	29'548.513	32'979.822	36'220.144
SEGUNDO Y TERCER NIVEL	5'677.744	6'786.819	8'415.651	10'450.193	11'326.128	11'486.039	11'189.766	9'894.311	9'659.806	9'519.518	9'609.828
TOTAL PRODUCCIÓN MSP	16'199.151	20'326.365	25'478.303	30'965.413	34'492.059	35'074.327	40'559.890	39'273.005	39'208.319	42'499.340	45'829.972
<b>TASA DE VARIACIÓN</b>											
PRIMER NIVEL		25%	23%	18%	12%	2%	22%	0%	1%	11%	9%
SEGUNDO Y TERCER NIVEL		18%	22%	22%	8%	1%	-3%	-12%	-2%	-1%	1%
TOTAL PRODUCCIÓN MSP		23%	23%	20%	11%	2%	15%	-3%	0%	8%	8%

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de información de Salud.

Con respecto a esta información, es importante acotar que el incremento en el número de consultas reportadas por el MSP guarda estrecha relación con el incremento de la jornada de trabajo de los médicos, que pasó de cuatro a ocho horas diarias. Esta fue una medida polémica que hizo que cientos de especialistas en el área de la salud presentaran su renuncia al sector público y se dedicaran de manera exclusiva a la consulta privada. Como indica la información oficial: “En el campo de la salud, se eliminaron los costos de las consultas médicas, fue ampliado el acceso a medicamentos



esenciales gratuitos y se normalizó la jornada de atención a ocho horas. [...] se ha elevado el número de partidas disponibles (número de profesores y médicos) y la inversión en infraestructura básica” (EC SENPLADES 2013, 33). Todas estas medidas han dado como resultado un mayor número de atenciones registradas desde 2007 hasta 2016.

En el registro de la producción se evidencia que el mayor número de atenciones está focalizado en el primer nivel. En este nivel de atención se registran los casos de consulta externa; en el segundo nivel, aquellas dolencias o enfermedades que no comprometen la vida del paciente y que pueden ser atendidas tanto por emergencia como por consulta externa; finalmente, en el tercer nivel se atienden patologías específicas que se tratan con especialistas por consulta externa.

**Gráfico 20. Producción MSP por tipo de atención (2006-2016)**



Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud.

Estas cifras demuestran que para la mayoría de familias ecuatorianas contar con un servicio de salud digno y oportuno es muy importante, especialmente por los altos costos que representa el acceso a medicinas y especialistas. La intervención del Estado en la dotación de servicios de salud a menudo marca la diferencia entre la vida y la muerte para muchas personas, ya que permite que el dinero destinado a salud pueda canalizarse hacia la satisfacción de otras necesidades. Sin embargo, el mantener el sistema operando puede ser extremadamente costoso a largo plazo, sobre todo si no se

logra cambiar hábitos de vida que repercuten en la salud de las personas y de las comunidades.

Una de las reformas más importantes del período es la inclusión y ampliación de la cobertura para trabajadores, especialmente por la creación de una ley que obliga a todos los empleadores a afiliarse a sus trabajadores al seguro del IESS. De acuerdo con los datos de la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura del IESS, entre 2007 y 2014 se incrementó el número de afiliados, que pasó de 1,5 millones a 3,1, fenómeno producido por la ley que obliga a la afiliación obligatoria de todos los trabajadores. Al tiempo que se incrementó el total de afiliados al IESS, se pasó de un esquema de atención segmentado a uno coordinado e integrado por varias instituciones, pero no se terminó de garantizar el acceso por igual a todas las prestaciones.

El número de establecimientos públicos de salud aumentó en un 8,4 % entre 2005 y 2014 (y sigue creciendo desde entonces), debido sobre todo al incremento de los establecimientos sin internación que corresponden al nivel primario de atención. En el mismo período, el número de unidades privadas de salud se redujo en un 4,8 %, sobre todo por el cierre de establecimientos sin internación. Al interior del sector público, los dos subsistemas más grandes en cuanto al número de establecimiento y camas hospitalarias son el del MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Se estima que entre los dos cubren al menos el 90 % de la población ecuatoriana. Además del aumento de la oferta en los establecimientos, se incrementó la cobertura de servicios con modalidades de atención extramural, es decir, mediante equipos móviles que visitan a la población en sus casas y comunidades, que se conocen con el nombre de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) (Jané, Johannsen y Villacrés 2018, 336).

En un documento producido por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, los integrantes de los grupos focales que se organizaron en Santa Elena, Guamote, Colta y Macas manifiestan estar de acuerdo en que la infraestructura de los centros y subcentros de salud mejoró. Sin embargo, la atención en los servicios es deficiente porque el sistema de referencia y contrarreferencia a menudo no funciona; en diversas ocasiones no existen los suministros necesarios y los profesionales presentes no cuentan con la capacitación adecuada para brindar una atención de calidad. Esta percepción sobre la atención hace que el servicio que pueden recibir en el subcentro de salud no sea bien evaluado, y en muchos casos las personas prefieren acudir directamente a los hospitales en busca de alivio a sus dolencias o directamente pagar por servicios privados (EC Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2017). A pesar de esta realidad, la

construcción de infraestructura generó un aumento importante de la población que acude a los establecimientos de salud pública a realizar consultas o atenderse de alguna dolencia.

En paralelo a la expansión de la oferta, hubo un aumento destacable de la utilización de los servicios por parte de la población durante la última década, impulsado principalmente por la introducción de los principios constitucionales de universalidad y gratuidad. Evidenciando dicho incremento, desde 1999 el número de atenciones ambulatorias de consultas de morbilidad y preventivas se ha cuadruplicado (Jané, Johannsen y Villacrés 2018, 338).

Si nos fijamos en la información contenida en la tabla 13 en donde se detalla el número de médicos por cada 10 000 habitantes, vemos que desde el año 2007 este indicador creció de manera sostenida, no solo en cuanto a médicos, sino también en cuanto a profesionales como odontólogos, psicólogos, enfermeras y obstetrices. De igual manera, crecieron los establecimientos públicos; entre los años 2007 y 2017, más de 300 establecimientos de salud se sumaron a la red pública. Al tiempo que el número de consultas también creció. La información contenida en el gráfico No. 20 da cuenta del crecimiento sostenido de atenciones registradas desde el año 2007.

El Ministerio de Salud, a partir de 2008 y 2009, duplicó el horario de atención a la salud, declaró la gratuidad de la atención —incluidas las medicinas—, cambió el proceso de acceso a turnos —a través de citas telefónicas—, ofreció atención domiciliaria a través de equipos básicos de salud en los barrios más pobres del país, ligó el bono de desarrollo humano a la atención preventiva y curativa de los hijos e hijas de las beneficiarias, y al cumplimiento de los esquemas de vacunación de los niños y niñas que no han cumplido cinco años. Esto implicó —entre otras cosas— el ingreso de 4500 nuevos médicos y enfermeras al Ministerio de Salud Pública en estos últimos dos años, la recuperación de la infraestructura física de las unidades de salud, la construcción de nuevas unidades y la dotación de equipos e insumos médicos (Velasco 2011, 339).

**Tabla 13. Tasa de médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, obstetrices y auxiliares de enfermería por cada 10 000 habitantes**  
Tasa de profesionales médicos

Años	Médicos	Odontólogos	Psicólogos	Enfermeras	Obstetrices	Auxiliares de enfermería
2007	9,85	1,60	0,16	4,81	0,69	8,76
2008	11,03	1,60	0,21	5,12	0,82	9,30
2009	12,23	1,71	0,22	6,14	0,80	9,50
2010	12,89	1,82	0,23	6,66	0,97	9,74
2011	13,87	2,22	0,25	7,60	1,16	10,14
2012	15,66	2,23	0,37	8,73	1,31	10,82
2013	16,48	2,38	0,48	9,66	1,20	11,18
2014	16,85	2,60	0,57	9,80	1,27	10,73
2015	18,04	2,66	0,65	10,05	1,24	10,86
2016	20,52	2,97	0,78	11,54	1,25	10,81
2017	22,23	3,00	0,87	12,89	1,27	10,39

Fuente y elaboración: INEC 2018. El INEC ha publicado el último *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS) 2018*, que se constituye como la fuente principal de información sobre temas sanitarios a nivel nacional.

Tabla 14. Número de médicos por sector

Años	Total de profesionales médicos	Sector		
		Público	Privado, con fines de lucro	Privado, sin fines de lucro
2007	14 007	8 287	4 348	1 372
2008	15 968	8 816	5 683	1 469
2009	18 024	10 446	5 779	1 800
2010	19 344	11 443	6 067	1 834
2011	21 174	13 001	6 115	2 058
2012	24 302	16 012	6 266	2 024
2013	26 000	17 272	6 718	2 009
2014	27 007	18 582	6 328	2 097
2015	29 374	20 635	6 587	2 152
2016	33 925	24 307	7 096	2 521
2017	37 293	27 735	7 269	2 290

Fuente y elaboración: INEC 2020.

En el apartado médicos se incluye a los profesionales que trabajan a jornada completa y a quienes lo hacen de manera ocasional o cuando los llaman. En el sector público la contratación de médicos prácticamente se ha triplicado en diez años.

Tabla 15. Número de establecimientos por sector (período)

Años	Total establecimientos	Sector			Tipo	
		Sector público	Sector privado con fines de lucro	Sector privado sin fines de lucro	Con internación	Sin internación
2007	3847	3080	536	231	729	3118
2008	3813	3085	542	186	714	3099
2009	3894	3140	560	194	728	3166
2010	3981	3203	576	202	743	3238
2011	4032	3261	583	188	753	3279
2012	4015	3269	565	181	735	3280
2013	4223	3443	607	173	765	3458
2014	4139	3380	597	162	742	3397
2015	4081	3418	517	146	665	3416
2016	4201	3423	603	175	729	3472
2017	4168	3364	616	188	730	3438

Fuente y elaboración: INEC 2020.

### 4.3 Reforma institucional

El rol del Estado en la provisión de servicios de salud está garantizado en la Constitución; sin embargo, el financiamiento y ejercicio pleno de la salud está en entredicho cuando se mantiene el esquema mixto de aseguramiento: por un lado, el MSP y los servicios públicos; por otro, el aseguramiento del IESS a sus afiliados y pensionistas; y, finalmente, un esquema privado que cubre a menos del 3 % de la población. En el capítulo anterior vimos que el propósito declarado de las políticas de salud del Gobierno de Rafael Correa era que la institucionalidad de estos servicios debía coordinarse y alinearse bajo el ente rector (MSP) para consolidar un auténtico Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, en estos diez años los logros más significativos guardan relación con la inversión en infraestructura y la contratación de personal. No obstante, no se pueden desconocer los esfuerzos de parte del MSP para regular procesos y procedimientos a nivel de los prestatarios de salud, así como expandir su capacidad normativa.

El papel del MSP como ente rector del SNS siempre estuvo presente en la normativa sobre salud pública. Este rol nunca fue desvirtuado y el control sobre el sistema siempre ha pertenecido al ministerio; sin embargo, la falta de una visión única y unánime sobre el rol que debe jugar el MSP como ente rector hace que nazca la desconfianza entre los actores del SNS, quienes ven con temor que las crisis políticas impacten de manera directa en la labor del ministerio.

Como señala la OPS (2017), para avanzar en la construcción de la salud universal se debe fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud. El término rectoría está directamente relacionado con la capacidad de conducción que pueden tener las autoridades nacionales y subnacionales en la regulación de los recursos financieros, humanos, de medicamentos y uso de las nuevas tecnologías, elementos críticos que son parte de la gobernanza del sistema.

Aunque la Constitución del año 1998 ya explicitaba el rol rector del MSP, lo cual se reforzó en la Constitución de 2008, las acciones llevadas a cabo para su implementación han sido insuficientes. Hasta la fecha, el ministerio todavía enfrenta retos para el cumplimiento de su mandato de rectoría, en particular, en lo que atañe a la implementación de las normas emitidas en varios ámbitos de la administración, la atención clínica y el control correspondiente de las actividades y entidades del sector (Jané, Johannsen y Villacrés 2018, 342).

A pesar de la cantidad de decretos y disposiciones vigentes en salud, aún es necesario implementar normas claras con respecto a la forma en que se relacionan los diferentes niveles de atención y el sector público con el privado.

Otro hecho importante que se debe resaltar en la transformación del rol del MSP es la clarificación e identificación de funciones al interior del ministerio. Esta división separa la parte de regulación y control de la prestación, lo cual significa un avance importante para lograr que el MSP actúe como el órgano rector del sistema, sin desconocer su responsabilidad como proveedor también. En el nuevo modelo de gestión del MSP se establece como prioridad fortalecer el primer nivel de atención y establecer niveles de atención para solucionar de manera más eficiente las dolencias de la población. A esto se suma la desconcentración de funciones del MSP en territorio y el traspaso de competencias a los gobiernos autónomos descentralizados (desconcentración y descentralización de los servicios).

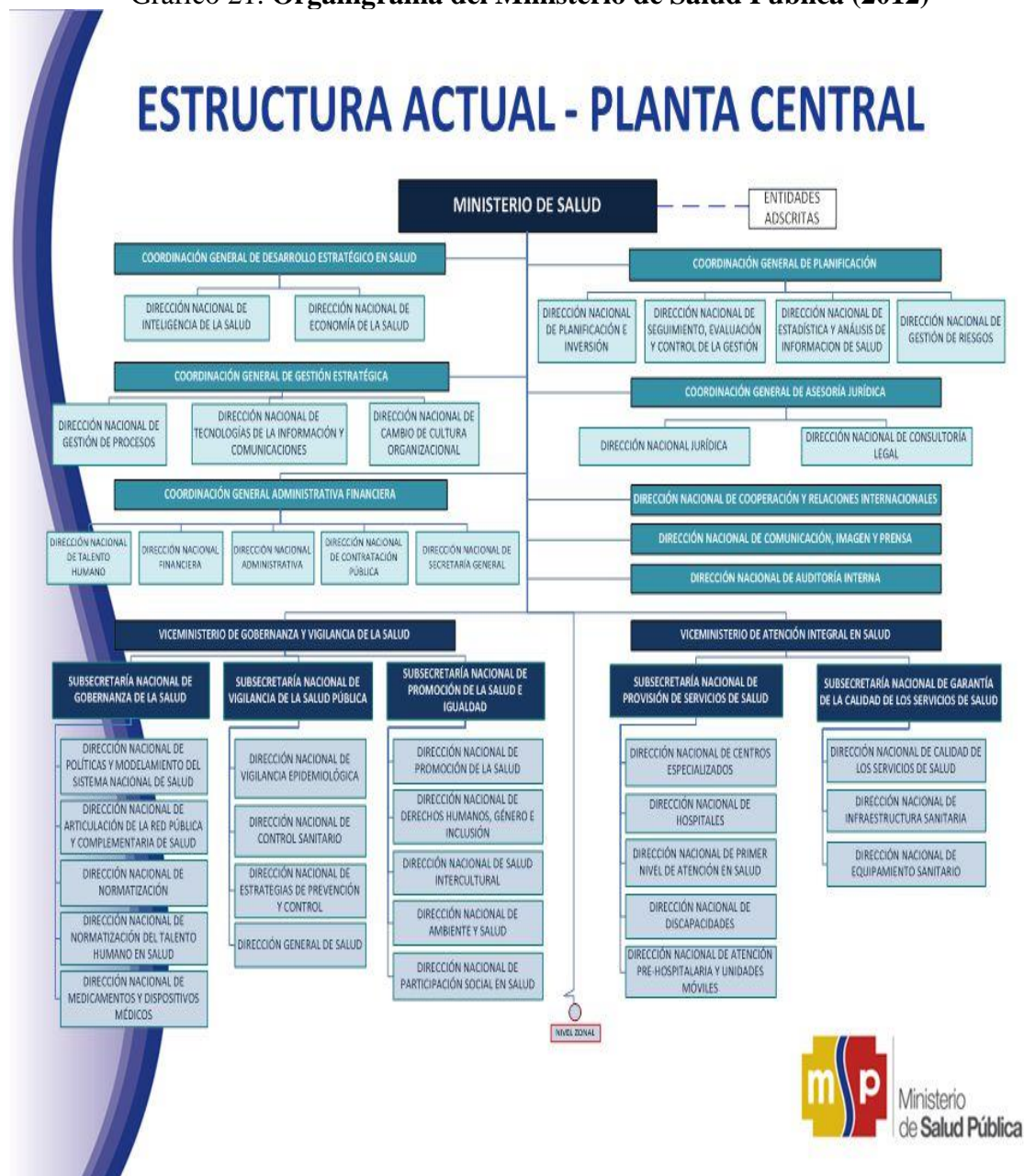
De acuerdo con los criterios emitidos por los entrevistados, uno de los logros más importantes del nuevo esquema de atención propuesto es el establecimiento de niveles de atención y la división en distritos y circuitos. Sin embargo, esta visión no es compartida por todos los involucrados en el tema de la salud. Representantes del Ejecutivo defienden el modelo por la cercanía del Estado en el territorio y la planificación desde abajo; mientras que representantes de algunos gremios claman nuevamente por volver a la estructuración de Direcciones Provinciales. Esta disparidad de criterio se da por la ingente cantidad de recursos que demanda que cada distrito funcione adecuadamente, especialmente por el tema de recursos (tanto económicos como humanos) que es la mayor limitante para ejecutar en territorio acciones como planes de vacunación, entre otros.

Desde el plano oficial, lo que se busca mediante la desconcentración es que el MSP trabaje articuladamente en las comunidades en la prevención y también por la regularización de los servicios. En cuanto a la prevención, el modelo de TAPS y médicos familiares cercanos a las comunidades permitirá en un futuro evitar el desarrollo de complicaciones en enfermedades sensibles como la diabetes o la hipertensión. En cuanto a la zonificación, cada comunidad tendrá acceso a la salud en su sitio de residencia; sin embargo, este objetivo no se cumple aún porque la concentración de servicios de salud especializados tiende a preferir zonas urbanas antes que rurales. La



creación de centros y subcentros de salud sin capacidad de internamiento también es un punto que se debe revisar en el modelo propuesto.

Gráfico 21. Organigrama del Ministerio de Salud Pública (2012)



Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012).

Para facilitar el cumplimiento de la misión y la visión del MSP se reestructuró la forma de organización orgánico-funcional del ministerio, se privilegió la desconcentración de los servicios y un mayor control de calidad, para lo cual se crearon el Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud y el Viceministerio de Atención Integral en la Salud. Cada uno de los viceministerios se apoya en un trabajo

coordinado entre planta central y direcciones distritales, que son quienes ejecutan la labor en territorio y son responsables de que se cumplan las políticas que se dictan desde el nivel central. Desde que se creó el ministerio, por primera vez se divide lo referente a la prestación del servicio de la rectoría, planificación, regulación y control. Los dos viceministerios se incorporaron en el nuevo organigrama del MSP. Cada uno de estos viceministerios apalanca en el territorio las decisiones de política pública que se toman en el MSP, cuya gestión se apoya en una Coordinación de Desarrollo Estratégico y otra general de Planificación.

La nueva estructura planteada para el MSP responde a la tipología de ministerios tipo 2, que son de “alta desconcentración y baja descentralización”, en la que la ejecución de las decisiones que se toman en el nivel central debe concretarse en los niveles metropolitano, zonal y local. Mientras la alta desconcentración implica mejorar la capacidad resolutive en los territorios, la baja descentralización guarda relación con el traspaso de ciertas competencias a los gobiernos autónomos descentralizados. La planta central tiene entre sus competencias principales la rectoría, regulación, planificación, coordinación y control del SNS. Las nueve coordinaciones zonales tienen entre sus competencias la planificación, la coordinación y el control. Las Direcciones Distritales, además de la planificación, la coordinación y el control, deben gestionar los servicios, mientras que los gobiernos municipales deben trabajar por mejorar la infraestructura de los centros que brindan la atención a los ciudadanos.

