

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Gestión Pública y Buen Gobierno

¿Cómo se implementa la política pública en el Sector Salud? Caso: Red Pública Integral de Salud – Coordinación 6 – Salud, periodo 2010-2020


Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Gestión Pública y Buen Gobierno

Autor:

Glenda Cristina García Contreras

Director:

Fausto David Acurio Páez

ORCID:  0000-0003-3258-2837

Cuenca, Ecuador

2023-09-01

Resumen

En el contexto de la gestión pública, la garantía del derecho a la salud implica la responsabilidad del gobierno de proporcionar servicios sanitarios basados en los principios de equidad, efectividad y calidad. En este sentido, las políticas públicas representan el compromiso estatal en busca del bienestar colectivo. No obstante, en el caso específico de Ecuador, el Ministerio de Salud Pública carece de mecanismos de evaluación para verificar la implementación de las políticas públicas en esta área. Ante esta situación, el presente estudio tiene como objetivo principal describir la implementación de la política pública de Red Pública Integral de Salud en la Coordinación Zonal 6- Salud. Para ello, se recurre al modelo NATO con el propósito de examinar las políticas públicas de salud en el período comprendido entre 2010 y 2020, enfocándose en el logro de los objetivos establecidos.

Los resultados obtenidos determinan que en los gobiernos de Rafael Correa y Lenin Moreno se diseñaron planes nacionales con ejes sobre la salud, entre los principales resultados se instó a mejorar la infraestructura, atención médica y reducción de tasas de mortalidad articuladas en instrumentos normativos, partidas presupuestarias y la organización institucional. Con ello, se obtuvieron resultados positivos hasta 2017, en tanto que en 2020 la pandemia implicó un retroceso en los objetivos propuestos.

Palabras clave: modelo NATO, políticas públicas, salud



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

In the context of public management, guaranteeing the right to health implies the government's responsibility to provide health services based on the principles of equity, effectiveness and quality. In this sense, public policies represent the state's commitment to the collective welfare. However, in the specific case of Ecuador, the Ministry of Public Health lacks evaluation mechanisms to verify the implementation of public policies in this area. In view of this situation, the main objective of this study is to describe the implementation of the public policy of the Integral Public Health Network in the Zonal Coordination 6-Health. For this purpose, the NATO model is used to examine public health policies in the period between 2010 and 2020, focusing on the achievement of the established objectives.

The results obtained determine that in the governments of Rafael Correa and Lenin Moreno national plans were designed with axes on health, among the main results were urged to improve infrastructure, medical care and reduction of mortality rates articulated in regulatory instruments, budget allocations and institutional organization. With this, positive results were obtained until 2017, while in 2020 the pandemic implied a setback in the proposed objectives.

Keywords: NATO model, public policies, health.



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Introducción	8
Capitulo I.....	12
1. Elementos conceptuales.....	12
1.1. Conceptualización de políticas públicas.....	12
1.2. Influencia de los periodos políticos en la construcción de las políticas públicas	13
1.3. Conceptualización del sistema de salud: estructura y funciones.....	15
1.4. El rol de las políticas públicas en el ámbito de la salud.....	17
1.5. La interrelación entre los procesos sociales frente a la desigualdad en salud.....	19
1.6. La implicación del Estado en la salud hacia la determinación social.....	21
1.7. El modelo NATO como método de análisis de políticas públicas de salud.....	23
Capitulo II.....	26
2. Metodología.....	26
2.1. Tipo y enfoque de investigación.....	26
2.2. Unidad de análisis.....	26
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información	28
2.4. Metodología NATO	28
2.4.1. Autoridad	29
2.4.2. Tesoro	29
2.4.3. Organización.....	29

2.4.4. Nodalidad	29
Capitulo III.....	30
3. Resultados.....	30
3.1. Autoridad	30
Enfoques del servicio de salud	32
3.2. Tesoro	37
3.3. Organización.....	40
3.4. Nodalidad	43
Conclusiones	54
Recomendaciones	56
Referencias.....	57

Índice de figuras

Figura 1 Tipos de políticas públicas	13
Figura 2 Componentes del APS	16
Figura 3 Campos de las políticas de la salud	19
Figura 4 Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) alineados al derecho a la salud	34
Figura 5 Lineamientos estratégicos para el cumplimiento de la garantía del acceso universal en el Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017)	35
Figura 6 Presupuesto asignado en los años 2010-2020.....	38
Figura 7 Composición del Sistema Nacional de Salud Pública.....	41
Figura 8 Composición del Sistema Nacional de Salud Pública.....	42
Figura 9 Cantidad de establecimientos en la zona 6 dos periodos de administración	43
Figura 10 Consultas de morbilidad en la zona 6 dos periodos de administración	45
Figura 11 Número de médicos de la Coordinación Zonal 6 en el periodo 2010-2020.....	46
Figura 12 Tasa de profesionales de salud por cada 10000 habitantes en el periodo 2010-2020.....	47
Figura 13 Tasa de mortalidad infantil Ecuador en el periodo 2010-2020	48
Figura 14 Razón de mortalidad materna Ecuador en el periodo 2010-2020	48
Figura 15 Gasto de hogares ecuatorianos en salud en el periodo 2010-2020	49
Figura 16 Camas de cuidados intensivos por provincia del Ecuador	50
Figura 17 Número de establecimientos de salud por provincia con la capacidad de atender contagiados de Covid-19.	51

Índice de tablas

Tabla 1 Variables de estudio	27
Tabla 2 Control de calidad en 4 enfoques del servicio de salud.....	32
Tabla 3 Objetivos del Plan Nacional Toda una vida (2017-2021) alineados al derecho a la salud	36
Tabla 4 Número de contagiados en el Ecuador	51

Dedicatoria

La vida ha sido muy generosa conmigo que solamente me queda decir gracias a Dios y a la vida y cada una de las personas que están presentes en mi vida: mis padres Lilia y Ramiro por sus enseñanzas, comprensión y apoyo incondicional, Rafaella, mi sobrina por su amor y ternura, mis hermanas/os y amigas/os que fueron soporte en tiempos de dificultad; y finalmente y no menos importante al Dr. David Acurio Páez, mi director de tesis por su paciencia y conocimientos brindados para la finalización de este trabajo.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS.) recalca que el propósito de los sistemas nacionales de salud, es brindar servicios de calidad a los habitantes, donde y cuando los necesiten, es decir, son sistemas interconectados que abarcan desde la atención primaria, la salud comunitaria hasta la atención especializada y la salud pública con miras a brindar una atención integral y holística abordando no solo sus necesidades médicas, sino también factores sociales, económicos y ambientales que influyen en su salud (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Razón por la cual, un Sistema Nacional de Salud (SNS) debe desarrollarse con funciones de: rectoría, financiamiento y provisión de servicios sanitarios, de ahí cada país define la estructura institucional para la organización e implementación del sistema de atención de salud. Por este motivo, es imprescindible que el Estado garantice el derecho a la salud para brindar servicios basados en los principios de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Bursztyn (2010) afirma que la capacidad de formular, organizar y manejar la implementación de la política nacional de salud es importante, porque se definen los objetivos, metas factibles y la preparación e implementación de los planes estratégicos de salud. Además, se determina las modalidades de financiamiento con respecto al modelo de protección social, tomando en cuenta los procesos de los modelos de atención.

En este sentido, Giraldo y Vélez (2023) sostienen que la Atención Primaria en Salud (APS) es una parte integral tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico de la comunidad. Lo cual significa que la APS ocupa un lugar fundamental en la organización y operación del sistema de salud cuyo enfoque se extiende más allá de la atención médica, abordando aspectos sociales, económicos y comunitarios. Por ende, los servicios de salud deben estar centrados en las necesidades y expectativas de la población y con ello, las políticas públicas deben garantizar la salud de las comunidades.

De ahí que, al analizar la APS del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano cuenta en este territorio cuentan con programas selectivos y focalizados en servicios para llegar a poblaciones específicas. Es decir que, si bien responde al interés de lograr la cobertura de servicios de salud, dado el contexto de planificación territorial cubre solamente algunas necesidades previamente definidas de grupos poblacionales en extrema pobreza, con recursos de baja densidad tecnológica y sin garantizar el acceso a los niveles secundario y terciario de atención a la salud, de lo que resulta importantes desigualdades entre los

estratos de mayor ingreso y gran parte de la población que no dispone de recursos para la compra de servicios en el mercado (Bursztyn, 2010).

Desde la reforma de 2008, se propició el fortalecimiento del rol rector del MSP, lo que provocó una reconfiguración de las relaciones entre actores dentro del sistema. Esta nueva política pública buscaba fortalecer el primer nivel de atención y la Red Pública Integral de Salud (RPIS) pero lastimosamente no analizaron completamente la estructura del SNS.

La segmentación y fragmentación del SNS no permitió obtener los resultados esperados, ya que afectó principalmente a la implementación de las normas (población y territorio a cargo de cada establecimiento de salud; homologación de establecimientos de salud; y un sistema integrado de información) para la implementación de la RPIS, cuyo objetivo es la derivación, referencia y contra referencia de usuarios del sistema de salud.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) como ente rector del sistema, no ha generado un mecanismo de seguimiento y control en los avances de la implementación de la política pública y la falta de un sistema integrado de información genera problemas con los diferentes actores, aumentando la asimetría de la información por la falta de debates con los representantes de la comunidad y a la pérdida de relaciones de regulación, supervisión y responsabilidad (Molina-Guzmán A, 2019).

Según Sacoto (2021) a partir de 2009 el país experimentó cambios en el sector de la salud al incorporar modificaciones en el modelo que se mantenía vigente desde 1992, en efecto en 2012 se presenta un inconveniente en el proceso de reordenamiento de Direcciones Provinciales y Áreas de salud a Coordinaciones Zonales, ya que se agruparon las provincias del país sin criterio, las sedes son distantes y ajenas a sus respectivas dinámicas, y con ello, las autoridades desconocen los determinantes históricos, culturales e incluso políticos para la toma de decisiones importantes. Dicha situación se plasma, tomando como ejemplo a la provincia de Galápagos, que se convirtió en distrito y paso a depender de la Coordinación Zonal 5, cuya sede se encuentra en Milagro (cantón de la provincia Guayas). Mientras que, la Coordinación Zonal 2 abarca a las provincias de Napo, Orellana y los cantones rurales de la provincia Pichincha, tiene su sede en Tena (provincia Napo).

1.1. Preguntas de investigación

Considerando el problema de estudio se plantea como interrogante: ¿Cuál es el seguimiento y control de las políticas públicas de salud en la Coordinación Zonal 6 para optimizar el cumplimiento de las metas establecidas en los objetivos sectoriales de salud?

1.2. Objetivos

Objetivo general:

Describir la implementación de la política pública de Red Pública Integral de Salud en la Coordinación Zonal 6- Salud.

Objetivos específicos:

- Describir los objetivos, metas e instrumentos aplicados en la política pública.
- Determinar los actores e instrumentos utilizados en torno a la política pública.
- Comparar los objetivos de la política pública con relación a los instrumentos de política pública aplicados.

En el presente trabajo de investigación se ha seleccionado un periodo de estudio que abarca desde 2010 hasta 2020, con el objetivo de analizar la implementación de la política pública de Red Pública Integral de Salud en la Coordinación Zonal 6- Salud. Durante este periodo, se examinarán los gobiernos de Rafael Correa y Lenin Moreno, quienes presentan diferentes enfoques ideológicos en cuanto al desarrollo de políticas públicas, debido a que se mantiene la ley dispone un periodo limitado para la presidencia que determinan variaciones en las tendencias de gobierno (Instituto de la Democracia, 2017). Con ello, se buscará explorar y comparar los objetivos, metas e instrumentos aplicados en la política pública durante los mandatos de ambos gobernantes, así como identificar los actores involucrados y los instrumentos utilizados en torno a dicha política.

Capítulo I.

1. Elementos conceptuales

1.1. Conceptualización de políticas públicas

En aproximación a las políticas públicas, estas se definen como el conjunto de decisiones y acciones que son adoptadas por los gobiernos para abordar los problemas y desafíos que afectan a la sociedad en su conjunto. Es por ello, que las políticas se centran en el proceso político, es decir, en cómo se toman las decisiones y se implementan las acciones en relación con los asuntos públicos (Lobelle, Políticas públicas sociales: apuntes y reflexiones., 2017).

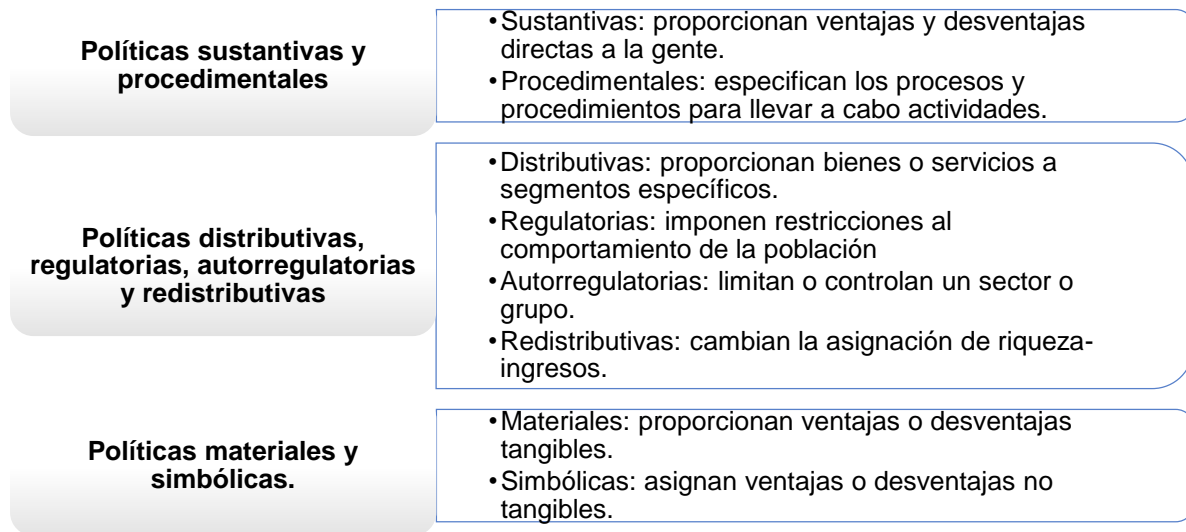
De acuerdo con Aguilar (2009) las políticas públicas no se limitan a ser meras intenciones o declaraciones de los gobiernos, sino que implican acciones concretas para resolver problemas o aprovechar oportunidades en beneficio de la sociedad, aplicada en áreas diversas, como la educación, la salud, la economía, el medio ambiente, la seguridad, entre otras. De esta manera presenta dos dimensiones esenciales:

- **Calidad institucional:** se relaciona con el respeto a los principios democráticos, la transparencia en la toma de decisiones y la participación ciudadana.
- **Calidad técnica o causal:** implica la utilización de métodos, recursos y conocimientos técnicos adecuados para abordar los problemas públicos y alcanzar los objetivos establecidos.

Con lo expuesto, las dimensiones descritas son fundamentales para garantizar políticas públicas efectivas y de calidad. Al respecto, Wilson (2018) expone que las políticas públicas son acciones emprendidas por el gobierno para abordar demandas y problemas sociales. Por lo general son proyectos-actividades diseñados y gestionados por el Estado con el objetivo de satisfacer las necesidades de la sociedad que además incluyen la opinión, la participación, la corresponsabilidad y los recursos de los ciudadanos.

En este contexto, los países formulan políticas públicas con los respectivos objetivos que constituyen la razón de su existencia. Por ello, las administraciones públicas se legitiman por la consecución de metas, por ende, si una acción pública no logra los impactos deseados o produce efectos no deseados, se considera ineficaz. Bajo este contexto, se detallan los tipos de políticas públicas:

Figura 1
Tipos de políticas públicas



Nota. Adaptado de Godoy (2009)

Con base a lo expuesto en la figura 1, las políticas sustantivas tienen un impacto directo en la gente al proporcionarles ventajas o desventajas concretas. Por otro lado, las políticas procedimentales se centran en los procesos y procedimientos necesarios para llevar a cabo actividades específicas. De manera que las políticas públicas se aplican en función del contexto que un territorio requiere.

De esta forma, las políticas públicas son la respuesta del Estado a situaciones problemáticas en la sociedad, para ello, se recurren a instrumentos que permiten implementar medidas reparadoras en áreas como economía, política, medio ambiente, social y cultural. De ahí, se destaca la necesidad de implementar acciones estatales basadas en información confiable y transparente con el propósito de apoyar a la distribución de recursos y la toma de decisiones (Lobelle, 2017).

