

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE SOCIOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE  
SOCIÓLOGA CON MENCIÓN EN DESARROLLO

MODERNIDAD Y EL SISTEMA DE SALUD EN EL ECUADOR:  
FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

SOFÍA CATHERINE YANCHAPAXI YANCHAPAXI

DIRECTOR: FILOS. NELSON REASCOS

QUITO 2015

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Estoy segura que no sería lo que soy  
de no ser por los poemas de Benedetti,  
de Jaime Sabines o Miguel Hernández,  
por la bossa nova y las letras de Sabina,  
de Silvio Rodríguez y Mercedes Sosa,  
por la energía de Los Fabulosos Cadillacs,  
por la salsa de Rubén Blades,  
por los cuentos de García Márquez, Allan Poe y Borges,  
por Bordieu, Foucault y la teoría social,  
por la realidad utópica de los Zapatistas,  
por mi amigo y profesor Nelson Reascos,  
mis amigas Joha, Eli, Andre, Caro,  
mis primas y mis hermanos,  
mis abuelos con su infinita sabiduría,  
mis papás por dejarme ser quien quiero ser,  
por mi lugar favorito en el mundo,  
y por muchas cosas más...

Y todos los días doy gracias a la vida  
por haber coincidido con su arte,  
porque cada vez que los veo, los escucho,  
los abrazo o los leo, los puedo sentir,  
me hacen libre y fuerte,  
y mi alma y mis sentidos son más sensibles,  
como en ésta noche, para poder escribir estas páginas  
que a todos ustedes están dedicadas.

Sofía Yanchapaxi Y.

INTRODUCCIÓN .....	1
1 CAPITULO I.....	5
1.1 HISTORIA DE LA MEDICINA SOCIAL .....	5
1.1.1 La salud en la modernidad.....	5
1.2 POSTURAS TEÓRICAS SOBRE EL PODER EN LA MEDICINA.....	14
1.2.1 Sujeto.....	15
1.2.2 Verdad.....	15
1.2.3 Discurso y Subjetividades.....	17
1.2.4 Poder .....	19
1.2.5 Biopoder y Biopolítica .....	21
2 CAPITULO II .....	26
2.1 SALUD PÚBLICA .....	26
2.2 Políticas Públicas de Salud.....	28
2.3 Políticas Públicas de Salud en Ecuador.....	31
2.4 Rol de Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) .....	33
2.5 Sistema Nacional de Salud en Ecuador.....	35
Gráfico 1: Funciones del sistema nacional de salud en Ecuador. LOSNS, 2002 .....	37
2.6 Reformas del Sistema Nacional de Salud.....	42
3 CAPITULO III.....	48
3.1 Recursos Humanos.....	48
3.1.1 Modelo de gestión del personal de Salud.....	52
3.2 Formación recursos humanos en salud en Ecuador.....	54
3.2.1 Planificación de Recursos Humanos en Salud en Ecuador .....	57
3.3 Academia y Sistema Nacional de Salud.....	58
3.3.1 Gráfico 2: Universidades que ofertan Pregrado Medicina, Enfermería, Odontología y Tecnología a nivel Ecuador.....	61
4 CONCLUSIONES .....	66
5 BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES.....	72
6 ANEXOS.....	75
6.1 FICHA N.- 1: Estructura de entrevistas .....	76
6.2 FICHA N.- 2: Estructura de entrevista.....	76
6.3 Desarrollo de entrevistas: .....	77

## INTRODUCCIÓN

Entre los fenómenos sociales acontecidos con el desarrollo de la modernidad, se presenta una problemática en torno a la producción industrial, al sistema capitalista y al control del cuerpo, a través de la medicina como una práctica de poder y la salud como una herramienta política (Foucault, 1996). En base a estas premisas se han desarrollado distintos procesos de interés social y global que han limitado la libertad del individuo, impulsado procesos de exclusión e incrementado brechas de desigualdad social, económica, política e ideológica. Por estos motivos nace la preocupación de realizar un análisis sobre la modernización del sistema de salud y sus repercusiones sociales en nuestro país, específicamente en los recursos humanos en salud.

Desde sus inicios, la medicina se ha constituido como una herramienta normalizadora y reguladora de la sociedad, que responde únicamente a los intereses capitalistas, en los cuales están inmersas las políticas de salud pública que adopta el Estado. Como lo señala Michael Foucault, en su análisis teóricos y filosóficos acerca del Biopoder, la salud se ha convertido en un sistema mercantil y comercial que responde a la matriz neoliberal y convierte al cuerpo en agente productivo y reproductivo (Foucault, 1996). Esta es la base teórica desde la cual se analiza el Sistema Nacional de Salud en esta investigación. Desde esta perspectiva, se aborda el tema de la modernización del sistema de Salud en el Ecuador y sus políticas públicas caracterizadas por tener un corte neoliberal, donde el interés biológico y clínico ha estado desarticulado de las necesidades, realidades sociales y servicios que requiere una sociedad tan diversa como la ecuatoriana.

Si bien, la modernización del Sistema de Salud ha producido cambios en las políticas públicas, ha generado nuevos modelos basados en paradigmas salubristas dictados principalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que han logrado ser eficaces en la reorganización administrativa e institucional. Pero, estos procesos de modernización han limitado la posibilidad del acceso a una atención integral a la población. Por esto es necesario el análisis de las políticas públicas, que plantean la gestión del recurso humano e impulsan la formación permanente, con el objetivo de formar personal

altamente capacitado a través de la capacitación continua, y así, mejorar las ofertas laborales y nuevas competencias, como lo señala el MAIS (MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Familiar Comunitario e Intercultural, 2012). De esta manera la formación de recursos humanos y auditorías al personal de salud, son considerados como necesarios para implementar una eficiente delegación de funciones y mejorar los índices de calidad en la atención. (Campoverde, 2004).

La modernidad conlleva un proceso de globalización sea económica, tecnológica, social o cultural, que involucra a todo el mundo, formando interdependencias y conjugando sociedades y culturas implícitas en políticas, que generan un carácter global y legitimen el régimen neoliberal. El tema de salud no ha escapado de este proceso en el Ecuador, la modernidad se ha traducido en políticas públicas modernizadoras y reformistas que recaen en el Sistema Nacional de Salud. Este proceso de modernización, comienza en los años 60' cuando la economía del país vivía el Boom Petrolero y los réditos de esta producción reformaron la inversión y el gasto público. Por estos motivos, la creación de la institución regente de la salud que es el Ministerio Salud Pública se postergo hasta esta época, siendo uno de los ministerios en Latinoamérica que más tardo en su creación. Desde ese momento, la rectoría de la salud recae de la institución pública de la mano de otros actores que se involucran en la formación de políticas y prácticas, como el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Si bien, las políticas de modernización del sistema de salud, como parte de este proceso de globalización han creado mayores niveles de competitividad, también han creado procesos de exclusión, inaccesibilidad y limitación tanto para el personal de salud como para los pacientes o usuarios del servicio.

Por lo expuesto anteriormente, la Formación de Recursos Humanos se ha convertido en un tema de interés social con escasos análisis. Reflejo de ello fueron los resultados arrojados por la investigación denominada “La distribución y formación del recurso humano en salud, y su relación con la planificación, durante los años 2009 y 2010 en el Distrito Metropolitano de Quito” (Instituto de Salud Pública, 2012). En este informe, se pudo verificar que el personal de salud ha tenido que adaptarse en la oferta del mercado académico y laboral para continuar con el proceso de modernización, y ha dejado de lado el interés social.

La problemática del proceso de modernización de la salud muestra una disolución entre la academia y el modelo de salud. Ambos responden a sus propios intereses y necesidades. La mayoría de centros de formación académica tiene fines mercantiles que favorecen solo al comercio de la salud. En este sentido, la formación de recursos humanos es el resultado del divorcio entre la academia y los sistemas de salud. La presente disertación está enfocada al sistema de salud en el Ecuador desde las teorías sociales que critican la formación y la modernización de la salud, impulsadas desde la academia y basados en paradigmas neoliberales que convierten a la salud en un objeto de consumo y al cuerpo como un objeto mercantil.

Para puntualizar las opiniones de la disertación se han desarrollado tres partes, cada capítulo aborda un eje temático distinto. El primer capítulo trata sobre la teoría crítica de Michael Foucault que despliega en torno a la Salud y el control del cuerpo social. En este apartado, se explica la creación de la Medicina Social mediante una revisión histórica de los momentos por lo que transita la medicina y la salud, desde el concepto de medicalización hasta convertirse en Salud Pública. Bajo la creación de la salud pública se puede articular el concepto del Biopoder y la Biopolítica con el rol del Estado como director de la Salud.

Una vez explicada las posturas teóricas de Michael Foucault sobre la Medicina, el Segundo capítulo aborda el tema de la Salud pública y la construcción de este concepto, desde la formulación de una política pública hasta abordar el modelo del Sistema nacional del Ecuador, con la descripción de las instituciones que componen el sistema, además de otros actores públicos y privados. Dentro de este capítulo se considera el rol que ha tenido el Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la formulación de modelos y reformas que se han adoptado para el sistema nacional de salud. De este modo, el capítulo refleja el proceso modernización del sistema de salud y los distintos modelos y reformas basados en procesos neoliberales que ha adoptado el Ecuador y sus repercusiones en la colectividad diversa ecuatoriana.

Finalmente se aborda el tema de los recursos humanos y su formación. Se desarrollan los modelos de gestión, planificación y las directrices del personal de salud dictadas por

la OPS. En base a la información recopilada, se analiza el caso de la formación de los recursos humanos en el Ecuador, principalmente la separación de la academia y de la institución pública exponiendo cuales han sido las consecuencias sociales del proceso de reforma y modernización, cotejando la información analizada con la teoría de Michael Foucault, con el objetivo de mostrar la primacía del neoliberalismo y el mercado en el ámbito de la salud.

Para el análisis presentado, se han utilizado varias metodologías que han aportado para el análisis social de la modernización del sistema nacional de salud y el caso de la formación de recursos humanos. Esta disertación se enmarca en los métodos cualitativos, ya que, su principal eje es la revisión bibliográfica y el acercamiento a las instituciones y actores calificados que participan diariamente en la formulación de políticas públicas de salud en el Ecuador y los diferentes ámbitos que implica. No obstante, el argumento cuantitativo se sustenta en el Informe de la investigación realizada en el Instituto de Salud Pública.

Las herramientas utilizadas han sido la revisión bibliográfica pertinente en el tema para la elaboración del marco teórico y el desarrollo de las políticas de salud pública. Para poder sustentar la teoría presentada y el sistema nacional de salud, se desarrolló una observación participante dentro del Instituto de Salud Pública - PUCE, como resultado de ello se realizó el informe de investigación denominada “La distribución y formación del recurso humano en salud, y su relación con la planificación, durante los años 2009 y 2010 en el Distrito Metropolitano de Quito”. A partir de esta investigación, se pudo divisar las problemáticas en la formación de recursos humanos, cuyo interés ha motivado esta disertación. Se ha tenido un acercamiento de primera mano a los actores involucrados en los diferentes escenarios de la salud y la formación de recursos humanos, tales como, personal de OPS, representante del MSP, formadores del personal de salud y recursos humanos de salud en general. De toda la información válida recogida, se desprende el análisis a continuación presentado.

# **1 CAPITULO I**

## **1.1 HISTORIA DE LA MEDICINA SOCIAL**

### **1.1.1 La salud en la modernidad**

En el siglo XVIII varios momentos históricos configuraron la sociedad moderna en Europa y, juntamente con el paradigma capitalista, surgió la Medicina Social. Dentro de la historia de la medicalización<sup>1</sup> de las sociedades y de la población se considera el ejemplo del higienismo francés a partir del siglo XIX como el hito del nacimiento de la medicina social. Esta medicina, apareció como medicina de la fuerza laboral y cambió el paradigma que dominaría y sobreviviría el paso de un siglo a otro, como un sistema de control social. Así, se convirtió en el motor para el desarrollo de la medicina científica y técnica que ha transitado desde la higiene como disciplina científica hasta la participación del Estado como rector de la Salud Pública para lograr el “bienestar” de la población.

A pesar de los aportes que han brindado los avances de la medicina especialmente en el tema epidemiológico, también ha tenido sus implicaciones en el área social. Este tema ha sido tratado por varios teóricos sociales, uno de ellos es Michael Foucault. El conglomerado teórico de la obra de Foucault, que va desde la arqueología del saber a la genealogía del poder, se centra en la dependencia de la relación entre saber y poder y en la inquietud antropológica y Biopolítica del ser humano. La perspectiva genealógica que plantea la examinación de cuestiones históricas con un distinto sentido de análisis y reflexión, concluye que la verdad en el presente se entiende por la genealogía de las verdades del pasado. Como lo señala Rodrigo Castro, “la historia genealógica señala la artificialidad de nuestros conceptos más queridos: la racionalidad, el sujeto, la verdad” (Castro R. , 2008, pág. 207). Foucault se adscribe en una filosofía del acontecimiento que busca dar cuenta de la

---

<sup>1</sup> El concepto de medicalización planteado por Michael Foucault es el uso de la medicina para la exclusión de un individuo justificada por el saneamiento. Foucault entiende al individuo: “con sus características, su identidad, en su hilvanado consigo mismo, es el producto de una relación de poder que se ejerce sobre los cuerpos, las multiplicidades, los movimientos, los deseos, las fuerzas (...)” (Foucault, 1987, pág. 129)



historia y, presentar a la genealogía como acontecimiento contra toda estabilidad posible.

