



ISSN: 1390-1249

DOI: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>

Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador

Operation and Governance of the National Health System of Ecuador

Funcionamento e governança do Sistema Nacional de Saúde do Equador

Adriano Molina Guzmán

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2017

Fecha de aceptación: 13 de agosto de 2018

temas

Resumen

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador (SNS) se ha caracterizado por su segmentación y fragmentación, lo que condiciona la implementación de políticas públicas en el sector y la provisión del servicio. Utilizando el marco analítico de la gobernanza en salud y los tipos de relaciones agente-principal en la provisión de servicios públicos, se realiza un estudio de caso en el que se analiza la configuración institucional en la que se desenvuelve el SNS del Ecuador y cómo ésta afecta la implementación de la política pública. Se observa que, a pesar de los mecanismos diseñados para mejorar la coordinación del sistema, la estructura institucional impide la implementación de las redes integradas de prestación de servicios.

Descriptor: sistemas nacionales de salud; gobernanza; relaciones agente-principal; segmentación; fragmentación.

Abstract

The National Health System of Ecuador (SNS) is characterized by its segmentation and fragmentation, which limits the implementation of public policies in the sector and provisional services. This study was conducted using an analytical framework of governance in health and observations of the type of principal-agent relations in the provision of public services. It is based on a case study that shows how the institutional configuration of SNS in Ecuador unfolds and how this affects the implementation of public policies. The results show that despite the designed mechanisms in place to improve the coordination of the health system, the institutional structure hinders the implementation of integrated networks of provision services.

Keywords: National System of Health; Governance; Principal-Agent Relations; Segmentation; Fragmentation.

Adriano Molina Guzmán. Magíster en Políticas Públicas por FLACSO Ecuador. Director de Evaluación y Economía de la Seguridad, Ministerio del Interior, Ecuador.

✉ adrianomolguz@hotmail.com

1

Resumo

O Sistema Nacional de Saúde do Equador (SNS) tem se caracterizado pela sua segmentação e fragmentação, o que condiciona a implementação de políticas públicas no setor e a prestação do serviço. Utilizando o marco analítico da governança em saúde e os tipos de relações agente-principal na prestação de serviços públicos, é realizado um estudo de caso no qual se analisa a configuração institucional em que se desenvolve o SNS do Equador e como esta afeta a implementação da política pública. Observa-se que, apesar dos mecanismos desenhados para melhorar a coordenação do sistema, a estrutura institucional impede a implementação das redes integradas de prestação de serviços.

Descriptor: sistemas nacionais de saúde; governança; relações agente-principal; segmentação; fragmentação.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el objetivo principal de los sistemas nacionales de salud es la prestación de servicios de calidad a todas las personas, donde y cuando lo necesiten (OMS 2017). Un Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye la rectoría; el financiamiento y aseguramiento; y la provisión de servicios de salud como parte de sus funciones y cada país define la estructura institucional mediante la cual las organiza e implementa; sin embargo, se reconocen los siguientes elementos básicos (OPS 2008a).

Figura 1. Funciones y dimensiones de los SNS

Sistema Nacional de Salud	Rectoría	Conducción de la política Regulación sectorial Orientación del financiamiento Garantía del aseguramiento Armonización de la provisión del servicio de salud
	Financiamiento / Aseguramiento	Financiamiento Aseguramiento
	Provisión de servicios de salud	Oferta y demanda de servicios de salud Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud Medicamentos y productos sanitarios Equipo y tecnología Calidad de los servicios

Fuente: adaptado de OPS 2006.

La provisión de servicios de salud se puede dividir entre varios proveedores que pueden proceder del sector público o del privado y, de acuerdo con su nivel de organización y definición de procesos y protocolos, se pueden configurar en subsistemas dentro del SNS. “Las características históricas, políticas, económicas y culturales de cada país” son determinantes de la configuración de los sistemas de salud (Bursztyn et al. 2010, 78), observando en Latinoamérica, como rasgos institucionales, un alto grado de segmentación y fragmentación en la estructura de los sistemas.

La segmentación es entendida como la “coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión” de servicios a diferentes grupos de la población, determinados por varias barreras de acceso, mientras la fragmentación implica la “coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud en un mismo segmento” (Bursztyn et al. 2010, 78). Frente a la segmentación y fragmentación, la OPS propone la integración de los sistemas como un abanico de posibilidades entre la fragmentación absoluta e integración total, que se construye en función de la configuración de las partes del sistema, es decir que existen elementos más integrados que otros, teniendo en cuenta que la integración “no es un fin en sí mismo sino un medio para mejorar el desempeño del sistema” (OPS 2008b, 9).

Para esto, la OPS recomienda la definición y estandarización de la Atención Primaria de Salud (APS), la cual es utilizada como una herramienta que fomenta la integración del servicio de la salud dado que los servicios del primer nivel de atención se asocian y son complementados con el resto de niveles del sistema, por lo que la APS cumple un rol importante en la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información (OPS 2006, 16). En el Ecuador, la provisión del servicio en el SNS está segmentada en tres subsistemas:

- El primero representado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el cual está pensado para la atención de la población más vulnerable y con escasos recursos.
- El segundo subsistema hace parte del Sistema de Seguridad Social (SS), que nació con el objetivo de proteger a los trabajadores bajo relación de dependencia o que optan por la afiliación voluntaria, ya sea del sector público o del privado. Existen reformas y reglamentos que amplían la cobertura a atención hacia los cónyuges e hijos menores de 18 años de los aportantes en los diferentes regímenes de SS. Este subsistema brinda los servicios de salud por medio de los institutos de SS (Seguridad Social General, Fuerzas Armadas y Policía Nacional).
- El último subsistema está compuesto por los prestadores privados, los cuales están concentrados principalmente en la zona urbana del país.

Esta segmentación en la provisión del servicio surge de la evolución con que se han desarrollado cada uno de estos subsistemas. Cevallos (2017) indica que en el país, al mantener las dos alternativas con las que el Estado cuenta para la provisión del servicio, se crean las condiciones institucionales para la segmentación y fragmentación en el SNS. Estas alternativas para la provisión del servicio se refieren a los modelos liberales y socialdemócratas de los estados de bienestar.

Considerando esta configuración institucional, se analiza la implementación por medio del concepto de gobernanza, el cual implica “la dirección o el uso de diversos mecanismos para proveer una dirección coherente a la sociedad” (Cerrillo 2003, 16), lo que reconoce la idea de una dirección central de las políticas por parte del Estado, dado que la gobernanza “no significa el fin o el declive del Estado, sino su transformación y adaptación a la sociedad en la que actualmente se encuentra inserto” (Peters y Pierre 2005, 53). El uso de la gobernanza para el análisis del SNS permite describir los elementos que influyen en la aplicación de la reforma de salud que, como lo proponen Hufty et al. (2006), se refieren a los actores, normas, puntos nodales y procesos.