Esta división pretende responder a dos grandes desafíos. Por un lado, al hecho de que el MSP es el mayor prestador de servicios de salud del país. Para ello, el Viceministerio de Atención Integral de Salud es el encargado de gestionar esta red. Y por otro lado, a la necesidad de recuperar y fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria en todo el sector salud. Para ello, el Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud tiene a su cargo la gobernanza, la generación y la rectoría de la política pública de salud (OPS 2013, 61).

Además, se trabajó en una división territorial de distritos y circuitos para que sea posible una mayor desagregación de las funciones encargadas al MSP, que son direccionadas en niveles zonales, distritales y municipales, con el fin de garantizar una menor burocracia y mejor atención al ciudadano. “La creación de las Direcciones Distritales a nivel nacional tiene por objetivo el estudio territorial de variables demográficas, económicas y culturales interrelacionadas con indicadores de salud,

identificando cuál es la localización óptima de unidades de salud, para de esta forma poder eliminar las brechas entre oferta y demanda” (Egas Almeida 2013, 45).

La definición de una nueva estructura orgánica del MSP con dos viceministerios, nueve coordinaciones zonales y 140 distritos distribuidos en todo el territorio nacional, fortaleció su presencia a nivel nacional y local. La separación explícita del rol rector y el rol prestador del MSP, radicados cada uno en un viceministerio (el primero en el Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública y el segundo en el Viceministerio de Atención Integral de Salud) permitió visibilizar y dimensionar por primera vez la rectoría como función esencial de un ministerio que históricamente se percibía a sí mismo como prestador de servicios y no como la autoridad sanitaria nacional (Espinosa, Acuña, De la Torre y Tambini 2017, 2).

Con esta definición de funciones lo que se pretendía era manejar de mejor manera la dualidad del MSP como entidad rectora del sector salud y, al mismo tiempo, como prestadora de servicios. La desconcentración se traduce en que cada unidad territorial diseña y organiza sus servicios de atención según su propia realidad epidemiológica y social. El poder de decisión sobre los recursos humanos, financieros y físicos le corresponde a cada entidad dentro de un determinado territorio.

El proceso de desconcentración establece un cambio en la distribución de roles, competencias y funciones en los tres niveles de gobierno en salud del país, que resulta en una gestión articulada entre estos, con determinadas funciones específicamente desconcentradas. Estas interacciones requieren el fortalecimiento de los mecanismos de planificación y coordinación intrainstitucional e interinstitucional (EC MSP 2017).

El objetivo de este proceso es que en territorio se hagan evidentes los cambios que se realizan en la gestión central del servicio. En el caso de la salud, el objetivo es acercar el servicio a los ciudadanos con la misma calidez y calidad en cualquier lugar del territorio nacional, sin distinguir entre zonas rurales, urbanas o carenciadas.

En el nuevo esquema del MSP, la Planta Central se enfoca en la rectoría, el rol normativo, la coordinación, planificación y regulación; existen nueve coordinaciones zonales cuyo objetivo es verificar el cumplimiento de las políticas y normativas de salud; 139 direcciones distritales, quienes emitirán permisos de funcionamiento, realizarán el registro de títulos, promoverán la ejecución y desconcentración de procesos; y finalmente los gobiernos autónomos descentralizados, quienes tienen a su cargo la planificación y gestión local de la infraestructura sanitaria, de acuerdo con la planificación estratégica que nazca desde el MSP (Flores y Castillo 2012, 11).

Con esta reorganización se garantiza que la acción en el territorio va a responder a realidades locales muy particulares, mientras que desde planta central se van a diseñar, regular y coordinar acciones concretas de política pública en materia sanitaria. A la par, el ejercicio de la rectoría se hace evidente con las acciones de control en cada territorio para actividades puntuales como permisos de funcionamiento. Parte del análisis sobre capacidades estatales guarda relación con la organización misma del Estado y la configuración de un esquema institucional capaz de ejecutar las políticas públicas identificadas como prioritarias. Para el caso ecuatoriano, la reconfiguración del Estado inició con la eliminación de entidades identificadas como “arbitrarias y coyunturales”, cuya existencia paralela a las instituciones oficiales complicaba la acción estatal y limitaba la capacidad rectora del Estado. En este nuevo esquema se decidió la eliminación de 36 entidades, la fusión de 23, y 60 cambiaron de funciones o se adscribieron a otras instancias.

En el caso de la salud se determinó que la capacidad rectora es exclusiva del MSP. A continuación, se crearon agencias de regulación y control para efectivizar el trabajo operativo. Se definió a este ministerio como de alta desconcentración y baja descentralización con el fin de garantizar la prestación de los servicios en todo el territorio. La característica más importante de esta tipología es que “La rectoría, planificación, regulación y control se ejercen desde el nivel central; la planificación regional y la coordinación del sistema se ejercen desde el nivel intermedio o regional; y una importante coordinación y gestión desde el nivel local” (EC SENPLADES 2012, 26). Para hacer efectiva esta organización se estableció un esquema regional de planificación y administración territorial cuyo resultado fue el establecimiento de nueve zonas, 140 distritos y 1134 circuitos (Decreto Ejecutivo n.º 878, 2008). Estos niveles territoriales fueron diseñados con el objetivo de fortalecer la planificación y generar capacidad de decisión y acción de las instituciones en los territorios; garantizar una prestación de servicios continua, permanente e integral a la población; coordinar la gestión de las instituciones públicas en el ámbito local; mejorar la gestión de los recursos públicos; y acercar a los territorios las intervenciones del Estado central y la inversión pública. A la par, se trabajó en la transformación del servicio civil y la implementación de mecanismos y plataformas tecnológicas para avanzar en la provisión de servicios en línea y la simplificación de trámites.

Otro hito importante dentro de la transformación estatal fue el impulso que se dio a la gestión pública mediante la implementación del denominado “Gobierno por

Resultados”, cuyo objetivo fue medir la labor en territorio basada en el establecimiento de metas. La suma de todos estos elementos apunta a una transformación de la capacidad estatal basada en la organización de un Estado más eficiente y que amplió su presencia en el territorio mediante la extensión de los servicios públicos. En el abordaje conceptual sobre capacidades estatales, uno de los elementos sobresalientes es la reorganización de la estructura institucional y administrativa como ejes en la transformación del Estado.

Cuando se analiza el cambio en salud es importante destacar tanto la inversión realizada como la reorganización institucional, en la que se trabajó con el objetivo de que el MSP respondiera de manera efectiva a la reorganización territorial y de planificación que se marcó para el país en el Plan Nacional de Desarrollo. Cuando se habla de fortalecimiento de la capacidad estatal es importante considerar la capacidad política y la capacidad administrativa, dos elementos que permiten a un Estado definir políticas prioritarias y distribuir funciones y responsabilidades, de acuerdo a un objetivo de política pública que marca la hoja de ruta. Las “habilidades técnico-burocráticas del aparato estatal requeridas para instrumentar sus objetivos oficiales” (Rosas Huerta 2008, 123) son el primer paso para garantizar que la planificación se cumpla y se logren los objetivos propuestos.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador se encuentra en plena reingeniería. Se definió un nuevo modelo de gestión y estructura organizacional cuyos objetivos buscaban corregir las ineficiencias evidenciadas en la institución; modernizar la transparencia, fortaleciendo su capacidad para ejercer el rol de autoridad sanitaria, y llevar a cabo estrategias y programas en vista del cumplimiento de su misión, objetivos institucionales y mandatos a su cargo (Illescas 2017, 238).

El objetivo era fortalecer las acciones del ministerio en el territorio para que las acciones que se desarrollen se encaminen a solucionar las problemáticas de cada localidad mediante el ejercicio de una gestión administrativa ágil y eficiente. En este rediseño la figura del director distrital es clave para diseñar acciones y planes concretos en función del diagnóstico de necesidades que se hagan en la localidad a su cargo.

La capacidad estatal guarda relación con el ordenamiento político-institucional y la creación de un sistema de protección social; estos dos elementos están configurados en la organización del sistema de salud. Por un lado, porque se establece en la Constitución que la salud es un derecho universal y gratuito, pero también porque mediante la inversión en infraestructura, contratación de personal y reorganización del

sistema se consolida un mecanismo efectivo de protección que promueve un mayor acceso a un servicio. Como lo indica el doctor Itamar Rodríguez:

Nos encontramos con un ministerio, como había muchos otros, que se quedaron un poco rezagados en función de la evolución que tuvo el país [...], nos encontramos con una institución que necesitaba una reforma para ponerse al tono de los tiempos. Si la estructura no respondía a la realidad de las necesidades, obviamente el talento humano tampoco, era un talento humano pequeño (en número) para lo que se necesita y también en preparación. Por ejemplo, si se necesitaba un análisis de tecnología sanitaria no había quien lo haga, porque nunca se pensó en ello. Si se necesitaba tomar una decisión sobre planificación a futuro no lo había. Eso se replicaba en el territorio. Los equipos gestores eran equipos mínimos, que lo máximo que podían hacer era dar seguimiento a los programas que se llevaban y había una presencia muy programática, el sistema de salud era muy programático (2017, entrevista personal).

La transformación institucional del MSP se priorizó desde un cambio en la visión que se tenía del área concreta de la salud y la labor del ministerio a cargo. Al hacer la primera evaluación sobre la capacidad institucional se encontraron muchas deficiencias dentro de una institución que había variado poco su diseño institucional en cuarenta años. Como lo indica la doctora Patricia Costales, asesora del ministerio, cuando se empezó la reorganización del sistema de salud:

se encontró la expresión de lo que era la salud para los gobiernos de turno, que era como el patito feo, todo el sector social era el patito feo de las políticas gubernamentales. Se encontró un ministerio bastante débil, fragmentado, sin capacidad de injerir en las políticas públicas a nivel nacional. Era un ministerio sin presupuesto, un ministerio bastante fragmentado. No había políticas ni una institucionalidad que lo articule, bajo una concepción de un sistema fragmentado, en el que el rol del ministerio era un poco una atención pobre para los pobres, esa es la definición, sin presupuesto, sin políticas, sin articulación; comunidades de salud con muchas deficiencias que no cubrían las necesidades de la población, menos de la población más pobre (2017, entrevista personal).

El trabajo de reorganización empezó, pues, por dotar de capacidades al ministerio para que pudiera cumplir su labor, ese fue el primer paso. El segundo fue cambiar la concepción sobre los servicios públicos, trabajar en una nueva noción bajo la cual las personas que acuden a los servicios de salud del Estado no deben encontrarse con estructura vetusta o descuidada. Esta primera intervención se hizo en dos partes: por un lado, un nuevo diseño institucional, y por otro, transformación e inversión en infraestructura, tanto repotenciando y remodelando lo que había como construyendo nuevas unidades hospitalarias. Para llevar a cabo los cambios, sin embargo, había que

empezar por modificar el marco legal en el que la prestación de servicios públicos funcionaba en el país.

La organización del sistema empezó con el reordenamiento institucional del MSP, institución que —en palabras del subsecretario nacional de Provisión de Servicios de Salud— se había quedado rezagada en el tiempo y no había evolucionado de acuerdo con los desafíos que presenta una población en crecimiento. Tanto la planificación como la organización del ministerio eran ajenos a una realidad compleja. Hace diez años el eje de la planificación fue el detonante de los cambios implementados, empezando por una reorganización territorial y continuando con un esquema complejo de planificación atado a un gobierno por resultados. Todos estos elementos configuran ese modelo de Estado tecnocrático en el que la entidad pública tiene un intenso protagonismo para la redistribución y reconstrucción de las bases institucionales que permitan configurar un nuevo proceso de desarrollo (EC SENPLADES, 2009). Este es un punto muy importante cuando se habla del fortalecimiento del Estado: la planeación y el trabajo por resultados permiten normar de mejor manera el trabajo dentro de un área tan crítica como la salud, y permite conocer el impacto de las medidas en el tiempo, con el fin de corregir el rumbo y rectificar los procesos que no coadyuvan a cumplir con los objetivos.

Bajo la nueva estructura orgánica del MSP se crearon instancias como la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud con sus dos dependencias: Dirección de Economía de la Salud y Dirección de Inteligencia en Salud. Se creó también la Dirección General de Planificación integrada por la Dirección de Planificación e Inversión; Dirección de Información, Seguimiento y Control de la Gestión, y Dirección de Gestión de Riesgos. A esto se suman el Viceministerio de Atención Integral de Salud y el Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Se crea una estructura orgánica que multiplica las funciones que le competen al MSP, pero también vuelven pesada la estructura de un ministerio al que le cuesta replicar en territorio los servicios y controlar de manera efectiva a todos los actores vinculados al SNS. La reorganización propuesta es altamente tecnocrática y responde a la necesidad que tenía el gobierno en ese momento de apuntalar sus procesos de cambio en una gran estructura burocrática que a largo plazo resulta difícil de mantener. Un punto a considerar en esta reorganización administrativa es que, si bien se multiplicaron las instancias de regulación, el control de la calidad de los servicios no mejoró.

A criterio de investigadores del tema como Marcelo Aguilar (2017), la gestión del MSP ha sido volátil y sin una clara estrategia. Durante el período de Caroline Chang (2007-2010), la preocupación del ministerio se centró en fortalecer la acción comunitaria, los programas de control de enfermedades y el sistema público. Con la llegada de David Chiriboga (2010-2012), el énfasis estuvo en fortalecer programas verticales como la vigilancia de la tuberculosis; en su período se produjo la desvinculación de funcionarios y la ampliación de la red de servicios. En la gestión de Carina Vance (2012-2015), se terminaron de construir hospitales y centros de salud para consolidar la red de servicios; además, en este período se incorporaron médicos extranjeros y se afectó la calidad de los programas de vigilancia epidemiológica, el control de enfermedades y de inmunizaciones. Finalmente, bajo la administración de Margarita Guevara (2015-2016) y Verónica Espinosa (2017-2019) se terminaron de construir algunas obras y se promovió la consolidación de la red de servicios (6-7). Este breve recorrido por la gestión de los cinco ministros que pasaron por la cartera de salud evidencia que esta gestión no tuvo un norte claro y las prioridades se modificaron. La falta de continuidad en las políticas y el énfasis que se daba a cada actividad impidió que la autoridad del ministerio como ente rector y coordinador de las acciones de salud se consolide.

A partir de 2008, las diferentes gestiones técnico-políticas que han conducido al Ministerio de Salud han procurado avanzar en la dirección señalada en la Constitución. Sin embargo, no ha sido un avance continuo, han existido etapas de avances y otras de entencimiento, incluso de reformulación de enfoques y programas de salud.

Por ejemplo, entre el 2007-2010 se hizo énfasis en la propuesta de Transformación del Sector Salud, en el período 2013-2016 se plantea la reforma de sector salud, lo cual también se refleja en la propuesta del modelo de atención basado en la atención primaria. En un inicio se implementaron los equipos básicos de salud (EBAS), posteriormente los equipos técnicos de atención de salud (TAPS) y finalmente el programa médico del barrio. Si bien estos programas al parecer proponen lo mismo, será necesario evaluar y evitar que cada gestión política que llega al Ministerio de salud no esté reiniciando programas sino que se persiga la continuidad de políticas públicas, con los ajustes que resulten de las evaluaciones (Cañizares, Mena y Barquet 2015, 200-1).

Los cambios identificados en cada gestión limitan el accionar en materia sanitaria y se evidencia la poca efectividad en las acciones iniciadas para controlar problemáticas importantes como la desnutrición infantil, la mortalidad materna o el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles. El desmantelamiento de servicios como el control de vectores disparó enfermedades nuevas como la Chikunguya, el Zika



o el dengue; mientras que la eliminación del Instituto Izquieta Pérez comprometió la capacidad de análisis técnico que tenía el país de vacunas y medicamentos. A esto se suma la disminución en la cobertura de vacunación porque el Programa Ampliado de Inmunizaciones perdió su operatividad (Aguilar 2017). Cada una de estas acciones mermó la capacidad técnica que tenía el MSP para intervenir en áreas críticas. Las capacidades que se eliminaron no fueron reemplazadas y se dejó un enorme vacío operativo en materia de control y vigilancia epidemiológica.

Las políticas implementadas a partir de la reforma de 2008 propiciaron el fortalecimiento del rol rector del MSP, que ha provocado una reconfiguración de las relaciones, principal agente dentro del sistema. La política pública del Ecuador que apuntaba al fortalecimiento del primer nivel de atención y a la implementación de las Redes Integrales de Provisión del Servicio (RIPS) no consideraron la configuración institucional del SNS y los resultados esperados se ven limitados por la segmentación y fragmentación del sistema (Molina 2019, 202).

Tanto el nivel de rectoría como cada sistema proveedor del servicio de salud tiene su propia estructura y esquema de financiamiento y aseguramiento, que no ha desaparecido, impide de manera definitiva terminar con la segmentación del sistema y lo vuelve ineficiente. A la fecha no se cuenta con un sistema único de información, no se han homologado los servicios ofertados y falla la planificación en territorio. Todo esto hace que la ciudadanía perciba los servicios sanitarios como poco cálidos y escasamente eficientes.

En la creación del sistema nacional de salud, la conexión entre los servicios públicos y privados avanzó con el establecimiento del tarifario para la compra de servicios (2011). Se trató de un paso fundamental que permitió clarificar la relación entre el sector público y el sector privado. Si bien esta relación no ha estado libre de polémica, funcionó relativamente bien mientras el Estado tuvo los recursos necesarios para cancelar los servicios prestados.

Sin embargo, la excesiva y no planificada derivación de lo público a lo privado, ha puesto en riesgo la sostenibilidad del sistema al pagar altas sumas de dinero facturado por entidades de la red pública y complementaria, y en los últimos la falta de pago oportuno a estas instituciones ha limitado la atención a pacientes derivados del MSP (Chang Campos 2017, 456).

La labor de reestructuración y clarificación de funciones al interior del MSP ha logrado dividir el rol que tiene este ministerio como ente regulador del sistema, pero también como prestador del servicio. “Hoy por hoy podemos decir que tenemos un sistema único que articula su provisión a través de una red de servicios mediante la creación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la creación de la red complementaria, así como la instrumentalización de la comunicación entre ellas” (Rodríguez 2017, entrevista personal). El ordenar el sistema y lograr separar las funciones del MSP como ente rector del SNS, pero también como prestador de servicios, sin duda ha sido el desafío más grande de esta transformación iniciada en materia sanitaria. Desafío que aún no logra superar la duplicación del gasto, la clarificación de las prestaciones ni el mecanismo idóneo para que un usuario del sistema sea atendido sin perderse en la burocracia que puede generarse.

Otro hecho importante que hay que rescatar es que el MSP generó nuevos sistemas de gestión de salud, entre los que se pueden señalar (Illescas 2017, 281-3):

- **SISalud:** un Sistema de Gestión Hospitalaria en donde se presenta la historia clínica digital y unificada; sirve para procesos automatizados de referencia y contrarreferencia.
- **ARCSA:** sistemas automatizados para registro sanitario y permisos de funcionamiento.
- **INSPI:** Instituto para Investigación en Salud.
- **GEOSALUD:** planificación territorial georreferenciada con población asignada.
- **ENSANUT** (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: lanzamiento del diagnóstico de la salud y nutrición a nivel nacional y territorial).