Foucault analiza la categoría de sujeto y desmonta los conceptos preconcebidos del sujeto dominante de todo conocimiento y de toda realidad. Para él, el sujeto está constituido por relaciones sociales, es constituyente de la realidad, y por ello pertenece a una trama histórica. Esta perspectiva rompe con la centralidad del sujeto postulado por Descartes y ubica al sujeto dentro de la estructura social. Con ello, provoca un estudio desde adentro, de las estructuras, de los discursos, de la sociedad y del sujeto como parte de su misma problemática. La genealógica de Foucault, propone que la racionalidad moderna se encuentra vinculada a relaciones de poder materializadas en prácticas institucionales incluyendo las instituciones escolares, hospitalarias y penales. En este marco, el análisis realizado por este filósofo francés sobre la medicina social enuncia que la salubridad o epidemiología sino que se encuentra relacionada directamente con el control social del cuerpo. Por ello, consideró la parte cualitativa de la salud, como las estructuras políticas y sociales y no solamente el origen epidemiológico (Foucault, *La Arqueología del Saber*, 1968).

Uno de los ejemplos utilizados por Foucault para desarrollar este apartado es la relación de poder en la medicalización debido a que la dinámica del poder es multidireccional y funciona en red. Para el autor, uno de los niveles de concentración del poder se refleja en la Microfísica del poder que vigila nuestro cuerpo (Foucault, *Microfísica del poder*, 1979, pág. 57). Foucault contrapone la categoría de Medicina Social como una medicina de carácter colectivo, cuyo fundamento se dirige a la aplicación de una ciencia sobre el cuerpo colectivo. De esta manera, la visión el autor sostiene que la función de las ciencias, como la médica, responde a un poder ejercido por prácticas sobre el cuerpo funcional a los intereses del grupo dominante (Foucault, *Microfísica del poder*, 1979)

A partir de siglo XIX crece el interés del problema de la salud y del cuerpo humano como instrumento para la fuerza productiva necesaria para el desarrollo del capital. De este modo, se socializó la medicina del cuerpo, en base a un modelo de control sobre el cuerpo colectivo como mecanismo de consumo, de control, inclusión/exclusión en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral en beneficio

del sistema capitalista. Esta sociedad estableció el control colectivo sobre los individuos, no solo desde posturas ideológicas o políticas sino ejerce el control del cuerpo con el cuerpo. Para ello, fue necesario que la medicina pasara por tres etapas para de formación para concretarse como Medicina Social que fueron: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral (Foucault, La Arqueología del Saber, 1968).

La Medicina del Estado tuvo inicio a fines del siglo XVI y comienzos del XVII cuando todos los países de Europa se preocupaban por la salud de su población, por ello se desplegó la “Ciencia de Estado” encargada al aparato policial de controlar la salubridad de la población mediante el higienismo. Este concepto fue creado en Alemania de la segunda mitad del siglo XIX por Rudolf Virchow y sería tratado también por Salomón Neumann. Con la práctica de la Higiene se busca eliminar las epidemias, relacionadas con la noción de salud como bien común y conciencia social. Demandando la preocupación del Estado y de la sociedad en general debido a que, el mantenimiento de la higiene incide tanto en la salud como en las situaciones epidemiológicas, como lo señala Eduardo Estrella: “el bien común exige igualmente la higiene de la ciudad, la limpieza de los monasterios, hospitales, los lugares sagrados donde por mala fortuna existe suciedad que puede coadyuvar a la producción de enfermedades” (Estrella & Crespo, 1999, pág. 205).

Por ello, se plantean las primeras soluciones a la salubridad ligadas a la policía más que la medicina, ya que esta se encargaba de cuidar el saneamiento público haciendo el papel de lo que se podría llamar “Policía Medica”. La función de esta policía podía ser extensiva con el cuerpo social, es decir que llega a todos sus límites, incluyendo otras formas y mecanismos disciplinarios en su extensión que no solo se aplican en la cárcel, sino tienen aplicación de técnicas de disciplina en hospitales, asilos, escuelas, fábrica, etc. (Castro R. , 2008). Cuando el cuidado de la salud se encargó a la Policía Médica obligó a que las funciones y mecanismos disciplinarios se estaticen, por ello: “la medicina moderna se inicia en el momento culminante del estatismo”. (Foucault, La Arqueología del Saber, 1968, pág. 60).

La “policía médica” consistía en un sistema de vigilancia epidemiológica y de seguimiento de las estadísticas vitales como las tasas de nacimiento y mortalidad que se

realizaba mediante la observación de la morbilidad en los hospitales. Esta medicina originó el interés en datos estadísticos de natalidad y mortalidad, como sucedió en Francia e Inglaterra con la preocupación sanitaria del Estado donde se instauró el uso de datos estadísticos. Pero, estos recursos no tuvieron ninguna intervención eficaz y organizada para elevar el nivel de salud de la población. Sin embargo, la medicina Estatal va más allá del registro de cifras estadísticas de morbilidad o natalidad y coerción policial. Es en esta época donde se normaliza la práctica médica legitimando el rol del médico, se impulsa la práctica médica dentro de la Universidad, la incorporación de médicos en servicio de salud, el fortalecimiento de la formación médica y la concesión de los títulos. Todo ello, basado en un control estatal que formó funcionarios médicos y congregó a una organización administrativa nombrada por el gobierno quienes asumieron la responsabilidad de administrar la salud para controlar la actividad de la salud, la práctica de los médicos, formando una subordinación de la práctica médica mediante el control administrativo.

La medicina de Estado no tuvo por objeto la formación de una fuerza laboral adaptada a las necesidades de las industrias que se desarrollaban en ese momento como explica Foucault: “No es el cuerpo del trabajador lo que interesa a esa administración estatal de salud, sino el propio cuerpo de los individuos. No se trata de la fuerza laboral sino de la fuerza del Estado frente a sus conflictos” (Foucault, Historia de la Medicalización, 1974, pág. 10). Este proceso de normalización estatal de la medicina implicó la formación de fenómenos nuevos que caracterizan lo que se denomina medicina de Estado, por consiguiente, evolucionó poco a poco hacia una medicina cada vez más “estatalizada” para la atención de las necesidad de salud de la población que formó la medicina clínica del siglo XIX como medicina estatalizada.

La segunda etapa del desarrollo de la medicina social está representada por la medicina urbana que surgió en Francia a fines del siglo XVIII con el fenómeno de la urbanización. En la segunda mitad del siglo XVIII se planteó el problema de la unificación del poder urbano, por ello se sintió la necesidad, al menos en las grandes poblaciones, de constituir la ciudad como unidad, de organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, regido por un poder único y bien reglamentado.

Se puede afirmar que hasta el siglo XVII en Europa, la organización social se concentraba en el campo. Sin embargo, por demandas campesinas y procesos migratorios surgieron conflictos sociales con la construcción de las ciudades como la formación de una plebe en vías de urbanizarse. Tras ello nace la necesidad de un proyecto político y social capaz de crear y planificar la ciudad e intervenir en los problemas que acarrea el crecimiento de esta población urbana. En esos momentos surge y se multiplica una actitud de temor, angustia y preocupación de la ciudad frente a las epidemias y la sanidad.

Nació entonces, lo que podía calificarse como el temor urbano, esto es, el miedo a la ciudad y la angustia ante ciertos escenarios: miedo a los espacios públicos como fábricas, al hacinamiento de la población y a las epidemias urbanas debido a que los contagios eran más numerosos y se iban extendiendo por la ciudad. Creció el miedo a las cloacas, a los tugurios y a construcciones expuestas a algún peligro. En ese momento intercede un nuevo mecanismo que respondió a un modelo de intervención muy bien establecido: el modelo médico y político de la cuarentena. Dicho plan fue un ideal político-médico de la buena organización sanitaria de las ciudades en el siglo XVIII.

Desde fines de la Edad Media existía en todos los países europeos un “reglamento de urgencia” (Foucault, *Historia de la Medicalización*, 1974, pág. 13), que debía ser aplicado cuando la peste o una enfermedad epidémica apareciera en la ciudad. Ese plan de urgencia, consistía en dividir a la ciudad en barrios a cargo de una autoridad, en esos casos era la policía médica, quienes tenían un jefe de distrito que cumplía el papel de inspectores haciendo recorridos por las calles. Los ciudadanos también debían cumplir con ciertas normas de convivencia, como permanecer en las casas, tener un lugar único como su propio aposento dentro de su hogar, mientras que los espacios privados eran desinfectados, con la ayuda de perfumes e inciensos. Todo ello bajo la consigna de que nadie debía moverse para ser localizados en caso de alguna epidemia (Foucault, *Historia de la Medicalización*, 1974).

Se implementaron dos grandes modelos de organización médica en la historia occidental a partir de dos situaciones epidemiológicas que fueron la lepra y la peste. Si una persona estaba infectada de lepra era expulsado inmediatamente del espacio público, de la ciudad, desterrado a un lugar donde su enfermedad no se mezclaría ni

contagiaría a otros. Con estos tratamientos a la población se configuró una medicina de exclusión que buscaba purificar el medio urbano, ya que medicalizar a un individuo significaba separarlo de los demás. Este paradigma que se mantiene hasta el día de hoy en el trato marginal de las ciudades con la formación de panópticos, manicomios, clínicas de tratamientos, etc., donde se recluta a personas consideradas un peligro para la ciudad y la población, como eran los dementes, malhechores, pobres y vagabundos desde comienzos del siglo XVII.

Otro sistema político-médico, fue establecido contra pandemias como la peste, en este caso la medicina no expulsaba al enfermo a un lugar marginal, en su lugar el poder político de la medicina consistía en separar a los individuos, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si vivían o habían muerto. Con esto, se configuró a la sociedad como un espacio dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro donde se detallaban todos los fenómenos salubres ocurridos en la ciudad. Estas acciones fueron encaminadas bajo dos objetivos médicos: el primero consistía en analizar los sectores de hacinamiento considerados como un peligro dentro del espacio urbano; el segundo constituyó el análisis de las condiciones de vida y de elementos medio ambientales que influyen en la medicina urbana como el aire y el agua.

Por esto la urbanización fue utilizada para la práctica de la ciencia físico-química sobre los efectos de elementos en el cuerpo. La importancia de la medicalización de la ciudad en el siglo XVIII radica en varios motivos como la combinación de la profesión médica y de la medicina urbana con otras ciencias afines, fundamentalmente la química. De este modo se puede afirmar que la medicina científica no se produjo a través de la medicina privada, individualista, ni gracias a una mayor atención al individuo. En su lugar, la introducción de la medicina en el espacio público se originó como discurso del funcionamiento del saber científico mediante formas de socialización de la medicina articulada al establecimiento de una medicina colectiva, social y urbana. La organización de la medicina urbana fue importante para la constitución de la medicina científica porque no se constituye como una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas; es una medicina de las condiciones de vida y del medio de existencia. Así, esta medicina se estableció junto

otras ciencias para realizar estudios sobre el medio ambiente, la urbe, los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo.

Después de las etapas detalladas anteriormente se consolida la medicina de la fuerza laboral, que puede ser analizada a través de los ejemplos inglés y francés. Esta medicina tuvo varios objetivos de acción, como fue la medicina urbana francesa caracterizada por segregar del espacio público al sujeto considerado como peligroso para la población. La medicina dirigida a temas como, atención a los pobres, al obrero, a la fuerza laboral fue uno de sus últimos intereses. En el siglo XVIII no se planteó el problema de los pobres como fuente de peligro médico debido a una razón de orden cuantitativo: el hacinamiento no era significativo como para que la pobreza representara un peligro. Pero hubo una razón más importante: el pobre debía ser funcional en la ciudad al igual que sus condiciones dentro de la urbe. Es así como, las prioridades de la medicalización fueron la atención al Estado, en segundo la ciudad, y por último los pobres y los trabajadores.

Los temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria o plebeya se visibilizarían con la epidemia de cólera de 1832, que comenzó en París y se propagó a toda Europa. Con ello, se da continuidad a las acciones de segregación de los enfermos realizadas en la medicina urbana, pero a partir de esa época se decidió dividir el recinto urbano en sectores pobres y ricos, considerando que la convivencia de pobres y ricos en un medio urbano constituía un peligro sanitario y político para la ciudad y por lo que se establecieron barrios y viviendas para pobres y ricos. Bajo esta división, el poder político intervino en el derecho de la propiedad y de la vivienda privada y se realizó una gran redistribución en el área urbana de París, conformando guetos y tugurios. Estas son las razones, por las cuales hasta el siglo XIX la población plebeya urbana no fue considerada como un peligro médico.

En Inglaterra, cuyo contexto económico era el apogeo del desarrollo industrial y, por consiguiente, del desarrollo del proletariado, implicó una nueva forma de hacer medicina enfocada al sector social, para alargar la vida y rehabilitar la fuerza laboral de los trabajadores, con el fin de mejorar la capacidad de producción. Esto conlleva, un sistema excluyente en la medida que las personas incapaces física o biológicamente de

ser productivos eran marginados de la sociedad y se les conocía como Lumpen Proletario.

De este modo, la sociedad capitalista necesitaba que sus obreros estén sanos y sean productivos, por lo que el tema de salud se convirtió en un problema del cuerpo, de interés global y de preocupación social, donde la lógica del Estado era proteger y asegurar la salud de los obreros y las condiciones de trabajo. A partir de estas nociones se forman modelos asistencialistas como el sistema inglés formado por John Simón (Foucault, Historia de la Medicalización, 1974, pág. 21) quien trabajó sobre legislación Estatal y vinculó tres elementos a la práctica de la salud que fueron: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública. Todo ello con el objetivo de proteger a las clases burguesas de los peligros colectivos. En este proyecto comienza a propagarse una medicina comercial y mercantil, ya que incluía la conjunción de tres sistemas médicos como fueron la medicina asistencial dedicada a los más pobres, la medicina administrativa encargada de problemas generales y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía los medios para pagarla.

Otro de los ejemplos del asistencialismo en la medicina social fue la Ley de Pobres que surge con la idea de una asistencia fiscalizada, como una intervención médica y de ayuda hacia los más pobres para satisfacer sus necesidades de salud a la que no tenían acceso por su condición de pobreza. Esto también sirvió para mantener un control social. Por medio de esta ley, las clases adineradas o sus representantes en el gobierno garantizaban la protección de la población más privilegiada. Así, se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre los ricos y los pobres: a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se libran de ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre. La legislación médica contenida en la Ley de Pobres iba a corresponder al proceso político de interés burgués que, mediante la asistencia social y la protección a los pobres garantizaban una política de control social. (Foucault, Historia de la Medicalización, 1974, pág. 20).

