Jangwa Pana Vol. 24 (2) | 2025 | e-ISSN 2389-7872
https://doi.org/10.21676/issn.1657-4923

BY-NC-SA

Artículo de reflexión

Paradigmas de desarrollo, políticas sociales y género en Ecuador

Development paradigms, social policies and gender in Ecuador

Silvia Lorena Castellanos-Rodríguez *

Para citar este artículo: Castellanos-Rodríguez, S. (2025). Paradigmas de desarrollo, políticas sociales y género en Ecuador. *Jangwa Pana, 24*(2), e5840. doi: https://doi.org/10.21676/16574923.5840

Recibido: 03/04/2024 **| Aprobado:** 11/10/2024 **| Disponible en línea:** 01/05/2025

RESUMEN

Se realiza en el presente trabajo un acercamiento a las políticas sociales en Ecuador, con especial énfasis en las de salud, desde el período de la Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), hasta el denominado Gobierno de la Revolución Ciudadana, con el propósito de entender la forma cómo se han articulado históricamente a los modelos de desarrollo y cómo se ha insertado el enfoque de género en ellas. Se observa que existe una relación estrecha entre el modelo de desarrollo y las políticas sociales que da cuenta del reparto de roles entre el Estado, el mercado y la familia en la provisión del bienestar. Así pues, a pesar del poco o mucho esfuerzo realizado, el presupuesto invertido y las leyes promulgadas, se concluye que en todos los modelos se incrementan las desigualdades sociales y de salud en la población y en especial en las mujeres.

Palabras clave: modelos de desarrollo; políticas sociales; políticas de salud; género.

ABSTRACT

Social policies have dovetailed development models throughout history. The purpose of this study is two-fold: Firstly, to determine the different ways in which this articulation has taken place in Ecuador in the period encompassing the Import Substitution Industrialization (ISI) and the so-called Citizen's Revolution Government. Secondly, this article aims to comprehend how the gender approach was embedded in the social policies of each historical period, with an emphasis on health policies. The State, the market, and the family have distributed amongst themselves the responsibility of providing welfare. Determining the type of articulation existing between social policies and development models allows a better understanding of this distribution. The most striking finding in this study has been that social and health inequalities increase in the population in general, and especially amongst women regardless of the adopted development model, the effort exerted by each stakeholder, the budget allotted or the implemented laws.

Keywords: development models; social policies; health policies; gender.

* Asociación Latinoamericana para el Desarrollo Alternativo (ALDEA), Ecuador
Correspondencia: lorenacastellanos10@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las políticas sociales y de salud no se articulan en el vacío, sino que "se desenvuelven en el contexto de un conjunto de cambios profundos y trascendentes en la economía, en los procesos productivos, en las formas de trabajar y en los paradigmas que orientan la acción del Estado" (Bustamante, 2007, p. 3). Tomando en cuenta esta situación, en el presente trabajo se lleva a cabo un análisis de las políticas sociales en Ecuador, centrándose particularmente en el ámbito de la salud, desde la época de la Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) hasta el período del Gobierno de la Revolución Ciudadana. El objetivo principal es comprender cómo estas políticas se han articulado históricamente a los modelos de desarrollo y cómo se ha integrado el enfoque de género en ellas. Se destaca una estrecha relación entre el modelo de desarrollo y las políticas sociales que refleja la distribución de responsabilidades entre el Estado, el mercado y la familia en la prestación del bienestar. Estos tres elementos son fundamentales, pues, aunque las clasificaciones tradicionales de los regímenes de bienestar se han basado en la combinación de medidas públicas y de mercado, en el presente trabajo se considera a la familia, un componente esencial de cualquier régimen de bienestar. Considerándola tanto en su calidad de institución social como en su condición de sujeto que adopta decisiones (Esping-Andersen, 2000), independientemente de su forma y estructura. A pesar de los esfuerzos realizados, el análisis revela que, en todos los modelos analizados, las desigualdades sociales y de salud, especialmente entre las mujeres, tienden a aumentar, independientemente del presupuesto invertido y las leyes promulgadas.

METODOLOGÍA

En la presente investigación se realiza un análisis de la literatura que aborda los modelos de desarrollo en el Ecuador desde el período de la Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI), hasta el denominado Gobierno de la Revolución Ciudadana, con el propósito de analizar la forma en que las políticas se salud se han articulado a dichos modelos y cómo se ha insertado el enfoque de género en ellas. Luego de una búsqueda en diferentes bases de datos, se selecciona la literatura relevante considerando cinco criterios. En primer lugar, la pertinencia temática, pues las fuentes seleccionadas están relacionadas con temas de protección social**,** salud pública**,** políticas sociales y derechos, lo cual es coherente con un enfoque en la equidad social y los sistemas de bienestar en Ecuador y América Latina. Se Incluyen documentos clave como las constituciones ecuatorianas (1979, 1998, 2008) que establecen el marco jurídico del Estado ecuatoriano y la evolución de derechos sociales y políticos. En segundo lugar, el enfoque geográfico, pues la mayoría de las fuentes están centradas en Ecuador o América Latina, lo cual indica que se busca un enfoque