Para comprender el comportamiento de los actores, se utilizará la teoría principal-agente, la cual permitirá sistematizar los intereses de los actores que influyen en su comportamiento al momento de implementar una política pública. Para esto, se considera una propuesta de Przeworski (2015, 408) que define tres tipos de relaciones principal-agente “entre el Estado y agentes económicos privados (regulación); entre políticos y burócratas (supervisión); y entre ciudadanía y gobiernos (responsabilidad)” para determinar la configuración institucional que permitiría el mejor desempeño de los actores en la puesta en marcha de una política pública.

Planteamiento del problema

De acuerdo con el MSP, el SNS en este país antes de la reforma de 2008 se había caracterizado por ser centralizado y desarticulado, con un enfoque centrado en atención curativa (MSP 2012b, 21). Con el fin de superar estas deficiencias, el MSP diseñó el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FC). El eje del MAIS fue la estrategia de APS para fortalecer la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención. Se afirma que en este primer nivel se puede “potencialmente [...] resolver más del 80% de los problemas de salud” (MSP 2012b, 84). Con el primer nivel fortalecido, se referirían pacientes a los niveles superiores solo cuando fuera necesario. Una vez tratados los casos más graves por el segundo y tercer nivel, los pacientes serían contrarreferidos al primer nivel para el seguimiento oportuno.

Para poner en marcha la APS y la integración del SNS en el país, se definieron como normas básicas para su funcionamiento: definición de población y territorio a

cargo de cada unidad de salud; adecuación de oferta y demanda; homologación de la tipología de los establecimientos de salud y conjunto de prestaciones; fortalecimiento del primer nivel de atención; el tarifario único para el SNS, y la conformación de un sistema de información integrado (MSP 2012b, 94-96). El MAIS, además, define como algunos de sus instrumentos las redes integradas de salud, las cuales “implican la articulación complementaria de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población a servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema” (MSP 2012b, 90). En este contexto, a partir del concepto de gobernanza, la presente investigación busca describir los actores, normas, procedimientos y puntos nodales que dan forma a la institucionalidad del SNS y cómo estos elementos determinan tipos de relaciones principal-agente dentro del sistema, para mostrar de qué manera esta estructura institucional afecta la implementación de la política pública sobre la construcción de redes integradas de servicio para su provisión.

La gobernanza y las relaciones principal-agente en el SNS

Dentro del enfoque institucional, la gobernanza contribuye a “comprender los factores que organizan la interacción entre los actores involucrados, las dinámicas de los procesos y las reglas de juego político en la formulación e implementación de políticas” (Bursztyn et al. 2010, 79). Peters y Pierre (2005) indican que a la gobernanza se la concibe como una nueva forma de entender e interpretar las capacidades estatales y las relaciones entre el Estado y la sociedad, de esta manera, la definen como un concepto dinámico que puede tomar una u otra concepción en función de los cambios o exigencias de determinada sociedad, no existe un concepto único, por lo que la gobernanza debe ser contextualizada y matizada en función de los niveles en donde participa.

Por otro lado, Hufty et al. (2006, 537) entienden la gobernanza como “un hecho social en sí mismo” y puede ser analizada a partir de una aproximación no normativa y no prescriptiva, por lo tanto, “no puede haber mayor o menor gobernanza”, ya que toda sociedad cuenta con ella.

De esta manera, a la gobernanza se la puede entender como una categoría analítica dinámica que trata de explicar la relación del Estado con otro tipo de actores, para la ejecución de sus funciones. Hufty et al. (2006, 538) plantean que el estudio de la gobernanza puede realizarse por medio del análisis de sus elementos constitutivos observables, “actores, normas, puntos nodales y procesos y de la caracterización de las interacciones y sus consecuencias”. Además de brindar una aproximación hacia la gobernanza, el marco permite analizar los elementos clave del SNS y cómo está configurado el mismo (fragmentación y segmentación).

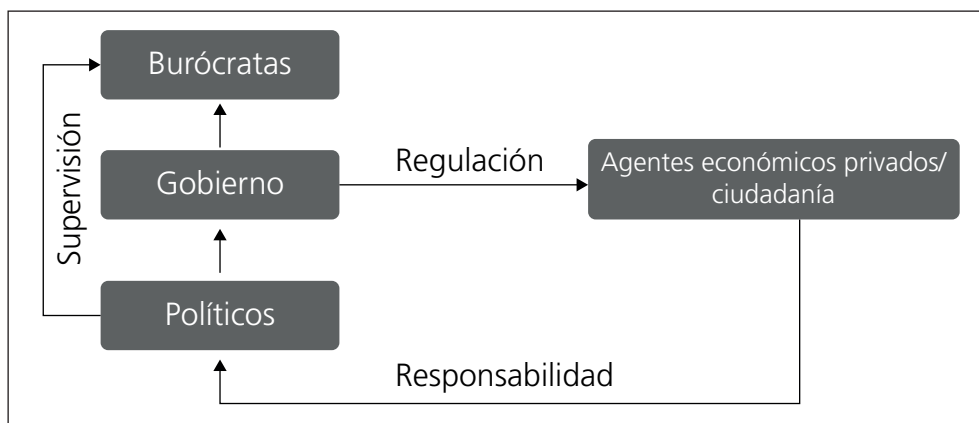
Los actores se dividen en actores de interés y actores estratégicos. Un actor estratégico es “todo individuo, organización o grupo con recursos de poder suficientes para impedir o perturbar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones y de soluciones de conflictos colectivos” (Hufty et al. 2006, 539) y, como lo definen Lowdnes y Mark (2013, 41), la capacidad estratégica de los actores también puede ser utilizada para facilitar el cumplimiento de las reglas o procedimientos. Por otro lado, los actores de interés son “aquellos actores involucrados en la trama institucional, pero sin poder suficiente para determinar el cambio de las reglas de juego” (Hufty et al. 2006, 539). Esta diferenciación se fundamenta en la capacidad y el poder para influir en la toma de decisiones y en el funcionamiento del marco institucional. Por medio de los actores, se puede analizar la agencia y el poder que detentan, aspectos de preocupación del neoinstitucionalismo.