Los índices de morbilidad que preocupaban a los gobernantes, comenzaron a tratar a partir de las grandes epidemias que constituían problemas para la producción y

conllevaron muertes masivas. En el caso de las epidemias, las principales consecuencias se sentían en la disminución de la fuerza de trabajo, baja rentabilidad de las energías por hombre, decrecimiento de la producción y la urgencia en la atención a los enfermos para superar esos inconvenientes. En consecuencia se introduce la medicina como higiene pública que mediante la producción de datos estadísticos permiten centralizar toda la información y dar comienzo a campañas de prevención a través de la higiene personal, así como la medicalización de la población y la multiplicación de la atención médica (Foucault, Historia de la Medicalización, 1974, pág. 14). A partir del momento en que se inicia la industrialización se incrementa la producción Biopolítica que es aplicable a todos los grupos sociales.

Los diferentes estados de la Medicina Social (la medicina de estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral) cambió los paradigmas sobre la salud mantenidos hasta la actualidad, constituyéndose como una medicina que naturaliza la enfermedad para la normalización del cuerpo individual y del grupo colectivo y hacernos funcionales al sistema capitalista.

La medicalización es constitutiva de la medicina social como una estrategia normalizadora producida a partir del siglo XVIII convirtiéndose en la expresión del poder del discurso médico. La socialización de la medicalización es el establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana que aplica el poder como control social y normalizador de la vida ya que, mediante la medicina se legitiman las diferencias entre el bien y mal, lo sano y enfermo, lo patológico, lo anormal y lo normal. Por medio de estas diferencias se establece un orden normativo donde el poder médico se legitima sobre la vulnerabilidad del enfermo y, el papel científico y profesional adquiere un rol primordial dictando conductas y estilos de vida al definir lo que es “normal”. Además forman un modelo y proyecto que controla el cuerpo y responde a los intereses del capital. Es así como la medicina se convierte en economía de la salud y es convertida en prácticas médicas de consumo, de producción de salud que aplicada sobre el sujeto está atravesada por los intereses del capital. Como lo señala Foucault: “Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada” (Foucault, La vida de los Hombres Infames, 1996, pág. 56). De esta manera se justifica la intervención del Estado en el cuerpo individual y colectivo. Bajo esta premisa Foucault propone que la medicina del capital es la acción política como parte de la



ciencia social y se convierte en un instrumento de tratamiento y prevención, pero también en un instrumento de poder.

El concepto de medicina social y medicalización son antecedentes de la categoría de Biopoder, que ejercen un poder de carácter colectivo sobre el sujeto que está atravesado por instituciones y estrategias de control. La aplicación de mecanismos de poder y el control sobre el sujeto implica comprender como opera y se legitima el Poder mediante varias categorías que analiza Foucault, son necesarias para entender la problemática de la medicina y la aplicación de la *Biopolítica* en los sistemas de salud. Estas categorías teórico-filosóficas serán expuestas a continuación.

## **1.2 POSTURAS TEÓRICAS SOBRE EL PODER EN LA MEDICINA**

La modernidad trajo consigo cambios del paradigma del desarrollo y globalización, y ello significó, crear nuevos mecanismos de poder que efectuaran nuevas formas de normalización de la población justificado como desarrollo humano. Por ello, la salud trasgrede el espacio público y sea aplica al espacio privada bajo el control de políticas, planes y prácticas que determinaran las condiciones de vida y el bienestar social. Por ello, se comprende que la salud y el bienestar físico de la población se convierten en uno de los objetivos esenciales del poder político. Lo que se tradujo, además, en que la medicina abandonara el modelo asistencialista en el tratamiento de la enfermedad característico del siglo XVII, para articularse desde este período como una verdadera tecnología del cuerpo social, proceso que explica el filósofo francés Michael Foucault.

La producción filosófica y teórica realizada por Foucault sobre el poder implica el análisis de varias categorías, por ello este autor aborda la relación entre sujeto-verdad- discurso-poder. Su objeto de análisis son las instituciones de poder, donde sistematiza distintos análisis que ha realizado, por ende considera el concepto de poder de una manera unidimensional que debe ser explicado en las sociedades contemporáneas que producen formas de subjetivación que serán expresadas por discursos y que se ven reflejados en la producción de políticas como en la Salud Pública (Foucault, *La vida de los Hombres Infames*, 1996, pág. 45). Como contexto, se explican

las diferentes categorías propuestas por Foucault, que en su conjunto constituyen la construcción de discursos y subjetividades generadas desde el poder.

### **1.2.1 Sujeto**

Dentro de la producción teórica de Michael Foucault encontraremos la categoría de sujeto considerado como un individuo social que forma parte de un colectivo, opera con algún grado de conciencia sobre los acontecimientos sociales y también tiene una carga cualitativa que es su identidad y su conciencia (Foucault, El orden del discurso, 1992). Para su gestación y auto-afirmación, es necesario que viva un espacio cotidiano que marca su postura política es decir, el sujeto se define por sí mismo y por su entorno. Así, el sujeto es resultante de un proceso social, de su propia actividad teórico-práctica, de la actividad onto-creadora entre los diversos actores sociales, donde se aplican varios procesos de concientización y auto concientización que implican vivir en diferentes contextos sociales, económicos, ideológicos que están marcados por relaciones de poder (Foucault, El orden del discurso, 1992)

Para Michel Foucault el sujeto esta “sujetado”, atado a las relaciones de poder, de significación y de producción en las que esta asumido desde los discursos, prácticas ascéticas e instituciones del Estado moderno, etc. Este sujeto “sujetado” está caracterizado por el sometimiento de otro sujeto mediante el control y la dependencia y está atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo. Estas características del sujeto indican la forma como el poder subyuga y somete, donde los sujetos están dentro de una estructura social asimétrica que mantiene las relaciones verticales; donde los sujetos subalternos son sometidos por las élites de poder políticas, intelectuales y económicas. Pero el sujeto necesita afirmar su subjetividad y los discursos como posturas políticas para continuar reproduciendo su vida y su condición social, las cuales se legitiman mediante la “verdad”.

### **1.2.2 Verdad**

El concepto de verdad tiene su importancia dentro del estudio de Foucault, bajo los fundamentos de la civilización occidental donde la cultura se torna una verdad adquiriendo forma de dominación vinculada a instituciones encargadas de ejecutarla. Para Foucault, el poder es la capacidad que tiene un determinado sujeto de imponer su

verdad, como la verdad para el otro de este modo la razón en la modernidad es un arma de dominio.

Como habíamos planteado desde el inicio, la Genealogía es el método mediante el cual Foucault realiza su análisis, por ende, la visión genealógica intenta llegar a la verdad, mostrando el pasado de las verdades que se asumen como verdaderas. Foucault plantea buscar el origen de nuestras verdades para darnos cuenta que no hay ser ni verdad. Esto desencadena un problema generado de la relación de saber – poder, usado como un instrumento entre el sujeto y los “juegos de verdad” (Foucault, *La vida de los Hombres Infames*, 1996, pág. 81). La categoría de la verdad es una influencia de Nietzsche que está presente en su obra, y Foucault la define de la siguiente manera:

“La verdad es de este mundo (...) detenta en él efectos regulados de poder. Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su ‘política general’ de la verdad: es decir, los tipos de discurso que acoge y hace funcionar como verdaderos o falsos, el modo como se sancionan unos y otros; las técnicas y los procedimientos que están valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de quienes están a cargo de decir lo que funciona como verdadero”. (Foucault M., *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, 2000, pág. 11)

El poder crea verdad, por ello lo que existe es la verdad que el poder repite a un sujeto hasta que se empodere esa verdad como propia. Otra de las características es que el poder puede imponer y sofocar otras verdades posibles y utiliza herramientas ideológicas y políticas para penetrar en la conciencia de los sujetos y “sujetarlos” a una verdad, como lo expone en la siguiente frase: “En resumen, una proposición debe cumplir complejas y graves exigencias para poder pertenecer al conjunto de una disciplina; antes de poder ser llamada verdadera o falsa, debe estar, como diría Canguilhem, en la -verdad-” (Foucault M. , *El orden del discurso*, 1992, pág. 20).

La aplicación de la categoría de verdad, puede aplicarse en la medicina ya que el análisis que realiza Foucault no sólo se limita a lo patológico o lo epidemiológico, sino que tiene una mirada amplia sobre la medicina como lenguaje, como categoría científica, y como relación humana donde precisamente se escenifica la correlación saber-poder. El caso de estudio de Michel Foucault donde se concreta la práctica de los

Juegos de verdad es en la medicalización de la locura. Desde la formación de una Ideología se puede categorizar un sujeto como loco o enfermo mental considerándolo como un objeto de estudio que corresponde a una relación de saber-control. Este autor demostró que la organización del saber médico en la medicalización de la locura otorga un valor de verdad normalizador mediante la aplicación de la práctica científica e intelectual en sujetos definidos como loco y ello conlleva una serie de procesos sociales, económicos, ideológicos e instituciones de práctica de poder que van de la mano de procesos científicos (Foucault M., *El nacimiento de la Clínica*, 1997). De este modo tanto un examen médico, un tratamiento clínico, aplicación de técnicas patológicas y profesionalización destinada a la medicina, producen transformaciones socioculturales tienen intereses económicos.

Con estos postulados se puede evidenciar que la relación entre el poder y los juegos de verdad en cualquier ciencia con aplicación intelectual o científica encierran juegos de poder y conllevan ideologías. De este modo demuestra que la constitución de las ciencias ha surgido con el propósito de crear un Estado, como un intento de justificar el rol del poder dentro del sistema social planificado y controlado científicamente.

### **1.2.3 Discurso y Subjetividades.**

La herramienta por la cual se reproduce la verdad es mediante los Discursos, por ello, Foucault se enfocó en desarrollar herramientas metodológicas que permitan comprender la historia de los discursos y cómo éstos conforman subjetividades, es decir, como se imponen ciertas verdades que se asumen como válidas a partir de los discursos y que al ser repetitivas dan como resultado la legitimación de ese discurso y la subjetividad que asumen los individuos como verdadera (Foucault M. , *El orden del discurso*, 1992)

En el texto de la *Arqueología del Saber* (Foucault M., *La Arqueología del Saber*, 1968) presenta al Discurso como un acontecimiento histórico-social y como una “descripción de las cosas dichas, en tanto precisamente que han sido dichas” (Foucault M., *La Arqueología del Saber*, 1968, pág. 184). La indagación de su obra radica en determinar ciertos enunciados de un texto o discurso, que generen una reacción al

receptor, más que una interpretación. En el texto Orden del Discurso (Foucault M., El orden del discurso, 1992), Foucault analiza el discurso, considerado como verdad las herramientas para disciplinar a las sociedades mediante reglas y normas, el ejercicio de este poder se conoce como Biopoder. Para Foucault el discurso es una disciplina que constituye un principio de control, donde las instituciones promulgan sus límites formando una ideología como identidad en base a normativas y reglas.

Foucault considera que existen procedimientos para aplicar subjetividades mediante el discurso ya que todo sistema de enseñanza conforma una ritualización del lenguaje sea oral o escrito, el cual, llega a un grupo social que lo distribuye y lo adecua políticamente como un sistema judicial o el sistema institucional de la medicina que conforman sistemas de sumisión mediante el discurso. Ejemplo de ello son los modelos de modernización aplicados en otros contextos y otras realidades pero que son asumidos como verdad (Foucault M., El orden del discurso, 1992). Foucault sostiene que los discursos y la sociedad son dependientes del uso del lenguaje. Él explica que el lenguaje es necesario para comunicarse debido a la naturaleza de los sujetos que necesitan vincularse entre grupos sociales y constituyen grandes organizaciones sociales que aseguran la distribución de los discursos, formando y legitimando categorías diferenciales entre los sujetos.

La importancia del discurso radica en el Biopoder, como nueva tecnología de poder, donde los problemas ocurridos en la sociedad son considerados como fenómenos colectivos. Para este estudio, Foucault escoge acontecimientos aleatorios donde se han producido diferentes mecanismos disciplinarios. En todos los mecanismos de poder, está presente la política cuyo objetivo en sí, no es modificar un fenómeno en particular, sino intervenir en el nivel donde se determinan esas problemáticas que afectan directamente a los sujetos. Como lo explica en el siguiente texto: “Lo que hace que el poder agarre, que se le acepte, es simplemente que no pesa solamente como una fuerza, sino que lo atraviesa, produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos” (Foucault M., Microfísica del poder, 1979, pág. 182).. Es precisamente ésta, la meta del poder: “Sujetar la subjetividad del sujeto y por ende debe entenderse como un entramado relacional, una red que atraviesa el cuerpo social y a los individuos” (Foucault M., Microfísica del poder, 1979, pág. 182).

El tema de la verdad es un asunto fundamental. La genealogía nos lleva a entender que no hay una verdad, sino múltiples verdades que se han generado a través de diversas luchas y que deben tratarse desde otra perspectiva y realizar otras interpretaciones. La estrategia de la genealogía consiste en mostrar nuestras mayores certezas o verdades como invenciones que otros han impuesto y que representan un pensamiento que no es el nuestro.

#### **1.2.4 Poder**

A partir de los conceptos anteriormente tratados nos involucramos en la categoría de Poder en las que las relaciones sociales están marcadas por sus estrategias. Foucault define al poder como: “(...) no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados; es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault M., Historia de la Sexualidad – Vol. 1: La voluntad de Saber., 1977, pág. 113). Estas relaciones de poder se reproducen en toda sociedad, dentro de varios escenarios y temáticas como la locura, la medicina, la prisión, etc.