en la realidad socioeconómica y política de la región. En tercer lugar, se utiliza bibliografía de instituciones relevantes, pues se priorizan documentos emitidos por instituciones oficiales o académicas, como la Asamblea Constituyente, la CEPAL, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), garantizando la credibilidad y rigor de las fuentes. En cuarto lugar, la temporalidad, incluyéndose fuentes desde 1979 hasta fechas recientes (2014-2013), lo que permite abordar el desarrollo histórico de políticas sociales en especial, las de salud y su articulación con los paradigmas de desarrollo. Por último, la diversidad de autores, pues se realizan referencias a autores clave como Gosta Esping-Andersen, Kay y Filgueira**,** conocidos por su trabajo en sistemas de bienestar y desarrollo social, así como académicos locales como Minteguiaga y Ponce Jarrín, lo que denota un enfoque tanto global como local sobre los sistemas de protección social.

El modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones, políticas sociales y de salud en Ecuador

La escuela latinoamericana de desarrollo, desde la perspectiva del paradigma estructuralista, planteó el modelo "centro- periferia" que explicaba que tanto el desarrollo como el subdesarrollo constituían un proceso único y que las desigualdades entre el centro y la periferia se reproducían a través del comercio internacional (Kay, 1991). En este paradigma, los países de la periferia eran productores de la materia prima para las industrias de los países del centro del sistema capitalista mundial. La CEPAL denominó este patrón de desarrollo en la periferia como el "modelo exportador primario" o "desarrollo hacia afuera" (Kay, 1991). La Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) fue una propuesta de la CEPAL para contrarrestar el modelo exportador primario, con el propósito de ayudar a los países de la periferia a cambiar hacia lo que ellos denominaban "proceso de desarrollo hacia dentro" (Kay, 1991). En este marco, se configuró un paradigma de intervención estatal tanto en la economía como en lo social, con un enfoque universalista y orientado al desarrollo de la oferta de servicios, y que estuvo ligado a la ampliación del sector formal urbano (Espinosa, 2011).

De acuerdo con Ponce Jarrín (2008), el modelo se basó fundamentalmente en una expansión de la demanda interna para la producción industrial nacional, por lo que se trataba de sustituir los productos manufactureros importados del extranjero por producción nacional. Así, durante el período de la ISI el crecimiento económico estuvo anclado al mercado interno en el que el Estado tuvo un papel preponderante, estableciendo barreras arancelarias con el propósito de proteger a la industria nacional de la competencia externa.

El modelo de desarrollo de la ISI en el Ecuador, "alentado por el petróleo y por el rol central del Estado, levantó expectativas de construir un país industrializado y progresista, sustentado en la equidad y en un pacto social que permitiese

acceder a los beneficios sociales a toda la población" (Ortiz, 2007, p. 31). En cuanto a la política social, el modelo ISI estuvo acompañado de sistemas de protección social centralizados, sectorializados, con aspiración de universalidad, administrados estatalmente, priorizándose intervenciones por el lado de la oferta (Ponce Jarrín, 2008). En salud, por ejemplo, luego de que la Asamblea Constituyente de 1967 creara el Ministerio de Salud Pública, se pretendió establecer un sistema de salud con enfoque universal:

> La política de extensión de cobertura —eje central de la propuesta de Rodríguez Lara—fue planteada en la perspectiva de crear un sistema de salud al que debería acceder toda la población del país, sin ninguna distinción de edad, etnia, sexo o condición socioeconómica. (Velasco, 2011, p. 325)

Para garantizar la universalización de la cobertura, se orientaron los esfuerzos en la consolidación de la infraestructura hospitalaria. Fue así como de 72 centros comunitarios que inventarió el recién creado MSP en 1967, se edificaron 1.760 más hasta la década del ochenta (Velasco, 2011). Esta situación evidencia que la infraestructura en salud fue considerada por la Constitución de 1979 como un medio importante para garantizar la atención en salud.

Aunque el paradigma de la intervención estatal tuvo un enfoque universalista y orientado a la oferta de servicios, en la práctica los programas de acceso universal se limitaron a programas focalizados como, por ejemplo, programas orientados a la eliminación del alcoholismo y otras toxicomanías y a la disminución de la mortalidad infantil (Asamblea Constituyente, 1979, artículo 29). Además, debido a que la mayoría de las intervenciones estatales estaban articuladas al pleno empleo, fueron las clases medias las que mayormente se beneficiaron de la ampliación de servicios básicos de salud y educación (Espinosa, 2011).