1.2. Influencia de los periodos políticos en la construcción de las políticas públicas

De acuerdo con Córdova (2018) los periodos políticos de los gobiernos y las administraciones públicas tienen la capacidad de establecer prioridades, promover agendas políticas específicas y tomar decisiones que afectan directamente la construcción de políticas públicas. De manera que, la intervención del Estado se sujeta a diferentes enfoques políticos, ideologías, intereses y valores de los líderes y partidos políticos con un impacto significativo

en el diseño y la implementación de políticas en áreas como la salud, educación, economía, medio ambiente, entre otras.

Además, Paredes (2011) argumenta que los cambios políticos pueden llevar a cambios en la agenda política y en las estrategias de implementación de las políticas públicas. Por ende, los nuevos gobiernos pueden adoptar diferentes enfoques, prioridades y medidas políticas en comparación con los gobiernos anteriores, lo que puede dar lugar a modificaciones en las políticas existentes o al desarrollo de nuevas políticas. De manera que las agendas estatales pueden diferir entre períodos de tiempo largo generando cambios en las políticas públicas que se promueven y se implementan.

Asimismo, en las naciones los cambios en las ideologías y enfoques políticos influyen en la forma en que se abordan los problemas y se diseñan las políticas públicas, en consecuencia, los periodos de gobiernos tienen a cambiar la priorización de problemáticas sociales y con ello la redistribución de la riqueza. Incluso, con el cambio en la orientación ideológica del gobierno es posible generar en una desregulación de ciertos sectores económicos o en la implementación de nuevas regulaciones en áreas de interés sociales (Valentini y Flores, 2009).

Al analizar los cambios en los enfoques políticos, es posible identificar las prioridades políticas de un régimen frente a otros, es decir determinar lo que está guiando la construcción de las políticas públicas con la finalidad de entender qué áreas están recibiendo más atención y recursos, y cómo se están abordando los desafíos sociales, económicos o ambientales considerando que cada partido político o líder puede tener diferentes objetivos y áreas de enfoque (Hofmeister, 2021).

En la percepción de Absalón y Urzúa (2012) los cambios en los regímenes de gobierno pueden tener repercusiones a largo plazo en las políticas públicas, entonces posibilitan describir cómo evolucionan en un lapso temporal permite prever posibles cambios en las políticas públicas y con ello comprender mejor el contexto en el que se desarrollan las políticas públicas y a tomar decisiones más informadas y efectivas en la formulación e implementación de política.

Al vincular con el contexto de estudio de la presente investigación, el lapso de tiempo seleccionado fue un periodo de 10 años (2010-2020), considerando que en Ecuador el marco jurídico nacional establece que la duración del mandato presidencial es de 4 años, se determinan cambios de tendencias de gobierno (Instituto de la Democracia, 2017). Para

efectos de la investigación, se analizan dos regímenes de gobierno a cargo de Rafael Correa (2007-2017) y Lenin Moreno (2017-2021) en donde se evidencian diversos ángulos de intervención estatal frente a problemáticas sociales (Murakami y Peruzzotti, 2021). En este contexto, los datos del periodo de estudio están sujetos a la disponibilidad de información provenientes de fuentes oficiales. A la vez es importante, analizar los instrumentos normativos vigente basado en las dimensiones: sustantiva que conlleva a la acción de proveer bienes-servicios públicos y sustancia que implica la relación Estado-Sociedad (Howlett et al., 2006).

1.3. Conceptualización del sistema de salud: estructura y funciones

Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema de salud a la puesta en marcha los recursos, organizaciones y acciones con objetivo principal es promover, restaurar o mantener la salud de la población. De manera que, un sistema de salud efectivo garantiza que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud esenciales de calidad, sin sufrir dificultades financieras. También se destaca la importancia de la equidad en el acceso a la atención médica y la protección contra los riesgos financieros asociados con los gastos de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Por consiguiente, los sistemas de salud deben estar centrados en las necesidades de las personas y basados en la atención primaria de salud, abordando de manera integral los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Entonces, se trata de estructuras en constante operación, desarrollo y evolución que responden a cuatro estructuras básicas:

- a) Rectoría
- b) Financiamiento
- c) Generación de recursos
- d) Provisión de servicios de salud

Por medio de las funciones básicas, se busca lograr objetivos fundamentales como la preservar o mejorar el estado de salud de la población, asegurar una capacidad de respuesta óptima y proporcionar un trato adecuado a los pacientes y garantizar la protección financiera de las personas en relación a los gastos de salud (Diaz, 2018).

Además, la Organización Mundial de la Salud (2021) se promueve la participación activa de la comunidad y la colaboración entre diferentes sectores para lograr una atención integral y sostenible. Es por ello, que el APS comprende tres componentes interrelacionados:

Figura 2
Componentes del APS

<p>1. Servicios de Salud Coordinados y Completos:</p>	<p>1. Acciones y Políticas Multisectoriales:</p>	<p>1. Diálogo y Empoderamiento de Personas, Familias y Comunidades:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria de Salud (APS) como pieza central. • Servicios médicos, preventivos, de promoción de la salud y de atención integral. • Enfoque en la atención centrada en la persona y la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones en los determinantes de la salud de carácter general. • Incluye políticas públicas para abordar los factores que influyen en la salud de manera integral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un vínculo activo entre los proveedores de salud y las personas. • Participación social y toma de decisiones compartidas en el cuidado de la salud.

Nota. Adaptado de Organización Mundial de la Salud (2021)

La información descrita en la figura 2 expone que Atención Primaria de Salud (APS) tienen como elemento central a una gama de servicios médicos, preventivos, de promoción de la salud y atención integral que se enfocan en brindar atención centrada tanto en la persona como en la comunidad. A ello, se suman las acciones y políticas multisectoriales se dirigen hacia intervenciones que abordan los determinantes de la salud, los cuales están ampliamente distribuidos y tienen un alcance general. Además, de la creación de vínculos entre los proveedores de salud y los individuos para la participación social y la toma de decisiones compartidas en el cuidado de la salud, promoviendo la auto asistencia y la autosuficiencia en materia de salud.

Por otra parte, en función de las necesidades de la población, la APS se focaliza en los segmentos vulnerables para garantizar el acceso equitativo a servicios de atención médica de calidad. A razón de que, los segmentos vulnerables tienden a tener peores indicadores de salud y enfrentar disparidades en el acceso a la atención médica, por lo que la intervención del Estado busca reducir las desigualdades en salud y mejorar los resultados de salud en las poblaciones más desfavorecidas considerando el contexto socioeconómico y cultural (Zavattiero, 2018).

En el caso del contexto de la presente investigación, el sistema de salud de Ecuador mantiene a la APS como base del modelo de atención, es decir, es integral al abarcar promoción, prevención (cuidado de la salud), recuperación y rehabilitación (recuperación de la salud). De

este modo, se enfoca en fomentar la salud en general y prevenir la aparición de enfermedades. Luego, se ocupa de la prevención con el cuidado de la salud para evitar la aparición de enfermedades o complicaciones. Mediante la detección temprana de factores de riesgo. Además, abarca la recuperación y rehabilitación de la salud, más allá prevenir y tratar enfermedades, también se apoya a la recuperación de los pacientes y ayudarlos a rehabilitarse después de haber enfrentado problemas de salud (Ministerio de Salud Pública, 2012).

1.4. El rol de las políticas públicas en el ámbito de la salud

Las políticas de salud reflejan los esfuerzos de los Estados para hacer frente a las dificultades de población para lograr su bienestar integral. En este sentido, durante los años sesenta, enfermedades como la malaria y la viruela representaban problemas sociales complejos, como respuesta, surgieron modelos de intervención que buscaban impulsar acciones estatales para mejorar la atención médica, la organización de recursos y el uso de avances tecnológicos enfocados en mejorar la calidad de vida de la población. Pero en ese momento, se implementaron estrategias uniformes que no tenían en cuenta las necesidades específicas de cada comunidad limitando los resultados de las intervenciones sanitarias (Chiara, 2016).

Con el pasar de los años, los aspectos de la salud pública reafirmaron el poder gubernamental, por lo que se puede considerar que la -salud es un mecanismo político que construye subjetividades que impulsa la articulación de las instituciones estatales para consolidar hábitos y conductos a favor del bienestar individual y colectivo (Nunes, 2012). Sin embargo, las políticas institucionales tienden a relegar a un segundo plano a las clases populares, además al manejo de fondos públicos está encabezado por los grupos con mayor poder (Dantas, 2018).

A criterio de Wright (1978) el Estado es un mecanismo de selección de formas para la lucha de clases, condición que se relaciona con el proceso de transformación de estructuras. En este sentido existen grupos que quedan excluidos (clase obrera) y otros con mayores posibilidades (clase capitalista), por lo que en la delimitación de -estructuras políticas e ideológicas interviene la selección con mecanismos que excluye ciertas posibilidades y otras buscan resultados específicos.

Al respecto, Mendíaz (2004) plantea que la articulación entre el Estado y la sociedad se visualizan por medio de las políticas gubernamentales, a la vez, se presenta un aparato administrativo que debe gozar de autonomía frente a las diferentes ideologías. De esta forma,

se habla de un estado autonómico que actúa bajo la legitimidad del poder público con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la población.

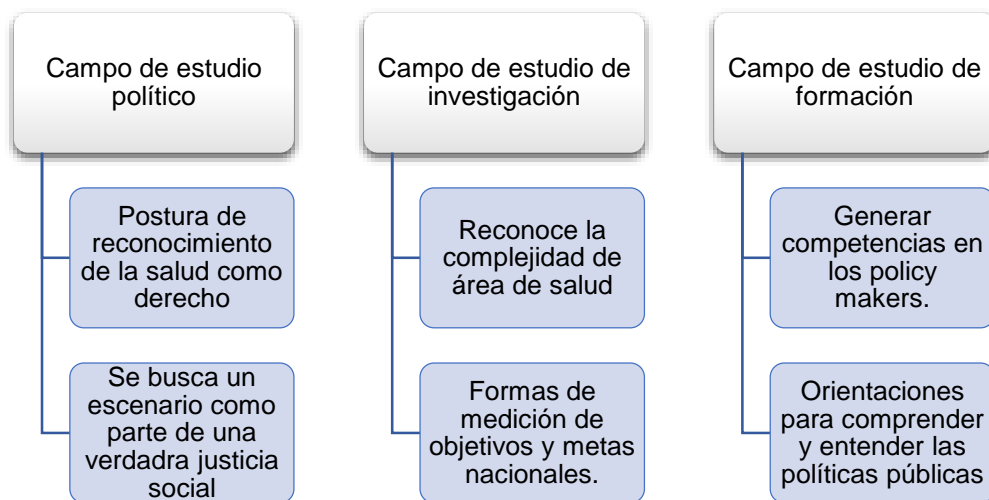
Con ello, el Estado mantiene la responsabilidad frente a las demandas de salud, ya que con el paso del tiempo la sociedad demanda mayor cantidad de profesionales, infraestructura, insumos y equipamientos por nombrar alguno. Así, la presencia de instrumentos internacionales y locales establecen las obligaciones a favor del bienestar de las personas (García, 2017).

Tal como reconocen Benavides et al. (2018) que la práctica de la salud pública conlleva a la formulación de estrategias para reducir las desigualdades en el acceso y cobertura, razón por la cual se originan las políticas públicas que buscan suplir las necesidades de atención y asistencia médica para lograr instaurar el bienestar en el territorio. No obstante, los avances registrados exponen que la forma de intervención debe considerar a las demandas sociales para garantizar la protección de la población, en especial a los grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad.

Para Gómez et al. (2006) la intervención de los responsables de las políticas públicas de la salud pretende mejorar las condiciones existentes y la provisión de servicios médicos con eficacia. En tanto que, Hernández y Fernández (2007) reconocen que uno de los mayores desafíos que enfrentan las naciones es garantizar la salud, pese a los avances de la ciencia aún se precisa de mejorar las políticas de salud.

Con base a lo expuesto, las propuestas de intervención en el campo de la salud buscan resolver desventajas sanitarias, razón por la cual, las medidas implementadas implican un mayor análisis para establecer los alcances efectuados (Ortega, 2018). En todo caso, desde la gobernabilidad se impulsan proyectos que promueven la mejorar de la calidad de vida y el bienestar de la población, es por ello que se disponen de los siguientes campos:

Figura 3
Campos de las políticas de la salud



Nota. Adaptado Ortega (2018)

Las políticas de salud se analizan desde un campo político que conlleva el esfuerzo del Estado para lograr el reconocimiento de la salud como derechos fundamentales de los ciudadanos, con mayor interés en las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad. A la par, se involucra un enfoque de investigación que frente a los desafíos de los servicios sanitarios buscan una aproximación a los resultados alcanzados. En tanto que, el campo de formación conlleva una aproximación a las habilidades de los *policy makers* con miras a orientar dichas políticas.

Tal como plantea Spinelli (2010) el sistema de salud se centra en los sectores: público, privado y agentes sociales, en conjunto suponen la unión de recursos, problemas e intereses que buscan una autonomía relativa que se relaciona con una elevada concentración económica. En este sentido, las naciones denominan como gasto de salud a los fondos que se destinan para el tratamiento de enfermedades, sin embargo, no se garantiza que los montos asignados a la salubridad cumplan con lo designado, por ende, es necesario establecer controles.

1.5. La interrelación entre los procesos sociales frente a la desigualdad en salud

Desde la perspectiva de Acurio (2021) para comprender los problemas en torno a la salud, es fundamental la comprensión de la situación real desde una visión crítica, por lo que la epidemiología crítica conlleva cuestionamientos en acciones o políticas que si bien impulsan la gobernanza distributiva también puede caer a favorecer a determinados grupos

incrementando las desigualdades y la falta de compromiso con las luchas sociales como el acceso a la atención médica de calidad.

A decir de Martín-Baró (2018) se concibe a la realidad en dos momentos, la realidad consumada es decir que se basa en los hechos (tal como es) y la realidad deseable, la que está por hacer (cambio social). Por lo que surgen los conceptos de denuncia como el reconocimiento de aspectos negativos y la utopía que conlleva a la toma de conciencia de mejorar las falencias evidenciadas. En la práctica, la denuncia y la crítica se entiende como la indignación ética frente a las condiciones desfavorables de poblaciones sin recursos económicos que viven en condiciones de miseria, en este caso los problemas reales de los propios territorios deben ser superados.

Para Butler (2001), la crítica como una tarea que por una parte implica la búsqueda de condiciones óptimas y a la vez establece condiciones sobre dichas condiciones en cuanto a contingencia y transportabilidad. Desde el ejercicio del poder, la crítica asume la existencia de la gobernanza y continúa cuando esta no se aplica de forma completa, por tanto, la -crítica a las condiciones inhumanas que representan la realidad de muchos territorios debería impulsar la transformación de estructuras.

En efecto, la comprensión de los problemas de la salud desde una perspectiva social expone que la desigualdad y la falta de efectividad de las políticas públicas para resolver tal situación. Además, se plantea que la salud es más que un estado biológico y la enfermedad no sólo es una consecuencia de la pobreza, por el contrario, son términos interrelacionados que deben ser entendido como un proceso, que al involucrar patrones de desgaste en la clase obrera genera la expropiación de la salud (Castro, 2010).

De manera que desde el realismo crítico es un referente en el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica que impulsa la existencia de un proceso de salud enfermedad desde la realidad social (Acurio, 2021). Ante la falta de cambios políticos y sociales que requieren los sistemas de salud, se reconoce que el impulso de políticas públicas para todos permitirá superar la crisis que enfrenta la región siempre y cuando se incorpore la participación efectiva de la población (Almeida y Silva, 1999).

Morales et al. (2013) plantea que en el ámbito de la salud existen diferencias en la determinación social, conceptual y ético políticas, ejemplo de ello a finales de los años sesenta, bajo la filosofía de Marx se entendía que la salud-enfermedad era un proceso dialectico que debía ser analizado desde dos enfoques de la comprensión social de la salud:

- a) Determinantes Sociales de la Salud (DSS-a) derivado del saber epidemiológico clásico.
- b) Determinación Social de la Salud (DSS-b) propuesta basada en aspectos de la medicina social y salud colectiva.

En este sentido, la DSS-b incorpora jerarquías para el fundamentar los procesos de salud-enfermedad de las personas, donde “...los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social” (Morales et al., 2013, p. 800). Por tanto, es evidente la intervención de relaciones de poder que interfieren en el bienestar de determinados colectivos sociales, por lo que surge la matriz de triple inequidad compuesta por inequidades en cuanto al género, etnia y clase social.