La noción de poder, para Foucault no es un elemento que se adquiera, porque el poder se ejerce en relaciones no igualitarias. Está presente en todos los ámbitos de las sociedades, no hay espacios sin poder. El poder tiene una capacidad de cobertura gigantesca, en este sentido, sostiene que toda la sociedad es un complejo de relaciones de poder y lo define de esta manera: “(...) el poder está en todas partes; no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes” (Foucault M., Microfísica del poder, 1979, pág. 113). En la sociedad, se conjugan las estrategias del poder desde varias fuerzas y de varios elementos, que se ejercen en todas las direcciones y son intrínsecos a las acciones que realizamos debido a que no existe una plataforma general que permita dar cuenta de todas las relaciones de poder que existen, como lo explica este autor en las acciones referentes a las estrategias de poder:

“(...) asirlo en sus formas e instituciones más regionales, más locales, sobre todo allí donde, saltando por encima de las reglas de derecho que lo organizan y lo delimitan, se extiende más allá de ellas, se inviste en instituciones, adopta la

forma de técnicas y promociona instrumentos de intervención material.”  
(Foucault M., *Microfísica del poder*, 1979, pág. 142).

Para Foucault la aplicación del poder es más amplia que la dominación que el Estado soberano ejerce sobre el pueblo. Se configura como una relación dual, en donde un actor ejerce poder sobre otro en toda relación, por ejemplo, el maestro con el estudiante, el policía con el delincuente, el doctor y su paciente. Por ende, Foucault nos propone entender que el poder se basa en intereses, debido a que este tipo de relaciones son el resultado de las asimetrías entre los sujetos de la sociedad. Si bien, las relaciones de poder son innatas, existen otros elementos que influyen en formas de aplicación del poder como la economía, política, religión y el conocimiento.

De esta manera, el poder se ejecuta en un campo de fuerzas con mecanismos de poder o de control, debido a su alcance el hombre no puede escapar a su accionar y a sus consecuencias, que son aplicables en todos los espacios. El poder, se genera de toda relación social; esto se debe a que cada espacio, cada ámbito de lo social está determinado por el poder a través del acto político en todas sus visibles e invisibles entramados. Según Foucault, el poder es una técnica que se aplican con una multiplicidad de dispositivos, organismos, artificios, funciones, tácticas, mecanismos que causan repercusiones políticas e implicaciones sociales. Para Foucault, el poder no es una propiedad sino una estrategia, y sus efectos no son atribuibles a una apropiación, sino a disposiciones y funcionamientos que se ejercen. El poder, no está empoderado en una clase, no es un privilegio de la clase dominante, se constituye como un conjunto de elementos que componen su estrategia, por ello atraviesa las instituciones y a los aparatos estatales y su multiplicidad alcanza toda la estructura social.

El poder aplicado a la medicina social se explica en el libro “*Microfísica de poder*”, donde el poder aparece como un conjunto de multiplicidad de engranajes y de núcleos que se sitúan a un nivel completamente distinto, y que constituyen una tecnología, que atraviesa todo tipo de aparatos y de instituciones en función de la administración del Estado como lo explica en la siguiente cita:

“Si la policía como institución ha sido claramente organizada bajo la forma de un aparato de Estado, si ha sido incorporada al centro de la soberanía política, el

tipo de poder que ejerce, los mecanismos que emplea y los elementos a los que los aplica son específicos” (Foucault M. , La vida de los Hombres Infames, 1996, pág. 179).

De este modo los aparatos del Estado se encargan de introducir la disciplina en un campo social, poniendo de manifiesto una dependencia con otras instituciones que ejercen poder y controlan el cuerpo como son: la educación, el sistema hospitalario y el sistema carcelario. Estas instituciones están ligadas al aparato judicial y político, pero todas ellas reproducen la misma lógica del control del cuerpo, como en el caso de una prisión que gestiona el castigo, dispone de una autonomía que pone de manifiesto un suplemento disciplinario. En el caso del sistema hospitalario reproduce la salud como negocio y el sujeto como mercancía.

### **1.2.5 Biopoder y Biopolítica**

A partir de las nociones de Poder abordaremos las categorías de Biopoder y su aplicación con la *Biopolítica* postulada por Michael Foucault. En esta categoría se conjuga el paradigma de la higiene pública que era de interés de los salubristas en la edad antigua, con el interés político de la medicina social desarrollado desde la medicina urbana para hacer frente a la insalubridad de las ciudades; y que esos procesos culminan con la Medicalización del cuerpo, convirtiendo a la salud en un negocio donde se ejerce el poder sobre el sujeto.

Foucault hablaba indistintamente de Biopoder y Biopolítica, pero finalmente tuvo que distinguirlos: Biopoder es efectivamente el poder sobre la vida, pero Biopolítica son las consecuencias o respuestas resistentes de la vida ante este nuevo Biopoder. Siguiendo la lógica del autor, el Biopoder permite normar qué es verdad y qué no es verdad. En este sentido, los intelectuales, forman parte de ese sistema de poder, son sus agentes de propagación de esa verdad. El Biopoder, ha sido un elemento indispensable para el desarrollo del capitalismo; a través este se asegurada la inserción de los cuerpos en el aparato productivo y la población se incluye a los procesos económicos. Según Foucault, el Biopoder es determinante para el desarrollo del capitalismo como lo señala en el diccionario de Castro:



“Yo sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino que se produjo precisamente lo contrario. El capitalismo, que se desarrolló a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, ante todo socializó un primer objeto, el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se efectúa solamente por la conciencia o la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo” (Castro E., 2004)

En el Estado moderno, es preciso cuestionarse sobre la política, la moral dominante y sus repercusiones que se ven reflejadas en formas de exclusión, donde el individuo está atravesado por la racionalidad y el sistema capitalista -por ello la vida tiene un costo que es un valor de uso funcional a este sistema. Foucault realiza una analogía con respecto al valor de la vida, por ello, se refiere al poder soberano como el antecedente al Biopoder y lo compara con la lógica del poder soberano donde el gobernante tiene la tarea de alcanzar el bienestar común y la salvación de sus gobernados. Por ello la preservación de la vida y la muerte eran los intereses del soberano, en cuanto conserven su sistema y su dominio. Foucault analiza esta perspectiva del soberano para demostrar que nosotros no tenemos los derechos sobre nuestras vidas, ya que la vida del sujeto está destinada a preservar el sistema dominante. El poder soberano, o el capitalismo pueden reducir a los individuos al límite de su existencia, es decir, tiene el derecho de su muerte cuando los sujetos no son funcionales y pueden poner en riesgo la gobernabilidad y administración estatal y con ello poner en riesgo el régimen normalizador de control social.

El enfoque denominado *Biopolítica* es una categoría que implica transformaciones de la relación entre el poder - saber - sujeto en diferentes momentos del acontecer de las sociedades. Para Foucault el poder soberano es el antecedente más influyente de lo que posteriormente será el Biopoder. La lógica del poder soberano legitima la autoridad del gobernante cuya finalidad es la posibilitar el bienestar y la seguridad de la población. La nueva tecnología de poder, propuesta por Foucault actúa mediante mecanismos globales de tal manera que se logren estados de equilibrio, donde se asegura una regularización de la vida que consideraba al hombre como un proceso biológico.

El cuerpo del sujeto es importante porque crea mecanismo de sistemas de control eficaces como en la educación, sus aptitudes, sus fuerzas, su utilidad y su docilidad para que se integraren disciplinariamente en función del capital. A estas acciones Foucault las denomino: anatomopolítica del cuerpo humano (Foucault M., Historia de la Sexualidad – Vol. 1: La voluntad de Saber., 1977, pág. 168). La anatomopolítica es la mecánica del poder sobre el cuerpo cuyos objetivos se centran en la vigilancia de los sujetos, el control de su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades para que sea útil y funcional. Para ello, existe un conjunto de instituciones disciplinarias de la sociedad moderna como el hospital, la escuela, el asilo, la fábrica, el cuartel militar y las cárceles. En estas instituciones, es posible identificar una estrategia de individualización cuya labor se enfoca en la exploración, la desarticulación y la recomposición del cuerpo humano en empleo del ejercicio de la autoridad y del sistema dominante. En ese estado los sujetos están sometidos a mecanismos de vigilancia, control, examen y normalización, terminando por legitimar la coerción en sus formas físicas y simbólicas sobre el cuerpo configurando las herramientas de Biopoder.

El Biopoder, es una tecnología que tiene por objeto y objetivo el control de la vida, esta es una tecnología de adiestramiento en que los cuerpos se reubican en los procesos biológicos en conjunto. La norma se puede aplicar tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar como a una población a la que se pretende regular. La disciplina es una fórmula general de dominación basada en un control minucioso de las operaciones del cuerpo, en la sujeción constante de sus fuerzas, de manera que éste se transforme en un elemento dócil y útil. La propuesta de Foucault circula en torno a las técnicas de dominación y conformación de los sujetos en los dispositivos de poder - saber que configuran al individuo moderno con la aplicación de técnicas que son divisorias y homogenizante de sujeción-subjetivación. Parte de estas prácticas son la administración de los cuerpos y la gestión de la vida se han desarrollado en diversas disciplinas como la Salud Pública donde se aplican diversas técnicas para obtener la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones.

Pueden existir mecanismos que articulan la *Biopolítica* y la práctica que son:

- 1) El dominio del cuerpo a través de la disciplina del saber oficial, es decir de la educación, convirtiéndolo en un ser humano dócil para se integre de manera eficiente a los sistemas de control instaurados por la sociedad. Aquí se insertan una serie de instituciones que buscan volver dócil al hombre. En la sociedad moderna, la escuela, el hospital, la fábrica, las cárceles, entre otras, instauran modalidades de vigilancia que buscan la desarticulación y la recomposición del cuerpo humano.
  
- 2) Por otra parte, plantea la noción de Biopoder como una forma de tecnología complementaria que ejerce dominio sobre grandes cuerpos poblacionales.

El capitalismo y neoliberalismo junto con la *Biopolítica* pueden entenderse como tecnología de gobierno, más que reprimir producen realidad, más que ideologizar, abstraen u ocultan, producen verdades y discursos y configuran un sentido común, como una forma de ser del sujeto y de habitar el presente. La racionalidad del gobierno se expresa en la reorganización política que abarca la vida económica y la vida social e individual. Foucault manifiesta que la *Biopolítica* es la manera en que se ha conjugado la práctica tecnológica y la racionalización de seres humanos sobre los sujetos. En la práctica gubernamental es la administración de la salud, higiene, natalidad, longevidad mediante formas de interrupción y control de la vida. La vida para el Estado es entendida, no como derecho a vivir bien, sino como el miedo a arrebatar esa vida. De este modo la vida se convierte en un derecho del Estado moderno para ejercer poder. Foucault lo explicó de la siguiente manera: “La vieja potencia de la muerte, en la cual se simbolizaba el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida” (Foucault M. , Historia de la Sexualidad – Vol. 1: La voluntad de Saber., 1977, pág. 169)

De este modo la institución estatal ha creado la Salud Pública cuyo discurso se basa en las categorías de medicina moderna que obliga a la institución a extender su campo de acción a toda la población ya que debe velar por la sociedad en conjunto considerando las condiciones generales biológicas, físicas pero sobre todo sociales y culturales que puedan afectar adversamente la salud en su conjunto. La medicina moderna vinculada con la salud, dentro de una economía capitalista, tiene características de mercado y de consumo. Foucault expone en su texto: “la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud, en cuanto se convirtió en objeto de consumo,

que puede ser producido por unos (...) y consumidos por otros (...) importancia y se introdujo en el mercado” (Foucault M., La vida de los Hombres Infames, 1996, pág. 52).

El enfoque de la medicina social, como dice Foucault es una vigilancia y disciplina del cuerpo que se convirtió en objeto de lucro que junto a políticas públicas de salud y de procesos de modernización han configurado un mercado del bienestar del cuerpo: “El cuerpo se convirtió en una realidad *Biopolítica* por ello la medicina es una estrategia *Biopolítica*” (Foucault M., La vida de los Hombres Infames, 1996, pág. 56).

Estas propuestas teóricas han sido críticas a la medicina moderna, continuando con esta línea crítica, se considera importante mencionar la organización del Estado-Nación. La lógica de este estado es mono-cultural, basado en la identidad nacional que proporciona cohesión a un grupo social, ofreciéndole soberanía articulada a una identidad socio-cultural homogénea. Después de la segunda guerra mundial, a nivel mundial se forja el concepto de Estado Multicultural, superando el Estado-nación, que permite reconocer las diferentes culturas y sus procesos organizativos como idioma, religión, organización, educación, salud. El estado Ecuatoriano también adopta esta ética de reconocimiento a lo diferente, que se ratifica en la Constitución del año 2008, como estado Plurinacional y multiétnico. En este sentido la modernidad ha excluido las prácticas medicinales culturalmente diversas, autónomas y válidas, contradiciendo al fundamento jurídico del estado y legitimando los fundamentos modernos de la salud basada en la razón científica y eficaz al sistema neoliberal.

Lo antes expuesto, tanto conceptos como categorías, son el fundamento para el estudio del Sistema de Salud en el Ecuador, a continuación se presentan las diversas normativas legales y administrativas que han regido a la salud en el Ecuador y serán esbozadas para su comprensión y análisis.

## **2 CAPITULO II**

### **2.1 SALUD PÚBLICA**

Los apartados anteriores trataron histórica y políticamente el tema de la medicina moderna, que desde el siglo XVIII ha impulsado el desarrollado científico y técnico. En resumen, la salud se consolidó como una disciplina rentable basada en el control del cuerpo con el objetivo de ser funcional al sistema industrial. Desde sus inicios, la salud se instala como un mecanismo de control social con el higienismo y posteriormente como disciplina científica que se legitimaría en el Estado como Salud Pública.

Este capítulo describe la salud pública en base a las políticas públicas implementadas en la modernización del Sistema de Salud. Este tema actualmente es parte de la agenda estatal y mundial, consolidándose como un problema de preocupación colectiva, donde el Estado tiene la obligación de proteger y asegurar la vida de los individuos, las condiciones de trabajo y su entorno. Por ello se analiza las categorías de políticas públicas y los modelos de salud pública, considerando las implicaciones políticas y económicas de estos procesos, para comprender la Salud Pública en el Ecuador y el proceso de mercantilización y control del cuerpo y la modernización de la salud.