Las políticas sociales implementadas en el Ecuador en el período de la ISI configuraron un régimen de bienestar que Fernando Filgueira (1998) denomina como "excluyente" en el ámbito de la seguridad social y salud, y "dual" en el ámbito de la educación. En el período 1930-1970/80, por ejemplo, la pobreza medida a través de ingresos en Latinoamérica excedía el 50%; además, menos del 20% de la población se encontraba cubierta por programas básicos de protección y seguridad social (Filgueira, 1998). La situación era similar en el área de la salud, pero no así en la educativa, en donde la expansión de la matrícula primaria (con fuertes desigualdades en calidad) alcanzaba a más de la mitad de la población y llegaba en algunos casos a la cobertura universal (Filgueira, 1998).

En este período comenzaron las reflexiones de la Teoría Feminista (TF) y del movimiento feminista de la segunda ola. Las teorías del patriarcado dieron lugar al sistema sexo/género, promoviendo la construcción del género a partir del sexo

biológico. Uno de los intereses de la TF en ese momento era en la inclusión de las mujeres en los campos de los que históricamente se les había excluido, buscando la igualdad entre hombres y mujeres en términos de derechos y acceso. Estas reflexiones permearon en las agencias de cooperación internacional para el desarrollo, quienes comenzaron a dirigir sus esfuerzos este propósito.

De acuerdo con Murguialday (2006), las intervenciones por parte de dichas agencias como elaboración de políticas, programas y proyectos, estaban condicionados por las maneras diversas de conceptualizar la situación de las mujeres y su rol en la sociedad. "Así, la primera manera de entender el papel de las mujeres en los programas de desarrollo, resalta sus roles reproductores y su perfil de sector vulnerable" (Murguialday, 2006). Esta conceptualización fue la base de las políticas sociales del Estado benefactor del período de la ISI. En el caso de la salud, las intervenciones estuvieron orientadas en torno a educación nutricional, salud y prevención de mortalidad materno-infantil, como se evidencia en el artículo 29 de la Constitución de 1979 inciso dos:

> La atención a la salud de la población y el saneamiento ambiental de las ciudades y el campo, por medio de la socialización de la medicina, de los diferentes organismos encargados de su ejecución y de la creación de la correspondiente infraestructura, de acuerdo con la ley; la aplicación de programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías y a disminuir la mortalidad infantil. (Asamblea Constituyente, 1979, artículo 29)

La conceptualización sobre las mujeres que comenzó a ser asumida posteriormente fue la que valoraba los roles productores de las mujeres, dando lugar a la estrategia llamada Mujer en el Desarrollo (MED) (Murguialday, 2006). La MED tenía como meta la igualdad entre hombres y mujeres en términos de acceso a educación, trabajo y representación política. El logro igualitario de recursos y oportunidades dio origen al denominado "enfoque de la equidad", denominado también "enfoque de la igualdad de oportunidades", que constituye la primera concreción de la estrategia MED (Murguialday, 2006).

El enfoque de igualdad de oportunidades también se puede observar en la Constitución de 1979. En la Sección I Artículo 19 numeral 4, se afirma que "la mujer, cualquiera sea su estado civil, tiene iguales derechos y oportunidades que el hombre en todos los órdenes de la vida pública, privada y familiar, especialmente en lo civil, político, económico, social y cultural" (Asamblea Constituyente, 1979, artículo 19). El problema de la igualdad de oportunidades es que supone un mismo punto de partida en todos los individuos e igualdad de condiciones para el ejercicio de los derechos. Esta situación es muy distante de la realidad. En salud, por ejemplo, la estrategia de igualdad de oportunidades no toma en cuenta que existen grupos humanos que presentan riesgos

diferenciados de enfermar o morir, por lo que en muchas ocasiones su efecto es contrario a lo que se busca. Al respecto, Ian Forbes (1995), afirma que "cuando la igualdad de oportunidades se restringe a hacer que individuos diferentes se sometan a un único patrón de progreso, se obstaculiza de manera desigual la capacidad de algunos de obtener beneficios" (p. 2).

A finales de la década de los setenta, el modelo económico aplicado en el período de la ISI generó una acumulación de distorsiones en la economía que luego desembocaron en lo que se conoció como el agotamiento del modelo (Ponce Jarrín, 2008). De acuerdo con Franco (2001), estas distorsiones en la economía condujeron a grandes desequilibrios macroeconómicos y a fenómenos hiperinflacionarios. Se recurrió también a un excesivo endeudamiento externo facilitado por la abundancia de petrodólares en el sistema financiero internacional, lo que condujo a la crisis de la deuda.

El modelo neoliberal y las políticas sociales en Ecuador

Debido a la crisis de la deuda externa, las agencias financieras internacionales comenzaron a presionar a los países latinoamericanos para aplicar políticas destinadas a "recuperar los equilibrios macroeconómicos, reducir la inflación, retirar al Estado de ciertas áreas y aumentar la competitividad internacional y consecuentemente, las exportaciones" (Franco, 2001, p. 45).