El tipo de actor (estratégico o de interés), sus recursos de poder y la naturaleza de las relaciones o transacciones entre los actores dan cuenta de la agencia que poseen. Considerando que la teoría del principal-agente tiene como objetivo principal estudiar la “pérdida de agencia” y la definición de mecanismos e incentivos para que la acción del agente minimice esta pérdida (Gorbaneff 2003), el análisis de los actores y sus características dentro del SNS –siguiendo el marco presentado por Hufty et al. (2006)– permitirá determinar la capacidad de “agencia” que tienen los actores en función de los tipos de relaciones presentados por Przeworski (2015).

De esta manera, para la intervención estatal en el suministro de bienes y servicios públicos esenciales, las clases de relaciones de regulación, supervisión y responsabilidad determinan el diseño institucional idóneo para que el Estado propenda al interés general. En cada una de estas relaciones, existe un actor que hace las veces de principal y otro que cumple el rol de agente. El principal ejerce la capacidad de agencia sobre el agente, sin embargo, los intereses de los dos pueden ser diferentes y el agente no necesariamente sigue las instrucciones del principal.

La figura 2 ilustra este tipo de relaciones, en donde la dirección de las flechas apunta del principal hacia el agente. El tipo de relación de supervisión puede ir directamente desde los políticos como principal hacia los burócratas como agente o por medio del gobierno que es agente en la relación con los políticos, pero se convierte en principal en su relación con los burócratas. De esta manera, estudia el diseño institucional que permita que “instituciones específicas puedan inducir a los actores individuales –ya sean agentes económicos, políticos o burócratas– a conducirse de modos colectivamente beneficiosos” (Przeworski 2015, 406).

Figura 2. Tipos de relación principal-agente



Fuente: Przeworski 2015.

Siguiendo con los elementos de la gobernanza, Flores (2010) y Hufty et al. (2006) mencionan las reglas de juego como otro de sus elementos, las cuales pueden ser formales e informales. “Las reglas formales son transmitidas y reforzadas por los canales oficiales, mientras que las no formales utilizan diferentes canales y prácticas alternativas a las oficiales” (Flores 2010, 3). Hufty et al. (2006) además indican que las normas se clasifican en tres categorías: i) las meta-normas, que “se refieren a premisas o principios que orientan el contrato social en su sentido amplio”; ii) las normas constitutivas que son aquellas que “definen los mecanismos organizativos e institucionales relacionados con el funcionamiento sectorial del objeto” bajo análisis; iii) las normas regulativas, que son las “que definen las reglas de conducta que precisan lo que es apropiado desde el punto de vista de la sociedad en término de comportamiento”. Por otro lado, los procesos son definidos como “sucesiones de estados por los cuales pasa un sistema”, al analizarlos se pretende “identificar los patrones de evolución de los puntos nodales, la trama de interacciones entre actores y su relación con los cambios de las reglas de juego”.

Finalmente los puntos nodales son “las interfases sociales definidas en espacios físicos o virtuales en donde convergen” el resto de elementos de la gobernanza para producir efectos sobre la política. Al identificar estos puntos nodales (mesas de negociaciones, consejo comunal, redes sociales), caracterizarlos y definir sus relaciones y efectos, “se puede analizar las condiciones existentes (favorables o desfavorables) para un proceso de cambio” o para la implementación de una política pública (Hufty et al. 2006, 540-541).

Tal como lo indica Lowdnes y Mark (2013), en el análisis neoinstitucional, los actores (agencia) e instituciones (estructura) poseen un carácter constitutivo, son las caras de una misma moneda. Los procesos y las normas, en este marco analítico, son

las instituciones que determinan la estructura de la gobernanza en salud, en la que los actores estratégicos y de interés son auspiciados o limitados por ella, siendo los puntos nodales los espacios en los que estos elementos se encuentran y facilitan o restringen su interacción. Las normas, procedimientos y puntos nodales permitirán analizar la configuración del SNS y, mediante los actores y sus relaciones en dicha configuración, se analiza cómo la gobernanza del sistema afecta la implementación de la política pública de salud.

Aspectos metodológicos

Se plantea una mirada sobre la implementación de las reformas de salud en el SNS del Ecuador tomando al neoinstitucionalismo y a la gobernanza como marco teórico y analítico para operacionalizar los elementos que influyen en la política pública. Al preguntarnos por el modo de gobernanza del SNS, cómo éste influye en la implementación de la reforma a la política de salud, y al tener poco control sobre la configuración institucional del SNS, el estudio de caso es la mejor estrategia de investigación posible para abordar la investigación.

Se analiza el caso del SNS del Ecuador dado que, a partir de su configuración, es posible analizar todos los segmentos posibles que pueden participar en la prestación del servicio de salud; el caso ecuatoriano representa de manera adecuada la división por segmentos que es característica de los SNS de la región. Por ejemplo, en países como Uruguay y Brasil, los sistemas públicos de provisión del servicio están unificados en un solo segmento; en Argentina, el modelo federal introduce otro elemento en la estructuración del SNS que se refiere a la heterogeneidad dentro de cada segmento y en Paraguay, su alto grado de segmentación no permite realizar una clara distinción entre cada uno de ellos (Bursztyn et al. 2010).

Es así que el SNS ecuatoriano encaja con la tercera racionalidad para un estudio de caso definido por Yin (2003, 41), que se refiere a un caso representativo o caso típico, en donde “el objetivo es capturar las circunstancias y condiciones de una situación común o de todos los días”.

La presente investigación se centrará en el análisis del sistema en su conjunto, pero además en los segmentos que lo componen y su interacción entre sí, por lo que, tal como lo define Berg (2001, 239) es un estudio de caso organizacional, el cual “puede ser definido como la obtención sistemática de suficiente información acerca de una particular organización que permite al investigador observar dentro de la vida de la organización”. De esta manera, se definen como unidades de estudio al SNS y a sus segmentos, por lo que el diseño de la presente investigación será de tipo “incrustado” (*embedded*) tal como lo define Yin (2003, 42): “Esto ocurre cuando, dentro de un único caso, la atención también está dada a una o más subunidades”.

También hay que considerar que el estudio de caso permite estudiar al fenómeno desde perspectivas múltiples, explorar de forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno (Chetty 1996 en Martínez 2006, 175). Para esto, se utiliza el marco analítico definido por Hufty et al. (2006) para describir y analizar la gobernanza en salud y se complementa el análisis con la teoría principal-agente para observar las relaciones entre los actores y los demás elementos del SNS, así como el neoinstitucionalismo económico para determinar el marco institucional en el que se desenvuelve el SNS.