La Medicina Social se desarrolló durante los siglos XIX y primera mitad del XX, hasta posicionarse en la actualidad como una disciplina política. Según Charles Winslow (Winslow, 1920) uno de los principales salubristas, la salud pública es la ciencia para evitar enfermedades, alargar la vida y fomentar la salud. Todo esto se logra por medio del saneamiento del medio ambiente, del control de las enfermedades transmisibles, de la educación sanitaria y de la organización de los servicios médicos que desarrollaron mecanismos sociales que aseguren la salud al individuo y la comunidad. De esta forma surge el concepto de salud pública, encargada de la protección de la salud a nivel poblacional para el control de las enfermedades, basándose en la conservación de la salud colectiva y convirtiéndose en una de las más importantes funciones del estado moderno. Es decir que, la Salud Pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional, puesta en práctica mediante políticas públicas que gestionan las demandas en recursos económicos, logísticos o humanos. Para Winslow (1920) la salud desde una perspectiva política es:

“(…) el desarrollo de un mecanismo social que se asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho a la salud y a longevidad” (Winslow, 1920, pág. 51)

Según la OPS el concepto de salud pública: “es el compromiso de la sociedad con sus ideales de salud, que hace referencia al conjunto de prácticas sociales, valores y creencias actitudes y conocimientos formales y no formales subyacentes” (Páez & Granda, 1999, pág. 17). En el texto de Salud Pública: Educación y Reforma, la OPS expone que la sociedad debe enfocarse al desarrollo, a preservar y mejorar la salud de la población y del ambiente. Según este organismo, la salud no se puede limitar a actividades de promoción y prevención salubrista, sino, debe englobar también otras perspectivas de contextos sociales y ambientales diversos de cada sociedad.

Pero el contexto en el que se va desarrollar y generar cambios estructurales en el sector de la salud se produce bajo el fenómeno de la globalización, característico de la modernidad, que contiene una fuerza de cambio, relaciones de comercio e integración económica propias del neoliberalismo. Por ello, casi todos los procesos gubernamentales se basaron en modelos de mercantilización, como es el caso de la

medicina social y la medicina privada. Los cuales buscan convertir al cuerpo y al individuo en funcionales y productivos en el ámbito laboral.

De esta manera, la intención universal de la salud es alargar la vida y rehabilitar la mano de obra de los trabajadores, con el fin de mejorar la capacidad de producción y eficacia de la sociedad industrial. La salud no depende solo de condiciones biológicas, sino de condiciones sociales, que están atravesados por intereses políticos y económicos que tutelan toda iniciativa salubrista. Este contexto debe ser analizado, desde los principios de Salud pública y concatenarlos con los ámbitos sociales, políticos y públicos. Con el análisis de este contexto, se logra entender cómo se han producido y aplicado la modernización de políticas públicas de salud y cuáles son sus consecuencias o implicaciones en el colectivo social.

## **2.2 Políticas Públicas de Salud**

Al abordar el tema de Políticas Públicas es necesario diferenciar sus significados. Para el autor Deube Roth, la “Política” primero es entendida como el ámbito de gobierno y de la sociedad humana (polity, en inglés); segundo “política” entendida como la actividad de organización y lucha por el control del poder (politics, en inglés); y tercero “política” como propósito y acción de un gobierno expresada en políticas y programas (policy, en inglés) (Roth, 2006). El concepto de Políticas públicas que nos compete utilizar está ligado al concepto de poder definido por Foucault: “El poder comienza a ser ejercido con la intervención de cierto saber gubernamental que engloba el conocimiento de los procesos económicos, sociales y demográficos”. (Castro E., 2004, pág. 7)

Según Foucault, la práctica del poder se estructuró en torno al conocimiento de la economía, adaptando a los individuos a nuevas formas del desarrollo económico como la medicina, la psiquiatría, la psicología. Es decir que las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos o situaciones problemáticas realizando un ejercicio de dominación. De esta forma, a las políticas públicas se debe entender como un problema público. El concepto de lo público ha sido ligado antagónicamente a lo privado, se puede definir lo público como

lo que afecta a los demás, lo que es de interés común o colectivo, diferenciándose de lo privado, donde prima el interés individual. De este modo, se define un problema público como una situación que afecta negativamente el bienestar de la población. Por ello, a los problemas públicos se contempla la necesidad de la intervención del Estado para su resolución. El problema público es una construcción social marcada por un contexto, que afecta directa o indirectamente a intereses sociales, económicos, políticos, ideológicos, tecnológicos, administrativos, sociales, y ambientales del país en general.

Las políticas públicas deben ser un punto de partida para alcanzar la equidad mediante decisiones económicas y sociales, pero la aplicación de una política implica producir efectos sociales y también fortalecer la institución pública. La perspectiva del autor Rolando Franco sobre las implicaciones de las políticas públicas, de manera general, señala tres funciones básicas: primero inversión en capital humano en educación, salud, vivienda, reconociendo como objetivo principal el generar bienestar. Segundo, la compensación social por medio de redes de protección social consideradas como acciones de intervención compensatorias para el bienestar de grupos pobres o vulnerables. Tercero, la cohesión social donde se requiere formar una sociedad integrada y controlar la población mediante patrones socialmente aceptados (Franco & Lanzaro, 2006). De esta manera, la política pública es una secuencia de decisiones y acciones puestas en marcha con la intención de solucionar un problema en un contexto específico. Estas acciones están encaminadas a mejorar la condición de la población transformando el entorno y mejorando la distribución de los recursos y la riqueza (Muñoz, 2003). Equiparando el concepto de salud pública con el concepto de poder, se puede considerar como una estrategia de disposiciones y funcionamientos que se ejercen (Foucault, 2000). Por ello, ante la presencia de un problema público, se aplican las políticas públicas bajo un abanico de posibilidades de acción, en base a políticas que forman parte de una agenda Estatal adaptable las necesidades socialmente creadas.

Frente a la responsabilidad de la formulación y ejecución de las políticas públicas, varios autores coinciden que el Estado, es el encargado de dar respuesta a los problemas públicos a través de sus políticas. Esto implica tomar una posición frente a cuestiones socialmente problematizadas. En este sentido, las políticas públicas y el Biopoder, se manifiestan en el uso de la tecnología y de las ciencias como mecanismos de poder, que junto a la agenda estatal deben dar respuesta y enfrentar a las



problemáticas sociales. De ahí, se desprende que el concepto de las políticas públicas se encuentra anclado a una problemática colectiva específica, en este caso la Salud Pública. El Poder del Estado se legitima a través de las políticas públicas y es, a su vez, un instrumento de relaciones comerciales como la industria farmacéutica. En América Latina y en el Ecuador se han llevado a cabo reformas entorno a las políticas públicas reduciendo el tamaño del Estado y aumentando la primacía del mercado, donde las políticas públicas están condicionadas por el interés económico de las farmacéuticas principalmente<sup>2</sup>. De este modo podemos comprender que las políticas públicas van de la mano con acciones, es decir, son parte de un proceso de cambio e interés económico y comercial donde se implementan estrategias para responder demandas de la sociedad.

Las políticas públicas en salud también implican una dependencia entre la sociedad civil y el Estado. Sin embargo, las políticas practicadas en Ecuador han sido centralizadas en decisiones locales y con soluciones homogéneas que no responden a la realidad. Este tipo de propuestas políticas están mediatizadas, por lo que Foucault llamó Dispositivos del Saber, que podría ser definido como la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos como discursos, instituciones, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones morales, sexuales que crean mecanismos concretos y reales del poder. Un dispositivo es exclusivamente discursivo de varios tipos como los dispositivos disciplinarios, dispositivo carcelero, dispositivos de poder, dispositivos de saber, dispositivo de sexualidad, dispositivo de alianza, dispositivo de subjetividad, dispositivo de verdad, etc. Ejemplo de esto, es el discurso de la pobreza y la salud, que responde al interés económico en función del control del cuerpo (Foucault, 2000). En el Ecuador las políticas públicas han tenido varios problemas en el sector de la salud (crisis económica y social, cobertura y calidad, etc.) las cuales sumadas a problemáticas políticas, junto a una crisis estructural han ido generando una mayor pérdida de atención de la salud a nivel nacional, temas que serán desarrolladas a continuación.

---

<sup>2</sup> La industria farmacéutica es el tercer sector de la economía mundial, por detrás del armamento y el narcotráfico, si bien, en países como Estados Unidos esta industria tiene beneficios más elevados que en otros, esta industria influye y ejerce presión en los Estados sobre las decisiones gubernamentales para promover o bloquear leyes en función del mercado y su propio beneficio. La función de la industria farmacéutica es interdependiente del sistema de salud si se entiende a la salud como un proceso curativo, ya que de esta industria depende la efectividad del servicio de salud y con ello el desarrollado de políticas públicas, convirtiéndose en una red de decisiones políticas con intereses económicos privados.

## 2.3 Políticas Públicas de Salud en Ecuador

Varios han sido los modelos o programas que parten de la medicina social y han replanteado el pensamiento de la problemática salubre. Modelos que generaron las matrices de la salud pública y las políticas públicas en América Latina y también en Ecuador. El Estado como vínculo de las políticas públicas y la salud depende de dos actores: el gobierno y los organismos de salud. La OMS define la salud como un: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1942), lo que implica la movilización del sector económico, social, ambiental y político para conseguirlo. La población debe tener conciencia del derecho a la salud y demandar el cumplimiento de las condiciones para ejercerlo, de esta manera el Estado debe garantizar la salud y atenderla como parte de la agenda de la política nacional y local de salud en función de acciones y decisiones institucionales.

En base a estas premisas el gobierno elabora distintos programas de salud y los organismos de la salud pública evalúan e investigan las necesidades, los riesgos y determinantes de salud de la población. En sentido lógico tanto las instituciones gubernamentales como los organismos de salud deben plantear un diagnóstico de acuerdo a lo detectado, y así establecer prioridades y desarrollar programas, planes y proyectos que permitan responder a las necesidades nacionales de salud.

En las últimas décadas, en América latina, se ha adoptado un modelo de Salud colectiva, basada en el conocimiento para la transformación, mediante el condicionamiento de estilos de vida saludables. En 1974, el Informe Lalonde<sup>3</sup>, estableció un marco conceptual donde identificó a los determinantes sociales de la situación de salud, señalando que su intervención no radica en la atención médica curativa porque es limitada y no produce grandes mejoras en la salud de la población (Restrepo, 2001). A pesar de ello las políticas de salud se convirtieron en una forma implícita de disciplinar los ámbitos que involucran a la salud, como la atención, el acceso y la formación académica de los recursos humanos.

---

<sup>3</sup> El Informe Lalonde de 1974, es un informe anunciado por Marc Lalonde Secretario de Salud y Bienestar de Canadá, formalmente titulado “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” en el cual se resalta por primera vez que mejorar la salud de la población no depende de la atención de enfermedad.

En Ecuador se formaron los primeros modelos de la salud, razonados como un servicio básico desarrollado por cuatro áreas de atención: atención preventiva, atención primaria de salud, atención hospitalaria de primer nivel y atención nutricional. Según el Ministerio de Salud Pública (1998) es el Estado quien debe articular las políticas nacionales de salud desde tres niveles de acción:

1. Las políticas de salud que norman las acciones de salud sobre la sociedad en general, los derechos y deberes ciudadanos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades y las diferentes regulaciones sanitarias.
2. Las políticas para el sector salud que involucran a los diversos actores institucionales que intervienen en el proceso de atención de salud, desde una perspectiva sectorial.
3. Las políticas que corresponden al ámbito del MSP: Institución rectora del sector de la salud que es responsable de las acciones y servicios de salud pública; como garante del acceso a la atención de salud de la población, con énfasis en los grupos de mayor riesgo biológico y social. (FARO, 2012)

Pero también han existidos posturas críticas a los enfoques de estas estructuras políticas, como lo plantea Edmundo Granda, quien argumenta que la salud requiere de varias condiciones fundamentales: la primera, que el Estado ejerza funciones efectivas de rectoría del sector público y privado para garantizar a toda la población su derecho a la salud. Este derecho no es otra cosa que el acceso universal, equitativo y de alta calidad a un sistema de salud, donde se asegure la participación social y la atención integral. Ligada a esta condición está la segunda, que tiene que ver con la existencia de políticas públicas sociales intersectoriales que sean acordes al grupo social al que está dirigido. (Granda, 2009).

Este mismo salubrista, opina que en América Latina el pensamiento de la salud pública se basó en “la aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para calcular el riesgo y asegurar la prevención” (Granda, 2009, pág. 147). Además, la concepción de salud pública desde la salud colectiva tuvo implicaciones

intervencionistas ya que consideró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma y ciencia positivista (Fierro-Renoy Virginia, 2003).

En base a estos paradigmas se han desarrollado políticas e instituciones públicas de salud, dirigidas a aumentar más años de vida, más no calidad de vida. Es decir, se concibe la salud desde una perspectiva de bienestar, mediante acciones de política pública como la atención primaria, la prevención y promoción de salud. De esta manera, la teoría de Foucault se manifiesta en la pragmática de las políticas públicas que legitiman al sujeto-sujetado mediante el control del cuerpo. Este control está representado tanto de forma física como simbólica que en la sociedad moderna. Además del ser un cuerpo funcional a la industria, se reproducen otros modos discursivos de sujetar al cuerpo social, como es el control simbólico, como son los discursos de la estética, el cuidado del cuerpo, los modelos de belleza. Todos estos aspectos de la salud no necesariamente están ligados a la presencia o ausencia de enfermedades o dolencias, sino a la representación del poder en el cuerpo colectivo.