El MSP actualmente no cuenta con un sistema integral donde los procesos de información en salud se homologuen o estandaricen, ni donde se integren todos los servicios de salud; consulta externa, desnutrición, registros de nacimientos, discapacidades, emergencia, entre otros. Es por este motivo que cada dependencia del MSP ha creado sistemas independientes bajo necesidad propia de sus procesos demandantes. Sin embargo, cuenta con sistemas de registro de información que han sido creados por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Salud (DNEAIS) conjuntamente con la Dirección Nacional de Tecnología de la Información y Comunicaciones (TICS) de Planta Central del MSP (EC Ministerio Coordinador de Desarrollo Social 2017, 79).

A pesar de los avances para sistematizar y contar con información actualizada a nivel nacional, el MSP aún no logra estandarizar sus procesos; sin embargo, hay tres

programas importantes que se han implementado a la fecha y que permiten conocer los avances en atención sanitaria: 1. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias, REDACAA (2013), cuyo objetivo es registrar las consultas y atenciones brindadas en línea, para tomar decisiones informadas y acordes con las realidades de cada territorio. 2. Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional, SIVAN (2006), orientado a recabar información nutricional de mujeres embarazadas, en período de lactancia y de niños menores de cinco años, cuyo objetivo es evaluar las acciones que en materia de nutrición se ejecutan en diversos territorios. Sistema Nacional de Registro de Datos Vitales, REVIT (2015), que busca trabajar en la recopilación de datos sobre nacimientos y defunciones.

A la par que se busca implementar nuevas tecnologías para establecer un trabajo más coordinado y ordenado, el MSP ha trabajado en la articulación de normativas y reglamentos para el suministro de medicamentos e insumos médicos para las unidades de salud de la RPIS (2001).

- Sistema Nacional de Gestión de Inventarios (2015).
- Sistema Nacional de Distribución de Medicamentos (2012).
- Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.
- Régimen especial de medicamentos e insumos en la LOSNCP.

Otro punto importante es la gestión del talento humano al interior del sistema, para lo cual se trabajó en las siguientes normativas:

- Sistema de Planificación del Talento Humano para el SNS.
- Régimen especial para Talento Humano en la LOSEP.
- Plan Ecuador Saludable Vuelvo por Ti: Programa de repatriación médicos especialistas.
- Nuevo Modelo de Gestión por Procesos.
- Manual de Puestos y Cierre de Brechas del Talento Humano.
- Nueva Estructura Orgánica por Procesos.
- Política de incremento salarial: aumento del 80 %.
- Equidad en la distribución de Jornadas Laborales a 40 horas semanales.
- Plan de Estabilidad Laboral.
- Becas de formación en pregrado y posgrado: 10 000 becas.
- Implementación del Bono Geográfico y viáticos por residencia.
- Formación de gerentes hospitalarios.

- Certificación y recertificación de profesionales de la salud.
- Plan de Salud y Seguridad Ocupacional.
- Desarrollo e implementación de la carrera sanitaria y Política Nacional de Talento Humano.

Dentro de la promoción de la salud, el MSP ha implementado una serie de políticas nacionales de referencia mundial como:

- Reglamento sanitario de etiquetado de alimentos procesados.
- IHAN - Hospitales Amigos del Niño: espacios de apoyo a la lactancia materna; banco de leche humana; salas de consejería en lactancia y alimentación complementaria; lactarios en hospitales, suplementación con micronutrientes.
- ENIPLA - Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar: información, educación y asesoría sobre sexualidad integral.
- Campaña contra el Tabaco.
- Políticas interculturales de salud.
- Derechos y salud para atención a población LGBTI.
- Comités locales de salud en Unidades Operativas de Primer Nivel.
- Cierre de clínicas de rehabilitación o llamadas de desintoxicación.

La producción de la normativa es importante para señalar los límites y los alcances que tiene la autoridad sanitaria dentro del manejo mismo del SNS. Considero importante el nivel de protagonismo que ha adquirido el MSP a la hora de regular aspectos tan diversos como el etiquetado de alimentos, pasando por la racionalización en la formación del talento humano, hasta normar la adquisición de medicamentos. El eje de la transformación del sector salud avanzó relativamente poco en un contexto general. La mayoría de los cambios propuestos no logran terminar con el paradigma institucional instaurado en el sector de la salud, especialmente porque la transformación quedó trunca por la falta de recursos y se basó fundamentalmente en la compra de servicios al sector privado.

Otro elemento importante que se tiene que destacar en la consolidación del sistema de salud es la atención prehospitalaria. La gestión de equipos médicos de emergencia es un logro destacable dentro de los procesos de transformación implementados desde el MSP. La eficacia del sistema se puso a prueba después del terremoto del 16 de abril de 2016. Luego de sucedido el evento, equipos de atención hospitalaria fueron desplegados hasta el lugar gracias a que el ECU 911 de Machala

funcionaba adecuadamente. A esto se debe añadir la labor de coordinación desde el MSP para la entrega de insumos, medicamentos y el desplazamiento de personal de salud hacia los lugares más alejados o con infraestructura comprometida por el terremoto.

Todo el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Gestión de Riesgos están en mejora continua. El manejo de nudos críticos se hace mediante el seguimiento a la calidad, en donde se hace una evaluación de los inconvenientes para hacer las correcciones. El sistema ha mejorado realmente en comparación con los diez años anteriores, en donde había duplicidad de funciones y cada institución buscaba brillar de manera individual. Cada una de las instituciones que van hacia una emergencia conocen de antemano lo que requiere el paciente y desde el 911 se despacha de acuerdo a lo reportado y cada equipo conoce lo que debe hacer y hacia donde debe dirigirse con la emergencia (Echeverría 2017, entrevista personal).

Este criterio es compartido por el doctor Rodríguez, quien destacó la implementación de la atención prehospitalaria como un logro importante conseguido durante este período.

Hay un punto que es la atención prehospitalaria, que antes no existía, el hecho de que podamos mandar un avión o un helicóptero para llevar a una persona a un hospital, a una sala de emergencia, eso no existía. Hoy tenemos un sistema de ambulancias articuladas al 911, que se constituye en una verdadera atención prehospitalaria. El despachar una ambulancia a cualquier punto del país, con ambulancias que realmente tienen una capacidad resolutiva, integrar ese concepto al sistema de salud es revolucionario, eso no existía (2017, entrevista personal).

Este es un punto que se debe resaltar y que es reconocido como un hito dentro de América Latina. Durante la emergencia del terremoto de abril de 2016, la coordinación desde el ECU 911 de las emergencias funcionó de manera oportuna. Sin duda, estos cambios en la lógica de entender el servicio y conceptualizarlo, reorganizar la estructura del ministerio, articular una red de servicios y promocionar la salud como un derecho de todos permitió que el Gobierno correísta exhibiera estadísticas elevadas sobre el número de atenciones brindadas.

El nuevo marco legal y político del país ha logrado definitivamente romper con el antagonismo entre eficiencia económica e inversiones en el sector social, reafirmado el rol del Estado, la soberanía y autodeterminación en la formulación participativa de políticas públicas y programas incluyentes y movilizadores por la salud y la vida desde lo local, pero además garantiza de manera progresiva el acceso de toda la población a servicios de salud e infraestructura sanitaria, erradicando las inequidades, la exclusión y

la discriminación. Se recupera la salud como un derecho humano que participa de la construcción del bienestar como un hecho colectivo (Illescas 2016, 213).

Un aspecto importante de la implementación del SNS es la conformación de la RPIS. En la RPIS se incluye al Equipo de Atención Integral de Salud, 1 por cada 4000 habitantes a nivel urbano y 1 por cada 1500 o 2500 habitantes en el área rural. En esta lógica de organización se debe considerar la coordinación que se hace con el servicio de atención prehospitalaria, así como con los diferentes actores que participan, tanto a nivel público como privado, en la dotación de los servicios.

Como señalan Lucio, Villacrés y Henríquez (2011), es posible que el mayor impacto de las innovaciones recientes en salud sea la ampliación de la coordinación entre distintas instituciones. Estos autores recuerdan que hasta 1998 cada institución del sector de salud poseía un esquema organizacional, así como de gestión y financiamiento. La idea central, dicen desde el gobierno, se basa en recuperar la capacidad de regulación y control del MSP sobre el SNS, con el fin de focalizar la organización y el control de la calidad en el ministerio, de esta forma se logrará ordenar de mejor manera los recursos y servicios existentes. Si bien la labor iniciada es buena, a largo plazo querer abarcarlo y supervisarlos es, de hecho, inviable, sobre todo cuando la oferta privada de salud ha crecido considerablemente y el sistema público no se da abasto para cubrir la demanda existente. Sin embargo, la articulación de una red integral de salud es el primer paso para organizar y poner orden en un sistema caótico dominado por la falta de previsión y totalmente centralizado en las grandes urbes. Otro punto que se debe analizar es la efectividad del gasto que prioriza aquello que es políticamente rentable: la infraestructura en detrimento de otros elementos como la prevención.

Parte del diseño de política encaminada a lograr que funcione la RPIS fue el establecimiento de la normativa que lo hiciera posible. Como dijimos antes, el primer paso de este proceso fue la implementación del Tarifario Nacional para establecer el precio por los servicios de salud. Para iniciar este proceso se creó la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, cuyo objetivo es articular, coordinar, concertar y asegurar el ejercicio de la rectoría sobre las instituciones de la Red Pública y Complementaria, garantizando su funcionamiento mediante la vigilancia de los convenios marcos establecidos para el efecto.

En la RPIS se establecen los niveles de cooperación y complementariedad que deben existir entre los diversos prestadores de servicios en el país. Para efectivizar el

desarrollo de la RPIS se trabajaron en algunas instancias, entre las más importantes se pueden destacar:

- Elaboración de Convenio Marco Interinstitucional que elaboró instrumentos y normativas como: Instructivo de la Red Pública Integral de Salud; Norma del Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del SNS; tarifario de prestación de servicios; norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicio de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Complementaria; norma técnica para la derivación y financiamiento de la cobertura internacional y el procedimiento para la prestación y asignación de prestadores del servicio de diálisis.
- Adecuación de la oferta y demanda, mediante la definición de necesidades locales de población.
- Homologación de la tipología de los establecimientos de salud.
- Definición del conjunto de prestaciones.
- Implementación del tarifario en el SNS para la compra y venta de servicios entre las instituciones públicas y privadas en el contexto de la RPIS.
- Fortalecimiento del sistema de atención de emergencias, tanto a nivel prehospitalario como hospitalario, vinculado al Sistema Integrado de Seguridad y la plataforma ECU 911 (Vance y Acurio 2018, 292-3).

Los subsistemas públicos brindan una atención directa a sus derechohabientes y, a partir de la conformación de la RPIS en marzo de 2012, también intercambian atenciones de salud entre sí a pacientes derivados de la Red, sea por falta de capacidad física o técnica. En los últimos años la RPIS también derivó pacientes a la Red Complementaria (RC) o subsistemas privados (Lucio et al. 2019, 104).

Un último problema en la organización institucional tiene que ver con la falta de participación social en las iniciativas planteadas. Investigadores del tema como Érika Arteaga señalan que las instancias y mecanismos de participación social en el área de la salud fueron desmantelados durante los diez años de gobierno de Alianza PAIS. En palabras de Érika Arteaga (2018): “Con la recuperación de la rectoría del MSP se centralizaron las decisiones y se concibió la participación como una forma de validar las políticas de salud preestablecidas, apoyar al gobierno o captar pacientes para los servicios de salud ofertados” (140). Los Consejos Cantonales de Salud fueron

reemplazados por Comités Locales de Salud; el papel del CONASA como instancia de diálogo entre diversos actores del sector salud se vio disminuido hasta prácticamente desaparecer. La regulación de las veedurías ciudadanas sobre temas de salud pasó a ser regulado por el Consejo de Participación Ciudadana, lo que limitó la acción desde la sociedad civil. A esto se suma que con la eliminación de la Ley de Maternidad Gratuita los comités de usuarias vinculadas a esta instancia perdieron relevancia. Espacios como los Congresos de Salud y la Vida (COSAVI) se intentaron cooptar políticamente. La existencia de instancias como los Comités Locales de Salud (antes de 2006) habían sido espacios de diálogo y acercamiento de los usuarios a instancias de toma de decisión en materia sanitaria. Durante los años 2007-2017 esto se modificó con la formulación de la Ley de Participación Ciudadana que dispuso la creación de Consejos Ciudadanos cuya misión es convertirse en instancias de diálogo, deliberación y debate de las políticas públicas. En el caso del Ministerio de Salud, en 2012 convocó al Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CSS), con representantes de diversas organizaciones de la sociedad civil. Un año después de esta primera convocatoria no se había reunido nuevamente el CSS y 15 representantes renunciaron cuando se estableció que el debate sobre la problemática de salud estaba controlado y direccionado desde el Ejecutivo. Esta es una muestra de la instrumentalización de la participación para dotar de legitimidad a decisiones que previamente ya se habían acordado.

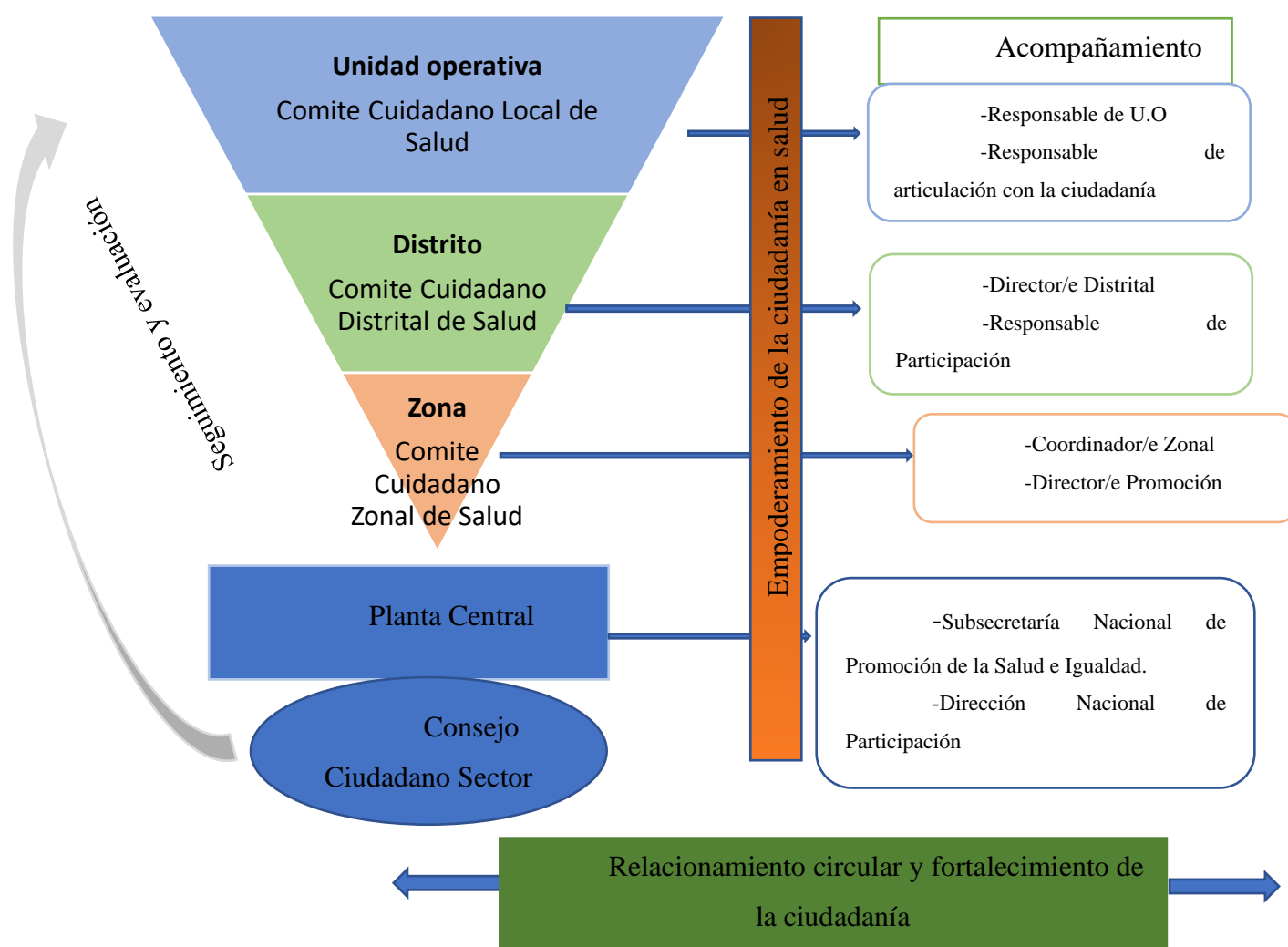
El lento arranque administrativo y los motivos que expone el colectivo ALAMES [Asociación Latinoamericana de Medicina Social] en su carta de renuncia a participar en el Consejo (2 de septiembre de 2014), refleja tensiones y malestar debido a los bajos niveles de autonomía de esta instancia, el direccionamiento por parte del MSP plasmado en los contenidos de la agenda, en las convocatorias y en la participación de las organizaciones. Adicionalmente, según el mismo documento, el reglamento en discusión debía ser aprobado por la Secretaría de Gestión de la Política del Gobierno Nacional, institución que emitía los lineamientos para las relaciones entre el Ejecutivo y las organizaciones sociales, direccionando de manera centralizada el proceso y descartando en algunos casos las propuestas de los miembros del Consejo (Peña 2020, 171).

Los límites impuestos a la participación ciudadana empezaron cuando se reguló un derecho y se implementó el Consejo de Participación Ciudadana como organismo capaz de direccionar el accionar de la sociedad civil. Por ejemplo, las veedurías en materia de salud debían ser acreditadas por dicho Consejo, limitando así el espíritu mismo de la participación y condicionándolo a un acto administrativo. La incidencia que podía



tener el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud fue limitada; perdió su funcionalidad y limitó su accionar hasta prácticamente desaparecer debido al interés manifiesto de ser un ente controlado desde el Ejecutivo.

A nivel de las zonas de planificación se estructuraron los Comités Ciudadanos Locales de Salud, cuyas funciones son: participar en la elaboración del Plan Local de Salud; participar en actividades de promoción de la salud; trabajar de manera coordinada con los gobiernos locales para incorporar temas de salud en su accionar; incentivar la creación de organizaciones juveniles, adultos mayores, comités de usuarios, entre otras actividades (MAIS 2014). En el ámbito nacional hasta 2006 existían 83 Consejos Cantonales de Salud y 8 Consejos Provinciales que trabajan de manera articulada con actores sociales y políticas en diversas temáticas de salud, como son la reducción de la desnutrición crónica y la atención a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años. La estructura de participación que impulsa el MSP nace en el Comité Local, avanza al Comité Distrital, luego al Zonal y finalmente se consolida el aporte ciudadano en el Consejo Sectorial de Salud. Esta estructura es altamente vertical y centraliza cada paso en los funcionarios del ministerio, quienes son los responsables de dar el seguimiento a cada Comité. En cada nivel hay un funcionario del ministerio que coordina y supervisa los avances, lo que instrumentaliza y direcciona la participación ciudadana, limitando la visión crítica sobre las acciones que se desarrollan en el territorio. Las acciones de los Comités en cada nivel deben ser monitoreadas a través de la herramienta Gobierno por Resultados.

Gráfico 22. **Herramienta de Gobierno por Resultados**

Fuente y elaboración: MSP/DNPMSNS (2016).