Dentro de la aplicación de ajustes fiscales, la principal medida adoptada por los estados latinoamericanos entre ellos el Ecuador, fue el recorte del gasto social. De acuerdo con Ponce Jarrín (2008), "el gasto social se convirtió en la principal variable de ajuste en la mayoría de las economías latinoamericanas" (p. 14). La política social neoliberal fue concebida como un paliativo de los ajustes estructurales y las medidas fiscales asumidas, es decir, "como algo compensatorio que debía hacerse cargo de los efectos no deseados de la política macroeconómica" (Ponce Jarrín, 2008, p. 15).

Si bien, las políticas sociales dentro del paradigma de la ISI en teoría se caracterizaron por el universalismo, centralismo y financiamiento de la oferta, las políticas sociales neoliberales, por el contrario, lo hicieron por la focalización, descentralización y financiamiento de la demanda, buscando la eficiencia en la gestión de recursos.

> Se da un énfasis por llegar a los más pobres (focalización), se crean subsidios a la demanda, se busca recuperar los costos de los servicios sociales y se busca introducir mecanismos de mercado en el funcionamiento del sector público (cuasi mercados). Adicionalmente se procura evitar la participación estatal en la entrega de servicios (privatización) y se trata de acercar a los oferentes con los usuarios de los servicios (descentralización). (Raczynski, 1999 como se citó en Ponce

Jarrín, 2008, p. 15)

Como parte de la eficiencia en la gestión de recursos, las políticas sociales se centraron en el combate de la extrema pobreza mediante programas como los de transferencias monetarias focalizadas y condicionadas (PTMFC). Estos programas proliferaron a partir de los años noventa en toda América Latina de la mano de su promoción por parte de los organismos multilaterales de crédito, particularmente el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que hicieron de estos programas el modelo de política deseable para la región (Yanes, 2011). En el Ecuador, por ejemplo, el PTMFC, inicialmente denominado Bono de Solidaridad, fue establecido en septiembre de 1998 en el gobierno de Jamil Mahuad con el propósito de compensar la eliminación de subsidios al gas y la electricidad. El propósito del BDH inicialmente no fue combatir la pobreza, como lo fueron programas similares en otros países de América Latina. Pero debido a la profundización de la crisis económica con la instauración del modelo neoliberal, el BDH se convirtió en un mecanismo importante para el combate de la pobreza y pobreza extrema.

Como resultado de la aplicación de los ajustes fiscales y las reformas estructurales, "se observó un incremento de la pobreza de consumo entre 1995 (39,34%) y 1999 (52,15%), para luego reducirse al 38,28% en 2006; la extrema pobreza de consumo presentó la misma tendencia, pasando del 13,7% en 1995 al 20,12% en 1999, para luego disminuir al 12,86% en 2006" (Espinosa, 2011, p. 289). Además, debido a las políticas de flexibilización del mercado laboral implementadas, el trabajo en el Ecuador se caracterizó por la precarización, informalidad y segmentación. "Entre enero de 1998 y julio de 2003, el trabajo informal creció del 29 al 33%" (Martínez-Franzoni, 2007, p. 43). Esta situación repercutió considerablemente en la afiliación a la seguridad social, pues en el mismo período la afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y con contrato permanente cayó del 52 al 42% y la población con contratos temporales y sin afiliación a la seguridad social aumentó del 16 al 21% (Vásconez et al., 2005, como se citó en Martínez-Franzoni, 2007).

En relación con la salud y a pesar de que la Constitución de 1998 estableció al Estado ecuatoriano como su garante (Asamblea Constituyente, 1998, artículo 42), los servicios públicos de atención médica fueron gratuitos solamente para las personas que los necesitaran (Asamblea Constituyente, 1998, artículo 43). En el artículo 46 del mismo órgano legal se ratifica la política de cofinanciamiento de la salud pública, declarando que el financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendría de aportes del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley (Asamblea Constituyente, 1998, artículo 46).

De acuerdo con Franco (2001), la apuesta por el cofinanciamiento no tuvo la

finalidad únicamente de obtener recursos adicionales, sino incrementar la adhesión y la valoración de las personas a los programas. El criterio subyacente de esta política era "lo que no cuesta no es valorizado por quien lo recibe" (Franco, 2001, p. 47). Así, en este período los hospitales recuperaron de sus usuarios el 15% de sus presupuestos, además se exoneró del pago a los más pobres y se propusieron paquetes restrictivos de atención en los que no se consideraban enfermedades catastróficas o crónicas (Velasco, 2011).

La implementación de políticas de corte neoliberal en el sector salud se evidenció también en la limitada inversión en infraestructura sanitaria en este período. Velasco (2011) afirma que "el gasto en infraestructura, correspondiente a los gastos en inversión del MSP, entre 1990 y 2006, no sobrepasó el 0,3%, lo que se tradujo en el incremento de únicamente 305 unidades ambulatorias de salud en 12 años, es decir de 2693 en 1994 a 2998 en 2006" (p. 325).