A partir de estas concepciones, se debe replantear la política social del Estado, sino también la política de salud de Estado que debería basarse en integrar al sujeto social y no sujetarlo, considerar la formación de una institución coherente y consciente, con capacidad de expresarse a nivel nacional, regional y local, y que respete las formas diversas de concebir la medicina y garantice el acceso a condiciones de calidad de vida con buenos niveles de salud para toda de la población.

#### **2.4 Rol de Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)**

La OMS y la OPS han tenido un papel protagónico en el quehacer salubrista, no sólo en el control de las enfermedades, sino en el desarrollo de la salud pública y en el fortalecimiento de los ministerios de salud de todos los países de América Latina. En el Ecuador, la OPS consiguió salubristas capacitados en temas relevantes como Salud Pública y Gestión de Recursos Humanos, por ello no es posible dejar de lado el papel fundamental de la OMS y la OPS, no solo en la seguridad sanitaria internacional, sino en el posicionamiento de los principales temas de la política de salud en el Ecuador.

La agenda internacional de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1978, buscó integrar a la población en procesos salubristas. Por ello, planteó la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). La OPS concibió que los sistemas de salud deben desarrollar la atención primaria, como pilar fundamental, para llegar a la cobertura universal y la garantía de los derechos de salud. La APS y sus conceptos eran coherentes con la construcción de un sistema de salud, porque constituían el primer nivel de atención del mismo y era el espacio donde la comunidad, las familias y los servicios se complementaban. Sin embargo la complementariedad de los servicios de salud crea exclusión. Los pueblos originarios y tradicionales, en la composición de división social cuentan con personas destinadas a ser agentes de sanidad, quienes legitiman el uso de la medicina ancestral, por la formación y las tradiciones transmitidas aprendidas por enculturación. La práctica salubrista de este conocimiento tiene un valioso grado de aceptación, legitimación y reconocimiento dentro de estas sociedades. La formación de medicina tradicional también implica rigurosidad y dedicación, es así como Yachay, sobadores, otros agentes de salud; cumplen con años de estudio, conocimiento y preparación. Sin embargo, en la cultura occidental, la formación ilustrada debe ser formalmente desarrollada en base a pautas científicas y técnicas y de esta manera se legitima el conocimiento y su práctica.

Desde la perspectiva moderna, los conocimientos Otros, tradicionales u originarios, son aniquilados, invalidados y excluidos del sistema de salud, porque no cumplen con los requisitos de ciencia. Mientras que, cumplir con la formación académica médica adquiere una construcción simbólica de status, reconocimiento, mérito y validez. De este modo, se reproduce el discurso de poder y sus subjetividades, que legitiman las relaciones de dominio y poder, visibles en las relaciones médico – paciente y con ello se reproducen las formas perversas del capital sobre el cuerpo colectivo.

Por otro lado, las sociedades originarias tienen autonomía en salud, superando el control del cuerpo social, en su lugar relacionan el cuerpo comunitario y pretenden la armonía entre el ser humano y la naturaleza. Si el sistema de salud considerara válidos los conocimientos originarios, se pudiera complementar la atención integral de salud, sobre todo en sectores rurales donde las diferencias de paradigmas médicos son abismales. Existen casos donde se ha podido relacionar ambos modelos médicos, donde

se han incorporado agentes o mediadores de la medicina tradicional, como se produce en Saquisilí o Guamaní, la Casa Loreto, Hampiwasi, entre otros. Son lugares donde se aplica la medicina tradicional como apoyo a la medicina moderna y están avalados por el SNS. Si se legitimaran como válidas las prácticas ancestrales médicas se podría acortar la brecha de inequidad en los servicios de salud. Por ello, la APS se limitó a la integración de promotores de salud comunitarios en la atención formal de la salud. (Hermida Bustos, 2011).

A fines de los años ochenta e inicios de los noventa, se produjo una nueva lectura de la APS en el país, que permitió integrar esta estrategia como parte de la construcción del Sistema de salud. Conocido como sistemas locales de salud (Silos), que formaba parte del programa de atención familiar y comunitaria denominado SaficSilos, implementado por el Ministerio de Salud Pública. A partir de 1992, la influencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud pasó a segundo plano, y quienes definieron los paquetes de atención primaria fue el Banco Mundial, con las implicaciones paternalistas y neoliberales que los caracteriza. (Hermida Bustos C. , 2011)

A partir de 2006, la OPS/OMS comenzó a evaluar los modelos neoliberales y sus efectos en la reducción de la protección social, debido a que en estos modelos primó el interés en el aspecto comercial e industrial de la salud que condujeron a incrementar la inequidad (Brito & Edmundo, 2000). La propuesta de corte neoliberal marcó esta época, porque consolidó un modelo de Estado que restringió la consolidación del área social en las decisiones salubristas, así como también, limitó la inversión en infraestructura por parte del Ministerio de Salud en esta área. El costo de este pensamiento centrado en el mercado y lo político, y no en lo diverso y social, se popularizó en América Latina y también en el Ecuador.

## **2.5 Sistema Nacional de Salud en Ecuador**

Durante las últimas décadas, con el avance de las investigaciones y la erradicación de algunas enfermedades desde los años 60' generaron una transformación en el Sistema de Salud que ha estado acorde a modificaciones en temas de educación, mejorías en servicios básicos como agua potable, la electricidad, el saneamiento

ambiental y también la profesionalización de los recursos humanos en salud. Todo ello, han articulado un panorama de salud pública integrado a un planteamiento mundial basado en paradigmas dictados por la OPS y OMS los cuales han sido reflejados en la implementación de planes, programas, proyectos y finalmente en un Sistema de Nacional de Salud. Estos serán esbozados a continuación para comprender el panorama de salud pública y el proceso de modernización.

En el Ecuador, la atención en salud nace con una visión epidemiológica, algo que hasta el día de hoy no ha cambiado, y que se basa en el tratamiento clínico y paternalista de la enfermedad. La salud, como preocupación estatal, nació luego de la Revolución Liberal como parte del proyecto de atención a los más pobres. La salud desarrollada desde los puertos conocida como sanidad marítima, fue creada en 1906 con el fin de sanear los productos de agro exportación para proteger la acumulación capitalista de comienzos del siglo XX (Aguas, 2012). De este modo, la salud se originó para la prevención productiva del sector industrial. Por tanto, el percepción de salud desde esta época estuvo motivada por un modelo agroexportador por encima de los intereses salubres de la población en general.

Desde el año 1927, la creación de la red provincial de salud y la construcción de hospitales públicos fue parte del programa denominado Asistencia Pública. Durante esta época la atención de salud de la población del campo fue la gran ausente, especialmente en el agro. Esto legitimó la poca importancia que el sector social tuvo en la conformación del Estado a pesar de que ya existía un Ministerio de Previsión Social. A partir de 1947, el Estado amplía la prevención hacia la población y desarrolla las primeras nociones de protección basada en la higiene de las ciudades, fundando la Sanidad Nacional, que asume la función que tenía los municipios en cuestión de salubridad. De este modo, la institucionalidad de salud, es dicotómica: unas instituciones para la prevención y otras para la atención de la enfermedad de los más pobres. Por ello, la salud como política estatal no nació como demanda del derecho ciudadano a la salud, sino como caridad estatal y complemento a las necesidades de la industria agroexportadora.

La consolidación de la propuesta sanitaria en Ecuador se consolidó en 1967 con la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP), siendo el último país de América en fundar un Ministerio de Salud Pública. En esta creación se integraron varias

instituciones como: la Sanidad, la Asistencia Pública, la Misión Andina y la atención municipal. La perspectiva fue crear un sistema de salud al que pueda acceder a toda la población del país, sin ninguna distinción de edad, etnia, sexo o condición socioeconómica. Para lograr la cobertura, el Gobierno emprendió la construcción de una importante infraestructura de servicios de salud. El incremento de ingresos estatales por el boom petrolero fue utilizado para financiar este emprendimiento (Aguas, 2012). De este modo, la construcción del sistema de salud comenzó a consolidarse bajo tres perspectivas fundamentales: financiamiento, construcción física de la red de servicios y dotación de recursos humanos para que ésta pueda operar.

De este modo, en los años 2000 se inician talleres de consulta nacional sobre la propuesta del Sistema Nacional de Salud, el mismo año se presentan resultados preliminares al Consejo Nacional de Salud (CONASA) sobre esta propuesta de ley. En el año 2002 se publica en el Registro Oficial de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la cual se socializó en varios eventos y se convierte en Ley Orgánica aprobada por el Congreso Nacional. Esta ley y su reglamento, entre otras importantes disposiciones contemplan la participación activa de los diversos niveles del Ministerio de Salud en la conformación y ejecución de los Consejos Provincial y Cantónales de Salud, ya sea asumiendo la secretaría técnica y la asesoría especializada a las instituciones participantes. Posteriormente en el año 2003 se expide el Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. (Hermida Bustos C. , 2011).

Finalmente en el año 2002 se concreta la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) existen funciones fundamentales de la salud, de las que parten las acciones enfocadas a lo social mostradas en el cuadro a continuación:

**Gráfico 1: Funciones del sistema nacional de salud en Ecuador. LOSNS, 2002**

RECTORÍA	COORDINACIÓN	PROVISIÓN DE SERVICIOS	ASEGURAMIENTO	FINANCIAMIENTO
El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros



Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el ISSFA e ISSPOL.	necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 13

Fuente: Una mirada desde la sociedad civil a la Gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

Elaboración: Grupo FARO. Mayo 2012

Mediante el ejercicio de estas funciones, el SNS busca cumplir con cinco objetivos principales:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
4. Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud (Grupo FARO, Mayo 2012).

Con todo esto se promueve un modelo de gestión empresarial que involucra toda la institución de la salud con el fin de obtener una mejor satisfacción del paciente. La institución rectora del sector de salud es el Ministerio de Salud Pública (MSP) que junto al Consejo Nacional de Salud (CONASA) son los encargados de dirigir el proceso de reforma del sector. Existen varias leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano
- Programa Nacional de Nutrición y alimentación
- Ley de Descentralización y participación social (Grupo FARO, Mayo 2012).

El Sistema Nacional de Salud vivió varios procesos de cambios y reformas debido a la demanda de atención. Por ello, se crearon otras instituciones de atención de salud como: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que se constituyó como la segunda organización de salud con una oferta nacional de servicios para cubrir los requerimientos sus afiliados incluidos el seguro social campesino; el servicios de salud de las municipalidades; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG). La seguridad social fortaleció el sector de la salud debido al que sigue el modelo bismarkiano. De las entidades mencionadas, la cobertura en seguridad social es del IESS 10% y el Seguro Campesino 10%, esto refleja que tanto la asistencia pública y el seguro social cubren un limitado porcentaje de la población. Dentro de los servicios de salud es el privado con fines de lucro compuesto por instituciones como hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina pre-pagada. Al igual que seguros privados acude la población de estratos de ingresos medios y altos.

En la historia de estos 50 años de salud pública, uno de los desafíos fue la transformación del carácter asistencial de la salud estatal, el imaginario social que se legitimó fue el derecho a la salud. Partiendo desde el contexto en el que el Ecuador

enmarcaba el desarrollo de sus políticas como un Estado de Protección, extendió la cobertura estatal para responder a las necesidades básicas de la población, con reformas neoliberales que legitimaron las leyes del mercado y reduciendo el rol social del Estado. En función de estos apartados se han realizado cambios y reformas. De este modo, da un giro la Salud Pública, las políticas y las prácticas que se verán reflejados en cambios estructurales neoliberales y modernizadores generados por varias reformas.

Uno de los cambios paradigmáticos se concretó con las políticas impulsadas en el gobierno de Alianza País, que se concretó en la Constitución del 2008 con los Programas de desarrollo y del Buen Vivir, estos han generado un impacto importante en todos los estratos sociales. La salud como derecho está ratificada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) inscrito en la Constitución de la República y expuesto en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) como lo señala el Artículo 2:

“El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes”. (Constitución del Ecuador 2008. Artículo 2).

Con la Constitución, el Estado asume la rectoría del sector de la salud, debe garantizar el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales y ambientales; garantizar también el acceso permanente sin exclusión. Esta prestación de servicios de salud esta presidirá por varios principios como: equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, etc. Que han generado acciones reformativas importantes.

Describiendo los principales cambios, el SNS ingresó a un proceso de descentralización y transferencia. La descentralización del SNS consistió en crear Sistemas Locales de Salud, sean estos provinciales o cantonales: el provincial con direcciones provinciales de salud y cantonal con áreas de salud. Estos cambios trataron de mejorar la participación ciudadana y aumentaron la cobertura, pero este proceso desembocó en la privatización y retiro del Estado de áreas históricamente cubiertas por

él, como ha sucedido en el sistema de seguridad social (IESS) el cual ha tenido que aliarse con clínicas privadas para atender la demanda de pacientes, pero tampoco cubren todos los servicios. De este modo, el Ministerio de Salud y las instituciones privadas no lograron integrarse en un sistema normado por la política Estatal debido a que el Ministerio dirigió su atención a los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, dejando de lado su papel director de la política social de salud.

Otras acciones ejecutadas por parte del Ministerio de Salud, a partir de 2008 y 2009, duplicó el horario de atención a la salud, declaró la gratuidad de la atención incluidas las medicinas, cambió el proceso de acceso a turnos a través de citas telefónicas y ofreció atención domiciliaria a través de equipos básicos de salud en los barrios más pobres del país. Además, vinculó el bono de desarrollo humano a la atención preventiva y curativa de los hijos e hijas de las beneficiarias y al cumplimiento de los esquemas de vacunación de los niños y niñas que no han cumplido cinco años. Esto implicó el ingreso de 4.500 nuevos médicos y enfermeras al Ministerio de Salud Pública. La decisión en la inversión por la salud y la educación, del actual gobierno, debe ser comprendida como una reforma institucional del sistema de salud, que no se ha concretado dentro del aparato ministerial de la salud y tampoco del diálogo con las instituciones formadoras de este personal de salud. (Hermida Bustos C. , 2011)

De este modo, se muestran problemas dentro del Sistema Nacional de Salud y de sus servicios, siendo uno de los principales problemas la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada a nivel local y nacional. Como lo indica la investigación realizada por el ISP (Instituto de Salud Pública, 2012). Dentro del informe consta que el personal de enfermería principalmente, está capacitado con posgrados y maestrías, pero está siendo subutilizado, a ello se dirige la crítica de la modernización en salud.