Por parte de Duarte (2013) los enfoques DSS-a y DSS-b exponen que las condiciones de vida de un conglomerado social tienen relación directa con las problemáticas de salud, ya sea a nivel de determinantes sociales o la misma determinación social que actúa de forma complementaria siempre y cuando se analice la complejidad de conjugar aspectos biológicos-sociales. Adicional, estos enfoques conciben la noción de justicia-equidad que conlleva a la exigencia de medir el impacto de las acciones de la salud a nivel individual y colectivo.

Desde la perspectiva de Acurio (2023) el contexto social-político origina la estratificación social con aspectos económicos, educativos y sociales que en determinado punto dan origen a la posición social de una persona. No obstante, la presencia de factores de vulnerabilidad podría desencadenar enfermedades o lesiones y con ello comprometer la salud de la población, incrementado la tasa de mortalidad y en el caso de discapacidad incrementado el riesgo de marginación social. Frente a ello, las políticas públicas impulsan la erradicación de brechas sociales como parte de la intervención estatal.

1.6. La implicación del Estado en la salud hacia la determinación social

Los países han consolidado la intervención del Estado en el ámbito sanitario reconociendo la necesidad de la aplicación de políticas públicas en el ámbito de la salud. Sin embargo, Spinelli (2010) menciona que algunas naciones en especial de Latinoamérica presentan una capacidad limitada que impide la articulación interinstitucional y la ejecución de acciones de valor social. Tomando como ejemplo el caso de Argentina, se determinó que el gasto en salud se destina en un 30% a enfermedad para la adquisición de medicinas que no suelen ser la

mejor opción o incumplen con los parámetros de calidad por lo que el nivel de gasto no coincide con los indicadores de salud requeridos por la población.

Frente a problemas económicos, el proceso de salud-enfermedad-atención se centra en las prestaciones rentables originadas de las poblaciones con capacidad de pago de seguros médicos generando inequidad con la población que no cuenta con los mismos recursos; entonces se podría decir que predomina la improvisación y a pesar de existir planificación hace falta la acción muchas veces supeditada a la voluntad política del gobierno de turno (Spinelli, 2010).

Puerto et al. (2018) plantean la determinación social en salud, busca profundizar en relación entre la reproducción social, los modos de vida, enfermedades y condiciones de muerte. Para ello, se centran en las perspectivas:

- a) Socio-económica: decisiones políticas deben limitar la inequidad en los servicios de salud.
- b) Histórico-política: formas de protección estatal a favor del buen vivir.
- c) Socio-culturales: facilitan la adquisición de hábitos saludables con respeto a las diferencias culturales.
- d) Geográfico-territoriales: consideran las emergencias y situaciones que afectan a los territorios.

Con base a lo señalado, se deduce que la atención a la salud debe incorporar los diversos factores que se presentan alrededor de un espacio geográfico. De tal modo que, Vilchis (2020) afirma que la determinación social es un proceso que involucra las enfermedades, las condiciones sanitarias y el contexto de un entorno, entonces se busca definir el nivel de salud que un grupo de personas llegarían a obtener. En algunos casos, las dinámicas de relación de poder y el flujo de capital desencadenarían inequidades.

Entonces, la determinación social conlleva a la implementación de modelos de atención relacionados con salud-enfermedad-atención con efectos colaterales como desigualdad y exclusión. A modo de ejemplo, en un territorio donde se concibe una determinación social sustentada en el capitalismo presentará complicaciones para la población que no disponga de recursos para cubrir seguros particulares, como resultado, se limita la asistencia médica a las poblaciones que cuentan con bajos ingresos (Spinelli, 2010).

En la opinión de Breilh (2013) la noción de la determinación de la salud insta una relación entre la forma de vivir, la reproducción social, las enfermedades y la muerte que toma fuerza como un movimiento que pretende incorporar la salud pública colectiva. Se trata de un paradigma que vincula la economía política, la política y el materialismo frente a una versión crítica de la salud. Por ende, la interpretación se sustenta en la diversidad a nivel social, sanitario y ambiental como parte de la construcción de un modelo que protege y promueve la vida.

1.7. El modelo NATO como método de análisis de políticas públicas de salud

En el marco de las políticas públicas se precisa del análisis de los instrumentos que las componen, en un inicio se determinaron complicaciones para establecer un consenso sobre qué aspectos se debería abordar. Es por ello, Christopher Hood en 1983 presentó un esquema que se centra en los recursos gubernamentales, basado en los términos *nodality, treasure, authority or organization* (Salamon, 2002).

A criterio de Gurgel et al. (2021) el modelo NATO es resultado de las iniciales Nodalidad, Autoridad, Tesoro y Organización, que permite la categorización de los instrumentos que los funcionarios públicos o *policy makers* aplican al momento de elaborar las políticas públicas. De esta manera, se obtiene una lista de instrumentos que aportan a la toma de decisiones para solventar problemas de interés social.

En la investigación de Villegas (2019) que indaga sobre las políticas sociales de un programa con proyectos de salud de Venezuela, a través de los términos metodológicos de tipología NATO (Nodalidad, Autoridad, Tesoro y Organización) con la finalidad de determinar la capacidad del Estado para responder la frente a las necesidades de la población. Entre los hallazgos, se determinó que los proyectos carecen de planificación y no existe un marco normativo coherente que los regule, si bien se mantuvieron recursos financieros y organización para mejorar la calidad de vida de la población, no se obtuvo información suficiente para determinar el impacto.

En similar apreciación, Gurgel et al. (2021) recurren al modelo NATO para el análisis de un grupo de políticas públicas en Brasil, de tal manera que la información proporcionada permite identificar las fallas de las políticas generadas por los *policy makers* y con ello, se podrán iniciar rectificaciones de las agendas públicas sustentadas en el montaje, formulación, toma de decisiones, implementación y evaluación.

De acuerdo con Alarcón (2019) el modelo de selección de instrumentos NATO contribuye a la identificación de fallas en la implementación de políticas públicas para la primera infancia de Ecuador. Así, se analizaron los objetivos y los medios implementados cuyos resultados determinaron que la cobertura en el sector de la salud fue mayor que en años anteriores, de tal manera que los recursos y la autoridad aportaron a la voluntad política y económica en Estado. No obstante, el poder legal presentó complicaciones ya que limitó la intervención de algunas instituciones para continuar con los proyectos estatales.

En este orden de ideas, Hurtado (2016) reconoce la utilidad del modelo NATO para revisar el diseño y la implementación de las políticas públicas, para ello, se recurren al análisis de la información que está sujeta a documentación e informes de interés público, la legislación que rige sobre el territorio, las cifras presupuestarias y los organigramas estructurales. Entre parte de los resultados evidencian las posibles fallas, como la mala descentralización y posibles complicaciones en la asignación de recursos.

Luque et al. (2022) reconocen que las políticas públicas evolucionan de forma temporal, por ello el modelo NATO permite realizar un análisis coherente de los aspectos fundamentales que intervienen en las políticas sectoriales, ya que se centra en la taxonomía de los instrumentos políticos de las herramientas administrativas.

- **Nodalidad:** A decir de Giraldo (2017) en el modelo analítico de nodalidad se analizan los instrumentos de información, que representa la capacidad del Estado para gobernar desde la centralidad. Es decir, esta herramienta se refiere a la información estatal que se procesó durante la implementación de la política y al concluirla; que se encuentra disponible para el uso y conocimiento de la ciudadanía.
- **Autoridad:** a criterio de Medrano (2019) la autoridad se compone con todas las reglas formales que cuenta un país a nivel constitucional, leyes y regulaciones. Dicho de otro modo, es el marco normativo que garantiza la legalidad de las acciones ejecutadas por el Estado.
- **Tesoro:** Conlleva el análisis de las decisiones financieras adoptadas por los gobiernos que se materializan en subvenciones, incentivos y préstamos para el desarrollo de los proyectos que responden a la implementación de las diferentes fases de las políticas públicas (Steat, 2021). De manera que conlleva a una aproximación de la dinámica económica que fluctúa con los bienes y prestaciones generadas por el Estado.

- **Organización:** La organización es una aproximación a la institucionalidad que se basa en el esquema gubernamental con el conjunto de entidades o personas que intervienen y posibilitan la ejecución de las acciones planificadas (Giraldo J. , 2017).

Capítulo II

2. Metodología

2.1. Tipo y enfoque de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva, que de acuerdo con Hernández et al. (2014) implica información acerca de las propiedades y características que tienen del sujeto u objeto de estudio, que se miden o recolecta datos desde la realidad en el que se desenvuelven, posterior se detalla los hallazgos más importantes. En efecto, en la investigación se recolecta información entorno al modelo (Nodalidad (Armijos et al., 2020), Autoridad – Tesoro y Organización) que permitió evidenciar las características de las políticas públicas implementadas en el sector de salud en el Ecuador, con enfoque al cumplimiento de los objetivos.

En este sentido, el estudio tiene un enfoque mixto, es decir, cualitativo y cuantitativo; que según Cadena et al. (2017) son dos enfoques opuestos, pero complementarios, dado que los datos numéricos se vinculan con información descriptiva de las situaciones y en conjunto dan respuesta a los fenómenos de estudio. En efecto, la complementariedad de los enfoques servirá para el análisis de los diferentes parámetros del NATO, que en el caso de la Nodalidad implica el análisis de los resultados de las políticas a través de indicadores; la autoridad de la normativa vigente; la parte del tesoro conlleva el análisis del presupuesto y la organización implica los entres representantes del Estado que están a cargo de plantear, ejecutar y analizar las políticas públicas de salud.

2.2. Unidad de análisis

El presente estudio se centra en analizar la implementación de las políticas públicas en la Red Integral de Salud de la Coordinación Zonal 6 durante los años 2010 y 2020. Para contextualizar el periodo de estudio, se consideraron dos periodos de gobierno: Rafael Correa gobernó desde 2007 hasta 2017, y Lenin Moreno desde 2017 hasta 2021. Se llevará a cabo una revisión de la literatura y jurisprudencia disponibles durante el periodo de 2010-2020 para conseguir los objetivos de investigación:

Para efectos de comparación se analizan las políticas de salud que se implementaron en los gobiernos en el periodo de estudio. Adicional, se toma en consideración la normativa vigente implementada en los regímenes ubicados en el periodo 2010-2020. Tal como se observa en la siguiente tabla de operacionalización:

Tabla 1
Variables de estudio

Variable/ enfoque	Unidades de análisis	Categorías	Fuentes
Autoridad (Cualitativo)	Constitución de la República del Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> Principios del derecho a la salud Marco jurídico de la atención a la salud 	Constitución de la República del Ecuador Plan Nacional de desarrollo
	Políticas implementadas en el periodo de análisis	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir vigente desde 2007-2017 Objetivos del Plan Nacional Toda una vida vigente desde 2017-2021 	Ley Orgánica de Salud Acuerdos ministeriales
Tesoro (Cuantitativo)	Presupuesto para la cartera ministerial de salud	Montos monetarios del régimen de Rafael Correa y Lenin Moreno al sector de la salud	Presupuesto asignado a la Coordinación Zonal 6
	Porcentaje de presupuesto asignado a la Coordinación 6 de salud	Proporción del presupuesto total destinado específicamente a la Coordinación Zonal 6	Gastos corrientes Inversión en establecimientos de salud
Organización (Cualitativo)	Estructura del sistema nacional de salud	<ul style="list-style-type: none"> Sistema Nacional de Salud Red Pública Integral de Salud 	Ministerio de Salud
Nodalidad (Cuantitativo)	Recursos de la salud en la zona 6	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de establecimientos en la zona 6 dos periodos de administración Número de profesionales de salud Tasa de profesionales de la salud por cada 100 habitantes 	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
	Consultas de morbilidad en la zona 6 dos periodos de administración	Consultas de morbilidad en la zona 6 dos periodos de administración: régimen de Rafael Correa y régimen de Lenin Moreno	Organización Panamericana de Salud
	Indicadores de salud Periodo 2010-2020	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad infantil Mortalidad materna Gasto de hogares ecuatorianos en salud 	Servicio de Gestión de Riesgos y Emergencias
	Establecimientos de salud pública contexto pandemia (2020)	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de los establecimientos en el 2020 Establecimientos con la capacidad de atender contagiados de Covid-19 Contexto de pandemia marzo-junio 2020 	

El estudio se basa en una investigación descriptiva con un enfoque mixto. La unidad de análisis es la implementación de políticas públicas en la Coordinación Zonal 6 durante los años 2010 y 2020. Para recopilar información, se utilizarán técnicas e instrumentos como el

análisis documental y el análisis dogmático-jurídico. La metodología NATO se empleará para abordar los aspectos relacionados con la autoridad, el tesoro, la organización y la nodalidad en el contexto de las políticas públicas en la zona objeto de estudio

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información

En el siguiente apartado se detallan las técnicas que se utilizaron para recolectar la información en torno a los componentes analíticos de la metodología NATO:

- **Análisis documental:** se utilizó para recolectar la información de los antecedentes de las políticas de salud que se plasman en el Plan Nacional de Desarrollo de cada gobierno de turno, así como en los informes de rendición de cuentas y en los indicadores de la salud recolectados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) que a partir del 2012 se encarga de recolectar información sobre las características del sistema de salud en el Ecuador, en lo que respecta a personal, consultas y establecimientos.
- **Análisis dogmático – jurídico:** según Báez (2022) implica entender la normativa como un dogma del derecho, por tanto, el análisis de la ley se evita realizar comentarios desde una perspectiva subjetiva que se adjudique a valores morales y sociológicos. Desde esta perspectiva se analizó la normativa que se implementó y estuvo vigente en el periodo de estudio en torno al derecho a la salud.

Además de las técnicas de análisis documental y análisis dogmático-jurídico, se recurrió a una ficha de recolección de información como instrumento para recopilar datos relevantes obtenidos de informes gubernamentales, los cuales fueron posteriormente procesados utilizando el Microsoft Excel. Una vez procesados, se recurrió a estadística descriptiva para presentar los resultados obtenidos en la sección correspondiente. El uso de una ficha de recolección de información permitió organizar y resumir los datos recopilados de manera clara y comprensible en el informe de investigación.

2.4. Metodología NATO

A continuación, se describen las cuatro categorías y la especificación de los componentes estudiados, es importante mencionar que la nodalidad se analizará al último, debido a que se muestran los resultados que se alcanzaron con las políticas.

2.4.1. Autoridad

En esta sección, se analizará el marco normativo relacionado con la implementación de las políticas públicas en materia de salud en el territorio ecuatoriano y que a través de los mecanismos de descentralización rigen sobre las Coordinaciones Zonales de Salud, entre las que se distingue:

- Resoluciones
- Acuerdos
- Plan Nacional de desarrollo
- Constitución de la República del Ecuador
- Ley Orgánica de Salud

2.4.2. Tesoro

En el caso de la salud en el Ecuador se asigna una parte del presupuesto general del Estado a cada zonal, para que puedan cumplir con gastos corrientes y se cubra la inversión en todos los establecimientos de salud, con ello se garantice el acceso a gran parte de la población.

2.4.3. Organización

Se ubican a los actores involucrados en la gestión de acciones de las políticas públicas. En esta sección, se abordarán las entidades del sector de salud que permiten la ejecución de las políticas de salud en la Coordinación Zonal 6.

2.4.4. Nodalidad

Para efectos de la investigación, la nodalidad de las políticas de salud durante el 2010-2020 se analiza a través de los informes de políticas públicas en cuanto a los logros alcanzados e indicadores de salud en función de los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo de cada gobierno en el periodo. En este punto, se busca recabar información sobre:

- La cantidad de establecimientos en la zona 6
- Las consultas realizadas
- El número de profesionales médicos de salud
- Tasa de profesionales de la salud por cada 100 habitantes

Capítulo III

3. Resultados

A continuación, se analiza la intervención del estado ecuatoriano a través las políticas públicas aplicables a la Red Pública Integral de Salud en la Coordinación Zonal 6 a través del modelo NATO (Nodalidad, autoridad, tesoro y organización) o también denominada como la taxonomía de Hood que permite analizar la política pública a partir de la desegregación de las mismas.

3.1. Autoridad

Previo a la presentación de las diferentes políticas de salud, es importante hacer referencia que en el año 2008 se realizó una reforma a la constitución donde los derechos se plantearon desde una perspectiva garantista, con el enfoque en la obligación del Estado frente a los ciudadanos para efectivizar los derechos. Así, en la Constitución de la República del Ecuador (2008) en el artículo 32, se indica que el derecho a la salud es responsabilidad del Estado a través de la implementación de políticas que garanticen el acceso en igualdad de condiciones, para ello se establecen los siguientes principios:

- Equidad
- Universalidad
- Solidaridad
- Interculturalidad
- Calidad
- Eficiencia
- Precaución y bioética
- Enfoque de género y generacional

En otras palabras, se reconoce el derecho a la salud que es garantizado por el poder estatal, destacando la codependencia de otros derechos que se sustenta en el buen vivir, así parte la responsabilidad del gobierno para garantizar el acceso oportuno a los servicios de promoción y atención de los servicios de salud bajo principios constitucionales como la equidad, calidad, universalidad y eficiencia. Además, se establece una conexión con el ejercicio de diversos derechos, como el derecho al acceso al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el empleo, la seguridad social, la preservación de entornos saludables y otros que son fundamentales para garantizar una buena calidad de vida.