La participación de la población en materia sanitaria se coordina desde el MSP y tiene que articularse en cada territorio, de acuerdo con las necesidades priorizadas por las visitas domiciliarias y la realidad epidemiológica de la localidad. El enfoque de derechos bajo el cual se brindan los servicios de salud hace al ciudadano corresponsable por exigir una atención de calidad, al tiempo que demanda su involucramiento en procesos participativos como la conformación de los comités de usuarios de servicios de salud.

Otro punto destacable es la norma establecida en la Constitución de 1998 y mantenida en la norma de 2008, la que impide la paralización de servicios públicos, un hito en la dinámica política entre Estado y sindicalistas. Eliminada esta medida de

presión, los paros de trabajadores de la salud han sido prácticamente inexistentes en diez años. Los acuerdos también han sido tácitos y se han alcanzado, por ejemplo, mediante una mejora salarial que ha permitido a especialistas formarse y dedicarse a laborar en el sector público, identificando una ventaja en esta vinculación, no solo por dinero sino también por prestigio profesional. La contraparte en este punto sería la unidireccionalidad con la que se han tomado las decisiones, pues prácticamente el tema ciudadano y la incorporación de otras visiones ha estado ausente del debate.

Todas las decisiones y las políticas implementadas han nacido del gobierno y se han aplicado sin mediar ni establecer puntos intermedios. Un claro ejemplo es el *Código de la Salud*, ampliamente discutido en varias mesas sectoriales, en donde se presentaron iniciativas ciudadanas que al final no fueron escuchadas ni incorporadas en el texto que se aprobó. La Plataforma por la Salud y la Vida alertó sobre algunos elementos contemplados en el Código de Salud que vulneran derechos, como por ejemplo: no se asegura el financiamiento de la salud por parte del Estado, tanto en el incumplimiento del presupuesto fijado (4 % del PIB) como la no entrega de recursos para los afiliados del IESS; afecta los derechos de los trabajadores de la salud; refuerza la visión curativa de la salud en desmedro de la promoción y la prevención; no se promueve una política de acceso a medicamentos genéricos; se prioriza la productividad sobre la equidad y la calidad de los servicios; se limita la participación comunitaria y social; no se visibiliza la salud desde sus determinantes ni se termina con el modelo extractivista, entre otros.

Esta visión crítica respecto a los avances alcanzados en materia sanitaria deja en entredicho los logros publicitados desde el Estado. Si bien se ha avanzado en la promoción de la salud, el gasto se ha incrementado y hay nuevas unidades médicas, no se ha alcanzado la equidad en el acceso a la salud, pues las familias siguen financiando de manera directa estos gastos y existe una gran cantidad de población que no accede a cuidados mínimos.

#### **4.4 Enfoque de la salud pública**

Como vimos en el capítulo anterior, las políticas han dicho una y otra vez —no solo en el período de la Revolución Ciudadana sino desde mucho antes, al menos desde la administración del doctor Plutarco Naranjo, a fines de los años de 1980— que el énfasis principal del SNS debe ser la prevención, y la prioridad la APS. Adicionalmente, se ha mencionado siempre una intervención que no solo provea

servicios de salud para curar las enfermedades, sino que estos servicios se adscriban en el marco de una orientación más general, hacia sociedades saludables, es decir, afectar los determinantes de la salud y no solo los efectos de la enfermedad. El propósito de esta sección es presentar el debate sobre la valoración final de si estos propósitos de “cambio de enfoque” en el SNS realmente se cumplieron durante los años de la Revolución Ciudadana.

Con la consagración del derecho a la salud en la Constitución de 2008 se buscó trabajar en un concepto integral de salud e intervenir en diversos aspectos como vivienda, dotación de agua potable, gestión de espacios públicos, espacios de esparcimiento y deporte, alcantarillado, nutrición, entre otros, para lograr niveles de bienestar y satisfacer las necesidades de la población. El enfoque del MAIS y la APS contemplan intervenir en determinantes de la salud de forma individual y colectiva para garantizar una salud plena y un desarrollo integral.

Al priorizar el desarrollo e implementación de un modelo de atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), sumado a la articulación de la RPIS y la armonización de prestaciones de salud, busca establecer las condiciones para sostener el acceso universal a la salud que cumpla con los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional establecidos en la Constitución para la construcción del Buen Vivir (Vance y Acurio 2018, 287).

Las acciones ejecutadas por el MSP para sostener y desarrollar en el tiempo el MAIS se sustenta sobre todo en la conformación de los EAIS, en la formación de los TAPS y el reconocimiento de la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria como una forma de que los médicos que se forman con esta especialidad estén en capacidad de atender las patologías del individuo, pero también de la comunidad.

La medicina familiar como estrategia de la atención primaria de salud está siendo tomada en cuenta cada vez con mayor importancia para conformar los equipos de salud en los niveles primario y secundario de atención del sector privado. En el sector público, sus planes y programas están tomando como partida el modelo de medicina familiar, aun cuando todavía no hay actores reales que ocupen esos puestos de trabajo (Romero et al. 2006, 515).

En cuanto a la implementación del MAIS se puede destacar la implementación de los EBAS; lamentablemente, esta iniciativa mutó a lo largo del tiempo y no fue sostenida. “Para 2009 el MSP reportaba la conformación de 640 EBAS, que

recolectaron información de 570 000 personas y 170 000 familias en visitas casa por casa por una sola vez. Todas esas fichas, que resultaron un único intento por orientar el modelo hacia la Atención Primaria de Salud, quedaron archivadas” (Arteaga 2018, 138). La estrategia de APS se diluyó porque las acciones en territorio se limitaron a un solo intento por receptar información y no hubo un seguimiento de los casos localizados. Junto con la rotación de los ministros llegaba una nueva visión de la salud, y con ello la dispersión de los recursos, el cambio en el enfoque de trabajo y el nulo seguimiento a las estrategias priorizadas.

Estos elementos ya desagregados en el territorio y como parte de la estrategia de fortalecimiento del SNS no fueron suficientes para garantizar el acceso a los servicios de salud, especialmente porque la dispersión de recursos se mantuvo; no fue posible fortalecer el primer nivel de atención; la concentración de especialistas en las grandes ciudades no se modificó y las acciones en territorio no fueron constantes en el tiempo.

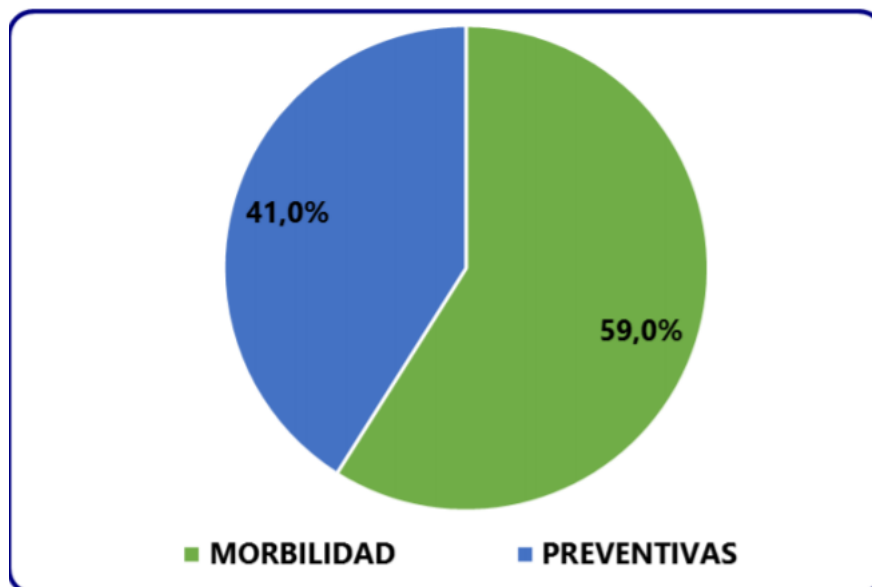
El enfoque de la salud pública debe mejorar y realmente proyectarse más allá de la atención médica. La visión de la salud debe ir más allá del individuo y sus patologías, debe enfocarse en el entorno social, humano y económico, y desde allí trabajar en acciones permanentes que permitan transformar hábitos de vida.

Sin embargo, el enfoque de salud visto desde la prevención y la integralidad de los servicios no se pudo consolidar. La ampliación de la red de centros y subcentros de salud no fue suficiente frente a la gran demanda por atención médica. A esto se suma que las acciones de prevención se vieron limitadas por el enfoque político que primó en muchas ocasiones sobre el técnico. El servicio de salud siguió siendo curativo antes que preventivo. A la par, se desmantelaron esquemas de atención en provincias, que debilitaron la vigilancia epidemiológica.

La gestión del MSP no pasa a manos de personas formadas en salud pública, sino a gerentes, principalmente funcionarios administrativos a los que no se los entrena o forma en la visión de la integralidad de la salud y, por tanto, sus decisiones no son el resultado de rigurosas reflexiones que tienen que ver con los objetivos finales que significan el logro de la salud para todas las personas. En la clasificación de puestos del Ministerio de Trabajo, la concepción que primó para la misma fue exactamente el tradicional enfoque curativo de la salud, donde los salubristas ocuparon y se clasificaron con menor puntaje que el médico general con las consiguientes implicaciones salariales y posicionales. Se refiere a que el tiempo que los médicos dedican a la atención del paciente es limitado y medido. Muchos pacientes se quejaban de que no los veían a los ojos al explicarles lo que tenían, sino a la computadora (Velasco, Hurtado y Tapia 2020).

Sin duda, el enfoque inicial basado en la prevención y promoción de la salud no logró consolidarse; al contrario, primó una visión medicalizada de la atención, y en materia de prevención el sistema no fue efectivo.

Gráfico 23. **Producción de consulta externa por tipo de consulta (2016)**



Fuente: Ministerio de Salud Pública.

Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud.

El número de atenciones de morbilidad, preventivas, odontológicas y de emergencia se incrementaron en un porcentaje de 171 %, pasaron de 14 372 251 en el 2006 a 39 285 973 en 2016. Si bien el mayor número de atenciones son de morbilidad, también las atenciones preventivas tuvieron un incremento significativo. La cobertura del parto institucional alcanzó en el año 2010 el 85,7 % frente al 80,8 % registrado en el año 2005. La gratuidad de los medicamentos también incrementó sustancialmente el número de recetas entregadas a las y los usuarios de las unidades del MSP. La inversión en medicamentos desde el 2008 al 2011 es de aproximadamente 200 millones de dólares. De igual manera, los exámenes de laboratorio que se incrementaron en un 134 %, las cirugías en un 47 % y los egresos hospitalarios en un 43 %, de 384 000 en el 2006 a 503 315 en el año 2010 (EC Ministerio de Salud Pública 2013, 25).

Así, el grueso del presupuesto de salud aún no se destina a la prevención, sino a la prestación de servicios a nivel de especialistas y hospitalización, lo que significa que las personas no toman conciencia sobre la importancia de la prevención y llegan a los servicios de salud en demanda de atención especializada, muchas veces cuando las enfermedades han avanzado mucho y son muy costosas de curar.

Como dice Juan Chuchuca: “Se logra el fortalecimiento del primer nivel, no solo con la construcción de centros de salud [...] Lo más importante es la formación del talento humano” (2017, entrevista personal). La formación de especialistas de la

comunidad y cubrir el déficit de profesionales en zonas alejadas es una labor que el MSP ha venido desarrollando en estos años. Por ejemplo, con la entrega de becas para la profesionalización de médicos, la repatriación de profesionales y la formación de TAPS. En palabras de Chuchuca:

La formación de TAPS y de médicos familiares ha posibilitado que zonas alejadas de los centros urbanos puedan contar con personal calificado para la atención en salud. Si bien estos esfuerzos se deben destacar, también es cierto que la contratación de médicos cubanos para ocupar plazas de nacionales y la renuncia forzada de especialistas son cuestiones que causan malestar y hablan del carácter autoritario de muchas de las reformas iniciadas en materia de salud (2017, entrevista personal).

En el contexto del MAIS, la APS es un punto muy importante porque promueve la promoción y la prevención mediante un trabajo comunitario, coordinado con profesionales que cuentan con el aval de la comunidad y que buscan incidir en el cambio de comportamiento de las personas. La formación de TAPS se constituye en un factor diferencial al momento de hablar de prevención, porque son ellos quienes conocen las condiciones de cada uno de los pacientes que visitan y pueden ayudar a reducir las conductas de riesgo; además, por la facilidad que tienen, por ejemplo, en el manejo de un idioma como el quichua, son capaces de conectar con las necesidades de cada paciente y ser más cercanos a la realidad de la persona, lo que en el Centro de Salud no se percibe.

Cuando nosotros, los TAPS, salimos al trabajo extramural podemos enfocarnos en otros factores de riesgo que están alrededor del paciente, porque aquí en consulta solo se ve lo que tiene y no lo exterior; no se evalúa el entorno natural, psicosocial y familiar, entonces todo eso se observa cuando estamos en el sitio. Una vez que usted observa todos los factores de riesgo puede ayudar a disminuirlos y que no se genere una patología más complicada para el paciente; en realidad, la salida es para la promoción del cuidado y la prevención de enfermedades (Masaquiza 2017, entrevista personal).

El trabajo de este tipo de profesionales es muy valorado en zonas que cuentan con población mayoritariamente indígena; por ejemplo, en la parroquia Salasaca Lourdes Masaquiza mantiene una estrecha relación con miembros de su comunidad, quienes la respetan y consideran por ser su voz.

El TAPS debe levantar las alertas y tiene un mapa en donde van ubicando alertas sobre niños que no se han vacunado, mujeres embarazadas, personas con enfermedades

crónicas, adultos mayores, desnutridos, ellos van haciendo un levantamiento de las alertas, el AEIS le sigue la pista o va junto a ellos y luego van solucionado las necesidades de la población (2017, entrevista personal).

Lograr que el TAPS se convierta efectivamente en un nexo entre la comunidad y el equipo de salud es una propuesta novedosa del MAIS, es ir más allá de montar la infraestructura hospitalaria, es empezar a trabajar de manera concreta en prevención y promoción de la salud desde las necesidades de la gente, localizando y dando un seguimiento efectivo a los requerimientos de grupos prioritarios y personas en riesgo.

En el tema de los TAPS, estos se implementaron en 2013, siete años después de la llegada al poder de la Revolución Ciudadana:

Desde 2013, bajo la firma de un “Convenio Tripartito de Cooperación Interinstitucional” entre el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y el Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo y Becas (IECE), se impulsó la formación de los TAPS como una estrategia para fortalecer la atención en las unidades de salud del país y consolidar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), orientado hacia el trabajo directo con la comunidad mediante actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades (EC Ministerio de Salud Pública 2017).

Hasta noviembre de 2015 se habían capacitado en salud sexual y reproductiva, lactancia materna, salud del adolescente, nutrición, entre otros. Terminaron la formación un total de 1518 TAPS para funcionar en 22 de las 24 provincias del país. Meses después, a ese número se sumaron 617 técnicos más, que atienden a todas las provincias.

El enfoque de trabajo del MSP fue unidireccional y se limitó al control normativo. En ningún caso se profundizó un trabajo en la prevención. Así lo demuestra el limitado número de consultas que en este aspecto se realizaron dentro de la red del MSP. Otro punto a considerar es el segmento de la seguridad social que no ofrece a sus afiliados estrategias para la prevención de enfermedades, limitándose a tratar afecciones médicas que, en muchos casos, son muy complejas y representan un gasto elevado en cuanto a prestaciones. Además, en este enfoque el acercamiento a actores de la sociedad civil para discutir problemáticas como el embarazo en niñas y adolescentes es muy limitado. En muchos casos, las decisiones de política e inversión se vieron atravesadas por visiones políticas antes que técnicas, mientras que el diálogo se limitó a una convocatoria de actores sin poder de decisión.



La construcción del sistema de salud todavía se enfrenta a intereses particulares de médicos, farmacéuticas, clínicas, hospitales y distribuidores de insumos y medicinas que necesitan de la enfermedad para continuar con su negocio y verlo crecer. Como lo señala Érika Arteaga:

La inversión en salud de la década correísta se desperdició en obras grandes que generaron poder político e ideológico, pero que no lograron transformar ni construir un sistema basado en la promoción de la salud. Al contrario, con la centralización de las decisiones en el Estado-nación, y con un modelo médico curativo, se han extinguido organizaciones de promotoras autónomas y se ha desplazado el rol de las parteras en la comunidad. No se entendió que la salud no se reduce a la oferta de servicios, ni que en esa oferta no se puede reemplazar el derecho a la salud por una política “centrada en el grado de pooling” (mancomunación) de fondos y riesgos, recursos limitados, programas focalizados y cobertura a poblaciones vulnerables. Servicios de salud pobres para pobres [...] son la herencia del correísmo en salud (2018, 143).

La sola declaratoria de la gratuidad no garantizó nunca que el acceso a los servicios de salud se diera de manera equitativa, peor aún logró revertir las profundas desigualdades históricas presentes en materia sanitaria en el país. Si bien el gobierno amplió la oferta de los servicios de salud existentes, nunca se transformó realmente el sector. El enunciado de la salud como un derecho para todos los ecuatorianos no subsanó décadas de desinversión y deterioro. El modelo de APS tampoco terminó de asentarse en los territorios, los equipos EBAS perdieron continuidad en su trabajo y el resultado de la formación de TAPS aún debe evaluarse.

La transformación del sector salud tuvo dos fases: la primera de reorganización y la segunda de inversión. En cuanto a la reorganización, se concibió una nueva estructura institucional diseñada para separar la prestación de servicios de la rectoría; en cuanto a la inversión, se destinaron ingentes recursos para acondicionar los centros de salud, construir nuevos hospitales y contratar personal. El concebir a la salud como un derecho permitió acelerar el proceso de transformación del sector vía inversión directa, como lo señala la asesora Patricia Costales:

En cuanto al enfoque se parte de una concepción del derecho de fortalecimiento y dignificación de los servicios públicos y que la salud sea universal para toda la población y gratuita. Antes se creía que el Ministerio de Salud ofrecía servicios pobres para los pobres, por lo tanto, no tenía mucho que preocuparte de invertir, ni de la calidad del servicio, ni de tener profesionales preparados para esa atención porque era lo último [...] es una ruptura con esa concepción [...] el Estado tiene la obligación de solventar la salud. Es un modelo coherente con lo que plantea la Constitución; otra cosa importante del modelo es que necesitabas profesionales con una formación distinta; a la

par se reorganizó el Ministerio y se decidió la desconcentración de funciones para fortalecer el accionar local mediante coordinaciones zonales con capacidad de acción. El MSP en su planta central es el responsable de definir las políticas públicas en materia sanitaria y fortalecer su actividad como órgano rector del Sistema Nacional de Salud (2017, entrevista personal).

La capacidad administrativa del SNS creció en el período analizado. A la par, se concretaron leyes y reglamentos que hicieron posible que el MSP reafirme su sitial como ente rector de la política pública a nivel nacional, aunque no tenga el control absoluto sobre los fondos asignados al tema de salud. Persiste la dispersión en el manejo de los fondos y la autonomía financiera en instituciones como el IESS, ISSPOL e ISSFA.