Respecto a las políticas focalizadas, la norma constitucional priorizó la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, además de la salud sexual y reproductiva (Asamblea Constituyente, 1998, artículo 43). Dentro de los programas focalizados en salud destacó la "Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia" promulgada inicialmente en 1994 y reformada en 1998 (Congreso Nacional, 1998). Otra ley que debe ser tomada en cuenta por ser el instrumento en donde el Estado ecuatoriano materializaba su mandato como garante del derecho fundamental a la salud, es la Ley Orgánica de Salud[1] (LOS). La LOS fue expedida con el propósito de regular las acciones que permitieran efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley (Congreso Nacional, 2006). Es importante destacar que dicha ley se regía, entre otros principios, "por el principio de equidad y asumía un enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético" (Congreso Nacional, 2006, p. 2). La igualdad de oportunidades es la estrategia utilizada en la LOS para garantizar la salud entendida como un estado de bienestar integral: físico, mental y social. Pero como se dijo anteriormente ésta puede ser necesaria, pero no es una condición suficiente para la igualdad en la sociedad (Forbes, 1995).

Esta situación se refleja en la amplia gama de temáticas abordadas por dicha ley, donde no se incorporan políticas antidiscriminatorias ni medidas de acción afirmativa para enfrentar las inequidades de género y promover la igualdad en el estado de salud entre hombres y mujeres. Asimismo, no se contempla un enfoque diferenciado que reconozca y aborde las desventajas culturales, sociales y económicas que afectan a los individuos. Se evidencia lo que Molyneux (2008) denomina como *igualdad legal formal* en la que los derechos de las mujeres se asimilan a la norma masculina. Esta igualdad legal formal es ficticia porque no toma en cuenta las desigualdades sociales entre hombres y

[1] La Ley Orgánica de Salud está todavía está vigente al momento de la escritura de este artículo.

mujeres, ni las desventajas en la inserción laboral de las mujeres, ni la carga social de los cuerpos sexuados en términos reproductivos y de cuidado, por ejemplo. De este modo, "la igualdad legal formal puede tener el efecto perverso de reproducir la desigualdad mediante formas ocultas de discriminación" (Molyneux, 2008, p. 25). A pesar de ello, la LOS sentó un precedente muy importante en torno a algunos temas como por ejemplo el de la sexualidad, beneficiando en muchos aspectos a mujeres, jóvenes, niños y niñas, porque su enfoque tomaba en cuenta la educación en salud sexual y reproductiva, el uso y acceso libre a métodos anticonceptivos (Varea, 2008).

La LOS, así como las otras leyes mencionadas que son parte de las políticas sociales y de salud de corte neoliberal, configuraron un régimen de bienestar que Martínez-Franzioni (2007) denomina *familiarista*, debido a la debilidad estatal y a la centralidad del ámbito doméstico y de arreglos privados no mercantiles en la producción del bienestar.

La Revolución Ciudadana y las políticas sociales en Ecuador

Con el triunfo de la Revolución Ciudadana se promulgó una nueva Constitución que se convirtió en la hoja de ruta del cambio del Ecuador hacia el "buen vivir", definiendo al Estado ecuatoriano como un "Estado de derechos" (Asamblea Constituyente, 2008, artículo 1; Ramírez, 2010). De esta forma, se privilegiaron los derechos humanos por sobre "el derecho", concebido como conjunto de normas jurídicas.

Es así como se instala en el Ecuador, al menos en teoría, un enfoque más inclusivo e integral de la protección social, centrado en los derechos que confiere la ciudadanía y orientado al bienestar del conjunto de la sociedad. Es un enfoque que Cecchini y Martínez (2011) denominan "protección como garantía de ciudadanía".

> Este enfoque busca esquemas de protección social construidos en base a la noción de derechos económicos, sociales y culturales con un objetivo de universalización —sin dejar a un lado los programas de focalización que permiten reducir las brechas de desigualdad y optimizar los recursos—, además de considerar unos mínimos sociales como estándares de acceso y calidad. (Carranza & Cisneros, 2014, p. 14)

Dentro de este enfoque se establece a la salud como derecho asegurado por el Estado ecuatoriano (Asamblea Constituyente, 2008, artículo 3). Se afirma además que este derecho se vincula al ejercicio de otros como "el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir" (Asamblea Constituyente, 2008, artículo 32).

A diferencia de la Constitución de 1998, la de 2008 establece los mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud. Dentro de estos mecanismos, se menciona la elaboración de políticas públicas favorables a la salud (artículo 32); la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) (artículo 358); el establecimiento de la rectoría del SNS a través de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) que es el Ministerio de Salud Pública (MSP) (artículo 361); el financiamiento fiscal oportuno, regular, suficiente, preasignado e incremental[2] (artículo 366), la participación ciudadana y control social (artículo 359).