En el marco de las atribuciones para la intervención del Estado, en el artículo 226 de la Constitución de la República (2008) se establecen las facultades de las diferentes carteras gubernamentales que conlleva a coordinar acciones para cumplir con las atribuciones legales asignadas. En tanto que en el artículo 360, se establece que la atención a la salud se realiza a través de la red pública integral de salud es parte del sistema nacional de salud articulada con las diferentes entidades públicas bajo el principio de complementariedad, dado que está conformada por los establecimientos estatales, de seguridad social y otros proveedores del estado.

El MSP (2017) afirma que la RPIS al integrar a todos los prestadores de servicios de salud pública del país, elimina cualquier barrera de acceso a los ciudadanos puesto que pueden acudir a cualquiera de estas entidades indiferentemente al que se encuentren afiliados. No obstante, en el caso de que una de las entidades de la RPIS no tenga un servicio que un ciudadano necesitara puede acudir a la Red Privada Complementaria en la que se cubrirán los costos incurridos por el afiliado (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Por otra parte, la Ley Orgánica de Salud (2006) el artículo 4 se señala al Ministerio de Salud Pública como la institución que ejerce la rectoría de la salud con las bases legales establecidas constitucionalmente. Es decir, la responsabilidad del ente rector en torno a la prestación de los servicios de salud en establecimientos públicos y privados y en el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud, acerca de los derechos y deberes de las personas y el Estados con la relación a la salud se establece que la accesibilidad permanente, oportuna, equitativa y de calidad de los servicios de salud. En lo que respecta a la planificación, en el art.196 se condiciona que la autoridad sanitaria debe analizar aspectos relativos a los recursos en consideración a las necesidades de la población y con ello plasmar planes y programas.

La salud al involucrar la adquisición de medicamentos se relaciona con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (2008) que en el artículo 2 formula que, los criterios de selectividad para aspectos contractuales de fármacos y bienes estratégicos para la prestación de servicios de salud con el propósito de optimizar el gasto público y garantizar la calidad a los usuarios.

En el 2015 se identifica el Decreto Ejecutivo 703 que permitió la creación de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) encargada de garantizar la calidad en los servicios de salud pública y privada en el Ecuador a través del cumplimiento de los siguientes ejes:

Tabla 2

Control de calidad en 4 enfoques del servicio de salud.

Enfoques del servicio de salud	Características de control de calidad
1. Desarrollo de una cultura de calidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación de los profesionales de salud
2. Control de calidad de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elimina subjetividad en los controles ▪ Instaura normativa y estándares
3. Respaldo a los usuarios y a la gestión de los profesionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instancia de análisis y conciliación de reclamos
4. Asegurar la adecuada función de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emisión de habilitaciones, certificaciones y acreditaciones sanitarias

Nota. Adaptado de ACESS (2016)

En el gobierno de Lenin Moreno se destaca la incorporación del acuerdo N° 0091-2017 (2017) que plantean varias normas para los procesos administrativos que se realizan de forma interinstitucional en la Red Pública de Salud y Red Privada Complementaria, un aspecto que llama la atención es la cobertura que tiene el servicio de salud donde se establecen las siguientes excepciones:

- Cirugía plástica con fines exclusivamente cosméticos y estéticos
- Chequeos clínicos ejecutivos
- Tratamientos especializados de infertilidad
- Tratamientos de adelgazamiento sin indicación médica
- Tratamientos experimentales o sin evidencia científica
- Tratamientos de ortodoncia con fines estéticos
- Gastos de acompañante no contemplados en disposiciones específicas (Ministerio de Salud, 2017).

En consideración de que la normativa presentada se desarrolló durante la administración de Rafael Correa, se evidencia la tendencia que se busca responder a las necesidades de la población que no se habían resuelto. La incorporación de las reformas constitucionales posibilitó implementar la Red pública integral de salud dadas las condiciones del marco legal vigente que además permiten la designación de recursos para ejercer las competencias atribuidas (Malo y Malo, 2014).

En la opinión de Ganuza (2019) en el enfoque de régimen de Correa en el periodo que involucra los años 2010-2017 representa un aporte significativo en materia de inversión de salud, que a través del gasto público se reflejó en las estrategias adoptadas para lograr instalar la capacidad necesaria. Sin embargo, se reconoce que esta situación no podría ser sostenible, ya que involucra una alta dependencia de productos de exportación que podría complicar la intervención en materia de salud.

Durante el mandado de Moreno, pese al marco legal se presentaron condiciones que exponían una gestión inadecuada con problemas en la articulación de los diferentes entes estatales de salud debido a las complicaciones económicas que enfrentó el país. Por consiguiente, se redujeron los recursos para cumplir con las disposiciones normativas que resultó ineficiente en comparación con el régimen anterior.

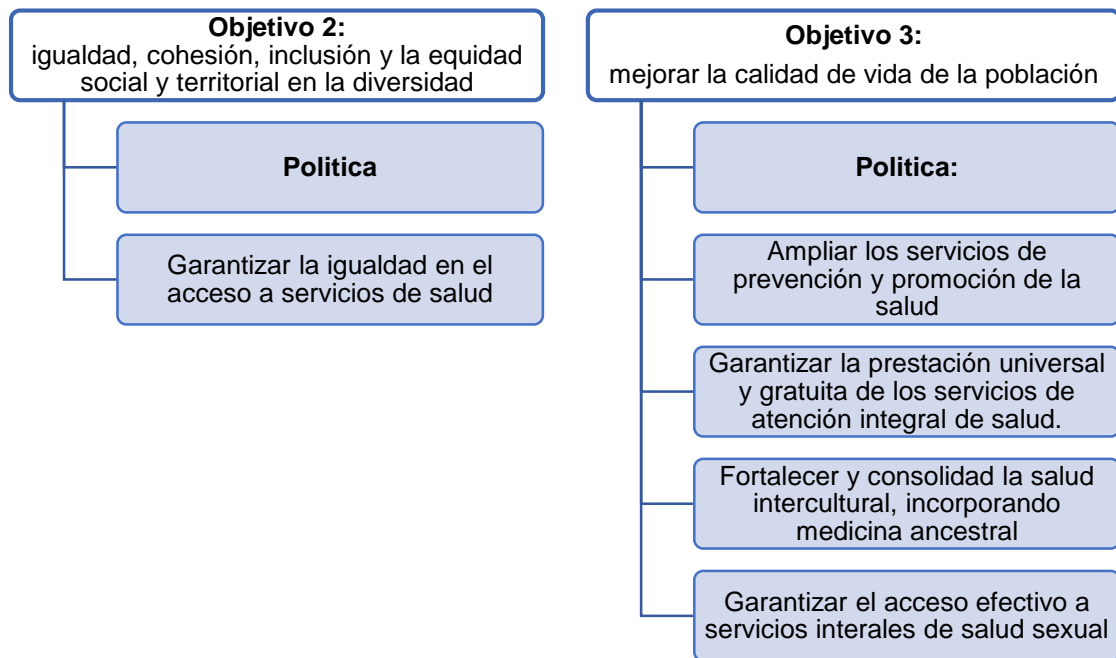
Es importante mencionar que durante el gobierno de Lenin Moreno en el 2020 se enfrentó la pandemia de Covid-19 que interpuso la necesidad de establecer medidas urgentes, donde se vio obligado a otorgar supremacía al derecho de la salud frente a los otros derechos, por lo que la normativa establecida en los años anteriores sirvió de fundamento para precautelar la salud de los ciudadanos.

En efecto, en el marco normativo para hacer frente al Covid-19, se presentan documentos para el soporte de atención como los Lineamientos para el servicio de atención pre-hospitalaria por posible evento de salud pública con sospecha para Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) (Ministerio de Salud, 2020). El propósito de este instrumento fue garantizar la atención de salud en casos con sospecha o confirmados por coronavirus, de manera que se establecen criterios traslado y pre-atención en el marco del personal sanitario de la red de salud con los establecimientos públicos y privados. De la misma forma, se dispuso del Protocolo Interinstitucional para la Atención de Emergencias por posible código ESPII (2020) se dispuso de normas generales y procedimientos para la atención en establecimientos públicos y privados.

Por otra parte, es importante analizar las políticas que orientaron la administración en los periodos de gobierno analizados, así en el Gobierno de Rafael Correa que plasmó diferentes políticas rectoras a través del Plan Nacional del Buen Vivir que rigió en los años 2009 -2017, en el caso del área de salud, se identifican los siguientes objetivos y políticas:

Figura 4

Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) alineados al derecho a la salud

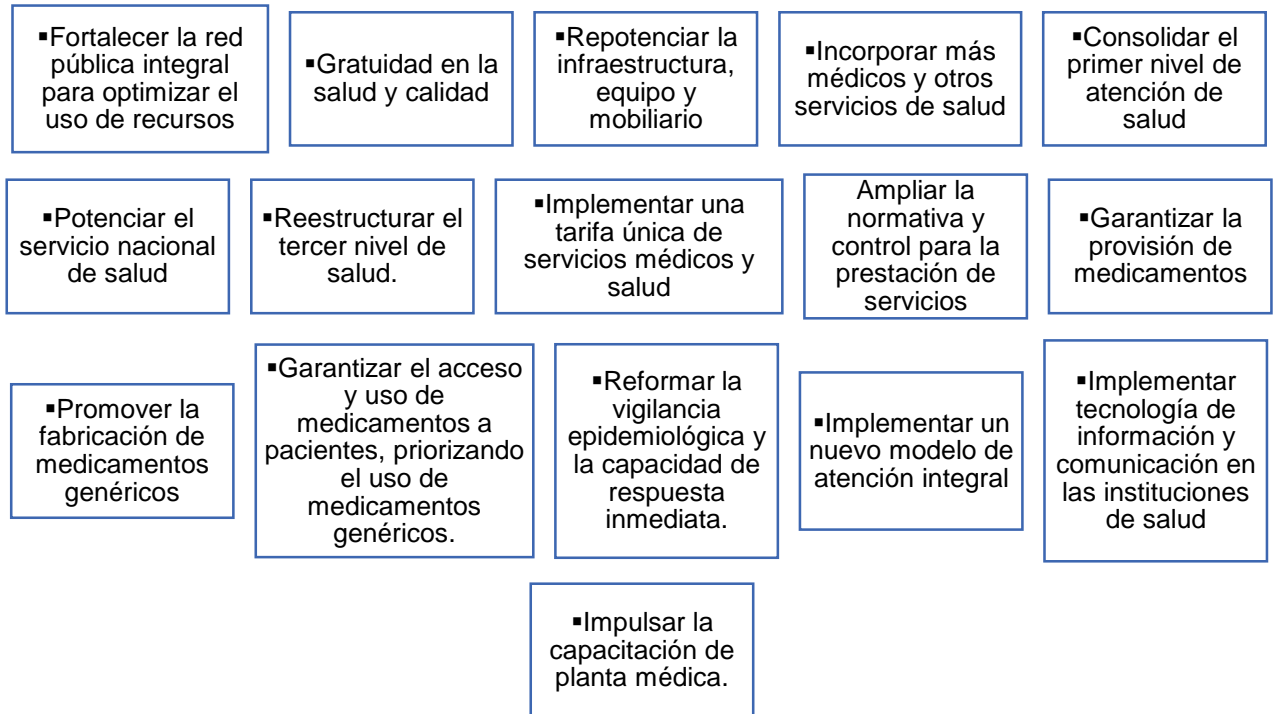


Nota. Adaptado de Secretaría Nacional de Desarrollo y Planificación (2013).

En la figura 4 se observa que el objetivo 2 es la búsqueda de la igualdad, por lo que las políticas en lo que respecta a la salud, establece garantizar la igualdad en el acceso a los servicios de salud. Por su parte, en el objetivo 3 que plantea mejorar la calidad de vida de la población, donde se establecen varias políticas que comprende la implementación de servicios de prevención y promoción de la salud, así como la prestación universal y gratuita de los servicios de atención, la incorporación de la salud intercultural y el acceso a servicios en lo que corresponde a salud sexual. Dentro de la política que establece el acceso universal y gratuidad se indican los siguientes lineamientos estratégicos:

Figura 5

Lineamientos estratégicos para el cumplimiento de la garantía del acceso universal en el Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017)



Nota. Adaptado de Secretaría Nacional de Desarrollo y Planificación (2013).

En la figura 5 se detallan los diferentes lineamientos estratégicos en función de la política que plantea el acceso universal y gratuito a la salud, entre las que se distinguen la implementación de un modelo integral, el fortalecimiento del sector público de salud, la incorporación de más médicos e insumos.

En el caso de la administración de Lenin Moreno, el plan de políticas se denominó “Toda una vida”, a continuación, se presentan los objetivos relacionados:

Tabla 3

Objetivos del Plan Nacional Toda una vida (2017-2021) alineados al derecho a la salud

Objetivo	Descripción	Política	Meta
Objetivo 1	Garantizar una vida digna con igualdad de oportunidades	Fortalecer la atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida a los grupos de atención prioritaria	Reducir la razón de mortalidad materna e infantil
Objetivo 2	Afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad, revalorizando las identidades diversas	Garantizar la plurinacionalidad el goce efectivo de los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades	Mejorar los servicios públicos de educación y salud con enfoque intercultural
Objetivo 6	Desarrollar las capacidades productivas y del entorno para lograr la soberanía alimentaria y el desarrollo integral	Fomentar en zonas rurales el acceso a servicios de salud, educación, agua	Aumentar la cobertura, calidad, y acceso a servicios de salud

Nota. Adaptado de Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2017)

En la tabla 3 se evidencia que en el objetivo 1 se establece la garantía de una vida digna en igualdad de oportunidades para la sociedad ecuatoriana, en el lineamiento estratégico 1.6 se establece la garantía al derecho a la salud, de acuerdo con los principios de accesibilidad, calidad y pertinencia. Al respecto como meta se establece el incremento de la cobertura de los servicios de salud, el que se medirá a través de la tasa de nacidos vivos, profesionales de salud por cada 10.000 habitantes y la reducción de gasto del hogar en salud.

En cambio, en el objetivo 2 se incorpora las características de interculturalidad en la atención de la salud, para ello se plantea como política de la garantía de la plurinacionalidad, donde se establece a la salud como un derecho de los pueblos y nacionalidades, por lo que se indica como meta mejorar los servicios públicos de salud con un enfoque intercultural. De igual manera en el objetivo 6 que plantea “Desarrollar las capacidades productivas y del entorno para lograr la soberanía alimentaria y el desarrollo rural integral”, dentro del cual se plantea como política el fomento de acceso al servicio de salud en zonas rurales. Con lo expuesto se evidencia que las políticas se orientan a la población vulnerable, que por diferentes aspectos no tienen acceso al servicio de salud.

3.2. Tesoro

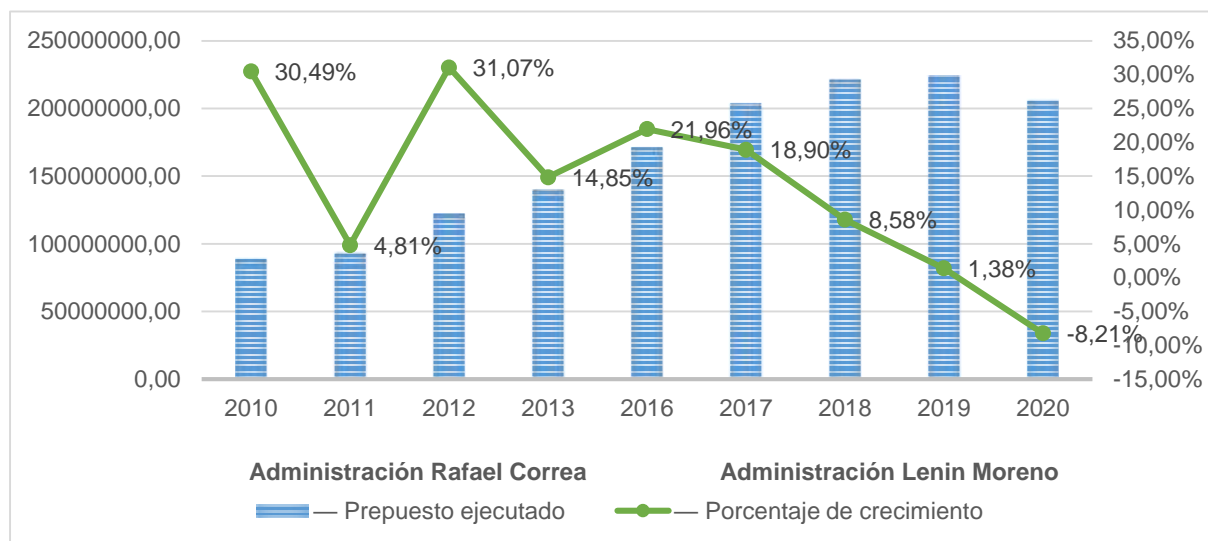
Al referir sobre el tesoro acerca de la salud en el Ecuador se asigna una parte del presupuesto general del Estado a cada zona, para que puedan cumplir con gastos corrientes y se cubra la inversión en todos los establecimientos de salud, con ello garantizar el acceso a gran parte de la población.