Para ello, se analiza fuentes secundarias (informes, protocolos, reglamentos) que ha expedido el MSP para el funcionamiento del sistema y se utiliza fuentes primarias (entrevistas a actores clave) de cada uno de los diferentes subsistemas, para contrastar los documentos oficiales con la aplicación de la política en los diferentes segmentos del sistema. Se han triangulado las diferentes fuentes de información, contrastando las fuentes secundarias con las respuestas obtenidas por medio de las entrevistas y también entre entrevistas para dotar a la investigación de la suficiente validez interna.

Análisis y discusión: la gobernanza en el SNS del Ecuador

193

Para el desarrollo del presente acápite, se analiza actores, normas, procedimientos y puntos nodales del SNS del Ecuador siguiendo el marco analítico definido por Hufty et al. (2006) y la teoría de las relaciones principal-agente planteada por Przeworski (2015).

Actores

El MSP, quien desempeña el rol rector en el sistema, determinado como tal en la Constitución Política del Ecuador de 1998, es responsable de la “conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados” (OPS 2008a, 13). El MSP es el único actor estratégico dentro del SNS ya que es el único con suficientes recursos de poder para impedir, facilitar o modificar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones, considerando que ha fortalecido su capacidad rectora a tal punto de restringir la capacidad del resto de actores para incidir en el funcionamiento de las reglas del sistema.

Este fortalecimiento del MSP se enmarca en un proceso de fortalecimiento del Estado que el país emprendió como respuesta a las reformas del ajuste estructural de primera y segunda generación implementadas durante las décadas de 1980 y 1990 en Ecuador y en la región latinoamericana, las cuales, mediante el desmantelamiento del

Estado, desregularización y privatización, pretendían alcanzar el crecimiento económico y bienestar de la población (Aceves 2006, 111-112). Este proceso adoptado por varios países de la región fue acuñado como nuevo desarrollismo, el cual promueve entre otras reformas “el papel clave de la intervención estatal en la regulación, la inversión económica y social y el fortalecimiento del Estado” (Cao y Laguado 2014, 146).

La reforma de salud del Ecuador también responde al discurso político sanitario de la región que plantea como reto, para los rectores del sistema, determinar “el papel adecuado del Estado” considerando la creciente importancia del sector privado y las dificultades del sector público en la provisión del servicio. Afrontar este reto puede “exigir cambios grandes y simples, como los de financiación, pero también modificar la mentalidad de los actores” (Figueras et al. 2002, 9).

El recurso de poder que utiliza el Ministerio proviene del control que posee sobre la política pública y, si bien este control estaba previsto por ley antes de 2008, el MSP ha mejorado su “capacidad organizativa y solidez interna” al cambiar su estructura institucional y crear el Viceministerio de la Gobernanza del Sistema, lo que ha “posicionado su espacio de intervención” en el sistema frente al resto de actores (entrevista a Ruth Lucio 2017). Por lo tanto, este recurso de poder pasa de capacidad latente a capacidad de influencia en el momento en que las reformas propuestas a partir de 2008 brindan los elementos necesarios para desempeñar la función de rectoría dentro del sistema. Si bien el modo de gobernanza presenta algunos puntos nodales en los que el resto de actores puede incidir en las normas y procedimientos, el MSP ha blindado estos espacios convirtiéndolo en el único actor estratégico del sistema.

El resto de actores se definen como actores de interés ya que están involucrados en la trama institucional, pero no poseen el poder suficiente para determinar el cambio de las reglas de juego. Aunque los actores del segmento privado poseen recursos de poder como el “control de información” y “la posibilidad de convertirse en grupos de presión”, el poder que se desprende de estos recursos se encuentra en su capacidad latente dado que las condiciones para ejercerlos se han visto bloqueadas por el MSP y por la posición de los otros actores dentro del sistema.

Los proveedores privados poseen control de información, especialmente sobre la prestación del servicio en su segmento, como la información sobre los costos de los servicios profesionales y de los insumos empleados en la prestación del servicio ya que, como lo indica el miembro de la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador (entrevista a ACHPE 2017), no han podido presentar al Ministerio los costos reales de la prestación del servicio, en primer lugar por la heterogeneidad existente entre los diferentes prestadores privados (fragmentación), lo que impide consolidar en un solo número las diferentes realidades del segmento y también por la poca capacidad del Ministerio para reducir la “pérdida de agencia” y descifrar los costos de operación de este segmento. Sobre la pérdida de agencia de los actores en las relaciones principal-agente se discutirá más adelante.

La posibilidad de convertirse en un grupo de presión se encuentra latente, dado que las controversias por los costos de operación entre el segmento privado y el Ministerio son frecuentes, sin embargo, este recurso de poder no le brinda las condiciones necesarias para convertirse en una capacidad de influencia ya que por sí solo no puede ejercer presión sobre la Autoridad Sanitaria (AS) y, para hacerlo, requiere que los actores del segmento de la SS se alíen en su posición como grupo de presión, lo que en el actual contexto es inviable.

Los actores del segmento de la SS también poseen recursos de poder que provienen del “control de los factores de producción” y de la “posibilidad de convertirse en grupo de presión”, sin embargo, las reformas implementadas por el MSP no han afectado sus intereses ya que muchas de ellas se sustentan en las normas y procedimientos que el propio segmento desarrolló, por lo que, convertirse en un grupo de presión utilizado como recurso de poder, se encuentra en su capacidad latente.

El control sobre los factores de producción se evidencia en el porcentaje de establecimientos con y sin internación con el que cuenta este segmento, que después del segmento del MSP (51%) alcanza un 32% (INEC 2016).