## **5. Balance general**

En palabras de Filgueira (2013), la política social, su historia y desarrollo guarda estrecha relación con los modelos de desarrollo y los paradigmas económicos presentes en la historia del desarrollo de América Latina. Con esto concuerda Aponte Blank (2012), quien manifiesta que el estudio de la política social mantiene correspondencia con la reflexión sobre el Estado y su papel en el diseño de las acciones públicas enfocadas a mejorar las condiciones de vida de la población. En 1930 el modelo de desarrollo liberal-primario exportador se caracterizó por un diseño asistencial entendido como caridad, priorizó la seguridad social para los trabajadores urbanos y se empezaron a diseñar las políticas sectoriales para salud y educación. En 1969, el modelo de sustitución de importaciones mantiene el diseño de una seguridad social enfocada a los trabajadores formales del sector urbano, focaliza la asistencia a través de subsidios para el consumo, el Estado se convierte en proveedor de los servicios de salud y educación. Hacia 1980, con la crisis de la deuda, la protección social se focaliza en los más pobres, se diseña un sistema de protección en el que el individuo se tiene que responsabilizar por su previsión; se descentralizan los servicios sociales y el Estado actúa como protector únicamente en situaciones de emergencia. Finalmente, el diseño de las políticas sociales desde 1990 apuestan por la entrega de transferencias condicionadas a familias vulnerables a cambio de asistir a centros de salud y educación. En el diseño de las políticas sociales en América Latina persiste la dualidad: por un lado, está una seguridad social que garantiza la atención a los trabajadores urbanos formales; y por otro, un andamiaje institucional estatal encaminado a cubrir a la población que no

trabaja en relación de dependencia y que tampoco puede acceder a servicios a los mercados privados de salud, jubilación o educación.

En el caso ecuatoriano, la construcción de las políticas sociales responde a esta clasificación histórica, y en el tema salud aún convive la prestación de un esquema tripartito: servicios públicos, seguros privados y esquemas de aseguramiento estratificados por las condiciones laborales de un determinado segmento de la población. Esto se evidencia en la convivencia de tres realidades: por un lado, están los servicios públicos; por otro, las prestaciones para los trabajadores en relación de dependencia; y también quienes pueden permitirse pagar por un seguro privado. Este hecho es determinante al momento de diseñar y coordinar acciones para cambiar el sistema. Es complejo lograr que diversos actores con intereses muy concretos no presenten resistencia a los cambios cuando sus objetivos y expectativas no son similares. Esta realidad se ve afectada, además, por la cantidad de recursos destinados a satisfacer las necesidades de una población diversa. Así, los avances alcanzados en materia de salud y educación en Ecuador hasta finales de los años de 1970 se vieron afectados por la reducción en los presupuestos estatales y la disminución del rol del Estado en la provisión de servicios a sus ciudadanos a partir de los años de 1980. La crisis de la deuda externa, que obligaba a los países a devolver los préstamos obtenidos durante la década anterior, hizo imposible que el Estado continuara invirtiendo en programas sociales, puesto que gran parte del presupuesto anual se destinó al pago de obligaciones con bancos y organismos internacionales.

La construcción misma de un Estado de bienestar está lejos de producirse en Ecuador cuando la dualidad de mecanismos de protección sigue vigente y se regula por el nivel de contribución de los usuarios al sistema. Para hacer posible la contribución y sostener el gasto en salud se incrementó la recaudación fiscal.

Cada año más ciudadanos buscaron atención en centros médicos públicos, pero el sistema se debilitó debido al desmantelamiento de la participación comunitaria, la disminución de los entes locales de salud y la falta de diálogo para fijar las políticas públicas.

El 73 % de la PEA asegurada está localizada en zonas urbanas, mientras que tan solo el 27 % de los asegurados están localizados en zonas rurales, y se encuentran cubiertas básicamente por el seguro campesino provisto por el IESS. Dicha distribución fue similar en el año 2008; registrándose también un importante incremento en el

aseguramiento de la población rural, que pasó de 7,3 % de la PEA en 2008 a 12,3 % de la PEA en 2012 (Naranjo 2013, 36).

El sistema de protección social no logra universalizarse, especialmente porque el entramado institucional de sectores involucrados en la prestación de los servicios maneja lógicas diferentes de atención. Sin embargo, el sistema de referencia y contrarreferencia intenta normar de manera técnica la forma en la que se debe atender a un paciente dentro de la red pública y privada del SNS. Este es, sin duda, un avance muy importante en la construcción del sistema.

Las condiciones generales de salud entre la población ecuatoriana apenas si mejoraron de manera sustancial en el período analizado; enfermedades como la diabetes o la hipertensión crecieron de manera sostenida y no hay políticas claras que puedan detener su expansión. Durante los últimos diez años los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades hipertensivas se mantienen como las principales causas de muerte en el país. Estas enfermedades están relacionadas directamente con la mala alimentación, los malos hábitos de vida y la falta de ejercicio. Si consideramos indicadores como la incidencia de la desnutrición entre la población podemos concluir que las condiciones socioeconómicas que debían mejorarse para revertir esta situación no fueron intervenidas de manera oportuna. La incidencia de la desnutrición se mantiene alta entre la población indígena y está relacionada directamente con la carencia de oportunidades educativas y sociales. A la par con una falta de políticas claras e intervenciones oportunas para mejorar el acceso a agua segura, vivienda digna y educación.

La esperanza de vida es un indicador que ha mejorado cada año para Ecuador, pero no necesariamente vivir más años significa vivir mejor. Para el caso de la población de la tercera edad, más del 60 % de adultos mayores no tienen acceso a un servicio oportuno de salud y mucho menos de cuidado. Otros aspectos que dan cuenta de que una mayor inversión en infraestructura no derivó en mejores servicios es el hecho de que casi el 50 % del gasto total en salud proviene de las familias. La inequidad en el acceso a servicios oportunos de salud obliga a las familias a recurrir al sector privado en busca de atención o medicamentos. Este indicador no mejoró en ningún sentido durante los años analizados.

El aumento de la inversión no resolvió plenamente la disponibilidad de camas por habitante: este indicador llegó a apenas 1,4 camas por cada 1000 habitantes cuando

la OMS recomienda 2,7. La rapidez con la que se construyeron los hospitales básicos no fue suficiente para mejorar este indicador. La cobertura en servicios de atención de primer nivel mejoran porque se incrementó la red de centros y subcentros de salud; sin embargo, el personal dedicado a centros de salud ubicados en zonas de frontera y rurales siguió cubriéndose con los estudiantes del último año de medicina. Esta situación no se revertió y no se cuenta con un programa claro y estandarizado de atención en el primer nivel. La disponibilidad de insumos y profesionales de la salud tampoco mejoró en estos años; la concentración de recursos de salud se mantuvo en las grandes ciudades y el déficit de profesionales e insumos permaneció sin grandes cambios para ciudades intermedias y zonas rurales.

El aumento en la inversión tampoco resolvió plenamente el problema de la cobertura: cerca de un 54 % de la población no tiene cobertura del IESS ni de un seguro médico de salud, depende directamente de la atención que le brinde el MSP. El mayor gasto en salud sigue centrado en la familia: cerca del 50 % del total del gasto en salud viene de los bolsillos de los ecuatorianos. Las familias gastan en medicinas y atención hospitalaria porque no encuentran en la red pública la capacidad para entregar medicamentos o contar con especialistas para sus dolencias.

Sin duda, la disponibilidad de recursos financieros ha marcado otro hito durante este período. La inversión per cápita en salud creció casi en un 50 % en el Gobierno de Alianza PAIS, el presupuesto de salud se incrementó año a año y la construcción de nueva infraestructura hospitalaria marcó un antes y un después en materia sanitaria; sin embargo, la inversión no logra transformar de manera definitiva al sector público. Los retos persisten, sobre todo en el aspecto económico. Se debe pensar a futuro cómo se va a atender la prestación universal de salud para una población que va en aumento cada año. A esto se suma la falta de claridad en cuanto a la dotación de medicamentos, la que debería ser permanente en el tiempo, así como la incorporación de especialistas al sector público.

En las transformaciones del SNS se puede identificar que los arreglos institucionales para unificar la complementariedad de los servicios todavía tienen un largo camino por recorrer; no obstante, es importante señalar que la capacidad técnica puesta en marcha desde el MSP ha facilitado el diseño de herramientas que permiten que las relaciones de intercambio y apoyo sigan fortaleciéndose. La implementación de protocolos de referencia y contrarreferencia permite agilizar los traslados de pacientes entre unidades de salud y beneficia a los usuarios de los servicios.

Cuando se evalúan las capacidades estatales, un indicador muy importante es la construcción de institucionalidad; en el caso del MSP esto ha sido posible gracias a la división de funciones y a la dotación de recursos para mejorar su infraestructura como prestador de servicios.

La transformación de la salud en el período de la denominada Revolución Ciudadana tiene dos fases claramente identificadas: la primera, en la que la inversión, construcción de infraestructura y contratación de personal es la base; y la segunda, en donde se intenta bosquejar y construir un SNS que se ayuda de lo construido en la primera fase para trabajar de manera coordinada con otros sectores en la provisión universal de servicios de salud a la población. Para que este entramado funcione, el Estado debió fortalecer su participación en dos ámbitos: la recaudación de impuestos para realizar inversión y la capacidad de planificación, regulación y control. En el caso de la salud, los pasos dados responden a un proceso de planificación que partió de la infraestructura con el fin de que cada territorio responda a sus necesidades y sea capaz de buscar sus propias soluciones.

Si bien se pueden destacar fortalezas del proceso implementado, señalar las debilidades es una acción que por reiteradas ocasiones han hecho representantes de la sociedad civil organizada y representantes del sector salud, quienes consideran que el sistema imperante, lejos de promover estilos de vida saludable, lo que ha hecho hasta ahora es limitar la participación de las personas en la construcción de políticas públicas orientadas a cambiar de verdad la visión de enfermedad bajo la cual actúa el MSP.

La consolidación de un sistema de salud continúa siendo una utopía en el Ecuador, en donde las prestaciones de salud siguen creciendo al infinito y no existe un límite para eso. A esto se añade que el presupuesto ha crecido al ritmo esperado y aún se está lejos de alcanzar el objetivo del 4 % del PIB, a lo que se agrega la excesiva compra de servicios al sector privado, que ha trasladado ingentes recursos a manos de empresas que crecieron a costa del dolor ajeno.

La promoción y la prevención son dos elementos ausentes del modelo, que, si bien constan en las declaraciones, todavía no es posible identificar de manera contundente que las acciones de salud estén encaminadas hacia cumplir estos principios. El número de consultas curativas excede al número de consultas preventivas, lo que pone en duda la efectividad de las acciones y la eficiencia del gasto.

La inversión realizada en salud no se ha acompañado de políticas integrales de prevención y promoción de la salud; más allá de la publicidad que se dio a la inversión

en infraestructura, equipamiento y contratación de personal, la efectividad de dichos mecanismos en mejorar y promover mejores estilos de vida está en entredicho.

La reforma institucional emprendida para el MSP priorizó la creación de una infraestructura poco eficiente; programas como el de vacunación que antes funcionaban de manera articulada en el territorio perdieron fuerza y de poco los logros alcanzados fueron diluyéndose en el tiempo. Los acuerdos que se lograron con el sector privado actuaron en contra de lo público que vio disminuida su capacidad de acción al limitarse a pagar por servicios tercerizados que, en la mayoría de los casos, derivaron en escándalos de corrupción o suspensión de servicios por falta de pago. La tan mentada reforma del sector salud no mejoró ni transformó un sector inconexo e ineficiente.

La implementación del MAIS-FC, con todos sus avances, no transformó la estructura ni las prestaciones de servicio en el Ecuador porque la atención a las familias no se llevó a cabo con un criterio técnico sino en muchos casos político. Las intervenciones perdieron fuerza cuando no se realizó un seguimiento oportuno de las necesidades identificadas ni se priorizaron programas de control. El despido de epidemiólogos y médicos especialistas repercutió de manera negativa en la prevención y control de algunas enfermedades. El trabajo y las intervenciones en el territorio se vieron limitadas por la contratación de funcionarios que pasaron a desempeñar cargos administrativos y no técnicos. Un claro ejemplo de este problema es la falta de seguimiento para el caso de las enfermedades transmitidas por vectores. Antes el MSP contaba con una red articulada en todo el territorio que no solo hacía seguimiento, sino también intervenciones como fumigación. Eso dejó de hacerse y se priorizaron acciones que perdieron la capacidad de intervención, y de a poco aquellos indicadores que se habían logrado revertir aumentaron nuevamente. El cierre de instituciones sin el análisis de su utilidad repercutió también en la calidad de las intervenciones diseñadas. Un claro ejemplo de ello es el cierre del Instituto Izquieta Pérez que dejó al país sin la posibilidad de producir y distribuir vacunas. La creación de ENFARMA (2009) fue otro ejemplo equivocado de las inversiones que se priorizaron en el período analizado.

El enfoque de la salud se centró en la atención a la enfermedad y a los enfermos. En ningún caso se priorizaron estrategias encaminadas a prevenir enfermedades sino a curarlas. La construcción de hospitales y la adquisición de insumos médicos no contribuyó a mejorar la salud, sino a acrecentar un sistema de salud encaminado a atender las complicaciones en los pacientes. La falta de políticas claras para mejorar las condiciones de vida de toda la población repercutió en los indicadores de salud.

El balance general de la denominada “revolución en salud” nos retrata un país que no logró superar inequidades en materia sanitaria. La desigualdad en cuanto al acceso a servicios de salud se mantiene casi inalterada. La construcción de un andamiaje institucional que rompa con la dicotomía entre lo público y lo privado se mantiene.

La entrega de enormes recursos públicos al sector privado, por medio de la compra de servicios hospitalarios, disminuyó la capacidad de respuesta de los entes estatales frente a la demanda creciente de la población por servicios médicos. La falta de diálogo entre instituciones y representantes de la sociedad civil mermó las posibilidades de lograr acuerdos nacionales para enfrentar temas complejos como la consolidación del SNS.



## Conclusiones

La discusión sobre capacidades estatales reapareció en los años de 1990 como parte de un análisis general sobre aquellos temas pendientes en materia de fortalecimiento de la institucionalidad del Estado y como requisito indispensable para la organización del desarrollo. La discusión sobre capacidades estatales está ligada a las políticas neoliberales y tiene relación con el informe presentado por el Banco Mundial, en 1997, sobre “El Estado en un mundo en transformación”, en el que se plantea la necesidad de un Estado fuerte, no de un Estado mínimo, para garantizar el éxito de las reformas implementadas. En efecto, para alcanzar el desarrollo, un país debe ser capaz de modificar su estructura institucional, fortalecer su capacidad administrativa y garantizar la administración de su territorio. El Estado desempeña un papel importante en el desarrollo, como ejecutor y regulador en los campos económico, social, tributario, institucional y político. En cada uno de estos ámbitos es el responsable de establecer normativas claras que el sector privado debe cumplir y que determinarán el éxito o el fracaso del accionar estatal a largo plazo. La capacidad estatal puede equipararse con el denominado “poder infraestructural”, que determina que la sociedad acepte su injerencia y pueda consolidar sus políticas.

Las capacidades estatales abarcan dos dimensiones: la política y la institucional. La dimensión institucional alude a la habilidad del Estado para penetrar en la sociedad mediante la creación de una burocracia especializada. La dimensión política apunta a aquellas habilidades que el Estado necesita para solucionar las demandas de la sociedad mediante políticas concretas.

Para realizar el abordaje sobre las capacidades estatales, en el caso del sector de la salud en Ecuador, se debe revisar de qué manera se asegura la provisión de servicios de atención sanitaria como un factor decisivo para que la sociedad “acepte la injerencia” (o la penetración estatal). Es, pues, un componente central de lo que podríamos llamar la “legitimación” de la intervención del Estado que se extiende hacia otros ámbitos, más allá del estrictamente sanitario. Para lograrlo, el Estado debe asegurar una efectiva planificación (identificar y priorizar la intervención a realizar); lograr una eficaz coordinación entre la provisión de servicios privados y públicos, ampliando así su cobertura (función de regulador y proveedor); y, como resultado, debe mejorar las

condiciones de vida y salud del conjunto de la población en su territorio. Esas son, en síntesis, las dimensiones del fortalecimiento de las capacidades estatales, aplicadas al ejemplo del sector de la salud, que analizamos en esta tesis.

Las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana han mejorado de manera sostenida a lo largo de las últimas décadas: hoy la esperanza de vida es de 75 años, cuando en 1956 era de 48. Las tasas de mortalidad materna e infantil también han mejorado de manera sostenida. La investigación detectó que dichas mejoras fueron más aceleradas en períodos anteriores al Gobierno de la Revolución Ciudadana (2007-2017) que durante los diez años de su gestión. Descubrió también que el efecto más importante de lo que se hizo en salud en esos diez años dependió del aumento de la inversión estatal en infraestructura y la contratación de personal, pilares de la cobertura de los sistemas de salud. Lo que conecta la ampliación de la cobertura e infraestructura con los resultados positivos en las condiciones de vida y salud de la población es una correcta planificación y ejecución de lo planificado, que fije prioridades en las modalidades y los enfoques de la intervención pública, que asegure la coordinación de la provisión de los servicios públicos y privados, y que vincule la política sectorial de salud con otras políticas públicas relevantes, como las económicas, ambientales y de servicios básicos, que tienen influencia directa en esas condiciones de salud general de la población.

El Estado ecuatoriano, bajo una visión desarrollista, invirtió en salud e infraestructura durante los años 1974 a 1997. En este período se construyó la mayor infraestructura sanitaria pública, pero a partir de los años de ajuste económico, que iniciaron en 1997, el tema de la salud no fue prioridad. El Estado dejó de invertir y se limitó a cubrir las necesidades muy elementales de grupos específicos, dejando de lado su compromiso con la salud de grandes segmentos de la población. Si a esto sumamos la dispersión de recursos y la falta de continuidad en las políticas, entonces encontramos a un sector debilitado que necesitaba una gran inyección de recursos económicos para tratar de paliar años de abandono estatal.

El proceso de transformación del SNS empezó con el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, lo cual se evidenció en la decisión política de centralizar la planificación y la gestión de la salud en el Gobierno central. Además, se dotó al MSP de dependencias técnicas encargadas de supervisar el rol como proveedor y regulador del sistema de salud. Por un lado, el trabajo se enfocó en la gestión de los servicios, sin dejar de lado la implementación de un sistema de información, la promoción de la

participación ciudadana, el control y monitoreo del sistema y la implementación del MAIS como eje de las acciones en territorio.

El capital político del movimiento que ostentó el poder durante el período analizado permitió que las reformas iniciadas no tuvieran mayor resistencia. El apoyo ciudadano a la gestión del presidente Correa legitimó los cambios iniciados. Sin embargo, la falta de consenso en la toma de decisiones en conjunto con actores clave del sistema debilitó el rol del MSP como ente rector del SNS, y el alcance mismo de las reformas no se tradujo en bienestar para la población. Los diversos enfoques de trabajo desde el ministerio limitaron tanto la profundización de los procesos como los resultados.