Durante el régimen de Rafael Correa a nivel nacional, se destinó una inversión significativa de \$16.313 millones de dólares americanos hasta el año 2016 para implementar políticas de salud en línea con los planes del Buen Vivir, en este valor no se considera el aporte de los institutos de seguridad social y de las fuerzas armadas. De esta manera, se observó un aumento significativo en el presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública, pasando de \$586 millones en periodos anteriores a 2015 a \$2,627 millones en el 2016, ya que la asignación presupuestaria tuvo por objetivo de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Aguilar H. , 2017).

En el caso de Lenin Moreno, el presupuesto para el sector de la salud no fue igual que el régimen anterior, puesto que se mantenían obligaciones con el Instituto de Seguridad Social por más de \$8.927 millones. En este contexto en 2018 se destinó un presupuesto de \$2.882,9 millones con una disminución de \$2.589,5 millones en 2020 una cifra que resultó ineficiente para cubrir las complicaciones derivadas por la pandemia (Cobos, 2021).

En este sentido, a continuación, se realiza un análisis del presupuesto asignado en el periodo 2010-2020.

Figura 6
Presupuesto asignado en los años 2010-2020



Nota. Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2022)

En la figura 6 se observa la evolución el presupuesto asignado a la Coordinación 6 de salud, en la que se identifica que la asignación de fondos varía entre un régimen a otro. La tasa de crecimiento que indica que en el año 2010 en el gobierno de Rafael Correa se realiza un incremento importante del presupuesto, a tal punto que incrementa en un 30,49% con respecto al año anterior, en el 2011 disminuye, pero en el 2012 se destina la mayor parte de financiamiento con una tasa de crecimiento del 31,07%.

El escenario expuesto cambia con la administración de Lenin Moreno, en el que se distingue el primer año (2018) de gobierno el presupuesto incrementa un 18% con respecto al periodo anterior, pero en 2019 incrementa en apenas un 1,38%. Un aspecto que llama la atención es que en el 2020 el presupuesto para la coordinación 6 de salud disminuye en un 8% con respecto al 2019, lo que causa conmoción al considerar que fue el año en el que transcurrió la pandemia.

Bajo este contexto, se concluye que, en el gobierno de Rafael Correa, el presupuesto asignado para salud de la Coordinación 6 de Salud fue significativo, considerando que en 2013 se asignó un presupuesto \$18'044.087,68 (Ministerio de Salud Pública, 2014), lo que se adjudica al incremento de establecimientos en la provincia de Morona Santiago, así como el incremento de profesionales de la salud, que fue significativo. Pero en el caso de Lenin Moreno, el presupuesto solo incrementa en el primer año de gobierno, posterior el crecimiento del presupuesto no es significativo ya que, en 2019 se dispuso un presupuesto de

\$16.330.012,03 (Ministerio de Salud Pública , 2020), lo que representa una disminución en el crecimiento de infraestructuras y médicos para la atención.

Al respecto, Chang (2017) llevó a cabo un análisis de la evaluación del sistema de salud en Ecuador durante el periodo 2010-2014, así, desde la perspectiva de los entes rectores, se implementaron diversas estrategias para incrementar y redistribuir el recurso humano en el campo de la salud, las cuales incluyeron la implementación del bono geográfico, el retorno de profesionales ecuatorianos del extranjero y la firma de acuerdos con Cuba para incorporar médicos familiares al sistema de salud. En este caso, se evidenciaría las características del sistema de salud, durante el mandato de Rafael Correa. Los resultados evidencian la prioridad que se dio a la salud en esta administración, que se logró gracias al incremento del precio del petróleo y que permitió efectivizar la gratuidad en la salud, lo que se califica como una buena práctica, pero para los siguientes gobiernos se convierte en un limitante por la sostenibilidad en el caso de que exista algún cambio en los ingresos fiscales.

Aunado a lo mencionado, Armijos et al. (2020) realizó un análisis de la relación existente entre el presupuesto asignado a la salud y los índices de pobreza en el Ecuador, los resultados evidenciaron que los años en los que mayor financiamiento tuvo el sistema de salud, los sectores más pobres del Ecuador disminuyeron los índices de pobreza. No obstante, esta disminución se evidenció en las provincias que menos densidad poblacional tiene, es así que, en la región Amazónica, el incremento del gasto en salud, disminuye de forma considerable la pobreza, no siendo así en provincias como Guayas, Pichincha y Azuay, en las que la mayor demanda representa una dificultad para atender a toda la población.

En este sentido, las políticas de salud se ven sujetas a diferentes desafíos, que dependen del ingreso del Estado para lograr efectivizar la universalidad del derecho a la salud, por lo que, en la administración de Rafael Correa, las circunstancias económicas que se propiciaron por el incremento del precio de petróleo hicieron que el gasto público en salud incremente en forma significativa. Esto se debe a que en 2011 se produjeron revueltas en varios países árabes, lo cual tuvo un impacto significativo en el precio del crudo ecuatoriano, por lo que se registró un aumento del 35% y alcanzó los \$97 por barril (Baquero y Mieles, 2015). Con ello, pudo invertir en materia de salud en provincias históricamente olvidadas como es el caso de Morona Santiago, en la que se realizó una inversión importante para financiar los gastos en salud de la población, ocasionando que la pobreza disminuya.

En Ecuador, el Sistema Nacional de Salud se financia a través de diversas fuentes que incluyen el Presupuesto General del Estado (PGE), las cotizaciones de los trabajadores y

empleadores a la seguridad social obligatoria, los regímenes especiales para la policía y las fuerzas armadas, el gasto directo de los hogares y los recursos externos de la cooperación. También existen recursos provenientes del Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), destinados a la atención médica de las víctimas de accidentes de tránsito. De manera que, en gran medida el Ministerio de Salud Pública recibe los recursos del presupuesto general del Estado para brindar atención a la población no afiliada a la seguridad social (Organización Internacional de Trabajo, 2019).

El hecho de que el financiamiento de salud en Ecuador dependa principalmente del PGE y que se distribuya en función de la población y las necesidades de salud existentes, plantea desafíos en términos de sostenibilidad del sistema. Debido a la limitación de los recursos que no permite subsidiar el derecho a la salud a toda la población, en especial a los individuos que son diagnosticadas con una enfermedad que implica un tratamiento con un alto costo (Villacrés y Mena, 2017). De ello, se infiere que es una situación que sí afecta a las coordinaciones zonales que pueden tener muchas carencias y al no cumplir con los criterios poblacionales no pueden replicar los programas o proyectos en materia de salud.

En este sentido, según González (2021) el recorte presupuestario durante el gobierno de Lenin Moreno se dio a razón de la disminución del precio internacional del petróleo, que significó la rebaja del presupuesto asignado a salud, con ello menor contratación de personal y los gastos en insumos, así como la inversión en infraestructura, en suma, implicó la limitada capacidad de atención a la salud en el periodo de gobierno.

A lo mencionado se suma la pandemia de COVID-19 que se presentó en el año 2020, que, si bien se requería mayor financiamiento al sistema de salud, a razón de que sería la única forma de evitar el impacto negativo, se disminuyó el presupuesto a tal punto que el manejo de la pandemia fue ineficiente y se registró la vulneración del derecho a la salud a la mayoría de la población, aunando la pobreza existente.

3.3. Organización

El sistema nacional de salud del Ecuador está compuesto por el sector público y privado, en cuanto al sector privado según el artículo 360 de la Constitución del Ecuador (2008) como se ilustra en la siguiente figura:

Figura 7
Composición del Sistema Nacional de Salud Pública.



Nota. Adaptado de Molina (2019)

Como se observa en la figura 7 el establecimiento estatal es el Ministerio de Salud Pública (MSP), en cuanto al sistema de seguridad social está conformado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISFA) y el Instituto De Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El MSP se encarga de la atención de la población más vulnerable y de bajos ingresos; los recursos necesarios para su funcionamiento según el artículo 366 de la Constitución del Ecuador (2008) provienen de fuentes permanentes del Presupuesto del Estado.

Con respecto a la Red Pública Integral de Salud (RPIS) se trata de la integración de diversas instituciones del sector público, como el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otras entidades gubernamentales, con el objetivo de brindar una atención integral y coordinada a la población.

Figura 8
Composición del Sistema Nacional de Salud Pública.



USUARIOS Y COBERTURA

Nota. Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2009)

En este sentido, la RPIS se ejecuta con el propósito de lograr la universalidad de la salud y la gratuidad de los servicios en el punto de recepción del servicio.

Por su parte, la seguridad social según el artículo 370 es una entidad autónoma regulada por ley, es decir, el estado normará, regulará y contralará sus actividades de acuerdo al artículo 368 de la Constitución (Asamblea Nacional, 2008). El artículo 371 establece que las fuentes de financiamiento de esta entidad provienen de la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación de los empleadores públicos o privados y de la contribución del estado, por lo tanto, el IESS protege a los trabajadores públicos o privados en relación de dependencia y a personas que aportan voluntariamente, el cual se extiende a los cónyuges y a los hijos menores de 18 años.

De acuerdo al artículo con el 370 de la Constitución del Ecuador (2008) las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional podrán contar con un régimen especial de seguridad social que formaran parte tanto de la RPIS como del sistema de seguridad social, en este contexto existe dos

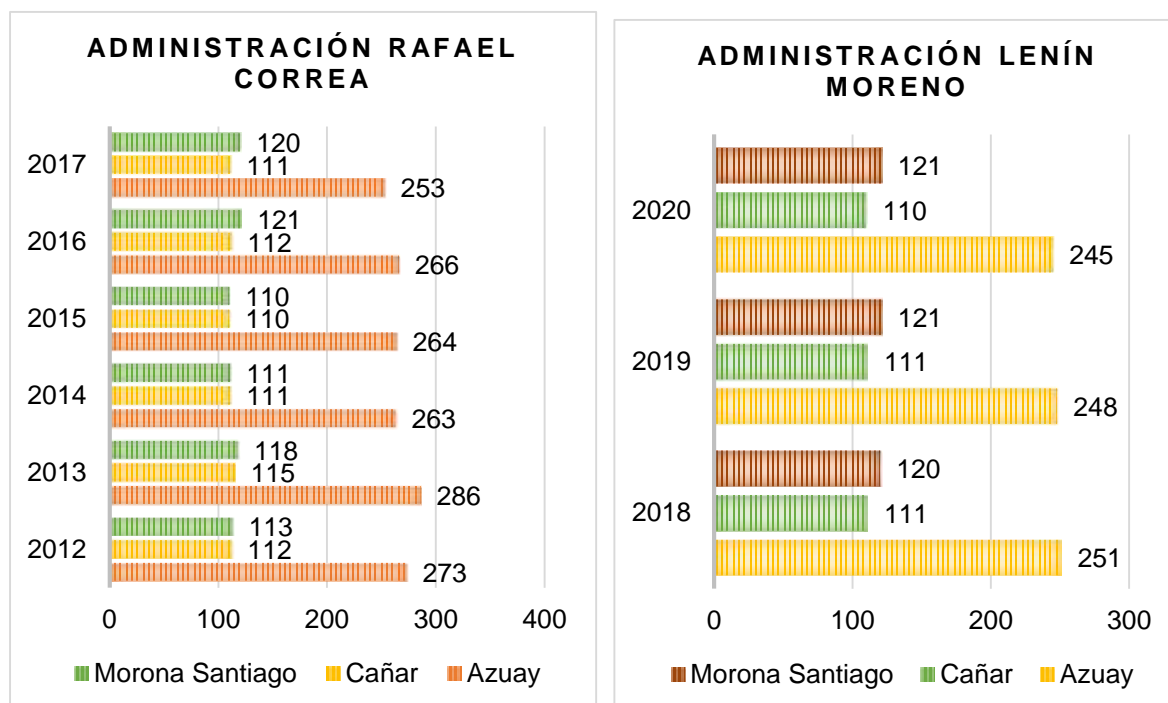
sistemas de seguridad social el ISSFA e ISSPOL que protegen a los miembros de las Fuerzas Armadas y a Policías respectivamente y además a los familiares.

3.4. Nodalidad

La nodalidad en el sistema de salud es un aspecto crucial para garantizar el acceso equitativo a los servicios médicos en diferentes regiones. A continuación, se presentan ciertos datos que permiten evidenciar la evolución de la cantidad de establecimientos de salud en las provincias de la Coordinación Zonal de Salud 6.

Figura 9

Cantidad de establecimientos en la zona 6 dos periodos de administración



Nota. Adaptado de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2023)

En la figura 9 se muestra que en el año 2013 se evidencia la mayor cantidad de establecimientos de salud en la provincia del Azuay, en total se registró 286, la mayor parte en todo el periodo de análisis, que comprende en la administración de Rafael Correa. No obstante, la menor cantidad se registra en el año 2020 en la provincia del Azuay con menos 45 establecimientos registrados que en el 2013, a pesar de que en el 2020 se requería mayor atención de salud, por la pandemia de COVID – 19.

En lo que respecta a la provincia de Cañar, se evidencia que los establecimientos no varían de forma significativa como en Azuay, dado que van entre los 110 y 112, lo que evidencia la existencia de dos instituciones de salud que dejan de operar y abren nuevamente, las que se pueden distribuir en la parte pública o privada. Por otra parte, en la provincia de Morona Santiago se evidencia un incremento de establecimientos de salud en el último año del periodo de gobierno de Rafael Correa, que en el 2012 se registran 113 y en el 2017 un total de 120, con un incremento de 7 establecimientos, que se mantiene en el gobierno de Lenin Moreno, incrementando solo un establecimiento en el 2020.

Bajo este contexto, se identifica que las políticas de los dos gobiernos de análisis plantearon el fortalecimiento de la red integral de salud, lo que se cumpliría en mayor medida en el periodo 2013-2017 de Rafael Correa, que en el de Lenin Moreno (2018-2020). En lo que respecta al acceso a la salud, el régimen de Rafael Correa inició con un proceso de priorización social que buscó posicionar el derecho a la salud, así surgió la articulación de salud como eje central en las propuestas de gobierno. A partir del enfoque adoptado en la Constitución de la República del Ecuador, el Estado figura como garante de acceso universal y la atención a la población (Chang C. , 2017).