En relación con la prestación de servicios de salud, la Constitución de Montecristi define los principios que la regirían (equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética) (artículo 32); el enfoque (género y generacional) (artículo 32); y otros aspectos como la universalidad, la gratuidad, los niveles de atención y los diferentes procedimientos (diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación) (artículo 362).

Para dar cumplimiento a dichos mandatos constitucionales, el gobierno de la Revolución Ciudadana estableció como prioridad el fortalecimiento del sector salud no solamente en un incremento significativo en el presupuesto para el mejoramiento de la infraestructura sanitaria, equipamiento y recursos humanos en salud, sino fundamentalmente, en una "reestructuración profunda de la institucionalidad y del quehacer sanitario en el país" (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 12). De esta manera, se diseñó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), con enfoque familiar, comunitario e intercultural[3], basado en la estrategia de la APS-R[4], con el objetivo de fortalecer la ASN, consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutiva del primero, segundo y tercer nivel de atención (Ministerio de Salud Pública, 2012).

El MAIS es definido como:

> El conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organizan el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 53)

[2]La disposición transitoria vigesimosegunda dice que el Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interior Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento (Asamblea Constituyente, 2008).

[3] Es conocido como MAIS o como MAIS-FCI.v

[4] Atención Primaria en Salud Renovada. La renovación de la APS consiste en revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

El MAIS es entonces el mecanismo con el que el Estado ecuatoriano responde a los mandatos constitucionales y a las necesidades de salud de la población. La Figura 1 muestra los cuatro componentes que viabilizan la puesta en marcha del MAIS-FCI que son provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento.

Como modelo de atención, el MAIS-FCI organiza la prestación de servicio en las siguientes modalidades: atención extramural o comunitaria, atención intramural o en un establecimiento de salud[5], atención en establecimientos móviles de salud y prehospitalaria (Ministerio de Salud Pública, 2012). Además, de acuerdo con la Constitución de 2008, la prestación de servicios debe regirse con enfoque de género y generacional.

Con relación al enfoque de género, en el manual que norma la implementación del MAIS, se observa, en primer lugar, que se considera la existencia de riesgos diferenciales en las causas de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres. En el documento se afirma que "al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo, se evidencia que en varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes" (ENDEMAIN 2006, citado en Ministerio de Salud Pública 2012, p. 24). Se asume además en dicho manual, que el género es un eje de desigualdad de la estructura social que determina las oportunidades de tener una buena salud, poniendo de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debido a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas o grupos que detentan el poder en las relaciones sociales (Ministerio de Salud Pública, 2012).

A pesar de que el MAIS propone un enfoque de género y generacional, se afirma en el mismo manual que "será la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación en Salud del MSP, quién realizará una propuesta conceptual y metodológica para la incorporación de dichos enfoques en las políticas y en el modelo de atención" (Ministerio de Salud Pública, 2012, p. 46). Situación que da a entender que en realidad el enfoque de género se queda en un aspecto declarativo en la atención de la salud.

De esta forma, a pesar de que las políticas sociales implementadas por la Revolución Ciudadana pretendieron estar centradas en los derechos que otorgan la ciudadanía y estar orientadas a la sociedad en general y no únicamente a un sector específico en situación de pobreza y vulnerabilidad (universalización versus focalización), de acuerdo con Minteguiaga (2008), no parecen existir cambios de fondo con respecto del paradigma neoliberal.

[5] Que pueden ser de primer, segundo, tercer y cuarto nivel.

> [...] parece seguir funcionando el interés por una lógica asistencialista centrada en la garantía de mínimos sociales sin conectar debidamente las dimensiones económicas, ambientales, culturales, políticas y sociales del desarrollo humano. A lo que nos estamos refiriendo es que la "cuestión social" se mantiene intacta en términos de su definición y, por ende, su tratamiento. Creemos que tal resultado se debe a que, a pesar de existir una serie de elementos que nos hablan de cierta voluntad política de cambio, persisten restricciones institucionales que imposibilitan salir de lo establecido y, en un nivel más profundo, subsiste una falta de problematización radical del esquema interpretativo involucrado en el neoliberalismo. Todo esto imposibilita la generación de reales alternativas respecto de un pasado que aunque permanentemente se dice que se quiere abandonar se empecina en no dejarlo ir. (Minteguiaga, 2008, p. 70)