El triunfo de Rafael Correa trajo de vuelta la idea de transformar y modernizar el Estado, para lo cual se diseñó una fuerte institucionalidad pública orientada desde la planificación estratégica; se trabajó en el rediseño institucional de ministerios como el de Salud; se implementaron mecanismos de medición y gestión de información; se dotó de recursos humanos, financieros y técnicos a las dependencias; y se contrató personal para la atención a los usuarios. El rediseño institucional inició con la propuesta de la nueva Constitución, y desde ahí nacieron documentos importantes que marcaron el rumbo de la política pública en todas las instancias de gobierno. El Estado volvió a retomar su rol como ente rector y ejecutor de las políticas públicas. El diseño institucional se acompañó de la expedición de leyes y reglamentos para ejecutar en el territorio las acciones planificadas desde el Gobierno central. El incremento de las capacidades técnicas del gobierno fue notorio en todos los campos de trabajo, especialmente en el área de planificación, en donde los técnicos de la SENPLADES se volvieron responsables de delinear la gestión pública a nivel nacional. Tanto en este organismo de planificación como en las distintas dependencias y ministerios se reclutó a jóvenes profesionales formados en el exterior para dar forma a la gestión gubernamental. El conjunto de estas acciones da cuenta de un Estado que se dedicó a establecer reglas generales para controlar y estandarizar todo lo que pasaba en cuanto a salud pública y acceso a servicios. Las iniciativas para que el Estado amplíe su rol directriz dentro del área de salud se manifestaron en diversas formas, especialmente en lo referente al crecimiento de la oferta de los servicios, así como la articulación y complementariedad de los mismos. Sin embargo, el nivel de empoderamiento y participación de todos los sectores involucrados en materia sanitaria se vio limitada, la política sanitaria excluyó a la sociedad civil de muchos temas y la capacidad técnica

existente en el MSP fue desvirtuada en función de un nuevo esquema de trabajo que priorizó lo gerencial administrativo antes que lo médico y científico.

La función central del sistema de salud es ejercer su propia rectoría; en el caso del Ecuador, esta función está entregada al MSP, institución responsable de coordinar las acciones entre los actores que conforman el sistema de salud. Un paso importante en la consolidación de esta responsabilidad fue la división de funciones al interior del ministerio, estableciendo, por un lado, los procesos que lo encaminan hacia el fortalecimiento de su rol como autoridad sanitaria; y, por otro, la responsabilidad en torno a atención y gestión de los servicios. La creación de viceministerios responsables de procesos estratégicos y de planificación y gestión de acciones en el territorio fue clave para potenciar el rol del MSP dentro del sistema de salud. El hecho de contar con un plan de desarrollo que marca las acciones del MSP a largo plazo permitió al Estado desarrollar acciones de largo aliento en el tema sanitario, que enfatizan en el fortalecimiento de la gestión del sistema y pretenden una alineación con la política estatal de salud.

El cambio constante de autoridades sanitarias, con visiones, enfoques y programas diversos, no permitió consolidar la gestión del MSP como autoridad sanitaria. A la fecha, no se ha logrado terminar con la división que existe entre los integrantes del SNS, sus fuentes de financiamiento y la población a la que protegen. El SNS mantiene un esquema diferencial entre los actores. La incorporación de procesos de apoyo y de gestión en el territorio ha potenciado la labor del MSP como proveedor de servicios de salud. En el período analizado es evidente que la población volvió a lo público para atender sus necesidades, especialmente en lo que se refiere a consultas para afecciones ya desarrolladas, aunque no tanto para temas de prevención.

La nueva estructura orgánica del MSP y sus procesos de apoyo permitió extender en el territorio la presencia de un servicio de salud que mejoró en cuanto a infraestructura y prestaciones a los ciudadanos. El reconocimiento de la salud como un derecho permitió al gobierno establecer prioridades financieras y entregar ingentes recursos enfocados en mejorar y potenciar los servicios. Sin embargo, como lo señalan diversos investigadores del tema, el simple hecho de aumentar médicos e infraestructura no significa que la población va a tener una mejor salud. De hecho, la salud debe estar presente en todas las actividades que desarrolla una persona y ser parte de un entorno armonioso, en donde conviven diversos elementos que garantizan el bienestar. Dichos elementos tienen relación con la familia, el trabajo, el medioambiente y la educación. La

suma de estas variables en conjunto significa bienestar y, por ende, mejores condiciones de salud. El Estado puede entregar mejores hospitales, contratar más médicos, pero estos elementos por sí solos no transforman ni mejoran la salud de la población. Más allá de la infraestructura, las vacunas y la medicina, es necesario que la población interiorice lo que debe hacer para mantenerse saludable, así como contar con los espacios que le permitan acceder a mejores condiciones de vida.

Sobre el tema del recurso humano, el interés por la carrera sanitaria, la apertura de concursos de méritos y oposición, la entrega de becas para la formación de nuevos especialistas y la repatriación de profesionales ecuatorianos fue un tema importante para consolidar el primer nivel de atención, que tiene mucha relación con evitar los altos costos de atender a una persona que desarrolla patologías complicadas en centros hospitalarios.

En cuanto a la generación de información, se debe señalar que la capacidad del MSP creció durante el período analizado; se desarrollaron nuevas tecnologías y se implementaron programas para almacenar, procesar y centralizar datos con el objetivo de usarlos en la toma de decisiones. Si bien esto incrementó las capacidades administrativas, no lo hizo en el plano de las capacidades políticas, puesto que estas decisiones se tomaron por iniciativa del MSP sin consenso de otras instituciones o la opinión de los ciudadanos.

La gestión de la salud pública en el país cambió en el período analizado, cuando el Estado, a través del MSP, recuperó su rol directriz, tanto de generador de políticas como de ejecutor de las mismas. El aumento en la inversión, la contratación de personal y la dotación de infraestructura transformó la salud y puso presión sobre los servicios y su calidad.

La capacidad administrativa se caracteriza por la disponibilidad de recursos financieros, técnicos y humanos que se utilizan para ejecutar una política; en este sentido, el período analizado se distingue por contar con los recursos económicos suficientes para promover la creación de infraestructura y la contratación de personal. El equipo humano que ingresó al MSP contó con las credenciales necesarias para respaldar el proceso de transformación. En cuanto a los recursos técnicos, la estructura y distribución de funciones que se establecieron en el nuevo organigrama del ministerio estuvieron enfocados en áreas de intervención específicas, en donde colaboraron profesionales con amplia experiencia en campos concretos. Sin embargo, la transformación se basó en la eliminación de la institucionalidad anterior, lo cual limitó

los logros que podrían haberse alcanzado. A la par, es importante considerar que si bien aumentó el número de profesionales que ingresaron al MPS, muchos lo hicieron con contratos ocasionales, lo que generó incertidumbre y limitó la capacidad de acción que pudieron tener al interior de las unidades de salud.

La capacidad política durante el período analizado intentó promover espacios de participación para los ciudadanos que se organizaron bajo la conformación de comités locales de salud y veedores de servicios. Ninguna de estas figuras es nueva, y los ciudadanos estaban familiarizados con estos procesos. Se acusó al gobierno de utilizar estos espacios de participación con un claro objetivo político y de limitarlos como espacios de adoctrinamiento. En este aspecto, se debe señalar que durante el Gobierno de Corea se eliminaron los consejos cantonales y provinciales de salud, al tiempo que el Consejo Nacional de Salud vio limitadas sus funciones. La participación ciudadana no se consolidó y fue instrumentalizada en beneficio del partido de gobierno.

La inversión en salud fue uno de los ejes en la transformación del sector. Los grandes recursos entregados a hospitales y centros de salud permitieron que la confianza en el servicio público crezca entre los ciudadanos. A esto se debe añadir la repotenciación de los servicios. El hecho de garantizar el acceso a la salud de manera universal y gratuita posibilitó que muchas familias de escasos recursos pudieran acceder a paquetes y servicios que por su alto costo estaban reservados solamente para algunos segmentos de la población. En este punto es importante destacar las acciones que se desarrollaron en conjunto con el Ministerio de Bienestar Social para atender las dolencias de los hijos de beneficiarias del Bono de Desarrollo Humano.

La capacidad de respuesta frente a la demanda ciudadana por mejores servicios es un desafío permanente para el MSP y las instituciones que se ocupan de entregar salud a los ecuatorianos. La sola inversión en salud no alcanzó para mejorar la calidad del servicio. Es importante coordinar las acciones de prevención y atención de las enfermedades en todo el territorio, eliminando las disparidades entre zonas urbanas y rurales. El incremento de unidades hospitalarias debilitó el sistema de atención primaria y empujó a la población a buscar atención en centros especializados.

Las capacidades estatales durante el período analizado mejoraron de forma relativa, tanto en el plano administrativo como político, siendo mayor el desempeño en el tema administrativo que en el político. Sobre el conjunto de reformas implementadas en el área de salud se puede señalar que la modernización y transformación del MSP fue un punto clave dentro del proceso de mejoramiento de los servicios de salud. El hecho

de separar las acciones de rectoría y de atención marcaron el inicio de una gestión diferente a las anteriores. Ahora bien, es importante señalar que en ese proceso la visión impuesta no reparó sobre valoraciones de procesos anteriores y se apostó por una reestructuración total que en muchos casos no ayudó a mejorar la prestación del servicio ni al desempeño de una política. La imposición de una visión ejecutiva y administrativa sobre la provisión del servicio de salud permitió una transformación rápida del sector, desde el plano de la infraestructura, pero no evaluó ni mejoró el impacto de los procesos de atención en el mediano y largo plazo.

En el plano político, las acciones desde el gobierno contaron con la aprobación de gran parte de la población, así como de un apoyo incondicional desde la Asamblea; sin embargo, llama la atención que durante el período analizado no se haya aprobado, por ejemplo, el Código Orgánico de la Salud, ni hayan prosperado discusiones importantes en torno a temáticas sensibles como el derecho al aborto.

La capacidad técnica de los funcionarios involucrados en el proceso de transformación de la salud fue cuestionada desde actores vinculados en el proceso histórico del MSP y sus acciones en el territorio. Académicos y profesionales del área objetaron la visión medicalizada sobre salud. Las reformas administrativas implementadas ayudaron a que el MSP fortalezca su presencia dentro del sistema de salud como su regulador, pero limitaron sus funciones en el territorio cuando ya se trató de implementar y prestar servicios a la población. El esquema de atención propuesto mediante el MAIS no se acentuó en el territorio y no desplegó todas sus bondades por falta de conocimiento o del personal necesario para su implementación. La desconcentración de los servicios no permitió que programas exitosos como el de vacunación terminaran de asentarse en los diversos territorios, y hoy debemos lamentar coberturas mínimas de inmunización.

La capacidad política del Estado no se fortaleció mediante la implementación de mecanismos de negociación para la formulación de las políticas públicas; los procesos de diálogo fueron escasos y los puentes entre el Estado, la sociedad civil y los grupos de presión fueron eliminados. Mientras tanto, la capacidad administrativa se fortaleció, sobre todo, en la disponibilidad de recursos financieros, técnicos y humanos contratados en época de bonanza. Los cuadros técnicos del MSP no tuvieron mayor incidencia en las políticas diseñadas y se limitó su rol.





## Bibliografía

- Abad, Patricio. 1993. “La nueva política de salud y modernización del Estado”. En *Modernización de la gestión de salud en el Ecuador*, editado por Patricio Abad y Edgar Moncayo, 3-10. Cuenca: Ediciones Científica.
- Acosta, Alberto. 2013. “El correísmo: un nuevo modelo de dominación burguesa”. En Freddy Javier Álvarez González, Ramiro Ávila Santamaría, Carlos Castro Riera, Juan Cuvi, Pablo Dávalos, Carlos de la Torre, Francisco Hidalgo, Edgar Isch L., Decio Machado, Esperanza Martínez, Mateo Martínez Abarca, Monika Meireles, Mario Melo, Francisco Muñoz Jaramillo, Pablo Ospina Peralta, Atawallpa Oviedo, Natalia Sierra, Fernanda Solíz, Mario Unda, Fernando Vega, Gayne Villagómez Weir y Arturo Villavicencio, *El correísmo al desnudo*, 9-21. Quito: Montecristi Vive.
- Aguilar, Marcelo. 2007. “Malaria”. En OPS/OMS, *La equidad en la mira: la salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas*, 104-10. Quito: OPS / MSP / CONASA.
- . 2017. “La salud pública en el Ecuador de la Revolución Ciudadana”. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 5-17.
- Aguilar, Marcelo, Jhonny Real, Raúl Veloz y Carlos Torres. 2018. “Enfermedades transmisibles en el siglo XXI en Ecuador: análisis de enfermedades trazadoras”. En *La medicina ecuatoriana en el siglo XXI*, editado por Jaime Breilh, 3: 224-51, *Ciencias en salud colectiva y terapias integrativas*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Corporación Editora Nacional.
- Albán Villacís, Jorge. 2006. “Estatuto Orgánico del Consejo Nacional de Salud”. *Presentación CONASA*, 6-11.
- Alianza PAIS. 2006. *Plan de gobierno de Alianza País 2007-2011*. 22 de noviembre. <http://www.latinreporters.com/equateurRafaelCorreaPlandeGobiernoAlianzaPAIS.pdf>.
- . 2007. “Programa de gobierno”. Quito: Alianza PAIS.
- Alonso, Guillermo. 2007. “Elementos para el análisis de capacidades estatales”. En *Capacidades estatales, instituciones y política social*, editado por Guillermo Alonso, 7-18. Madrid: Prometeo Libros.

- Andrade, Pablo. 2009. *La era neoliberal y el proyecto republicano. La recreación del Estado en el Ecuador contemporáneo: 1992-2006*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Corporación Editora Nacional.
- . 2013. “Asuntos inconclusos: la construcción de estado bajo la Revolución Ciudadana”. Ponencia presentada en el XXX Congreso Internacional del Latín, San Francisco, California, 23-26 de mayo de 2000.
- Andrade, Pablo, ed. 2020. *Nuevos enfoques para el estudio de los Estados Latinoamericanos*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Corporación Editora Nacional.
- Aponte Blank, Carlos. 2012. “Sobre el Estado social en América Latina. Conferencia XXII Congreso Mundial de Ciencia Política”. *Cuadernos del CENDES* (Universidad Central de Venezuela) 29 (80): 147-52.
- Arévalo Luna, Guillermo Alexander. 2014. “Ecuador: economía y política de la revolución ciudadana, evaluación preliminar”. *Apuntes del CENES* 33 (58): 109-34.
- Arias, Pamela, y Marine Seilles. 2014. “Información Ambiental en hogares 2014”. *ecuadorencifras.gob.ec*. [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Encuestas\\_Ambientales/Hogares\\_2014/Documento\\_tecnico\\_Modulo\\_Ambiental\\_Hogares\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Encuestas_Ambientales/Hogares_2014/Documento_tecnico_Modulo_Ambiental_Hogares_2014.pdf).
- Arriagada, Irma, Verónica Aranda y Francisca Miranda. 2005. *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. Santiago de Chile: ONU / CEPAL.
- Artar-Tul, Andrés. 2014. “Modelos de desarrollo económico latinoamericano y shocks externos: una revisión histórica”. septiembre. [https://www.researchgate.net/publication/36720746\\_Modelos\\_de\\_desarrollo\\_economico\\_latinoamericano\\_y\\_shocks\\_externos\\_una\\_revision\\_historica](https://www.researchgate.net/publication/36720746_Modelos_de_desarrollo_economico_latinoamericano_y_shocks_externos_una_revision_historica).
- Arteaga, Érika. 2017. “Buen Vivir (*Sumak Kawsay*): definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador”. *Saúde em Debate* 41 (114): 907-19. doi: 10.1590/0103-1104201711419.
- . 2018. “Un complejo médico industrial sano: el legado de la ‘revolución ciudadana en salud’ ”. En Natalia Sierra, Carlos de la Torre, Juan Cuvi, Napoleón Saltos, Mario Unda, Francisco Muñoz, Alberto Acosta, John Cajas, Guijarro, Monika Meireles, Oscar Martínez, Fernando Vega, Ramiro Ávila, Carlos Castro, Nina Pacari, Atawallpa Oviedo, Milton Luna, Érika Arteaga,

- William Sacher, Fernanda Solís, Mario Melo y Pablo Ospina, *El gran fraude*, 137-45. Quito: Montecristi Vive.
- Asamblea Constituyente. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. s. f. *Carta de las Naciones Unidas*. Accedido 7 de noviembre de 2019. <https://www.un.org/es/charter-united-nations/>.
- . 1948. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París, 10 de diciembre.
- . 1966. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. 16 de diciembre.
- Avilés Pino, Efrén. 2015. “Ministerio de Salud Pública”. *enciclopediadelecuador.com*. Accedido 18 de enero de 2018. <http://www.enciclopediadelecuador.com/historia-del-ecuador/ministerio-salud-publica/>.
- Báez Rivera, Sara, Pablo Ospina Peralta y Galo Ramón Valarezo. 2004. *Una breve historia del espacio ecuatoriano*. Quito: Instituto de Estudios Ecuatorianos.
- Banco Mundial. 1997. *El Estado en un mundo en transformación*. Washington D. C.: Oxford University Press.
- Bernazza, Claudia, Sabrina Comotto y Gustavo Longo. 2015. “Evaluando en ‘clave pública’: indicadores e instrumentos para la medición de capacidades estatales”. *Estado y Políticas Públicas* (4): 17-36.
- Bertranou, Julián. 2015. “Capacidad estatal: revisión del concepto y algunos ejes de análisis y debate”. *Revista Estado y Políticas Públicas* (4): 37-59.
- Besley, Timoty, y Torsten Persson. 2011. *Development Clusters en Pillars of Prosperity: the political economics of development clusters*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Bowen, James. 2020. “La construcción del Estado en Ecuador a través del ciclo económico: evaluando la ‘Revolución Ciudadana’ durante el auge (y caída) de los recursos naturales”. En *Nuevos enfoques para el estudio de los Estados latinoamericanos*, editado por Pablo Andrade, 169-90. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Corporación Editora Nacional.
- Breilh, Jaime. 2016. *Espejo, adelantado de la ciencia crítica: una “antihistoria” de sus ideas en salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Corporación Editora Nacional.

- Breilh, Jaime, e Ylonka Tillería. 2009. *Aceleración global y despojo*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Abya-Yala.
- Buendía, Silvia. 2015. "La salud y los derechos humanos". Ponencia presentada en el V Congreso por la Salud y la Vida, Quito.
- Burbano de Lara, Felipe. 2015. "Todo por la patria. Refundación y retorno del Estado en las revoluciones bolivarianas". *Iconos* (52): 19-41.
- Caicedo Tapia, Danilo. 2008. "Deberes primordiales del Estado y el ciudadano". 9 de junio. <https://www.derechoecuador.com/deberes-primordiales-del-estado-y-el-ciudadano>.
- Calcagno, Alfredo. 2001. "Ajuste estructural, costo social y modalidades de desarrollo en América Latina". En *El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas*, compilado por Emir Sader. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Cañizares Fuentes, Ricardo, Gabriela Mena Ribadeneira y Giaffar Barquet Abi-Hanna. 2015. "Análisis del Sistema de Salud del Ecuador". *Revista Med. FCM-CUCSG* 19 (4): 193-204.
- Cárdenas Gracia, Jaime. 2017. *Del Estado absoluto al Estado neoliberal*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Carriel, Jorge. 2012. "Gasto público en salud en el Ecuador". *Revista médica FCM-UCSG* XVIII (1): 53-60. Accedido 6 de enero de 2016. <http://editorial.ucsg.edu.ec/medicina/article/viewFile/603/547>.
- Casa, Mauro. 2013. "Capacidades estatales para una gestión participativa del agua: experiencias del caso uruguayo". *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 22 (1): 103-28.
- Casa, Mauro, y Pedro Narbono. 2013. "El sistema de capacidad estatal. Una propuesta teórica y analítica para la investigación politológica". *Revista Cadernos de Estudos Sociais e Políticos* 2 (4): 129-53.
- Castelló, Vidal Abril. 1972. "La obligación política: su naturaleza". *Revista de Estudios Políticos* (183-184): 111-58.
- Castillo Morocho, Silvia. 2015. "Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador". Tesis de posgrado, Universidad de Murcia. Accedido 2016.
- Centeno, Miguel Ángel. 2002. *Blood and Debt: War and the Nation-State in Latin America*. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.