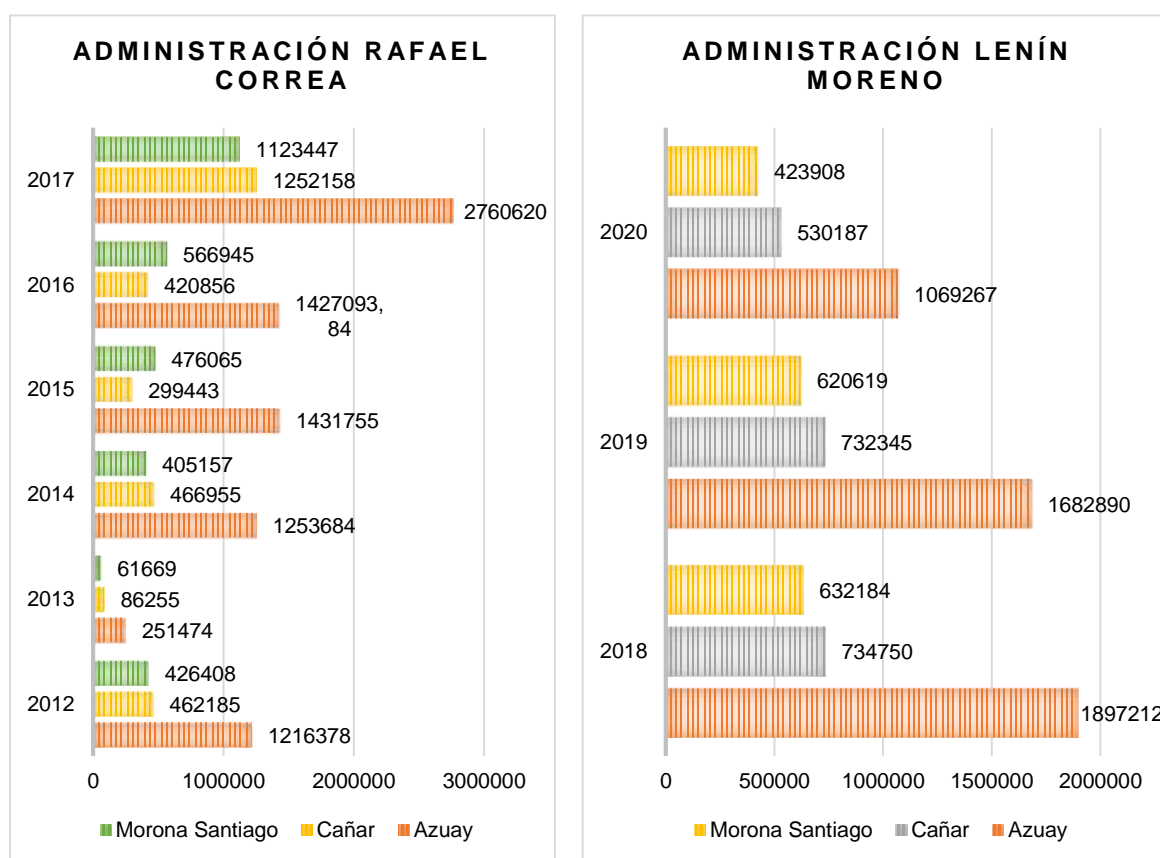
En cuanto a las políticas públicas implementadas en el régimen de Correa, el ámbito de la salud se ubica en el objetivo dos, que busca el reconocimiento igualitario de los derechos de los ciudadanos, con condiciones para lograr la vida digna. En este sentido, el objetivo 2.2 involucra a Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación (Secretaría Nacional de Desarrollo y Planificación, 2013).

En función de ello, la salud se centra en políticas públicas que buscan garantizar la gratuidad, para ello se implementarán mecanismos y procesos de servicios de salud pública pertinentes (Zabala, 2022). Adicional a lo mencionado se hace referencia a la implementación de mecanismos que permitan brindar atención a enfermedades raras y catastróficas.

En articulación con el Plan Nacional de Buen Vivir, en 2014 se incorporaron estrategias que buscaron llegar a poblaciones excluidas, por ello se formuló como parte de la inversión anual a implementar la atención integral de las personas por el ciclo de vida, que conlleva garantizar la accesibilidad y la atención continua como parte planificación de los organismos de salud (Ministerio de Salud, 2014).

Con relación al régimen de Lenin Moreno, en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021 Toda una vida (2017), se sitúan las políticas en materia de salud se relacionan con el objetivo 7 que implica incentivar una sociedad participativa con un Estado cercano al servicio de la ciudadanía. En este caso, en la política propuesta 7.7 se establece la democratización de la prestación de servicios públicos de forma equitativa e incluyente; además se enfatiza la atención en los grupos de atención prioritaria y colectivos en situación de vulnerabilidad.

Figura 10
Consultas de morbilidad en la zona 6 dos periodos de administración



Nota. Adaptado de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2023)

En aproximación a los resultados de las políticas ejecutadas sobre cobertura se analizó las consultas de morbilidad primeras y subsecuentes realizadas en Coordinación Zonal 6 de Salud que corresponda al número de consultas efectuadas los centros de salud de las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago.

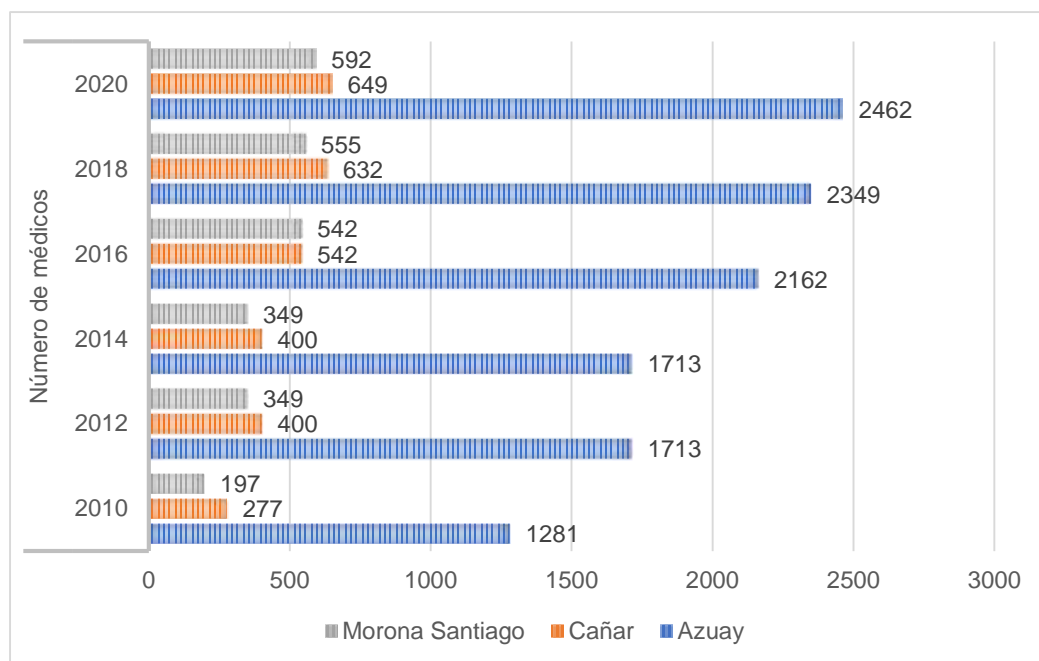
Los datos correspondientes al régimen de Correa, se determina que el menor número de pacientes que recurrieron en menor intensidad en el periodo 2012-2013, puesto que las consultas de morbilidad se reducen. A criterio de Uribe et al. (2013) reconoce que las

dificultades para que los usuarios accedan a los centros de salud corresponde al desconocimiento que impide acudir a consulta de forma oportuna y con ello se recalca que el modelo de atención del sistema de salud contaba con una cobertura desigual.

En los años posteriores, de régimen de Correa la atención en la Coordinación Zonal 6 mejora de forma paulatina incrementándose en cada una de las provincias que comprenden esta Coordinación Zonal (Mejía, 2017).

A la par, se describe la presencia de médicos en la Coordinación Zonal de salud parata tener una visión clara de la disponibilidad y distribución de profesionales de la salud en las provincias que comprenden la zona de análisis:

Figura 11
Número de médicos de la Coordinación Zonal 6 en el periodo 2010-2020



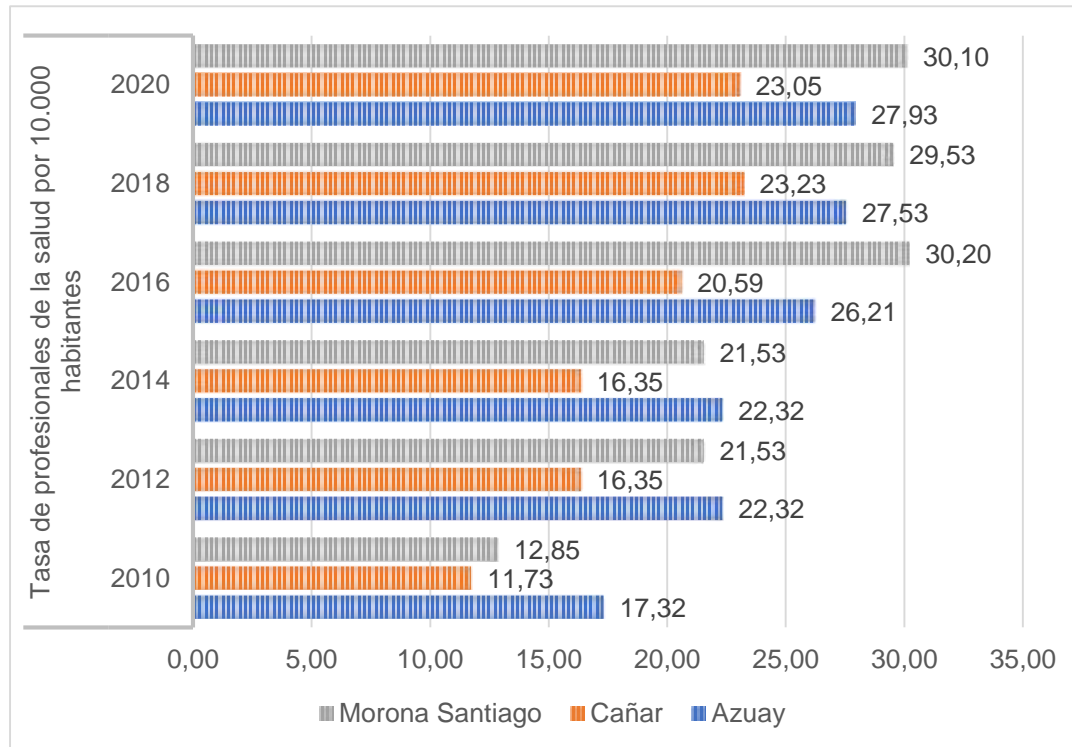
Nota. Adaptado de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2021)

Los datos expuestos reflejan en las provincias de la Coordinación Zonal 6, Azuay tenía 1,281 médicos en 2010 y en 10 años aumentó a 2,462 en 2020. En el caso de Cañar que tenía 277 médicos en 2010 y alcanzó los 649 en 2020 y Morona Santiago contaba con 197 médicos en 2010, y en 2020 había aumentado a 592. Estos datos, a decir del Ministerio de Salud Pública (2021) apuntan a un aumento en la disponibilidad de médicos a lo largo de los años.

En tanto que con la tasa de profesionales de salud por cada 10000 habitantes es posible evaluar la capacidad de atención médica, identificar desequilibrios regionales, informar la planificación y toma de decisiones en salud, monitorear el progreso y evaluar políticas en el sector (Córdova et al., 2022). En el contexto de estudio se dispone de la siguiente información:

Figura 12

Tasa de profesionales de salud por cada 10000 habitantes en el periodo 2010-2020



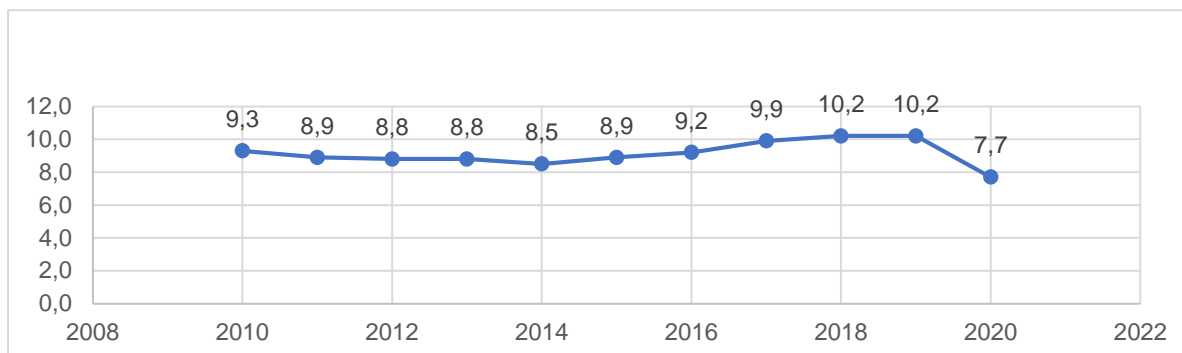
Nota. Adaptado de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2021)

En el caso de la provincia de Azuay, la tasa de profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes fue de 17,32 en 2010 y llegó a 27,93 en 2020. En Cañar, la tasa fue de 11,73 en 2010 y alcanzó los 23,05 en 2020. Por último, Morona Santiago tuvo una tasa de 12,85 en 2010 y esta cifra se incrementó a 30,10 en 2020. Con ello, se observa una mejora en la accesibilidad a los servicios de salud y una mayor cobertura de atención médica en la zona objeto de estudio (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Por otra parte, al analizar la variación de los indicadores de salud a lo largo del tiempo, se puede obtener una idea de la efectividad de la RPIS en garantizar una mayor accesibilidad y equidad en la atención médica (Ramírez y Zapata, 2022). Razón por la cual, se realiza una revisión sobre la mortalidad en el periodo de estudio, conforme las acciones implementadas en los años 2010 al 2020, tal como se visualiza a continuación:

Figura 13

Tasa de mortalidad infantil Ecuador en el periodo 2010-2020

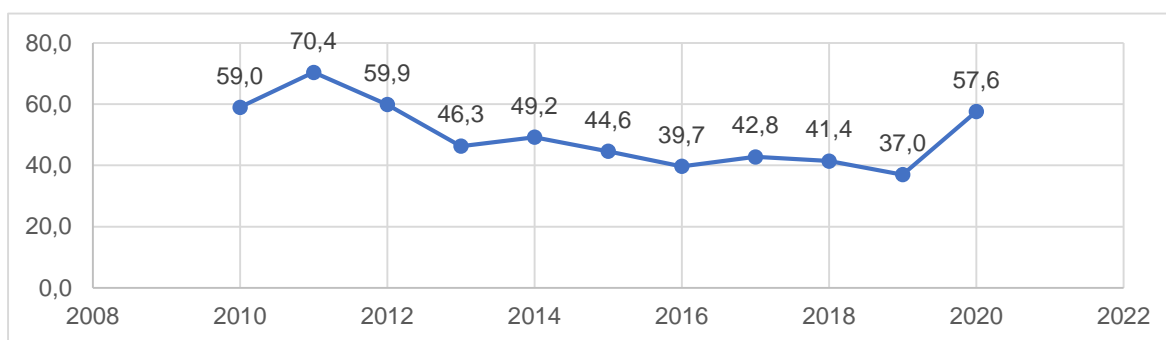


Nota. Adaptado de Organización Panamericana de Salud (2021)

La figura 13 se presenta un recorrido histórico sobre la mortalidad infantil, en el periodo de Rafael Correa (2016-2016) se observa una disminución de esta tasa. En tanto que en el régimen de Lenin Moreno en 2018-2019 se observa una tasa alta con 10,2 punto, lo que evidencian complicaciones para dotar de cobertura médica a la población de atención prioritaria. Esta situación, en 2020 tiene a mejorar con una disminución a 7,7 puntos una condición que se asocia a la prevención y cuidado de la población frente a la pandemia.

Figura 13

Razón de mortalidad materna Ecuador en el periodo 2010-2020

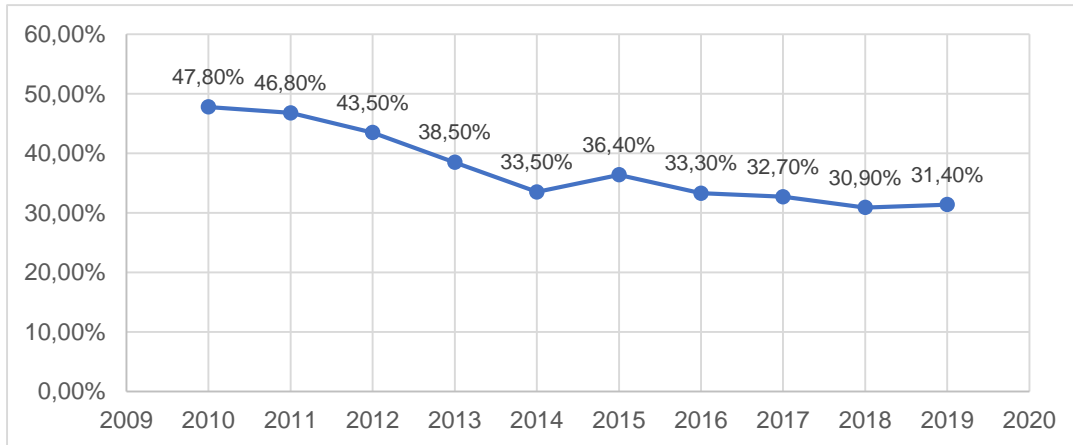


Nota. Adaptado INEC (2021)

Con relación a la razón de mortalidad materna que es el número de madres muertas por cada 100.000 niños nacidos vivos, en la figura 14 se observa que a partir de 2011 al 2016 se reduce del 70,4 al 39,7 punto, reflejando una efectividad en atención de salud a las madres e infantes por parte del régimen de Rafael Correa. Por otra parte, en el periodo de Lenin Monero, se

observa un incremento de la razón de mortalidad que se ubicó en 57,6 puntos siendo la mayor tasa registrada en los últimos años.