El incremento en el gasto social en el período de la Revolución Ciudadana ha implicado tanto una mayor cobertura como una ampliación de servicios prestados, lo que significa un proceso de *desmercantilización* del bienestar. Pero de acuerdo con Minteguiaga y Ubasart-González (2014), el modelo no ha sufrido modificaciones sustantivas respecto al pasado ya que se está frente a un sistema de prestaciones asistenciales que no ha conseguido salir de la lógica de la *pobretología*, que incluye importantes sectores de la sociedad sin cobertura. Por otro lado, además de esta lógica que opera en las transferencias no contributivas y en otros programas sociales como la atención a la primera infancia, a personas con discapacidad o con enfermedades catastróficas, opera una *lógica familiarista*, es decir, "la dependencia del trabajo femenino no remunerado en la división social del trabajo" (Martínez-Franzoni, 2007, p. 12). En las políticas sociales y de salud de la Revolución Ciudadana no se han traspasado significativamente las responsabilidades de cuidado de la esfera familiar a otras esferas (Minteguiaga & Ubasart-González, 2014). Es más, se refuerza en forma implícita y a veces explícita la idea de las mujeres como responsables naturales del trabajo de cuidado de la salud.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se realizó una revisión de las políticas sociales con especial énfasis en las de salud en el Ecuador desde el período de la ISI hasta el gobierno de la Revolución Ciudadana con el propósito de entender cómo se han articulado históricamente a los modelos de desarrollo y cómo se ha insertado el enfoque de género en ellas. En esta revisión se evidenció que existe una relación estrecha entre el modelo de desarrollo y las políticas sociales y de salud, ya que las formas de concebir los problemas sociales, junto con los modos distintos de abordarlos responden a la lógica del modelo instaurado, que define el reparto de roles entre el Estado, el mercado y la familia en la provisión del bienestar.

Se observó que ninguno de los modelos de desarrollo se ha enfocado en reducir las distancias socioeconómicas ni a promover el desarrollo de las capacidades individuales para el goce de los derechos y el acceso universal a los servicios sociales. Situación que, a pesar del poco o mucho esfuerzo realizado, ha incrementado las desigualdades en la población y en especial de las mujeres. En el período de la ISI, la centralidad del Estado, el énfasis en la oferta de servicios y el pretendido universalismo condujo a un modelo de provisión de servicios de salud ineficiente, de baja calidad, excluyente y en el que las principales beneficiarias fueron las clases medias ecuatorianas. Con las reformas fiscales y ajustes estructurales del neoliberalismo, las políticas sociales focalizadas y condicionadas a la capacidad económica de las personas, agudizaron las desigualdades sociales, precarizando las condiciones de vida de las personas ecuatorianas.

A pesar del incremento en el gasto social en el período de la Revolución Ciudadana, que ha implicado una ampliación en los servicios tanto en cobertura como en diversificación, se mantiene una lógica asistencialista centrada en la garantía de mínimos sociales sin conectar debidamente las dimensiones económicas, ambientales, culturales, políticas y sociales del desarrollo humano. Dentro de esta lógica se continúan asignando subsidios monetarios mínimos a una población con características específicas que debe sujetarse a condicionamientos para poder recibirlos. Además de esta lógica asistencialista, existen políticas sociales que responden una *lógica familiarista*, en la que se refuerza una división sexual del trabajo que destina a las mujeres a los cuidados. Esta situación contribuye a que se perpetúe a las mujeres como las productoras y articuladoras del bienestar, anclándolas al ámbito familiar.

Ante esta situación, se propone realizar investigaciones comparativas entre Ecuador y otros países de América Latina para analizar la forma en la que diferentes modelos de desarrollo (ISI, neoliberalismo, socialismo del siglo XXI) han afectado las políticas sociales y de salud en relación con la equidad de género y las brechas socioeconómicas. Además, profundizar la forma en la que ha evolucionado la inclusión del enfoque de género en las políticas sociales en Ecuador, desde la ISI hasta la actualidad, con especial atención a la representación de las mujeres en las políticas de cuidado y los impactos de la división sexual del trabajo. Se propone también evaluar la efectividad de los programas asistencialistas (como los subsidios monetarios), en la reducción de las desigualdades económicas y de género. Un enfoque cuantitativo que mida su impacto en el desarrollo humano integral podría proporcionar evidencias para una reforma más equitativa.

En el ámbito de las políticas públicas, se propone promover una reforma en las políticas de bienestar en Ecuador que trascienda el enfoque asistencialista y se oriente hacia un enfoque de derechos humanos integrales. Esto implicaría

diseñar políticas que conecten las dimensiones económicas, sociales, ambientales y culturales, lo que permite el acceso universal a los servicios sociales sin condicionamientos. Además, generar programas sociales que no solo estén orientados a la garantía de mínimos, sino que promuevan el desarrollo de capacidades individuales, fomentando la igualdad de oportunidades. Esto implicaría fortalecer la educación, el empleo y el acceso a servicios de calidad como pilares del desarrollo humano.