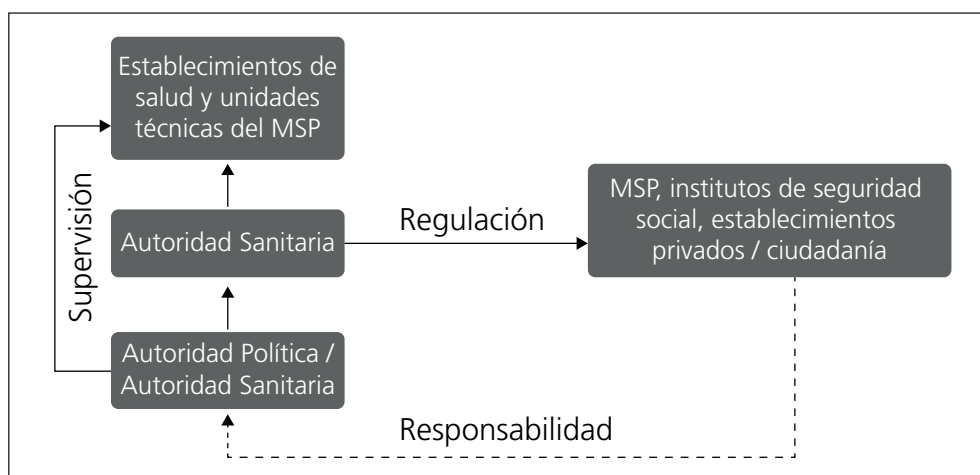
El fortalecimiento del MSP ha afectado principalmente al segmento privado, que reclama mayores espacios de intervención en la definición de las reglas, normas y procedimientos del sistema, posición contraria al segmento de la SS, que no se ha visto afectado por las reformas implementadas por el MSP, más bien, este proceso ha permitido que las reglas, normas y procedimientos del segmento de la SS se vean ampliados a todo el sistema. Existen otros actores de interés como el Consejo Nacional de Salud del Ecuador (CONASA), los profesionales de la salud y la ciudadanía que están inmersos dentro de la trama institucional, pero que no poseen recursos de poder que puedan ser claramente identificados, por lo tanto, su capacidad para influir en la política es casi nula. Ahora bien, considerando los posibles tipos de relaciones definidas por medio de la teoría principal-agente, se describe los roles que asumen cada uno de los actores (ver figura 3).

- **Gobierno y agentes económicos (regulación):**
El Estado, por medio de la AS, detenta la función rectora dentro del sistema y en este tipo de relación es el principal, mientras que los proveedores del servicio MSP, institutos de SS y los establecimientos privados asumen un rol de agente. Es importante señalar que el MSP tiene un doble rol en este tipo de relación, siendo principal en determinadas ocasiones y agente en otras, por lo tanto, hay que tener en cuenta que la estructura organizacional del Ministerio separa estas dos funciones para que exista cierta autonomía entre ellas.
- **Políticos y burócratas (supervisión):**
Este tipo de relación puede darse mediante dos vías: ir directamente desde la autoridad política representada por la Presidencia de la República como principal

hacia los establecimientos de salud y las unidades técnicas del MSP como agentes, o utilizar la AS como intermediaria entre estos dos actores. La AS se convierte en agente en la relación con la autoridad política, pero es principal en su relación con los establecimientos de salud y las unidades técnicas del MSP y de los demás proveedores del sistema.

- Ciudadanía y políticos (responsabilidad):
En el marco de la teoría presentada por Przeworski (2015), para que los políticos sean responsables sobre la ciudadanía se requiere de ciertos arreglos institucionales; dentro del SNS en el Ecuador, existen pocos instrumentos y mecanismos para que la ciudadanía ejerza sus funciones como principal, lo que se denota en la figura 3 mediante una línea puntuada.

Figura 3. Tipos de relación principal-agente en el SNS del Ecuador



Fuente: adaptado de Przeworski 2015.

En cada uno de los tres tipos de relaciones principal-agente existe pérdida de agencia. En la relación de regulación, el MSP, en su rol de principal, posee escasos instrumentos para disminuir las fuentes de pérdida de agencia ocasionada por las asimetrías de información; el seguimiento y control sobre la provisión del servicio; y la credibilidad sobre los tipos de incentivos o desincentivos que pueda aplicar. Existen grandes asimetrías de información entre los diferentes segmentos (entrevistas a Nilda Villacrés 2017; Ruth Lucio 2017 y representante del MSP 2017), por lo tanto, el MSP desconoce en detalle sobre los procesos y procedimientos que aplican los segmentos privado y de la SS en la provisión del servicio.

La vinculación de todos los actores por medio de un sistema de información integrado es un elemento necesario para la eliminación de la segmentación y fragmentación (OPS 2008b; MSP 2012b), sin embargo, es inexistente dentro del SNS. Aún

dentro de cada subsistema existen problemas para la integración de la información sobre la oferta, demanda y prestación de servicios (entrevistas a miembro del IESS 2017; miembro de la ACHPE 2017; Byron Pasquel 2017; Ruth Lucio 2017 y Danny Chávez 2017). La imposibilidad de implementar un único sistema de información que sea transversal a todo el sistema refleja su segmentación y fragmentación, ya que ni el propio MSP ha podido construir un sistema de información integral dentro de su segmento, dada la heterogeneidad de capacidades de sus establecimientos de salud. El segmento de la SS, en cambio, posee un sistema de información compartido por todos sus establecimientos, lo que disminuye la fragmentación dentro del su segmento (entrevistas a Livia Camacho 2017 y Byron Pasquel 2017).

La implementación de un sistema de seguimiento y control que permita al MSP estar retroalimentado sobre el cumplimiento de la política pública para ejercer la relación de regulación cabalmente es otro aspecto a desarrollar dentro del sistema. En entrevistas a Nilda Villacrés 2017; Ruth Lucio 2017 y al representante del MSP 2017, señalan la escasa capacidad operativa del MSP como AS para desplegar una estrategia de seguimiento y control a los establecimientos de salud, además posee poca información sobre la provisión del servicio por parte de los otros segmentos, a pesar de contar con una posición estratégica dentro de la gobernanza del sistema.

La credibilidad sobre los incentivos o desincentivos que pueda aplicar el MSP para restringir o auspiciar comportamientos de los otros segmentos del sistema se ve afectada por las demás fuentes de pérdida de agencia, es decir, las asimetrías de información y la ausencia de un sistema de seguimiento y control aumentan la probabilidad de que los agentes realicen acciones que vayan en contra de los intereses del principal, dado que la probabilidad de ser descubiertos es pequeña. Respecto a la relación de supervisión, también se observa problemas de pérdida de agencia. La asimetría de información y la falta de un sistema de seguimiento y control son problemas que afectan al resto de tipos de relaciones principal-agente, por lo tanto, la supervisión que pueda realizar el Ministerio a los operadores de la política es demasiado limitada.

El MSP ha dado prioridad a la construcción y fortalecimiento de la Red Pública, tratando de mejorar los vínculos con ésta al incrementar la coordinación con las autoridades y mandos medios de los prestadores públicos del servicio mediante reuniones semanales de los integrantes de la red, sin embargo, la verificación del cumplimiento de los acuerdos y reglamentos definidos por el MSP es inexistente por la falta de un sistema de seguimiento y control mencionada anteriormente (entrevistas a miembro de la ACHPE 2017; Byron Pasquel 2017; Ruth Lucio 2017 y Livia Camacho 2017).

Esto ocasiona una brecha entre la AS y el personal operativo de los prestadores del servicio. Las autoridades de los actores del sistema llegan a acuerdos y consensos para la aplicación de políticas, normas y reglamentos; estos acuerdos son socializados a los

mandos medios, pero se posee poca evidencia de que se llegue al personal operativo encargado de implementar las políticas (entrevistas a Nilda Villacrés 2017; miembro de la ACHPE 2017; Byron Pasquel 2017; Ruth Lucio 2017 y Livia Camacho 2017).