Figura 14
Gasto de hogares ecuatorianos en salud en el periodo 2010-2020



Nota. Adaptado de INEC (2021)

Conforme se observa en la figura 15, el gasto de bolsillo es un indicador que permite identificar el acceso al sistema de salud, en ese caso se analizan los gastos en medicinas y pagos de atención médica. En este caso por cada dólar gastado por los hogares ecuatorianos 47,8 centavos fueron utilizados en salud en 2010, en el año periodo de estudio se determinó un descenso de los costos asumidos por la población que en 2019 reconoce que 0,31 centavos se utilizan para la adquisición de atención sanitaria.

Con base a lo expuesto, a criterio de Albán (2022) se identificó que la reducción del gasto de salud es el resultado del incremento de la gratuidad en la red pública de salud, y con ello se cumple con los objetivos de los planes nacionales del periodo de estudio. En el caso del régimen del Correa que mantuvo como objetivo proveer de atención de primer nivel los datos expuestos, reflejan cambios positivos. De igual manera, uno de los objetivos de Lenin Moreno fue reducir la razón de mortalidad materna e infantil que se logró en los primeros años de gobierno.

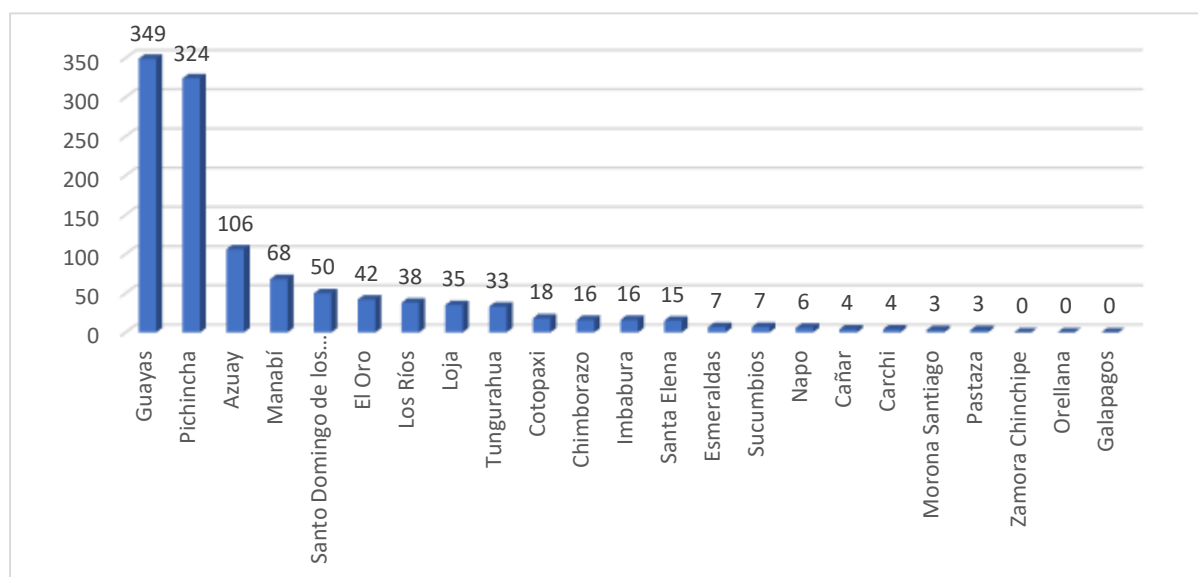
Según los datos proporcionados por el INEC (2019), en Ecuador existen un total de 634 establecimientos de salud con internación hospitalaria. En el sector público, se registran 183 hospitales, mientras que en el sector privado se cuentan con 409 hospitales. Además, se identifican 42 centros hospitalarios pertenecientes a organizaciones sin fines de lucro. Lo cual revela la diversidad y la presencia de múltiples actores en la provisión de servicios de salud

en el país, lo cual tiene implicaciones significativas para la accesibilidad y calidad de la atención médica.

Bajo este contexto, es conveniente analizar el impacto de la pandemia, a decir de Cogo et al. (2022) el régimen de Moreno se enfrentó a la pandemia en condiciones que en un inicio no estaban planificadas, por lo que se produjo una situación adicional vinculada con la Covid-19 que comprometió mayores recursos estatales como un evento inesperado que generó conmoción social y económico en la población. En las siguientes figuras, se detallan la forma en la que el gobierno ecuatoriano en 2020 respondió a la emergencia sanitaria.

En primer lugar, la disponibilidad de los establecimientos en el 2020, sin embargo, en la red pública, la principal dificultad de los hospitales es readaptar los hospitales, puesto que los pacientes que presentan síntomas graves necesitan de cuidados intensivos (Campaña, 2023). De esta forma, se describen el número de hospitales que cuentan con camas de atención en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Figura 15
Camas de cuidados intensivos por provincia del Ecuador



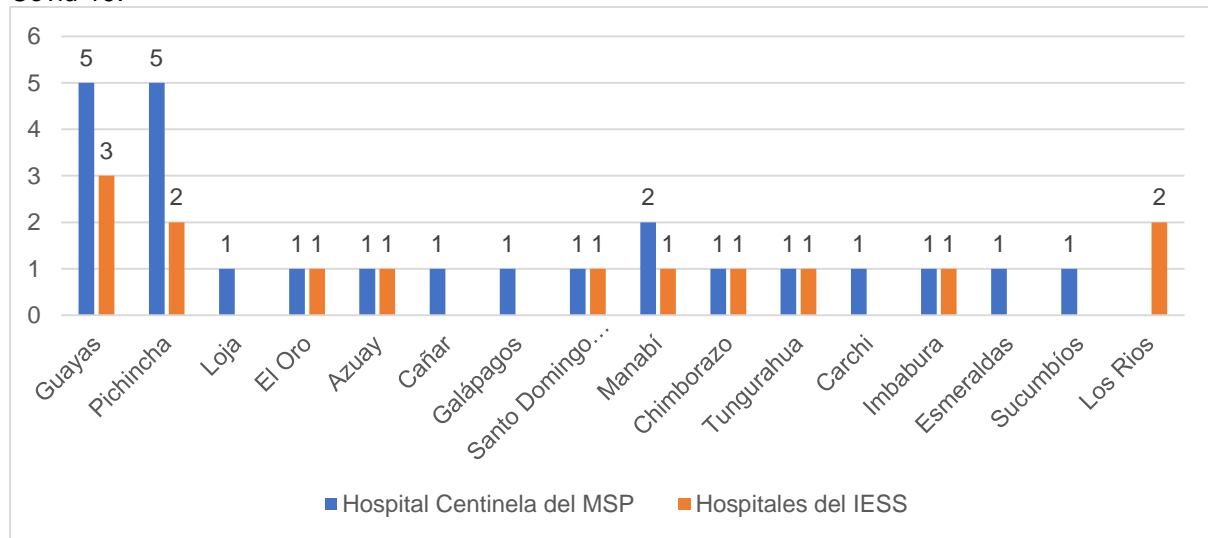
Nota. Adaptado de INEC (2019)

En este contexto en el Ecuador según el INEC (2019) existen un total de 1183 camas de cuidados intensivos en todos los hospitales de los distintos sectores de salud los cuales como se muestra en la figura 16 se encuentran en mayor cantidad en las provincias más pobladas como son Guayas, Pichincha y Azuay.

Por consiguiente, el Ministerio de Salud Pública (2020) afirma que los hospitales que cuentan con la capacidad de contención ante posibles casos de covid-19 se distribuyen por provincia y el número por provincia se muestra en la figura 17.

Figura 16

Número de establecimientos de salud por provincia con la capacidad de atender contagiados de Covid-19.



Nota. Adaptado de Servicio de Gestión de Riesgos y Emergencias (2020)

Los datos expuestos, denotar que los hospitales son denominados por el MSP como centinelas porque tienen mayor capacidad de diagnosticar y de dar terapia a los pacientes contagiados de Covid-19, a pesar de ello, Torres (2021) argumenta que todos los hospitales tienen el deber de atender a los contagiados.

En esta misma línea en la tabla 4 se muestra el número de contagiados desde el 31 de marzo al 15 de junio, como se puede observar los pacientes que necesitan hospitalización representan menos del 1% (Servicio de Gestión de Riesgos y Emergencias, 2020).

Tabla 4

Número de contagiados en el Ecuador

Fecha	Numero de contagiados	Hospitalizados Estables	Hospitalizados con Pronóstico Reservado
31/3/2020	2.302	208	100
30/4/2020	24.934	328	151
31/5/2020	39.098	462	232
15/6/2020	47.322	478	227

Nota. Adaptado de Servicio de Gestión de Riesgos y Emergencias (2020)

Al comparar marzo y mayo se puede observar un incremento de 22.632 contagiados y el incremento de pacientes que necesitan hospitalización en 171, en estas circunstancias la provincia con mayor número de contagiados era Guayas, que posee mayor cantidad de camas de cuidados intensivos, pero se necesitaban de más recursos para atender a un paciente contagiado lo que ocasionó que tanto hospitales como funerarias se colapsaran además debido al colapso 100 pacientes que necesitan diálisis mueren a causa de que no pueden ser atendidos (Noticias de America Latina y el Caribe, 2020).

Tanto el número de contagiados como los pacientes que necesitan hospitalización han incrementado considerablemente de marzo a junio, sin embargo, en los primeros 15 días de junio esto como resultado del inicio de la fase de distanciamiento. En la provincia de Pichincha se incrementa el número de contagiados y por ende el incremento en la demanda de camas, de los 7 hospitales se cuenta con 724 camas de cuidados intensivos, sin embargo, según Primicias (2020) tres de estos hospitales están colapsados y los pacientes presentan un cuadro clínico más grave por lo que se está analizando llevar a esta provincia a un semáforo rojo con mayores restricciones.

En cuanto a la provincia del Azuay hay 2 hospitales para atender pacientes con Covid-19 y solo 106 camas para cuidados intensivos, para el 17 de junio el número de contagiados incrementos considerablemente, sin embargo, no se ha colapsado el sistema por el ingreso y salidas de pacientes, pero según el director del IESS de la provincia afirma que se está gestionando la ampliación de otros insumos como ventiladores (El Comercio, 2020). Se puede observar que unidades de cuidados intensivos en la Amazonia existen en poca cantidad y Galápagos no existen, no obstante, el número de contagiados en estas regiones no se han incrementado como en las demás regiones.

El Ecuador cuenta con hospitales en todas las provincias de acuerdo al número de habitantes, pero con recursos limitados para hacer frente a la pandemia, dado que, si bien existen más camas y hospitales para atender a los pacientes, el problema existe por la falta de médicos intensivistas, de respiradores, de equipos de bioseguridad, etc. Por otro lado, todos los recursos se están destinados a enfrentar la crisis sanitaria lo que ha ocasionado un reto para que los hospitales den otros servicios y tratamientos (Barragán et al., 2022).

Con lo descrito, el régimen de Lenin Moreno enfrentó un problema de salud sin precedentes, la disposición de la infraestructura superó la demanda de la población durante el año 2020. La fase de distanciamiento social, incremento el número de contagiados en las provincias, ya que las medidas tomadas por el Gobierno no limitaban en gran medida la

movilidad de la ciudadanía (Naciones Unidas, 2021), como es el caso de Pichincha y Azuay, representando esto una amenaza a los sistemas de salud y generando la necesidad de más recursos para hacer frente a la pandemia.

Conclusiones

En relación al primer objetivo de investigación, que aborda los objetivos, metas e instrumentos aplicados en la política pública en la Coordinación Zonal 6-Salud, se encontró que la planificación nacional durante el periodo 2010-2020 se enfocó en garantizar el acceso a la atención médica para toda la población. Esto se reflejó en los planes de gobierno implementados tanto en la administración de Rafael Correa como en la de Lenin Moreno, los cuales establecieron metas y objetivos nacionales que si bien tuvo un enfoque político diferente, en ambos casos se mantuvo el propósito de asegurar la provisión de servicios de salud adecuados.

En este contexto, las metas planteadas se enfocaron en el incremento de la infraestructura sanitaria, la disponibilidad de profesionales de la salud, así como de medicamentos e insumos necesarios. Sin embargo, los datos disponibles no proporcionan información detallada sobre el cumplimiento de dichas metas. Por otro lado, los instrumentos utilizados se sustentan en el marco regulatorio que rige la Red Pública de Salud a nivel constitucional y legislativo. Por ende, marco normativo establece las competencias y responsabilidades de las Coordinaciones Zonales, las cuales tienen la responsabilidad de implementar las estrategias nacionales en materia de salud.

En relación al segundo objetivo, se ha determinado que el Ministerio de Salud desempeña un papel fundamental como actor principal en la Red Pública Integral de Salud. Entre las responsabilidades clave que ejerce se encuentran la planificación y el control de las distintas Coordinaciones Zonales, las cuales se encargan de distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades de atención en salud de la población. En este sentido, los instrumentos utilizados se fundamentan en la asignación presupuestaria, la recepción de informes de rendición de cuentas, la emisión de directrices y la organización de los centros de atención sanitaria en la jurisdicción de la Coordinación Zonal 6, que abarca las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago.

Respecto al tercer objetivo sobre comparar los objetivos en relación a los instrumentos de política pública aplicados. En primer lugar, se determinó que el régimen de Correa se formuló la garantía del acceso a la universalidad y gratuidad en la salud como parte de la mejora en la calidad de vida una condición que se reflejó en cambios favorables en el acceso a la salud. Por otra parte, en la administración de Lenin Moreno comprende la garantía de una vida digna en igualdad de oportunidades, para ello establece la garantía del derecho a la salud que

implica el acceso y calidad, no obstante, se presentaron complicaciones derivadas de la pandemia que limitaron el cumplimiento de dicho propósito.

Para finalizar, en aproximación al análisis NATO, en Ecuador el sistema de salud se rige por normativas a nivel constitucional y legislativo, lo cual proporciona un marco legal para cada estrategia relacionada con la salud. Sobre el instrumento de Tesoro se determinó la existencia de partidas presupuestarias, que en el régimen de Rafael Correa se designaron mayores ingresos en comparación con Lenin Moreno como resultado del movimiento económico resultado del incremento del precio del petróleo. En tanto que, en Organización, en el periodo de estudio no se observaron cambios significativos en las instituciones que intervienen en la prestación de salud en la Coordinación Zonal 6 apegándose al marco normativo vigente. Para concluir, la nodalidad se determina que el régimen de Correa logró avanzar en la infraestructura, reducir la tasa de mortalidad y aumentar las consultas en los servicios de salud de la zona analizada. Sin embargo, el gobierno de Moreno enfrentó mayores dificultades debido a la presencia de una pandemia que no fue contemplada en la planificación estatal.

Recomendaciones

Con base a las conclusiones formuladas se establecen las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, se sugiere que las políticas públicas en el ámbito de la salud establezcan metas con indicadores métricos para evaluar el progreso y el impacto obtenidos durante un período de gobierno. Estos indicadores deben ser accesibles y estar disponibles para su investigación, de manera que los responsables de la toma de decisiones puedan evaluar los logros y los desafíos en la prestación de servicios de salud pública.

En cuanto al actor involucrado en la formulación de políticas públicas, se recomienda enfocarse en la capacitación de los técnicos que participan en la elaboración de los procedimientos de implementación de dichas políticas. Dado que actualmente se opera de manera centralizada a través del Ministerio de Salud, sería importante incorporar la participación de las Coordinaciones Zonales para fortalecer la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas en el ámbito local.

En relación a la comparación de los objetivos de las políticas públicas, se destaca la importancia del Modelo NATO para identificar los principales instrumentos utilizados. No obstante, se debe tener en cuenta que durante los diferentes gobiernos pueden surgir situaciones de conmoción social que, de alguna manera, pueden desfavorecer una política pública en comparación con otra. Por lo tanto, es necesario considerar estos contextos cambiantes al evaluar y comparar el impacto de las políticas públicas en el sector de la salud.