Las acciones y los cambios trascendentales antes explicados, han estado marcadas por fuertes gastos e inversiones. Pedro Brito, señala que en el caso de salud, históricamente ningún país ha llegado a la cobertura universal con una inversión menor del 6% del PIB, costos que son consecuencia de la concepción de la salud desde el control institucional, epidemiológico y no social que hacen de la modernización el reflejo del capital.

No bastará con incrementar el presupuesto de la salud, crear más infraestructura física, concentrar a todos los recursos humanos del país en dependencias públicas, acciones que han sido visibles en el último gobierno que ha superado los \$35.481 millones de dólares, en los últimos 7 años, como lo explicó la magister Miriam Trujillo, representante del Ministerio de Salud Pública. Si la visión del MSP no cambia de paradigma y supera el modelo de salud epidemiológico y curativo a un paradigma social, no será posible construir una red de atención nacional que integre prestadores privados y públicos, instituciones formadoras y población, así como la creación de una política de Estado que proteja, promueva y preserve la calidad y el derecho a la salud en la diversidad.

## **2.6 Reformas del Sistema Nacional de Salud**

El contexto de América Latina, la Reforma del Sector de la Salud y del desarrollo de las políticas sanitarias se produjeron en un contexto de apertura económica, consolidación democrática y ajuste estructural de los estados. Cambios que han influido en los mecanismos y estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población a los sistemas de protección social, especialmente en la década de los 90, donde se intensificaron estos procesos.

Las propuestas de la reforma del sector de la Salud implicaron que el estado se posesione como garante del derecho a la salud. En ese sentido, el Ecuador desde 1995, buscó nuevos lineamientos de política propuestos en varias reformas sanitarias, creadas para ser funcional al mercado. Se hicieron 17 propuestas de reforma, algunas propuestas fueron la separación y eliminación de la función de proveedor de servicios del Ministerio de Salud y la circunscripción de la rectoría del sector salud. No se puede dejar de lado que, la Organización Panamericana de la Salud ha incidido en las Reformas del Sector de la Salud estableciendo criterios, basados en principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. (OPS, 2000)

Para el año 1995 la OPS realiza una reunión dirigida a los países que necesiten establecer criterios respecto a la Reforma del Sector de la Salud, basada en este criterio:

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”. (OPS, 2000, pág. 2)

Varios países intentaron incorporar en sus procesos de Reforma, mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos sanitarios y mejorar la calidad de los mismos. La OPS sugirió como debían ser los perfiles y lineamientos metodológicos que correspondían cumplir los sistemas de servicios de la salud en sus componentes básicos como la organización general, recursos y funciones; el seguimiento y evaluación de las reformas. De este modo, la OMS y OPS delinearon la intervención en los determinantes sociales de la salud, como respuesta ante los pocos y malos resultados que produjo la concepción biomédica de la salud, debido a la articulación al mercado y el capital corporativo de las farmacéuticas. Por ello, se ha mantenido la premisa de la administración eficiente para los servicios de salud en función del neoliberalismo.

En Ecuador en el año de 1998 se consideraron cambios como la reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y la propuesta de Reformas a la Ley de Seguro Social Obligatorio. Este proceso de reforma del sector salud intentó examinar las políticas sociales para extender la cobertura, vincularlas con factores de condicionantes y determinantes de la salud como estrategias óptimas para alcanzar las estrategias. Lamentablemente los intentos han fracasado por ser políticas insuficientes en el ámbito social, afincando la falta de equidad y de acceso a la salud.

En el año de 1999 se inicia el proceso de modernización institucional del MSP mediante la descentralización y desconcentración, tipificada en el Decreto Ejecutivo 502, que faculta al MSP la implementación de sistemas descentralizados de servicios.

Así también se emiten las Normativas para la desconcentración presupuestaria del MSP, por ello se dieron tentativas de modernizar los servicios y sistemas de salud con la intención de brindar una atención de calidad a los ecuatorianos, sobre todo en los años 60´ cuando se concreta el neoliberalismo con el boom petrolero. En base a modelos de gestión empresariales, se justificaron acciones políticas como la aplicación de modelos de democratizadores para expandir la participación y controlar la administración de los recursos, de este modo se podría tener mayor equidad en el acceso y financiamiento de los servicios (Bustelo, 2002, pág. 174).

El Ministerio de Salud Pública en el año 2001 asumió que la Reforma del Sector Salud se encuentra en la fase de formulación, prueba de ello son los esfuerzos dispersos e incoherentes generados desde el Estado e instituciones independientes, basados en la gestión de OPS. La misma que no establece políticas desde y para el contexto social ecuatoriano. Esta reforma plantea como objetivo principal las políticas de reforma deben garantizar el acceso universal a servicios de salud a todos los ecuatorianos; además, de considerar mecanismos mixtos para el financiamiento y la sostenibilidad (MIDEPLAN, 20002; CEPAL, 2002).

En 1999, por medio del financiamiento del Banco Mundial, se implementó el Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA), que tenía como objetivo “apoyar la expansión de la cobertura y mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de atención primaria y hospitalarios, por medio del desarrollo y aplicación de nuevos modelos de gestión” (MSP, 2005). Según Margarita Vallejo, integrante del proyecto MODERSA, buscó mejorar la gestión y formación de los RR.HH. en salud, mediante un “Sistema Informatizado de educación de los recursos humanos” (Vallejo 2001, pág. 96). Sin embargo, este supuesto se mantiene después de las críticas y la superación del liberalismo radical, y OMS, por medio de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, ha expresado que:

“La acción sobre los determinantes sociales de la salud que tiene el propósito de mejorar los resultados sanitarios generales y reducir las desigualdades sanitarias será mucho más eficaz si hay sistemas de datos básicos, tanto nacionales como internacionales, y mecanismo que aseguren que los datos pueden ser

interpretados y utilizados en la elaboración de intervenciones más eficaces...”  
(CDSS: 178).

Las reformas se concretan en el año 2004 con el Proyecto MODERSA del MSP, entre sus líneas generales este proyecto buscaba apoyar la conformación y funcionamiento de los consejos Provinciales y Cantónales de Salud, como espacios de concertación sectorial para la formulación de los planes de salud correspondientes y la organización del Sistema Nacional de Salud. Planteaba que se respete la participación de las entidades que integran el Sistema, su personería y naturaleza jurídica así como, sus respectivos órganos de Gobierno y sus recursos. Otro de los hitos de reforma es el año 2007 cuando el CONASA es que logra la participación del MSP y otros actores locales y regionales en consejos cantonales y provincial, los cuales producen varios documentos como: Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador; la Guía Metodológica para la Conformación de Consejos Cantonales y Provinciales de Salud; Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos; Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. (Hermida Bustos C. , 2011)

Con todos estos insumos en el año 2012 se publica el Manual Modelo Atención Integral Salud - Familiar Comunitario e Intercultural en el Ecuador. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que reorganiza al Sistema Nacional de Salud.

Los objetivos que persigue este modelo son cinco:

1. Reorientar los servicios de salud del enfoque curativo hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, garantizado una respuesta en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; incorporando los enfoques de interculturalidad, generacional y de género. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria.
2. Implementar estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación



en los servicios. En el primero y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de APS.

3. Organizar los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.
4. Organizar el Sistema Único de Información en Salud en Coordinación con Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública.
5. Fortalecer la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados. (MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Familiar Comunitario e Intercultural, 2012)

En resumen, al renovar las estrategias y prácticas de la APS (Atención Primaria en Salud) garantizan la atención y satisfacen necesidades y problemas de la población. La adopción de este modelo reorienta los servicios hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la participación organizada de los sujetos sociales, también fortalece la rehabilitación de la salud para brindar una atención integral y de calidad a las personas en su diversidad.

Varias han sido las críticas a este modelo y las reformas antecesoras, algunos teóricos de salud consideran que el proceso debía contar con una Reforma Mínima, que se caracteriza por la gestión administrativa y financiera, dividiendo las ocupaciones de financiamiento de la provisión de servicios, y también la función rectora del Ministerio de Salud en otras entidades. Este modelo quiere ser garantía de calidad y acreditación de servicios, regulando las empresas de aseguramiento privado, apoyando la creación de nuevos actores sociales, ampliando las coberturas en zonas de extrema necesidad de servicios y realizando de proyectos que verifiquen la viabilidad de la reforma.

Con este tipo de perspectivas lo único que se ha logrado es institucionalizar y normalizar las prácticas y ejes teóricos sobre la salud. En este sentido, en Ecuador, las reformas adoptadas no han logrado dar cobertura de salud a todos los habitantes. En las

últimas décadas se han observado limitantes del Modelo de atención curativo y epidemiólogo, bastante limitado en temas de acceso a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, gestión centralizada, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, y alto costo de insumos y tecnologías. En zonas marginales por ejemplo, la atención primaria en sectores rurales y urbanos marginales la atención de médicos rurales formados dentro ambientes hospitalarios no considera la diversidad de escenarios y de realidades de las comunidades indígenas, montubias, indígenas del oriente y sus bagajes culturales como lenguaje, costumbres e imaginarios. Desde este punto tan básico no se ha podido brindar acceso y atención eficiente.

Algunos estudios opinan que se han desarrollado dos tipos de reformas al sistema de asistencia social: no estructurales y estructurales. Ecuador se enmarca entre los países que han asumido el primer tipo que ha buscado implementar mejoras en sus programas de asistencia y prestaciones como el aumento de la cobertura poblacional, normalización de las condiciones de adquisición de derechos y buscar mecanismo para enfrentar y reducir el déficit.

Los procesos de reformas estructurales iniciado en la década de los ochenta ha sido demasiado básico para responder a las demandas creadas a la población, especialmente los grupos sociales originarios o de las zonas rurales. Para poder generar un cambio paradigmático y estructural se debe repensar lo social, en sentido amplio, tanto en la política pública, mejoramiento de las condiciones de vida y reducción de la pobreza en el país, atención de la Salud y de la calidad de vida para superar la visión epidemiológica y respetar las diversidades. Tras vivir las experiencias antes expuestas que han sido desarrolladas en contextos distintos y realidades se puede contrastar y ser coherentes entre las políticas y las prácticas en función del interés social, mas no capitalista.

Lamentablemente, los procesos de modernización que ha atravesado el país y aún no concluyen, como se ha descrito anteriormente, son llevados de forma incoherente con a los cambios académicos efectuados en este gobierno en contraposición con los escenarios sociales reales del país. Por un lado, si se cumple con requisitos fundamentales para generar servicios de salud de calidad y eficiencia, basados

en estructuras de grandes instituciones como la OPS y la OMS. Pero, estos modelos de modernización, las reformas y cambios basados en la racionalización y administración de la salud junto con la inversión económica y los recursos con los que cuentan los servicios de salud, no logran concretarse debido a la inexistencia de una planificación en salud, en todos los niveles, ya sea local, provincial o nacional.

Considerando que, la efectiva utilización de los recursos o de la inversión, no necesariamente son usados adecuadamente por las políticas estatales. Además de estas políticas, las gestiones de otros sectores privados o instituciones académicas que también aplican sus propios procesos de modernización, pueden tener considerable contenido pero la aplicación real de sus propuestas, principalmente académicas, están atravesados por el mercado. Estas consideraciones tanto estatales como académicas, han sido inconsecuentes y no logran puntualizarse en base a las necesidades de la sociedad. Premisas que serán desarrolladas en el siguiente capítulo donde se esboza el divorcio de la academia con el sistema nacional de salud y sus implicaciones en la sociedad estudiada bajo el Biopoder.

### **3 CAPITULO III**

#### **3.1 Recursos Humanos en salud**

Para tratar el tema de recursos humanos es necesario definir que son recursos humanos en salud, se ha encontrado que se refiere a las personas que laboran activamente en el sector salud como empleados fijos, de nombramiento o contratación que se sujeten al sistema de regulación de servicios laborales. Como lo explica la doctora Rosa Borrell, el personal de salud, se define como la estructura trabajadores-actores sociales creadores y partícipes de una cultura organizacional con valores, principios y normas encaminados a proteger la salud colectiva. Estos recursos humanos, también se pueden definir como los profesionales de la salud o personal de salud, que cumplen perfil de doctores, especialistas, enfermeras y tecnólogos (Borell, 1995). Los

recursos humanos son considerados como gestores del proceso de descentralización y modernización, explicado en el capítulo anterior, son quienes deben alcanzar mejores niveles de desempeño para garantizar el derecho a la salud.

Es importante considerar, como lo señala Pedro Brito, que los servicios de salud son organizaciones de proceso humano, es decir, sus productos y servicios son el resultado de las competencias del personal: inteligencia, actitudes, aptitudes, voluntad y emociones (Brito, 1996). Por ello, los trabajadores son considerados como un ingrediente más del proceso productivo para lograr la eficiencia, eficacia y la calidad de la atención.

Cotejando lo mencionado con la teoría del Biopoder, se define como el dominio del cuerpo a través de la disciplina y de la educación, que busca convertir al ser humano en dócil, para que se integre de manera eficiente a los sistemas de control instaurados por el grupo social dominante. Para lograr este objetivo se crean instituciones del control, representada en el Panóptico que es una forma arquitectónica que permite ejercer el control, por ello, era un sitio en forma de anillo en medio del cual había un patio con una torre en el centro, el anillo estaba dividido en pequeñas celdas que daban al interior y al exterior y en cada una de las celdas estaba el sujeto – sujetado, el individuo, el loco, el niño o el paciente. En la torre central había un vigilante y como cada celda daba al mismo tiempo al exterior como al interior, la mirada del vigilante podía atravesar toda la celda. (Foucault, 1979, pág. 99). Las instituciones que reproducen el panóptico, la relación de sujeto – sujetado y el control absoluto del cuerpo social son las escuelas, los hospitales, las prisiones, los reformatorios, los hospicios o las fábricas. En estas instituciones se ha fundado modalidades de vigilancia sobre el cuerpo humano, utilizando una forma de tecnología o ciencia que ejerce dominio sobre el cuerpo colectivo.