Esto amplía los espacios de discrecionalidad que poseen los operadores de política en la aplicación del procedimiento de derivación, referencia y contrarreferencia, lo que condiciona la posibilidad de que el MSP pueda contar con alertas tempranas sobre los problemas que pudieran presentarse durante la implementación de la política pública.

Respecto al tercer tipo de relación principal-agente que propone Przeworski (2015), de responsabilidad, es difícil que ésta se ponga en marcha dado que la ciudadanía, como actor dentro del sistema, no posee mayor injerencia. La ciudadanía posee escasos mecanismos para conocer sobre la provisión del servicio y los resultados de la política, por lo tanto, es difícil que pueda ejercer como agente frente al Ministerio. En entrevista a Danny Chávez 2017, al referirse sobre este tipo de relación, indica que únicamente existe en el marco de la rendición de cuentas de cada unidad de salud. La rendición de cuentas es un proceso que toda institución pública debe realizar una vez al año, pero no se corresponde con el modelo definido por el MAIS para los comités locales de salud. Los problemas de asimetría de información y de un sistema de seguimiento y control, así como la incapacidad de la ciudadanía para definir incentivos o desincentivos que influyan en las acciones del principal, dan como resultado una clara pérdida de agencia en este tipo de relación.

Normas

Las meta-normas que dan forma al SNS y las normas constitutivas que se refieren a la construcción de redes integrales para la provisión del servicio no reparan en la poca integración del sistema. Es así que las normas regulativas, que definen las reglas de conducta y determinan lo que es apropiado para la construcción de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud, fueron desarrolladas bajo el supuesto de un SNS integrado o que al menos es posible integrarlo.

Las principales normas para la integración del sistema: la población y territorio a cargo de un establecimiento de salud definidos; la homologación de la tipología de los establecimientos de salud; el tarifario único de servicios profesionales e insumos de salud; y el sistema integrado de información para todo el sistema no han sido implementadas o han tenido problemas para realizarlo dada la segmentación y fragmentación del sistema.

La segmentación afecta especialmente la definición de la población y territorio a cargo de un establecimiento de salud y la construcción de un sistema integrado de información. El hecho de que cada segmento del sistema responda a un determinado

grupo de la población no hace factible que una persona que requiera de servicios de salud pueda ser atendida en cualquier segmento del sistema, a pesar de que la política pública lo determine.

La definición de la población y territorio a cargo de un establecimiento de salud supone que una persona que requiera servicios de salud debe acudir al establecimiento de salud más cercano, sin embargo, en el marco institucional del sistema, esta persona debe acudir al establecimiento de salud más cercano dentro del segmento al que se encuentre adscrito. La imposibilidad de implementar esta norma afecta la oportunidad de la atención y se convierte en una fuente de ineficiencia dentro del sistema cuando:

- Ciertos establecimientos de salud pueden verse saturados por la demanda de servicios, mientras que otros presentan capacidad instalada subutilizada.
- Una persona puede estar adscrita a más de un segmento y puede recurrir por la misma dolencia a cada uno de los segmentos en donde está adscrito.
- Las dolencias de una persona requieran que el paciente sea derivado o transferido a otros establecimientos de salud y este paciente es derivado o transferido al establecimiento del segmento más cercano y no necesariamente al establecimiento más cercano.

Esta investigación no busca determinar o calcular las causas y la pérdida de eficiencia por los problemas de implementación de este tipo de normas dentro del sistema, pero presenta una línea de investigación futura que puede justificar el incremento de esfuerzos para mejorar la aplicación de este tipo de normas.

Siguiendo con la forma en que la segmentación afecta a la aplicación de las normas para la construcción de la red de atención del servicio, el desarrollo de un único sistema de información se ve condicionado por la forma en que cada segmento produce su información. Cada establecimiento de salud dentro de cada segmento genera la información a manera de estancos, en donde la comunicación o transferencia de información entre segmentos y dentro de cada segmento es prácticamente inexistente, siendo un reflejo de la fragmentación dentro del subsistema. El subsistema de la SS se aleja de esta realidad, ya que ha construido un sistema de información por medio del cual se puede intercambiar información clínica del paciente entre diferentes establecimientos de salud de su subsistema, lo que ha reducido su fragmentación considerablemente. La necesidad de contar con un sistema de información integral para el SNS es básica para la gobernanza del sistema y para la implementación, seguimiento y evaluación de la política pública; así lo reconoce la mayoría de los entrevistados.

La fragmentación del sistema ha influido especialmente en la homologación de los establecimientos de salud, ya que la falta de integración dentro de cada subsistema ha ocasionado la existencia de establecimientos de salud poco estandarizados, es decir,

un establecimiento puede brindar servicios de primer y segundo nivel, pero su infraestructura y capacidad resolutive lo colocan como establecimiento de primer nivel, sin que se acople completamente al estándar (entrevista a Danny Chávez 2017). Así también pueden existir unidades médicas definidas como establecimientos de segundo nivel, sin embargo, no brindan todos los servicios de segundo nivel, pero dada su infraestructura y capacidad resolutive tampoco pueden ser determinados como establecimientos de primer nivel.

Respecto a la implementación del tarifario dentro del sistema, es la norma que mayor desarrollo ha experimentado dentro de las reformas de la política. Por medio de ella se regulan las relaciones en la compra y venta de servicios profesionales e insumos médicos entre prestadores del servicio de los diferentes subsistemas (MSP 2012b, 96). Esta norma cumple con el objetivo de servir como puente entre los diferentes subsistemas, no obstante, existen asimetrías de información que afectan su implementación dado que el intercambio de información sobre los costos en la prestación del servicio es prácticamente nulo entre los diferentes subsistemas (entrevistas a miembro de la ACHPE 2017 y Ruth Lucio 2017). Otro inconveniente se refiere al trabajo que debe realizar el personal operativo que presta el servicio de salud para la determinación de los costos. Este procedimiento es visto como un trámite que afecta el tiempo disponible para la prestación del servicio (entrevistas a Nilda Villacrés 2017 y a miembro de la ACHPE 2017). El médico o el personal a cargo de llenar las planillas del servicio desconoce cómo hacerlo o ha tenido poca capacitación para realizar esta tarea y es uno de los principales puntos de conflicto con el subsistema privado (entrevistas a miembro del IESS 2017; Nilda Villacrés 2017 y miembro de la ACHPE 2017). El MSP reconoce que existen problemas e indica que los primeros pasos de la reforma han sido sobre el componente técnico médico y que aspectos administrativos como éste aún no han sido abordados completamente (entrevistas a Ruth Lucio 2017 y al representante del MSP 2017). A pesar de este tipo de problemas, ha sido efectivo para poner en marcha el proceso de la derivación, referencia y contrarreferencia.