- . 2009. “El Estado en América Latina”. *Cidob D’Afers Internacionals*, 11-31.
- Chang Campos, Caroline. 2017. “Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014”. *Anales de la Facultad de Medicina* 78 (4): 452-60.
- Chibber, Vivek. 2004. *State building and late industrialization in India*. Nueva Delhi: Princeton University Press.
- . 2008. “¿Revivir el Estado desarrollista? El mito de la ‘burguesía nacional’ ”. *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal* 8 (11): 7-34.
- Cohen, Ira. 1996. *Teoría de la estructuración y praxis social*. Ciudad de México: UAMI.
- Coller, Xavier. 2005. *Estudio de caso*. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: EFCA.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. 1995. “Modelos de desarrollo, papel del Estado y políticas sociales: nuevas tendencias en América Latina”. *Repositorio CEPAL*. 7 de septiembre. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/30516/S9591070\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/30516/S9591070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- . 2016. *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- . 2018. “Base de datos de inversión social en América Latina y el Caribe”. [https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es#:~:text=La%20inversi%C3%B3n%20social%20se%20define,Educaci%C3%B3n%20\(2006\)%20Protecci%C3%B3n%20social](https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es#:~:text=La%20inversi%C3%B3n%20social%20se%20define,Educaci%C3%B3n%20(2006)%20Protecci%C3%B3n%20social).
- Completa, Enzo. 2017. “Capacidad estatal: ¿qué tipo de capacidades y para qué tipo de Estado?”. *Postdata: Revista de reflexión y análisis político* 22 (1): 111-40.
- Congreso de Colombia. 2015. “Ley Estatutaria de Reforma a la Salud”. [minsalud.gov.co](https://www.minsalud.gov.co). 16 de febrero. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf).
- Consejo Nacional de la Igualdad Intergeneracional. 2014. “La niñez y la adolescencia en el Ecuador contemporáneo”. Unicef-Ecuador. <https://uni.cf/2rgZoLp>.
- . 2014. [https://www.unicef.org/ecuador/NA\\_Ecuador\\_Contemporaneo.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/NA_Ecuador_Contemporaneo.pdf). Accedido 20 de abril de 2017.

- Consejo Nacional de Salud del Perú. 2013. "Lineamientos y medidas de reforma del sector salud". *minsa.gob.pe*. julio. Accedido 4 de noviembre de 2015. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>.
- Cooperación Técnica chileno-alemana, GIZ. 2011. *Evaluación y seguimiento de los impactos de la reforma de salud en Chile. Informe de sistematización*. Santiago de Chile: GIZ.
- Corporación Andina de Fomento. 2004. *Reformas y financiamiento de sistemas de salud en la subregión andina*. Investigadores: Osvaldo Artaza Barrios, Fernando Sacoto Aízaga, Arturo Yglesias Bedoya, Leopoldo Yáñez Monteverda, Félix Martínez Martín, Javier Torres-Goitia Torres. Lima: Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue.
- . 2017. *12 notas de concepto para entender mejor al Estado, las políticas públicas y su gestión*. Elaboración: Carlos Acuña y María Chudnovsky.
- Cuvi, Juan. 2013. "Refundación y religiosidad: guías para entender al correísmo". En Freddy Javier Álvarez González, Ramiro Ávila Santamaría, Carlos Castro Riera, Juan Cuvi, Pablo Dávalos, Carlos de la Torre, Francisco Hidalgo, Edgar Isch L., Decio Machado, Esperanza Martínez, Mateo Martínez Abarca, Monika Meireles, Mario Melo, Francisco Muñoz Jaramillo, Pablo Ospina Peralta, Atawallpa Oviedo, Natalia Sierra, Fernanda Solíz, Mario Unda, Fernando Vega, Gayne Villagómez Weir y Arturo Villavicencio, *El correísmo al desnudo*, 22-5. Quito: Montecristi Vive.
- Dávalos, Pablo. 2016. *Salud Inc. Monopolio, ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de la salud en el Ecuador*. Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Departamento de Desarrollo Estratégico del Ministerio de Salud de Chile. 2011. "Diseño e implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de salud de Chile". *Gobierno de Chile*. junio. Accedido 2 de noviembre de 2015. <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/resumenejecutivo.pdf?ua=1>.
- Diario El Universo. 2006a. 27 de noviembre.
- . 2006b. 14 de octubre.
- Durán, Fabio. 2008. *Diagnóstico del sistema de seguridad social del Ecuador*. Lima: OIT / Oficina Subregional para los Países Andinos.

- EC. 2002. *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Registro Oficial 670, 25 de septiembre.
- . 2006. *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial 423, Suplemento, 22 de diciembre.
- . 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre.
- EC Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. 2014. *Boletín Estadístico n.º 20*. Quito: IESS.
- EC Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2014. *Anuario de estadísticas de salud: Recursos y actividades 2013*. Quito: INEC.
- . 2017. *Cuentas satélite de los servicios de salud del Ecuador 2007-2014*. Quito: INEC.
- . 2014. “Proyecto emblemático Acción Nutrición”. *docplayer.es*. julio. Accedido 29 de julio de 2016. <https://docplayer.es/7648948-Proyecto-emblematico-accion-nutricion-2015-2017.html>.
- . 2014. *Rendición de cuentas 2013*. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
- . 2017. *Informe de desarrollo social 2007-2017*. <http://www.competencias.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/06IGC2017-INFORME.pdf>. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
- EC Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. 2013. *Proyecto para la reducción acelerada de la malnutrición en el Ecuador, INTI. 2014-2015* [libro electrónico]. <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto.pdf>.
- . 2014. *Rendición de cuentas 2014*. Quito: MCDS.
- . 2017. *Informe de desarrollo social 2007-2017*. Quito: MCDS.
- EC Ministerio de Salud Pública. 2011. *Datos esenciales de salud: una mirada a la década 2000-2010*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- . 2012. *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, MAIS-FCI*. Quito: MSP.
- . 2013. *Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma técnica*. Quito: Ministerio de Salud Pública / Dirección Nacional de Normatización.

- . 2014. “Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud”. *Acuerdo 00004928*. Registro Oficial 235, 24 de diciembre.
- . 2015. “Misión”. enero. Accedido 6 de noviembre. <http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>.
- . 2016. *Aplicación de los lineamientos del proceso de planillaje y facturación de los servicios de salud*. Quito: Dirección Nacional de Normatización / Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria-MSP.
- . 2017. “Salud”. noviembre. <http://www.salud.gob.ec/>.
- . 2018. *www.msp.gob.ec*. Accedido 30 de abril.
- . 2019. “Subsistema de Vigilancia Sive-Alerta Enfermedades Zoonóticas Ecuador, SE 1-27”. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/05/gaceta\\_zoonoticasSE27.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/05/gaceta_zoonoticasSE27.pdf).
- EC Ministerio de Salud Pública / Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2014. *Encuesta nacional de salud y nutrición de la población ecuatoriana de 0 a 59 años. ENSANUT-ECU 2012*. Vol. I. Quito: Ministerio de Salud Pública / INEC.
- EC Ministerio de Salud Pública / Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. 2011. *Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional al VIH/sida 2007-2015: planes operativos multisectoriales 2011-2013*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador / Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.
- EC Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2007. *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010*. Quito: SENPLADES.
- . 2009. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: construyendo un estado plurinacional e intercultural*. Quito: SENPLADES.
- . 2011. *Recuperación del Estado para el Buen Vivir. La experiencia ecuatoriana de transformación del Estado*. Quito: SENPLADES.
- . 2011. “100 logros de la Revolución Ciudadana”. *planificacion.gob.ec*. Accedido 7 de enero de 2017. <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/100-logros-agosto-2011.pdf>.
- . 2013. *Atlas de las desigualdades socioeconómicas del Ecuador*. Quito: Trama Ediciones.
- . 2013. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Todo el mundo mejor*. Accedido mayo de 2016. [https://www.unicef.org/ecuador/Plan\\_Nacional\\_Buen\\_Vivir\\_2013-2017.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf).



- . 2017. *Informe a la nación 2007-2017*. Quito: SENPLADES.
- EC Secretaría Técnica del Frente Social. 1997. *Pobreza y capital humano en el Ecuador*. Quito: Secretaría Técnica del Frente Social / Graphus.
- Echandi Gurdíán, Marcela. 2009. “El concepto de Estado y los aportes de Maquiavelo a la teoría del Estado”. *Revista de Ciencias Jurídicas* (119): 155-84.
- Echeverría, Ramiro. 2007. “Las políticas de salud y el sueño de la reforma”. En OPS/OMS, *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, 213-21. Quito: OPS / MSP / CONASA.
- Egas Almeida, Andrés. 2013. “La evolución del gasto público en el sector salud en el Ecuador: análisis de contribución en el mejoramiento de la calidad del servicio otorgado. Período 2007-2012”. Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 17 de junio. Accedido 12 de enero de 2016. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/6097/T-PUCE-6334.pdf?sequence=1>.
- EKOS. 2012. *Salud y bienestar: actores, servicios y tendencias 2012*. Quito: Ekos negocios.
- Espinosa, Verónica, Cecilia Acuña, Daniel De la Torre y Gina Tambini. 2017. “La reforma en salud del Ecuador”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-3.
- Espinosa, Verónica, Daniel De la Torre, Cecilia Acuña y Cristina Cadena. 2017. “Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador”. *Revista Panamericana de Salud Pública* (41): 1-5.
- . 1997. *Desarrollo histórico de las políticas de salud en el Ecuador 1967-1997*. Quito: CEPAR.
- Estrella, Eduardo, Antonio Crespo y Doris Herrera. 1997. *Desarrollo histórico de las políticas de salud en el Ecuador 1967-1995*. Quito: CEPAR.
- Evans, Peter. 1996. “El Estado como problema y como solución”. *Desarrollo Económico* 35 (140): 529-62.
- . 2007. *Instituciones y desarrollo en la era de la globalización neoliberal*. Bogotá: ILSA.
- Falconí, Fander, y Pabel Muñoz. 2012. “Ecuador: de la receta del ‘Consenso de Washington’ al posneoliberalismo”. En *Rafael Correa: balance de la revolución ciudadana*, compilado por Santiago Mejía y Sebastián Mantilla, 75-96. Quito: Planeta.

- Fernández, Víctor, y José Ignacio Vigil. 2012. “Capacidades estatales regionales: consideraciones teóricas y metodológicas para su análisis en América Latina”. *Revista de Políticas Públicas* 16 (1): 51-65.
- Filgueira, Fernando. 2009. *El desarrollo maniatado en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- . 2013. “Los regímenes de bienestar en el ocaso de la modernización conservadora: posibilidades y límites de la ciudadanía social en América Latina”. *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 22 (2): 17-46. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297330013002>.
- Filgueira, Fernando, Luis Reygadas, Juan Pablo Luna y Pablo Alegre. 2012. “Crisis de incorporación en América Latina: límites de la modernización conservadora”. *Perfiles Latinoamericanos*, 31-58.
- Flores, María Gabriela, y Anabel Castillo. 2012. “Una mirada desde la sociedad civil a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud”. *Esfera Pública* (Grupo Faro) (4): 1-42.
- Flores Vega, Leonel. 2017. “Una propuesta de análisis de los estados latinoamericanos desde las políticas públicas”. *Polis* (48): 1-23.
- Fogel, R. 2001. “The Impact of Nutrition on Economic Growth”. Ponencia preparada para International Health Economics Association, University of York, England, julio.
- Fontaine, Guillaume. 2015. *El análisis de políticas públicas. Conceptos, teorías y métodos*. Quito: Anthropos / FLACSO Ecuador.
- Fontaine, Guillaume, y José Luis Fuentes. 2011. “Transición hacia el centralismo burocrático”. En *Estado del país. Informe cero. Ecuador 1950-2010*. Quito.
- Forero Hidalgo, Jymy Alexander. 2009. “La formación de los Estados-nación modernos: modelos y enfoques interpretativos desde la perspectiva comparada”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 36 (1): 229-50.
- Freigedo, Martín, Guillermo Fuentes y Alejandro Milanesi. 2015. “Capacidades estatales y regulación en asociaciones público-privadas: desafíos para las nuevas estrategias de desarrollo”. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* (63): 65-98.
- Freire, Wilma, María José Ramírez Luzuriaga, Phillippe Belmont, María José Mendieta, Katherine Silva-Jaramillo, Natalia Romero, Klever Sáenz, Pamela Piñeiros, Luis Gómez y Rafael Monge. 2014. *Encuesta nacional de salud y nutrición de la*

- población ecuatoriana de 0 a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Vol. I. II vols.*  
Quito: Ministerio de Salud Pública / Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Fukuyama, Francis. 2004. *La construcción del Estado: hacia un nuevo orden mundial en el siglo XXI*. Barcelona: Puresa.
- García, Juan César. 1981. "Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930". *Educación Médica y Salud* 15 (1): 71-90.
- Geddes, Barbara. 1994. *The State in Politician's Dilemma: building state capacity in Latin America*. Berkeley: University of California Press.
- Gilhodes, Pierre. "¿América Latina: giro a la izquierda?". *Oasis 2007-2008* (Universidad Externado de Colombia), (13): 147-76.
- Gobierno Nacional de la República del Ecuador. 2008. *La salud en la nueva Constitución* 2008.  
[https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599).
- Gordillo Pérez, Luis. 2016. "¿Por qué surge el Estado? Una metodología holística para entender el origen, la función y los retos del poder público". *Pensamiento LXXII* (272): 563-91.
- Granda, Jorge. 2018. "Definición de estándares para la evaluación de diseños de Centros de Salud de 8 horas del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito". Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Gudynas, Eduardo. 2012. "Estado compensador y nuevo extractivismo: las ambivalencias del progresismo sudamericano". *Nueva sociedad* (237): 128-46.
- Haluani, Makram. 2006. "Orígenes históricos y componentes del poder nacional contemporáneo: factibilidad y utilidad de la medición empírica de las capacidades estatales". *Cuadernos del CENDES*, 127-48.
- . 2000. *Trabajo y salud en Ecuador: antecedentes, experiencias, perspectivas*. Quito: Abya-Yala. Accedido 4 de noviembre de 2015.  
<https://repository.unm.edu/bitstream/handle/1928/12943/Trabajo%20y%20Salud%20en%20Ecuador.pdf?sequence=1>.
- Heller, Hermann. 1942. *Teoría del Estado*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

- Henao Guzmán, Juan Pablo. 2015. "El Estado en la sociedad, explicación de cómo la disposición de las burocracias determina los órdenes en países periféricos". *Panorama IX* (17): 104-22.
- Hendrix, Cullen. 2015. "Midiendo la capacidad del Estado: las implicaciones teóricas y prácticas para el estudio del conflicto civil". En *Capacidades estatales. Diez textos fundamentales*, editado por Corporación Andina de Fomento, 277-312. Buenos Aires: CAF.
- Hermosa Andújar, Antonio. 1990. "Del absolutismo a la democracia: génesis y desarrollo de la teoría moderna del Estado". *Revista de Estudios Políticos* (68): 181-225.
- Hernández, Virgilio, y Fernando Buendía. 2011. "Ecuador: avances y desafíos de Alianza PAIS". *Nueva Sociedad*, 129-42.
- Herrera, Marco. 2012. "Ecuador: equidad en salud, 2008-2012". Ponencia presentada en Simposio Interdisciplinar de Investigación, Posgrados y Vinculación con la Sociedad, Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Hevia de la Jara, Felipe. 2009. "Relaciones sociedad-Estado: análisis interactivo para una antropología del Estado". *Espiral XV* (45): 43-70.
- Hidalgo, Luis. 2010. "La inversión en el sector de la salud del Ecuador". *Revista Médica FCM-UCSG*, 145-7.
- Hilderbrand, Mary, y Marilee Grindle. 1997. "Building Sustainable Capacity in the Public Sector: What Can Be Done?". En *Getting Good Government. Capacity Building in the Public Sector of Developing Countries*, editado por Marilee Grindle. Boston: Harvard University Press.
- Illescas, Santiago. 2016. "Transformación del sistema de salud del Ecuador, período 2007-2013". Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- . 2017. *Transformación del sistema de salud del Ecuador, período 2007-2013*. Madrid.
- Infante, Alberto, Isabel De la Mata y Daniel López-Acuña. 2000. "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe". *Revista Panamericana de Salud Pública VIII* (1): 13-20. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3000.pdf>.
- Isuani, Fernando. 2010. "Los caminos de la debilidad estatal: capacidades estatales y políticas públicas. Una mirada desde el proceso de configuración de instrumentos de políticas públicas, el caso de la política del agua en la provincia

- de Buenos Aires, 1992-2008”. Tesis de doctorado, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Iturralde, Pablo José. 2015. *Privatización de la salud en Ecuador*. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud.
- Jané, Elisabet, Julia Johannsen y Nilda Villacrés. 2018. “Avances y desafíos pendientes en el sector salud ecuatoriano”. En *Reformas y desarrollo en el Ecuador contemporáneo*, editado por Javier Díaz-Cassou, Martha Ruiz-Arranz. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Kelsen, Hans. 1994. *Teoría general de las normas*. Ciudad de México: Trillas.
- Kocher, Matthew. 2010. “State Capacity as a Conceptual Variable”. *Yale Journal*, 137-45.
- Kresalja Rosselló, Baldo. 1999. “El rol del Estado y la gestión de los servicios públicos”. *Themis* (39): 39-98.
- Larrea Maldonado, Carlos. 1997. “La pobreza y la desigualdad social: obstáculos para el desarrollo humano”. En *Pobreza y capital humano en el Ecuador*, 1-22. Quito: Secretaría Técnica del Frente Social / Graphus.
- . 2004. *Pobreza, dolarización y crisis en el Ecuador*. Quito: Abya-Yala.
- . 2013. *Desarrollo social, desigualdad y pobreza*. Quito: Trama Ediciones.
- Lattuada, Mario, y María Elena Nogueira. 2012. “Capacidades estatales y políticas públicas. Una propuesta para el abordaje de las políticas agropecuarias en la Argentina contemporánea”. *Estudios Rurales*, 30-54.
- Legarda, Verónica. 2016. “El ciclo político y la economía política en el gasto social en el Ecuador”. *Analítika*, 105-27.
- Locke, John. 1994. *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. Madrid: Alianza Editorial.
- López-Alves, Fernando. 2003. *La formación del Estado y la democracia en América Latina*. Bogotá: Norma.
- Lucio, Ruth, Nilda Villacrés y Rodrigo Henríquez. 2011. “Sistema de salud del Ecuador”. *Salud Pública de México* LIII (2): 177-87.
- . 2011. “Sistema de salud del Ecuador”. *Salud Pública de México* LIII (2): 177-87. Accedido 10 de noviembre de 2015. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800013&script=sci_arttext).
- Lucio, Ruth, Rodrigo López, Nicole Laines y Juan Antonio Terán. 2019. En *Revista PUCE* (106): 81-124. ISSN: 2528-8156.