Para la efectividad y eficacia de dichas políticas, sería necesario establecer un sistema de monitoreo y evaluación constante para medir su impacto real en la reducción de las brechas sociales, con indicadores específicos sobre género, acceso a la salud y bienestar. Estos análisis permitirían realizar ajustes en tiempo real y evitar que las políticas perpetúen desigualdades estructurales.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

Asamblea Constituyente. (1979). *Constitución de la República del Ecuador.* Registro Oficial.

Asamblea Constituyente. (1998). *Constitución de la República del Ecuador.* Registro Oficial.

Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador.* Registro Oficial. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Bustamante, F. (2007). Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de. In (OPS/OMS), *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (pp. 3-12). OPS; MSP; CONASA. Retrieved from https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/105522-opac

Carranza, C., & Cisneros, M. (2014). *Hacia un sistema de protección social más inclusivo en el Ecuador: Seguimiento y desenlace de un proceso de construcción de consensos en la búsqueda del Buen Vivir.* CEPAL. Retrieved from https://hdl.handle.net/11362/36859

Cecchini, S., & R., M. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos.* CEPAL. Obtenido de https://hdl.handle.net/11362/2593

Congreso Nacional. (1998). *Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.* Registro Oficial. Obtenido de https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf

Congreso Nacional. (2006). *Ley Orgánica de Salud.* Registro Oficial. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf

Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías posindustriales.* Editorial Ariel.

Espinosa, B. (2011). Las Políticas Sociales en Ecuador del Siglo XX. In O. Zambrano (Ed.), *Estado del País, Informe Cero. Ecuador 1950-2010* (pp. 285-290). Estado del País. Retrieved from https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/124171-opac

Filgueira, F. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: Residualismo y Ciudadanía Estratificada. En B. Roberts (Ed.), *Ciudadanía y política social* (págs. 71-116). FLACSO/SSRC.

Forbes, I. (1995). Igualdad de oportunidades: críticas conservadora, radical y liberal. *Revista Feminaria, 8*(14), 1-48. Obtenido de http://rodna.bn.gov.ar/jspui/bitstream/bnmm/204808/1/Feminaria14.pdf

Franco, R. (2001). *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia: estudios en homenaje a Aldo E. Solari.* CEPAL. Retrieved from https://hdl.handle.net/11362/1674

Kay, C. (1991). Teorías latinoamericanas del desarrollo. *Revista Nueva Sociedad*(113), 101-113. Obtenido de https://www.nuso.org/articulo/teorias-latinoamericanas-del-desarrollo/

Martínez-Franzoni, J. (2007). *Regímenes de Bienestar en América Latina.* Fundación Carolina. Retrieved from

https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT11.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Retrieved from https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Minteguiaga, A. (2008). La política social en el Correísmo: entre la voluntad de cambio, el peso de la inercia y la crisis de ideas. In J. P. Jarrín (Ed.), *Es posible pensar en una nueva política social para América Latina* (pp. 69-80). FLACSO, Sede Ecuador. Retrieved from https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/42121.pdf

Minteguiaga, A., & Ubasart-González, G. (2014). Menos mercado, igual familia. Bienestar y cuidados en el Ecuador de la Revolución Ciudadana. *Íconos - Revista De Ciencias Sociales, 18*(50), 77–96. doi:https://doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1430

Molyneux, M. (2008). Justicia de género, ciudadanía y diferencia en América Latina. En M. Prieto (Ed.), *Mujeres y escenarios ciudadanos* (págs. 21-56). FLACSO, Sede Ecuador. Obtenido de https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/42170.pdf

Murguialday, C. (2006). *Enfoques de políticas hacia las mujeres*. Obtenido de Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo: http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/146

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. OPS. Obtenido de https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660

Ortiz, S. (2007). Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo. In (OPS/OMS), *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (pp. 31-40). OPS; MSP; CONASA. Retrieved from https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/105522-opac

Ponce Jarrín, J. (2008). Estudio introductorio. In J. Ponce Jarrín (Ed.), *Es posible pensar en una nueva política social para América Latina* (pp. 9-28). FLACSO, Sede Ecuador. Retrieved from https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/42121.pdf

Ramírez, R. (2010). La transición ecuatoriana hacia el Buen Vivir. In I. León (Ed.), *Sumak kawsay, Buen vivir y cambios civilizatorios* (pp. 125-141). FEDAEPS.

Varea, M. (2008). *Maternidad adolescente: entre el deseo y la violencia*. FLACSO Ecuador : Abya-Yala. Obtenido de https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/109599-opac

Velasco, M. (2011). La salud en la población, medio siglo de cambios. In O. Zambrano (Ed.), *Estado del País, Informe Cero. Ecuador 1950-2010* (pp. 323-342). Estado del País. Retrieved from https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/124171-opac

Yanes, P. (2011). Transferencias focalizadas y condicionadas: entre las oportunidades y los derechos. *Sinpermiso, 10*. Obtenido de https://www.sinpermiso.info/textos/transferencias-focalizadas-y-condicionadas-entre-las-oportunidades-y-los-derechos