Procesos

Es mediante la derivación, referencia y contrarreferencia que se evidencia la coordinación entre subsistemas. Por medio de este proceso, se trata de aprovechar la capacidad instalada del sistema para maximizar la atención de salud y minimizar el tiempo de espera de la ciudadanía para acceder al servicio, sin embargo, este proceso es limitado por la segmentación del sistema.

Cuando un paciente asiste a un establecimiento de salud de cualquiera de los subsistemas, en función de la gravedad de su dolencia o porque debe realizarse exámenes para los cuales el establecimiento no cuenta con los insumos y el equipo adecuado,

este paciente es referido o derivado a un establecimiento de mayor nivel de complejidad. En el caso de la Red Pública, cada establecimiento de salud del subsistema del MSP o de la SS refiere al paciente a una unidad de mayor nivel de complejidad, comunicándose con los establecimientos de su subsistema; si no existe disponibilidad, se comunican para su derivación con los establecimientos del subsistema de la SS o del MSP, según sea el caso, y si aún no existe disponibilidad en los subsistemas públicos, se acude al subsistema privado (MSP 2012a).

En este contexto, no existe la posibilidad de que un paciente sea referido o derivado al establecimiento más cercano; es referido o derivado al establecimiento institucional más cercano en el mejor de los casos, aunque ha permitido que la capacidad instalada de cada subsistema sea mejor aprovechada y ha propiciado la coordinación entre subsistemas, lo que finalmente influye en la cobertura del servicio, aún con grandes inconvenientes.

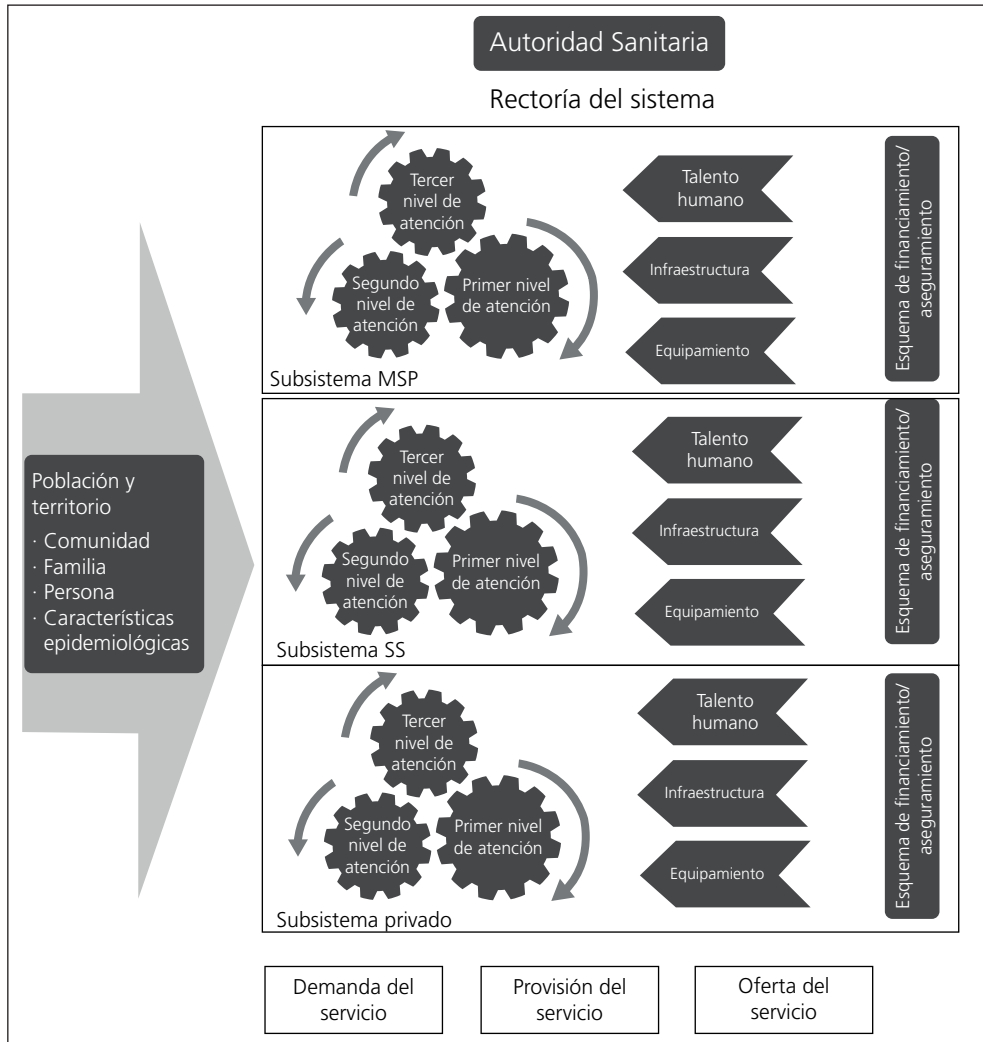
La segmentación y fragmentación del sistema, por medio de su influencia en las normas definidas para la integración del mismo, afecta la operatividad de este proceso, por lo que, para contar con una clara evaluación de los resultados de la política, se debe implementar sistemas de información y mecanismos de seguimiento y control. La provisión del servicio de salud en las actuales condiciones podría mejorar sustancialmente en términos de calidad y cobertura si las normas diseñadas para la construcción de redes integrales de servicio fuesen adaptadas a las condiciones de segmentación y fragmentación del sistema.

Puntos nodales

Los puntos nodales dentro del sistema —en donde los actores, normas y procesos confluyen para influir sobre la política— son escasos. Los puntos nodales pueden servir como un mecanismo de seguimiento y control por medio del cual los avances y problemas en la implementación de la política pública pueden ser discutidos y, en conjunto entre los diferentes actores del sistema, tomar medidas para mejorar la provisión del servicio. De esta manera, las relaciones principal-agente de regulación, supervisión y responsabilidad podrían evitar los problemas de pérdida de agencia.