- Lujano, Cynthia. 2008. "Repensando la categoría de Estado en América Latina: recuperación del pensamiento teórico latinoamericano". *Comentario Internacional: Revista del Centro Andino de Estudios Internacionales* (8): 120-32.
- Maignashca, Juan. 1994. "El proceso de integración nacional en el Ecuador: el rol del poder central, 1830-1895". En *Historia y región en el Ecuador: 1830-1930*, editado por Juan Maignashca, 356-421. Quito: FLACSO Ecuador / CERLAC York University / IFEA / Corporación Editora Nacional.
- Maldonado, Xavier, Érika Arteaga y Juan Cuvi. s. f. "ALAMES". <http://www.rebellion.org/docs/226924.pdf>.
- . 2013. "Reforma del sistema de salud del Ecuador: hacia el fortalecimiento de la APS". *paho.org*. agosto. Accedido 7 de julio de 2017. <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/09/Ecuador.pdf>.
- Malo, Miguel. 2013. Ponencia "La salud en el Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural". [www.paho.org](http://www.paho.org).
- Malo, Miguel, y Nicolás Malo. 2014. "Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio". *Revista Peruana de Salud Pública*, 754-61.
- Mann, Michael. 1997. *Las fuentes del poder social*. Madrid: Alianza Editorial.
- . 2006. "El poder autónomo del Estado: sus orígenes, mecanismos y resultados". *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, 1-43.
- Mantilla, Sebastián, y Santiago Mejía, comps. 2012. *Rafael Correa: balance de la Revolución Ciudadana*. Quito: Planeta.
- Maquiavelo, Nicolás. 1952. *Discursos sobre la primera década de Tito Livio*. Traducido por Luis Navarro. Buenos Aires: El Ateneo.
- Marchán Romero, Carlos. 2017. *Orígenes del Ecuador republicano: arquitectura institucional malograda del Estado nacional*. Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales.
- Mazucca, Sebastián. 2012. "Legitimidad, autonomía y capacidad: conceptualizando (una vez más) los poderes del Estado". *Revista de Ciencia Política* XXXII (3): 545-60.
- Mejía Ortega, Luz, y Álvaro Franco Giraldo. 2007. "Protección social y modelos de desarrollo en América Latina". *Revista de Salud Pública*, 471-83.

- Mendíaz, María Graciela. 2007. “El Estado y las políticas públicas. Las visiones desde el neoinstitucionalismo”. Trabajo sido realizado en el marco del Seminario de Doctorado “Lecturas para un Sociología del Estado: desde el pensamiento clásico al contemporáneo”. Dr. Osvaldo Iazzetta, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario, 2004.
- Migdal, Joel Samuel. 2011. *Estados débiles, estados fuertes*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Minteguiaga, Analía. 2012. “Política y políticas sociales en el Ecuador reciente: dificultades asociadas a la salida del ciclo neoliberal”. *Revista de Ciencias Sociales* (135-136): 45-58.
- . 2013. *Revolución ciudadana y régimen de bienestar en Ecuador (2007-2012)*. Documento de trabajo. Buenos Aires: CLACSO.
- Moguillansky, Graciela, y Ricardo Bielschowsky. 2000. *Inversión y reformas económicas en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Mok, Ka Ho, y Ray Yep. 2008. “Globalization and state capacity in Asia”. *The Pacific Review*, 109-20.
- Molina Guzmán, Adriano. 2019. “Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador”. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales* (63): 185-205.
- Montúfar, César. 2000. *La reconstrucción neoliberal: Febres Cordero o la estatización del neoliberalismo en el Ecuador, 1984-1988*. Quito: Abya-Yala.
- . 2011. *Rafael Correa y su refundación constituyente. Análisis de la primera fase de la Revolución Ciudadana 2007-2010*. Informe de investigación. Quito: Repositorio institucional UASB.
- Morley, Samuel, Roberto Machado y Stefano Pettinato. 1999. *Indexes of Structural Reform in Latin America*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Naranjo Bonilla, Mariana. 2008. *Ecuador: reseña de los principales programas sociales y lecciones aprendidas, 2000-2006*. Santiago de Chile: CEPAL.
- . 2013. *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Ecuador*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Naranjo, Plutarco. 2007. “Situación alimentaria y nutricional”. En OPS/OMS, *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, 61-9. Quito: OPS / MSP / CONASA.

- Narváez, Alberto. 2015. "Situación del derecho al trabajo de los trabajadores y profesionales de la salud y privatización de los servicios de salud". Ponencia presentada en el V Congreso por la Salud y la Vida, Quito.
- Navas, Marco. 2012. *Lo público insurgente. Crisis y construcción de la política en la esfera pública*. Quito: Editorial Quipus / Ciespal.
- North, Liisa. 2006. "Militares y Estado en Ecuador: ¿construcción militar y desmantelamiento civil?". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales* (26): 85-95. Accedido 5 de enero de 2016. <http://www.flacso.org.ec/docs/i26north.pdf>.
- Obando Rosero, María Imelda. 2011. "Determinantes de la salud/enfermedad de las mujeres que realizan trabajo económico no remunerado en el Ecuador, 2004: alcances y perspectivas". Tesis de maestría, FLACSO Ecuador, Quito.
- Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe. 2019. *Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) de Ecuador*. septiembre. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/instituciones/secretaria-nacional-de-planificacion-y-desarrollo-senplades-de-ecuador>.
- OCDE y CEPAL. 2011. *Perspectivas económicas de América Latina 2012. Transformación del Estado para el desarrollo*. Ciudad de México: OECD Publishing.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y Organización Panamericana de la Salud. 2017. *América Latina y el Caribe: panorama de la seguridad alimentaria y nutricional*. Santiago de Chile: FAO / OPS.
- Organización Mundial de la Salud. 2005. "¿Qué es un sistema de salud?". 9 de noviembre. Accedido 7 de julio de 2016. <http://www.who.int/features/qa/28/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2001. *Inversión en salud: retornos sociales y económicos*. Washington D. C.: OPS.
- . 2008. *Perfil de los sistemas de salud: Ecuador. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington D. C.: OPS.
- . 2013. "Entrevista al doctor Miguel Malo, viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud". *Revista informativa de la salud. Boletín* (31): 61-4.
- . 2017. *Salud en las Américas*. Washington D. C.: OPS.



- Ortega Pérez, Fernando. 2008. "Los modelos de atención de salud en el Ecuador". En *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*, editado por Betty Espinosa y William Waters, 47-62. Quito: FLACSO Ecuador.
- Páez, Gregorio. 2014. "Crisis y transformación del Estado en el Ecuador contemporáneo (2002-2012): las políticas públicas en la transición del neoliberalismo al gobierno de la Revolución Ciudadana". Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Paredes, Pablo Lucio. 2013. *Revolución Ciudadana: tanto... para tan poco*. Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Passerin, Alessandro. 2001. *La noción del Estado*. Barcelona: Ariel.
- Pauvonic, Igor, y Hubert Escaith. 2004. *Reformas estructurales en América Latina y el Caribe en el período 1997-2000: índices y notas metodológicas*. Quito: CEPAL.
- Paz y Miño Cepeda, Juan. 2009. "Ecuador en la globalización: 1975-2005". *HAOL: Revista de historia en línea* (18): 25-39.
- . 2012. "El gobierno de la revolución ciudadana: una visión histórica". En *Rafael Correa: balance de la Revolución Ciudadana*, compilado por Sebastián Mantilla y Santiago Mejía, 23-42. Quito: Planeta.
- Peces-Barba Martínez, Gregorio. 1987. "Los deberes fundamentales". *Doxa* (4): 329-42.
- Perícola, María Alejandra. 2013. "El objeto de estudio de la teoría del Estado". *Academia* (22): 249-71.
- Perpiñá Rodríguez, Antonio. 1983. "El Estado como situación (estatus) y no como grupo (persona)". *Revista de Estudios Políticos* (36): 107-30.
- Pezzano, Luciano. 2014. "Las obligaciones de los Estados en el sistema universal de protección de los derechos humanos". *Anuario Español de Derecho Internacional XXX*: 303-46.
- Polidano, Charles. 1999a. "The new public management in developing countries". *IDPM Public Policy and Management Working*.
- . 1999b. *Measuring Public Sector Capacity*. Manchester: Institute for Development.
- Porras Velasco, Angélica. 2015. "La seguridad social en Ecuador: un necesario cambio de paradigmas". *FORO: Revista de Derecho* (24): 89-116.
- Porrúa Pérez, Francisco. 2005. *Teoría del Estado. Teoría política*. 39.<sup>a</sup> ed. Ciudad de México: Porrúa.

- Quijano, Aníbal. 1997. "Estado-nación, ciudadanía y democracia". En *Democracia para una nueva sociedad (Modelo para armar)*, organizado por Helena González y Heidulf Schmidt, 139-52. Caracas: Nueva Sociedad.
- Quintero, Rafael, y Érika Silva. 1998. *Ecuador: una nación en ciernes*. 3.<sup>a</sup> ed. Quito: Abya-Yala.
- Red de Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. 2017. *Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA)*. <https://dds.cepal.org/redesoc/portal/proyectos/ficha/?id=169>.
- Repetto, Fabián. 2003. "Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina". Ponencia presentada en el VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Panamá. <https://bit.ly/2OTuFMS>.
- . 2004. "Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina". Documento de trabajo del INDES. Washington D. C.
- Reygadas, Luis, y Fernando Filgueira. 2011. "Desigualdad y crisis de incorporación: la caja de herramientas de políticas sociales de la izquierda". *Repensar América Latina*, 133-60.
- Rhenals, Remberto. 2003. "Las reformas estructurales en América Latina: mucho más de lo que se cree". *Ensayos de Economía* 13 (22): 69-94.
- Rodas Chaves, Germán. 2010. "Visión histórica de la antinomia salud-enfermedad: enfermedades en Quito y Guayaquil. Siglo XIX y XX". *Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador*. Marzo. <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/380/File/Vision%20historica%20de%20la%20antinomia%20salud-enfermedad.pdf>.
- Rodríguez, Ana Laura. 2007. "Capacidades estatales: reflexiones en torno a un programa de investigación". En *Capacidades estatales, instituciones y política social*, editado por Guillermo Alonso, 85-106. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Rodríguez Díaz, Julián Isaías. 2010. "El Estado en América Latina: formación y proceso de construcción social". *Instituto de Estudios Latinoamericanos*, 2-6.
- Romero, Natalia, Rodrigo Díaz, Erika Tinoco y Mónica Valle. 2006. "La medicina familiar en Ecuador". <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13095056>. Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney. Centro Privado de Medicina Familiar afiliado a la USC. Buenos Aires, Argentina.

- Rosas Huerta, Angélica. 2008. "Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional". *Política y Cultura* (30): 119-34. url: <https://bit.ly/2fgMVCn>.
- Rozas Balbontín, Patricio, y Michael Hantke-Domas. 2013. *Gestión pública y servicios públicos. Notas sobre el concepto tradicional de servicio público*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas.
- Rubio Llorente, Francisco. 2001. "Los deberes constitucionales". *Revista Española de Derecho Constitucional* (62): 11-56.
- Sachs, Jeffrey. 2002. *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sacoto, Fernando. 2007. "Los modelos de atención de salud en Ecuador". En OPS/OMS, *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, 317-49. Quito: OPS / MSP / CONASA.
- Salazar Estrada, Yovany. 2016. "El Estado nacional ecuatoriano". *Repique* (0): 135-46.
- Skinner, Quentin. 2003. *El nacimiento del Estado*. Buenos Aires: Gorla.
- Skocpol, Theda. 1989. "El Estado regresa al primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual". *Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales*, 71-122.
- Soifer, Hillel. 2015. *State Building in Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stefanoni, Pablo. 2012. "Posneoliberalismo cuesta arriba. Los modelos de Venezuela, Bolivia y Ecuador en debate". *Nueva Sociedad*, 51-64.
- Stiglitz, Joseph. 2003. "El rumbo de las reformas. Hacia una nueva agenda para América Latina". *Revista de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)*, 7-40.
- Stolkiner, Alicia. 2010. "Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente". *Medicina Social*, 89-95.
- Tejerina, Herland, Werner Soors, Pierre De Paepe, Edison Aguilar, Marie Closon, y Jean-Pierre Unger. 2009. "Socialist government health policy reforms in Bolivia and Ecuador: The underrated potential of comprehensive primary health care to tackle the social determinants of health". *Social Medicine IV* (4): 226-34.
- Tejerina Silva, Herland, Werner Soors, Pierre De Paepe, Marie-Christine Closon, y Jean-Pierre Unger. 2009. "Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en Salud". *Medicina Social*, 273-82.

- The Economist Intelligence Unit. 2017. *Control de cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: una historia de luces y sombras*. Londres: The Economist Intelligence Unit Limited.
- Tilly, Charles. 1992. *Coerción, capital y Estados europeos 900-1990*. Madrid: Alianza.
- Tobelem, Alain. 1992. "Institutional Capacity Analysis and Development System (ICADS). Operacional Manual". *LATPS Occasional Papers Series (9)*.
- Unasur. 2009. *Sistema de Salud en Ecuador*. Accedido 29 de septiembre de 2019. <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>.
- Vance Mafla, Carina, y David Acurio Páez. 2018. "El rol del MPS en la transformación de la salud en el siglo XXI". En *La medicina ecuatoriana en el siglo XXI*, editado por Jaime Breilh, 3: 285-98, *Ciencias en salud colectiva y terapias integrativas*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador / Corporación Editora Nacional.
- Vásconez, Alison, Rossana Córdoba y Pabel Muñoz. 2005. *La construcción de las políticas sociales en Ecuador durante los años ochenta y noventa: sentidos, contextos y resultados*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Vega, Fernando. 2013. "El carácter del Estado en la Revolución Ciudadana". En Freddy Javier Álvarez González, Ramiro Ávila Santamaría, Carlos Castro Riera, Juan Cuvi, Pablo Dávalos, Carlos de la Torre, Francisco Hidalgo, Edgar Isch L., Decio Machado, Esperanza Martínez, Mateo Martínez Abarca, Monika Meireles, Mario Melo, Francisco Muñoz Jaramillo, Pablo Ospina Peralta, Atawallpa Oviedo, Natalia Sierra, Fernanda Solíz, Mario Unda, Fernando Vega, Gayne Villagómez Weir y Arturo Villavicencio, *El correísmo al desnudo*, 102-19. Quito: Montecristi Vive.
- Velasco, Margarita. 1997. "El reto de la salud para todos". En *Pobreza y capital humano en el Ecuador*, 23-54. Quito: Secretaría Técnica del Frente Social / Graphus.
- . 2009. "La salud pública en América Latina". En OPS/OMS, *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, 13-25. Quito: OPS / MSP / CONASA.
- . 2011. "La salud de la población: medio siglo de cambios". En *Estado del país. Informe cero. Ecuador 1950-2010*, editado por Adrián Bonilla y Milton Luna Tamayo, 323-42. Quito: FLACSO Ecuador / Contrato Social por la Educación.

- Velasco, Margarita, Francisco Hurtado y Jesús Tapia. 2020. *¿Estaba preparado el sistema de salud para enfrentar la pandemia?* Quito: Observatorio Social del Ecuador / FES-ILDIS.
- Vélez, Lenin. 2007. “Dengue”. En OPS/OMS, *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, 111-21. Quito: OPS / MSP / CONASA.
- Vera Mendiú, Cristina. 2017. “Salud: una enorme inversión que no se administró bien”. 24 de mayo. <https://gk.city/2017/05/24/10-anos-de-rafael-correa-salud/>.
- Vignolo, Julio, Mariela Vacarezza, Cecilia Álvarez y Alicia Sosa. 2011. “Niveles de atención, de prevención y de atención primaria de la salud”. *Prensa Médica Latinoamericana*, 11-4.
- Vilhena Vieira, Oscar. 2007. “La desigualdad y la subversión del Estado de derecho”. *Sur* (6): 28-51.
- Villacrés, Nilda. 2008. “Buen gobierno en salud: un desafío de todos”. En *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*, editado por Betty Espinosa y William Waters, 25-45. Quito: FLACSO Ecuador.
- Villar Borda, Luis. 2007. “Estado de derecho y Estado social de derecho”. *Revista Derecho del Estado* (20): 74-98.
- Vita, Leticia. 2008. “El concepto ‘Estado’ en la ciencia política moderna”. *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones* (3): 99-112.
- Vos, Rob, Mauricio León y René Ramírez. 2002. *Informe n.º 1. Política social y tendencias en el gasto social Ecuador 1970-2002*. Quito: Institute of Social Studies (ISS).
- Weiss, Linda. 2003. “Is the state being ‘transformed’ by globalisation”. En *States in the global economy. Bringing domestic institutions back in*, 293-317. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weyland, Kurt, Raul Madrid y Wendy Hunter. 2010. *Leftist governments in Latin America successes and shortcomings*. Cambridge University Press. <https://bit.ly/2Khr5b>.
- Whitehead, Laurence. 2010. *Latin America: a new interpretation*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Zurbriggen, Cristina. 2007. “A diez años del informe del Banco Mundial”. *Nueva Sociedad* (210): 1-10.

Zurbriggen, Cristina, y Emiliano Travieso. 2016. "Hacia un nuevo estado desarrollista: desafíos para América Latina". *Perfiles Latinoamericanos* (47): 259-81.

## Anexo

### Lista de entrevistados

Nombre	Perfil profesional	Género	Relación con el sector salud
María Belén Morán	Médica, con experiencia en el sector privado y público de salud.	Femenino	Subsecretaria Nacional de vigilancia de la Salud Pública.
Patricia Costales	Médica, consultora y asesora del MSP, OPS.	Femenino	Asesora del Ministerio de Salud Pública.
Itamar Rodríguez	Médico, con experiencia en el sector privado y público de salud.	Masculino	Secretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
Fabián Yánez	Médico pediatra con experiencia en el sector público de la salud.	Masculino	Coordinador médico Hospital de Pujilí.
Juan Chuchuca	Médico con experiencia en el sector público de la salud.	Masculino	Director Nacional de Atención de Primer Nivel.
Edison Salazar	Psicólogo clínico con experiencia en educación.	Masculino	Responsable de salud mental, Centro de Salud de Cevallos.
Marco Escobar	Licenciado en administración, con experiencia en el sector público .	Masculino	Director del Hospital de Pelileo.
Edson Romo	Médico con experiencia en el sector público y consultor internacional.	Masculino	Exviceministro del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.
Lourdes Masaquiza	Técnica en Atención Primaria de Salud (TAP), indígena salasaca.	Femenino	TAP del Centro de Salud Salasaca.
Jaime Breilh	Doctor en medicina, investigador de la problemática de la salud en el Ecuador.	Masculino	Rector de la Universidad Andina Simón Bolívar.
Manuel Cruz	Médico especialista en Salud Familiar y Comunitaria.	Masculino	Responsable de la atención de salud en el Centro de Salud tipo B de Patate.
Verónica Torres	Médica especialista en Salud Familiar y Comunitaria.	Femenino	Responsable de la atención de salud en el Centro de Salud tipo B Salasaca.
Álvaro	Médico general, indígena	Masculino	Centro de Salud Salasaca.

Llumiluisa			
Rosa Acosta	Odontóloga, experiencia en el sector público.	Femenino	Responsable de salud bucal, centro de salud Quero.
Grace López	Médica con experiencia en el sector público de la salud.	Femenino	Centro de salud Quero, atención a pacientes.
Fernanda Capús	Médica general	Femenino	Centro de salud Tipo B Pasa, responsable de atención a pacientes.
Irina Almeida	Médica pediatra	Femenino	MSP-CONASA.
Patricia Coral	Medica	Femenino	MSP-CONASA.
Eliana Prieto	Médica	Femenino	Coordinadora Médica-asistencial hospital móvil n.º 2.
Oswaldo Echeverría	Médico	Masculino	Director del hospital móvil n.º 2.
Alberto Narváez	Médico	Masculino	Docente universitario, presidente de la Federación Médica Ecuatoriana.
José Ruales	Médico	Masculino	Secretario de Salud del Distrito Metropolitano de Quito.