Referencias

- Abasalón, C. y Urzúa, C. (2012). Modelos de microsimulación para el análisis de las políticas públicas. *Gestión y política pública*, 21(1).
- ACCESS. (2016). *Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/se-crea-agencia-para-la-promocion-y-el-control-de-la-calidad-y-la-proteccion-de-usuarios-y-profesionales-de-la-salud-access/>
- Acurio, D. (2021). Cuenca: alimentación, inequidad y poder; estudio de la determinación sociocultural de los consumos alimentarios y del estado nutricional en la ciudad de Cuenc. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar [Tesis doctoral]. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8879>
- Acurio, D. (2023). *El desarrollo integral infantil: un enfoque desde la determinación social de la salud*. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Aguilar, H. (2017). La Salud Pública en el Ecuador de la Revolución Ciudadana. *Rev. Fac Cien Med*, 42(2).
- Aguilar, L. (2009). Marco para el análisis de las políticas públicas. En *Política pública y democracia en América Latina. Del Análisis a la implementación*. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24226w/S11_R01.pdf
- Alarcón, M. (2019). La institucionalidad de las políticas públicas: implementación de las políticas de primera infancia en Ecuador en el período 2008-2017. [Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar]. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6678/1/T2885-MGD-Alarc%C3%B3n-La%20institucionalidad.pdf>
- Albán, G. (2022). Gasto público y su relación con la mejora en la cobertura en el sector salud ecuatoriano para el período 2016–2019. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/28118>

- Almeida, N. y Silva, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-239549>
- Armijos, M., Pires, F. y Zavala, M. (2020). Aumento de la pobreza e inequidad en el financiamiento del sistema de salud de Ecuador. *Revista de Salud Pública*, 21(3).
<https://doi.org/https://doi.org/10.15446/rsap.v21n3.77849>
- Asamblea Nacional. (2006). Ley Orgánica de Salud. *Registro Oficial Suplemento 423*.
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Asamblea Nacional. (20 de Octubre de 2008). Constitución de la Republica del Ecuador. *Registro Oficial 449*.
- Asamblea Nacional. (20 de octubre de 2008). Constitución de la República del Ecuador . Quito: Registro Oficial 449. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Asamblea Nacional. (2008). Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. *Registro Oficial Suplemento 395*. <https://www.epn.edu.ec/wp-content/uploads/2018/08/Ley-Org%C3%A1nica-de-Contrataci%C3%B3n-P%C3%ABblica.pdf>
- Báez, J. (2022). Tradición contra innovación en los modelos de formación jurídica universitaria en México. *Revista de Derecho*(56).
<https://doi.org/https://doi.org/10.14482/dere.56.340>
- Baquero, D. y Mieles, J. (2015). Los booms petroleros: ¿Qué cambió en los últimos 40 años? *Foro Economía Ecuatoriana*. <http://foroeconomiaecuador.com/fee/los-booms-petroleros-cambios-40/>

- Barragán, F., Salazar, E., C, B., Bastidas, G. y García, C. (2022). Territorios y la COVID-19 en Ecuador: regiones funcionales como respuesta a la crisis sanitaria. *Investigaciones geográficas*(108).
- Benavides, F., Declos, J. y Serra, C. (2018). Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. *Gaceta Sanitaria*, 32(2).
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.006>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
- Butler, J. (2001). ¿Qué es la crítica? Un ensayo sobre la virtud de Foucault. (M. Expósito, Trad.)
- Cadena, P., Rendón, R., Aguilar, J., Salinas, E., Cruz, F. y Sangerman, D. (septiembre-noviembre de 2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 8(7).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342017000701603#:~:text=La%20investigaci%C3%B3n%20cuantitativa%20es%20aquella,y%20las%20entrevistas%20no%20estructuradas.
- Campaña, M. (2023). Una aproximación a la problemática de la externalización de servicios de salud del IESS. *Observatorio de financiamiento para el desarrollo*.
<http://revistasdivulgacion.uce.edu.ec/index.php/OBSERVATORIO/article/view/363>
- Castro, R. (2010). Ciencias sociales y salud en México. En T. s. salud.
- Chang, C. (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). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>

- Chang, C. (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). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>
- Chiara, M. (2016). Territoriality and Health Policy: Contributions to Research and Action. *Ciudades*. <https://journals.openedition.org/ciudades/333#quotation>
- Cobos, E. (2021). La salud, una de las áreas menos transparentes del gobierno de Moreno. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/salud-areas-menos-transparentes-gobierno-moreno/>
- Cogo, G., Díaz, C., Ramos, G. y Suriani, L. (2022). Educación Superior y pandemia: Acciones inclusivas de la Universidad Nacional de Moreno. Universidad Nacional de Moreno. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/162665>
- Córdova, M. (2018). *Gobernanza y políticas públicas. La seguridad ciudadana en Bogotá y Quito*. Editorial Universidad del Rosario / Flacso. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/57986.pdf>
- Córdova, N., Laguna, L. y Nolte, P. (2022). actores asociados a la brecha de recursos humanos y estrategias de cierre de brechas en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz. <https://repositorio.esan.edu.pe/handle/20.500.12640/3119>
- Dantas, A. (2018). Health and class struggle:. 23(6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05692018>
- Diaz. (2018). Revisión de temas fundamentales en sistemas de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 56(3). <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183m.pdf>
- Duarte, A. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diálogos para la acción. *Revista de Salud Pública*, 15(6).
- El Comercio. (17 de junio de 2020). [elcomercio.com](https://www.elcomercio.com/actualidad/casos-covid-19-cuenca-incrementan.html). <https://www.elcomercio.com/actualidad/casos-covid-19-cuenca-incrementan.html>

- Ganuza, V. (2019). Política Intervencionista Ecuatoriana desde el enfoque teórico de la Maldición de los Recursos (2008-2017). *Revista Scientific*, 4(13).
<https://www.redalyc.org/journal/5636/563659492002/563659492002.pdf>
- García, J. (2017). Responsabilidad civil de los médicos. *Derecho y Cambio Social*.
<https://docplayer.es/2141861-Responsabilidad-civil-de-los-medicos-juan-carlos-garcia-huayama.html>
- Giraldo, A. y Vélez, C. (2023). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7).
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>
- Giraldo, J. (2017). Los territorios indígenas en la agenda política de Colombia: entre apuestas estatales y reivindicaciones ancestrales. *Ciencia Política*, 12(23).
<https://doi.org/10.15446/cp.v12n23.62555>
- Godoy, L. (2009). *Las políticas públicas. El ciclo de las políticas públicas*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. <http://pagina.jccm.es/ear/descarga/A2T3.pdf>
- Gómez, R., Orozco, D., Rodríguez, F. y Velásquez, W. (2006). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12058127022.pdf>
- González, H. (2021). Pandemias en la historia: la peste negra y la gripe española, COVID-19 y crisis capitalista. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*(14), 130-145.
<https://doi.org/https://www.redalyc.org/journal/5717/571768450009/571768450009.pdf>
- Gurgel, L., Moura, E. y Alves, J. (2021). Forestación urbana en Mossoró/RN: evaluación según el modelo NATO. *Veredas do Direito, Belo Horizonte*, 18(41).
<http://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/1898>

- Hernández, I. y Fernández, P. (2007). Políticas de salud y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 21(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000400003
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: MC Graw Hill.
- Hofmeister, W. (2021). *Los partidos políticos y democracia: Teorías y práctica en una visión global*. Marcial Pons. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=bzBCEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=%20partido%20pol%C3%ADtico%20o%20l%C3%ADder%20puede%20tener+diferentes+objetivos&ots=vtUpRXMrsW&sig=XJPe2A3MEy3sRbtoVUpQA8zJ58o#v=onepage&q=partido%20pol%C3%ADtico%20o%20l%C3%ADder%20puede%20ten>
- Howlett, M., Kim, J. y Weaver, P. (2006). Assessing Instrument Mixes through Program- and Agency-Level Data: Methodological Issues in Contemporary Implementation Research. *Review of Policy Research*, 23(1), 129-151. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1541-1338.2006.00189.x>
- Hurtado, J. (2016). Análisis de las fallas de implementación de la política pública: el caso de la política de fomento y apoyo al emprendimiento en Ecuador (2009 – 2014). [Tesis de maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/10725/14/TFLACSO-2016JAHA.pdf>
- INEC [Instituto Nacional de Estadísticas y Censos]. (2019). *Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios*. Quito: Boletín Técnico N°-01-2019-ECEH.
- Instituto de la Democracia. (2017). *Elecciones presidenciales del Ecuador*. https://institutodemocracia.gob.ec/wp-content/uploads/2019/11/libro_presidentes_1948-2017.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Actividades y recursos de salud. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2021). Cuentas Satélite de Salud 2007-2019.

Boletín

técnico

Nº-01-2021-CSS.

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

[inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_2007-](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_2007-)

[2019/3_Boletin_tecnico_CSS.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_2007-2019/3_Boletin_tecnico_CSS.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). Registro Estadístico de Actividades de

Salud.

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

[inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS%1F_2020/Tabula](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS%1F_2020/Tabula)

[dos_y_series_RAS_2020.xlsx](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS%1F_2020/Tabulados_y_series_RAS_2020.xlsx)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). Registro Estadístico de Defunciones.

Generales de 2021. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

[inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados)

[_EDG_2021_v2.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf)

Lobelle, G. (2017). Políticas públicas sociales: apuntes y reflexiones. *Alcance*, 6(14).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2411-99702017000300006

Lobelle, G. (2017). Políticas públicas sociales: apuntes y reflexiones. *Alcance*, 6(14), 91-96.

Luque, A., Aldas, M. y Solís, R. (2022). Process tracing y política públicas: el caso del

programa hilando el desarrollo en Ecuador. *Revista Iberoamericana de Economía*

Solidaria e Innovación Socioecológica, 5. <https://doi.org/10.33776/riesise.v5.5222>

Malo, M. y Malo, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud

como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4).

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-

[46342014000400022](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400022)

Martín-Baró, C. (2018). El realismo crítico: fundamentos y aplicaciones. Pontificia Universidad

Javeriana.

Medrano, C. (2019). El diseño del legalismo autoritario en Venezuela. *Cuadernos del*

Cendes(102). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7391901>

- Mejía, A. (2017). El Médico del Barrio llega a los cantones de la provincia del Azuay. *Edición Médica*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/el-m-dico-del-barrio-llega-a-los-cantones-de-la-provincia-del-azuay--91409>
- Mendíaz, M. (2004). El Estado y las políticas públicas. Las visiones desde el neoinstitucionalismo. *Lecturas para una Sociología del Estado*. https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/847/Mend%C3%ADaz_%20El%20Estado%20y%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas_A1a.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud Pública. (2022). Rendición de cuentas año fiscal. <https://www.salud.gob.ec/informe-de-rendicion-de-cuentas-zona-6/>
- Ministerio de Salud. (2014). Parámetros Aplicables a la información de Planificación Institucional. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/K.-Planes-y-programas-en-ejecucion.pdf>
- Ministerio de Salud. (junio de 2017). Acuerdo N° 0091-2017. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Acuerdo-0091.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020). Ecuador contará con un hospital para atención exclusiva del Coronavirus. <https://www.salud.gob.ec/ecuador-contara-con-un-hospital-para-atencion-exclusiva-del-coronavirus/>
- Ministerio de Salud. (2020). Lineamientos para el servicio de atención prehospitalaria por posible evento de salud pública. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/LO_APH-COVID-19Vf.pdf
- Ministerio de Salud Pública . (2020). Cordinación Zonal 6-Salud Rendición de Cuentas 2019. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/COORDINACION-ZONAL-6-PRESENTACION-RENDICION-DE-CUENTAS-2019-16_09_2020.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2009). Red de Salud Pública. http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/index.php?option=com_content&view=article&id=157:rpis&catid=12:programas&Itemid=10

- Ministerio de Salud Pública. (2012). Modelo de atención integral del sistema de salud. https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Manual Operativo. Red Pública Integrada de Servicios de Salud.*
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Rendición de Cuentas del año fiscal 2013. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/rendicion_cuentas/rendicion_cuentas_2013_CZ6.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (23 de Junio de 2017). *Ecuador recibe prestigioso premio mundial de las Naciones Unidas por su Red Pública Integral de Salud.* salud.gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-recibe-prestigioso-premio-mundial-de-las-naciones-unidas-por-su-red-publica-integral-de-salud/>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Protocolo Interinstitucional para la Atención de Emergencias por posible código ESPII. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/prot_interinstitucional_atenci%C3%B3n_c%C3%B3digo_espii2-1.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2021). Rendición de Cuentas 2020. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/05/CZ6-PRESENTACION.pdf>
- Molina, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Revista de Ciencias Sociales*, 182-205.
- Morales, C., Borde, E., Eslava, J. y Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. salud pública*, 15(6).
- Murakami, Y. y Peruzzotti, E. (2021). *Fin de tres ciclos y el comienzo de ¿De qué?* Universidad Veracruzana. <https://libros.uv.mx/index.php/UV/catalog/download/BI380/1585/1982-1?inline=1>

- Naciones Unidas. (2021). Evaluación socioeconómica. PDNA Covid-19 Ecuador.
https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ecuador_informe_pdna_covid-19_ecuador_web.pdf
- Noticias de America Latina y el Caribe. (2020 de Abril de 2020). *Noal.am*.
<https://www.nodal.am/2020/04/colapso-sanitario-en-ecuador-cynthia-viteri-alcadesa-de-guayaquil-aqui-no-habia-y-no-hay-espacio-ni-para-vivos-ni-para-muertos/>
- Nunes, J. (2012). Health, Politics and Security. *e-cadernos*(15).
<http://journals.openedition.org/eces/989>; DOI: <https://doi.org/10.4000/eces.989>
- Organización Internacional de Trabajo. (2019). Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal. *OIT Países Andinos*.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_817788.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Atención primaria de salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Sistemas y Servicios de Salud.
<https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>
- Organización Panamericana de Salud. (2021). Salud en las Américas. Perfil de país Ecuador.
<https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-ecuador>
- Ortega, J. (2018). Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. *Rev. salud pública*, 20(5). <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.73891> COPIAR
- Paredes, M. (2011). *Proces de cambio político en Ecuador*. Ediciones Abya-Yala.
<https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/52057.pdf>

Primicias. (12 de junio de 2020). *primicias.ec*.

<https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/hospital-quito-solidario-pocos-pacientes-falta-medicos/>

Puerto, J., Santiago, O., Rojas, M. y Villamizar, J. (2018). El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(1).

<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a07>

Ramírez, K. y Zapata, J. (2022). Propuesta de estandarización del procedimiento de gestión de los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) en la Secretaría de Salud del Municipio de Itagüí para el año 2022.

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/32832>

Sacoto, F. (2021). Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud. *mundosplurales*, 8(1).

<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/17158/1/RFLACSO-MP8%281%29-05-Sacoto.pdf>

Salamon, L. (2002). The New Governance and the Tools of Public Action: An introduction. En *Tools of Government*.

http://spia.uga.edu/faculty_pages/tyler.scott/teaching/PADP6950_Spring2017/Readings/Salamon.2002.Ch1.pdf

Sánchez, F. (2018). Fundamentos Epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *RIDU*, 13(1), 102-122.

<https://doi.org/https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>

Secretaría Nacional de Desarrollo y Planificación. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*.

<https://doi.org/https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Ecuador%20Plan%20Nacional%20del%20Buen%20Vivir.pdf>

- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021. <https://www.gobiernoelectronico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/09/Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir-2017-2021.pdf>
- Servicio de Gestión de Riesgos y Emergencias. (Junio de 18 de 2020). *gestionderiesgos.gob.ec*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/informes-de-situacion-covid-19-desde-el-13-de-marzo-del-2020/>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3).
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Steat, D. (2021). Conceptualizing the Policy Tools of Spatial Planning. *Journal of Planning Literature*, 36(3). <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0885412221992283>
- Torres, M. (2021). Cumplimiento del Derecho a la Salud: Caso Ecuador durante. *Juees*, 1(1).
- Uribe, M; Rodríguez, K; Agudelo, M. (2013). Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20131220085503/INFORME_CLACSO_20_12_13.pdf
- Valentini, G. y Flores, U. (2009). Ciencias sociales y políticas públicas. *Revista mexicana de sociología*, 71, 167-191.
- Vilchis, A. (2020). La determinación social condiciona la salud de la población. *Gaceta Facultad de Medicina*. <https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/05/27/la-determinacion-social-condiciona-la-salud-de-la-poblacion/>
- Villacrés, T. y Mena, A. (2017). Mecanismos de pago y gestión de recursos financieros para la consolidación del Sistema de Salud de Ecuador. *Rev Panam Salud Public*, 41. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e51/es>

- Villegas, M. (2019). Análisis de las políticas sociales a través de la misión Barrio adentro de Venezuela en el periodo 2003-2013. [Tesis de pregrado. UDLA].
<https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/10496/1/UDLA-EC-TLCP-2019-15.pdf>
- Wilson, J. (2018). ¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas?. *Revista IN IURE*, 8(2).
- Wringht, E. (1978). *Clase, crisis y Estado*. Madrid: Siglo XXI.
- Zabala, T. (2022). La institucionalización de una política pública. El caso de la gratuidad en el acceso a la educación superior ecuatoriana (. *Perfiles latinoamericanos*, 30(59).
- Zavattiero, C. (2018). Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia-USF.
<https://dspacecicco.conacyt.gov.py/jspui/bitstream/123456789/42549/4/Fiscalidad-para-la-equidad-tomo-2-final.pdf#page=49>