Uno de los problemas para que las normas para la construcción de redes integrales de salud no se hayan implementado efectivamente se debe a que desconocieron las condiciones del sistema. Los puntos nodales servirían de puente entre los actores, permitiendo generar normas y procesos que incorporen las diferentes realidades de los subsistemas del SNS y reducir las asimetrías de información. La figura 4 muestra los elementos del SNS, las funciones que desempeña y sus subsistemas. No existe un mecanismo de articulación entre subsistemas y el proceso de referencia, derivación y contrarreferencia se encuentra limitado por la fragmentación dentro de cada subsistema.

Figura 4. Sistema Nacional de Salud (SNS)



Elaboración propia.

Reflexiones finales

Las políticas implementadas a partir de la reforma de 2008 propiciaron el fortalecimiento del rol rector del MSP, que ha provocado una reconfiguración de las relaciones principal-agente dentro del sistema. La política pública del Ecuador que apuntaba al fortalecimiento del primer nivel de atención y a la implementación de las Redes Integrales para la Provisión del Servicio (RIPS) no consideraron la configuración institucional del SNS y los resultados esperados se ven limitados por la segmentación y fragmentación del sistema.

La segmentación y fragmentación del SNS afectan principalmente la implementación de las normas (población y territorio definidos a cargo de cada establecimiento de salud; homologación de establecimientos de salud; y un sistema integrado de información) para la construcción de las RIPS y por medio de estas normas al proceso de derivación, referencia y contrarreferencia.

El MSP, en su calidad de rector del sistema, no ha reparado en la utilidad de los puntos nodales del sistema y su capacidad para funcionar como mecanismo de seguimiento y control sobre la implementación de las normas y el funcionamiento de los procesos del sistema y reducir la asimetría de información en la provisión del servicio.

La inexistencia de un sistema integrado de información y la falta de un sistema de seguimiento y control afectan los tipos de relaciones agente-principal para la provisión del servicio incrementando la pérdida de agencia en las relaciones de regulación, supervisión y responsabilidad.

A pesar de existir pérdida de agencia entre las relaciones principal-agente en el sistema, de no haberse implementado completamente las normas considerando las limitaciones que imponen la segmentación y fragmentación y de no contemplar la utilidad de los puntos nodales, el proceso de derivación, referencia y contrarreferencia ha mejorado la provisión del servicio incrementando el nivel de cobertura que existía antes de la reforma de 2008.

De esta manera, se puede evidenciar la forma en que el marco institucional y la gobernanza en salud afectan la política sobre la construcción de redes integrales de salud, dejando aún espacio para mejorar los resultados de la política pública.

Se desprende una línea de investigación referente a los posibles efectos sobre la eficiencia de la provisión del servicio debido al incumplimiento de la definición de un territorio y población a cargo de un establecimiento de salud.

Bibliografía

- Aceves, Liza. 2006. "El desmantelamiento del Estado". En *El Estado y sus otros*, de Pilar Calveiro, 101-120. Buenos Aires: Libros de la Araucaria.
- Berg, Bruce. 2001. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. California: Allyn and Bacon.
- Bursztyn, Ivani, Rosana Kushnir, Ligia Giovanella, Alicia Stolkiner, Luiza Sterman-Heimann, María Riveros y Anna Sollazzo. 2010. "Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados". *Revista de Salud Pública* 12 (1): 77-88.
- Cao, Horacio y Arturo Laguado. 2014. "La renovación en las ideas sobre el Estado y la administración pública en Argentina". *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 60: 131-160.

- Cerrillo, Agusti. 2003. "La gobernanza hoy: introducción". En *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*, coordinado Agusti Cerrillo, 11-31. Barcelona: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Cevallos, Iván. 2017. "Código de la Salud: entre disensos y contradicciones". Ponencia en Miércoles de Ideas, conversatorio político. Quito, julio.
- Figuera, Josep, Philip Musgrove, Guy Carrin y Antonio Durán . 2002. "Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?" *Gaceta Sanitaria* 16 (1): 5-17.
- Flores, Walter. 2010. "Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud". *Cuaderno de Desarrollo Humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo*.
- Gorbaneff, Yury. 2003. "Teoría del agente-principal y el mercadeo". *Revista Universidad EAFIT*: 75-87.
- Hufty, Marc, Ernesto Báscolo y Roberto Bazzani. 2006. "Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación". *Cad Saude Pública*: 535-545.
- INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). 2016. *Tabulados RAS 2015*. Quito: INEC.
- Lowndes, Vivien y Mark Roberts. 2013. *Why Institutions Matter. The New Institutionalism in Political Science*. Londres: Pal GRave Macmillan.
- Martínez, Piedad. 2006. "El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica". *Pensamiento y Gestión* 20: 165-193.
- MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador). 2012a. *Instructivo 001-2012 para la viabilidad de la atención de salud en unidades la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada (complementaria) de prestadores de servicios de salud*. Quito: MSP.
- _____. 2012b. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. Quito: MSP.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2017. *Organización Mundial de la Salud*. Acceso el 26 de febrero.
http://www.who.int/topics/health_systems/en/
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2008a. *Perfil de los sistemas de salud de Ecuador*. Washington DC: OPS.
- _____. 2008b. *Sistemas integrados de servicios de salud; conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC: OPS.
- _____. 2006. *Lineamientos metodológicos para la preparación de perfiles de sistemas de salud: monitoreo y análisis de los procesos de cambio / reforma*. Washington DC: OPS.
- Peters, Guy y Jon Pierre. 2005. "¿Por qué ahora el interés por la gobernanza?" En *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*, coordinado por Agusti Cerrillo, 37-56. Barcelona: Instituto Nacional de Administración Pública.

Przeworski, Adam. 2015. "Acerca del diseño del Estado: una perspectiva principal-agente". En *El valor estratégico de la gestión pública. Trece textos para comprenderla*, editado por la Corporación Andina de Fomento (CAF), 399-438. Argentina: CAF.

Yin, Robert. 2003. *Case Study Research Design and Method*. Londres: Sage.

Entrevistas

Entrevista a Byron Pasquel, director de Gestión Hospitalaria del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), mayo de 2017.

Entrevista a Danny Chávez, director zonal 9 de Gobernanza de la Salud, agosto de 2017.

Entrevista a Livia Camacho, ex coordinadora zonal de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), junio de 2017.

Entrevista a miembro de la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador (ACHPE), mayo de 2017.

Entrevista a miembro del IESS, mayo de 2017.

Entrevista a Nilda Villacrés, secretaria ejecutiva del Consejo Nacional de Salud del Ecuador (CONASA), abril de 2017.

Entrevista a representante del MSP, analista de la Subsecretaría de Gobernanza del MSP, julio de 2017.

Entrevista a Ruth Lucio, coordinadora general de Gestión Estratégica del MSP, mayo de 2017.