Contrastando los datos antes descrito, sobre el personal de salud con el concepto de Biopoder y sus discursos con la reproducción de la verdad, desde la teoría de Foucault, implica considerar dos actores tanto el personal de salud como los pacientes. El personal de salud como Sujetado en función de los marcos productivos y mercantiles, demostrado la eficiencia de la modernización mediante el mejoramiento de los niveles de acceso de atención y de calidad de servicio. Mientras que los pacientes legitiman

varias relaciones con los médicos, la primera es mercantil ya que dan una remuneración por los beneficios recibidos del doctor; pero también legitiman las relaciones de poder del médico que afirma su reconocimiento, status cuando define lo que es sano o no, lo que es patológico otorgándole poder hasta en la muerte.

La aplicación de este mecanismo de control se ha podido encontrar en varios proyectos de reforma como el plan de modernización de la salud MODERSA (MSP, 2005) el cual se enfocó en la vigilancia de recursos humanos para reformar la oferta y distribución de médicos y enfermeras, así como la gestión de desempeño del personal. Estas premisas estaban basadas dos puntos de acción; la contratación basada en la evaluación de desempeño, es decir concurso de méritos y oposición; y con la implementación de programas de formación y educación de recursos humanos permanente enfocada a la gestión y a la gerencia, garantizando servicios de salud de calidad (MODERSA 2005). Esta premisa legitima una de las bases de la Medicina Moderna, que es el proceso administrativo, donde se concibe la productividad en base al manejo adecuado y la intervención del control administrativo.

Sin embargo, El intento del Estado de generar un sistema de formación de los RR.HH. con el proyecto MODERSA, el gobierno nacional ha intentado racionalizar el uso de sus recursos en el área de salud, con el objetivo de brindar un mejor servicio a la población. Pero una vez que ha concluido hace ya 6 años, no logró desarrollar sistemas de información ni aplicar nuevos modelos de gestión de salud

El neoliberalismo, desde la perspectiva de Foucault, funciona como un poder discreto que gestiona fenómenos, procesos y regularidades necesarias, preservando siempre una cuota creciente de tolerancia e incentivo de los deseos, las iniciativas y los intereses individuales (Foucault, Nacimiento de la *Biopolítica*. Curso en el Colegio de Francia, 2007, pág. 33). En este caso, se desarrolla la racionalidad de gobierno que sostiene los discursos y las prácticas de poder, de acuerdo a un modelo que homogeniza la práctica de la salud usando mecanismo como controles reguladores. El personal que fue entrevistado supo explicar por ejemplo: el servicio de guardianía ubicada en los centros de salud son los encargados de registrar la cantidad de pacientes atendidos a diario por el personal y además registran horarios, salidas entradas. Esto ha sucedido para mantener un control exhaustivo de la jornada laboral que ha generado el malestar

en el personal. De este modo, el gobierno cuyo problema principal no debería ser la preocupación por la regulación, cumple un con el rol de exhaustivo de la disciplina de los cuerpos, como lo expone Foucault.

Este criterio autoritario del gobierno junto con un discurso intervencionista desde la acción pública o estatal desenvuelve un espacio estratégico para el libre del mercado, controlado por criterios de la práctica gubernamental como delimitar, sancionar y evitar excesos. De este modo, se contrasta el concepto de soberanía, planteado por el gobierno de turno, con un carácter neo constitucional cuyo eje reside en el neoliberalismo. Puede afirmarse por ende, que el neoliberalismo representa una tecnología de gobierno para y por el mercado. Ahora bien, esta estructura en los recursos humanos se aplica mediante el uso de la libertad como una técnica, es decir, como un procedimiento de intervención sobre los sujetos que persigue incorporarlos a una misma racionalidad unilateral desde la academia. La libertad de elegir una carrera profesional, es una dicotomía ya que se impone la lógica del mercado sobre la decisión personal o individual, las cuales van contra las dimensiones de lo público, lo heterogéneo o social. Un ejemplo muy claro de esta racionalidad y que afecta directamente al campo de la salud es el modo de concebir la medicina como clínica que justifican la aplicación de la administración como vigilancia del cuerpo social desde las políticas públicas.

En efecto, los pacientes considerados como individuos también están sujetos a los condicionantes de la vida, que los hacen vulnerables a la salud o enfermedad por la vejez, carencia de vivienda o educación. En este contexto, los procesos de individualización constituyen en el instrumento de la política de seguridad social neoliberal. El individuo, entonces legitima la Medicalización, porque debe gestionar sus propios riesgos, articular toda su forma de vida en función de la prevención e inversión, para su propio cuidado y resguardándose de los individuos “enfermos”. Así, se abre un nuevo horizonte de necesidades y demandas que satisfacer, un territorio lleno de intereses mercantiles por parte de las farmacéuticas principalmente. En este contexto, al poder farmacéutico le interesa particularmente una cosa: la existencia de sujetos que posean conductas de consumo farmacológico cada vez más intensas. Esto quiere decir que, las farmacéuticas trabajan para aquellos que pueden comprar un medicamento y no para quienes poseen una enfermedad. Por este motivo, el mercado de la salud, además

de ser clínico, funciona alrededor de las relaciones que pueden establecerse entre el fármaco y el estilo de vida de los individuos. De este modo, se trata de inventar nuevas necesidades que encajen en el saneamiento de los individuos a través de algún tipo de fármaco comercializable. Por este motivo, la enfermedad origina la comercialización y la demanda del medicamento.

Continuando con el análisis de la modernidad y sus implicaciones en la formación de recursos humanos en el Ecuador es necesario considerar dos procesos, que definen las agendas estatales y organizativas frente a la formación de los recursos humanos, que son la Gestión del personal de Salud y de la Formación Académica.

### **3.1.1 Modelo de gestión del personal de Salud**

Algunos países de América Latina han emprendido un proceso organizado e institucionalizado de planificación de recursos humanos generados por procesos de reforma. El modelo de gestión nace de propuestas institucionales tanto públicas y privadas que rigen a los recursos humanos, estas propuestas son procesos y actividades que ponen en funcionamiento, desarrollan y movilizan a los trabajadores de las organizaciones de salud y así buscan lograr los objetivos sanitarios establecidos por dos instituciones principalmente, el MSP y la OPS. El involucramiento de los actores no gubernamentales, OPS/OMS, se ha dado porque son actores sociales mediadores entre el Estado, el personal de servicios de salud y los beneficiarios de este servicio.

Para contextualizar el apartado, podemos explicar cómo se ha generado la gestión de RR.HH. en América Latina ya que han existido varios intentos o modelos de planificar los recursos humanos en salud relacionados a la gestión de los servicios y las reformas públicas de cada país acompañados de la cooperación técnica de OPS, quienes daban las bases para una planificación de recursos humanos. Si bien los diferentes procesos de reforma llevados a cabo en varios países exigían un proceso de planificación de recursos humanos en salud, se puede decir que no se ha concretado este esfuerzo. A mediados de los años ochenta y como consecuencia de la ineffectividad de la planificación de salud surgieron la planificación estratégica y situacional. Sin embargo, es evidente que la Planificación se ha orientado desde el escritorio como producción

académica en aspectos muy concretos como la administración de la formación, el trabajo y la gestión de los recursos humanos.

Estas propuestas fueron creadas desde dimensiones políticas con varios limitantes que dieron como resultado problemáticas por las condicionantes que dictaban en los objetivos de planificación. Por estos motivos, los procesos de reforma sectorial han obligado a redefinir qué es y cómo debe ser una planificación de recursos humanos que permita orientar la gestión de los recursos humanos, considerando las nuevas condiciones del entorno con la finalidad de contribuir a los objetivos de los sistemas de salud. Estas problemáticas han sido de carácter estructural, reflejados en la escasa cercanía de estos modelos con los contextos y autonomías de cada país y su planificación o distribución del recurso humano.

Los principales problemas ha sido por el seguimiento de normas internacionales dictadas por la OMS y OPS que no consideran los contextos nacionales y responden a cambios neoliberalismo provocando que la planificación se base en la oferta y la demanda. Por ello, se han formado condicionamientos en base al negocio médico que han creado necesidades en función de una meta o parámetro internacionalmente posesionado e incoherente con cada realidad. Según OPS los siguientes aspectos deben ser tomados en cuenta a la hora de configurar pautas para la planificación de recursos humanos son: el contexto de reformas sectoriales y sanitarias, la integración a la planificación de políticas, regulación y gestión de los recursos humanos, viabilidad política, la descentralización de los servicios y la planificación de actores para la toma de decisiones.

El uso de métodos a partir de estándares de cálculo no tomaron en cuenta, en la práctica, las condiciones del entorno político ni sanitario y los cambios en las condiciones de trabajo, como el número de horas de las jornada, los horarios de trabajo, el número de hombres y mujeres, las necesidades de tiempo libre, el envejecimiento de los trabajadores, el dinamismo tecnológico, la competencia en los mercados de trabajo, la influencia de las modalidades de pago, etcétera. Muchos de estos cálculos se basan un parámetro internacional que determina un número de profesionales por habitantes, pero las comparaciones basadas en este dato no son posibles, ya que no dan cuenta de la organización del sistema de salud de cada país.



Este tipo de modelos exige varias características como la planificación y la distribución. Un elemento que debe ser analizado dentro de la distribución es la exclusión y como efecto la escasez, aspectos que se relacionan con el ausentismo laboral, los procesos de jubilación, las modalidades de contrato, horarios, oportunidades de formación, remuneración. Otro de los aspectos cuestionables a la planificación ha sido la falta de ajustes y desconsideración de los contextos políticos y sanitarios, debido principalmente por el uso de un modelo de atención basado en enfoques hospitalarios centrados en la salud clínica más que, en la promoción, prevención, atención primaria en salud. Estos procesos han estado limitados debido los presupuestos disponibles enfocados a las prácticas curativas y no preventivas.

De este modo, las autoridades rectoras estatales y gestoras públicas han renunciado a su responsabilidad global sobre todas las necesidades del sistema de salud y actúan a merced de una desequilibrada balanza mercantil entre el interés comercial de la medicina y la necesidad de un servicio de Salud de la calidad, por ello la lógica del mercado de la salud se centra en consumidores y demandas públicas y privadas. La salud, por ende, ingresa en el horizonte mercantil de la mano de la dinámica de individualización neoliberal. Es decir, resulta preciso seguir modelos administrativos con las falencias que transgredir el orden y luchar por la autonomía y el empoderamiento de los procesos sociales y salubres. Podría afirmarse, entonces, que el orden neoliberal descansa y se apoya en procesos de subjetividad ligados a la autogestión de la vida, en la práctica, este apartado se traduce a la aplicación de la medicalización y la industria farmacéutica mediante el uso del cuerpo social legitimado por el Estado. De este modo, existe un mercado *Biopolítica*, una verdadera monetización de la salud sustentada en la racionalidad de la academia, el estado y del poder farmacéutico que imponen una medicina funcional al capitalismo.

### **3.2 Formación recursos humanos en salud en Ecuador**

En la región hubo una tendencia hacia el desarrollo de recursos humanos en salud, por ello, la reforma laboral y educativa generó políticas a partir de cuatro vertientes fundamentales: educación, salud, trabajo y el desarrollo científico y tecnológico.

Cuando hablamos de políticas de recursos humanos en salud se refiere a las políticas contenidas en los planes de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública que supone son los responsables de orientar los planes, programas y proyectos nacionales. En su mayoría esas políticas han sido formuladas en el contexto de los grandes modelos políticos, económicos y sociales, como se han explicado anteriormente cuyo contenidos se han quedado a nivel de propuestas.

El nuevo enfoque de fortalecimiento de la calidad de atención por el Talento Humano requiere implementar estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua acerca de la carrera sanitaria cuyo objetivo es la formación en los servicios para contar con personal altamente capacitado, motivado y comprometido, que responda a las necesidades del sector público y privado. Una de estas propuestas es la Educación Permanente en Salud (EPS) que surge a partir de lo establecido por la OPS en función de la planificación de las acciones de salud y de los recursos humanos que deben responder a la demanda de profesionales de la salud, cuya formación estaba desvinculada de la realidad de los servicios y al margen de los problemas sociales. Por lo tanto, la propuesta de EPS considera que las actividades del trabajador de la salud es un punto de partida para atender las necesidades del servicio de salud detectadas.

Lo que busca el fortalecimiento del talento humano es garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención y gestión; la aplicación de las normas, protocolos y guías de manejo clínico establecidos por el Ministerio de Salud Pública; así como el control administrativo con procesos de auditoría, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas para lograr un sistema de control de la garantía de la calidad de los servicios. Las características de este modelo puede ser identificado por Foucault como: “el nuevo diseño del espacio que consiste en la creación en torno de cada enfermo de un espacio individualizado, modificable según la evolución de la enfermedad; concentración en manos del médico de todo el poder dentro de la organización hospitalaria, desplazando a la autoridad del personal religioso; formación de un sistema de registro permanente de todo lo que acontece, que será decisivo para la producción de un conocimiento específico” (Foucault, Nacimiento de la *Biopolítica*. Curso en el Colegio de Francia, 2007, págs. 108 -109).

Es evidente que el papel de las políticas actuales tiene una especial atención al estudio de políticas económicas nacionales y regionales que han impactado en la oferta académica de los recursos humanos en salud. En tal sentido se puede concluir que el Biopoder está presente en el hospital y en la universidad porque se convierten en una tecnología de mercado, debido a sus mecanismos de observación y de registro es capaz de construir un saber acerca de la población en función del capital. En palabras de Foucault: “gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos de saber y de intervención de la medicina” (Foucault, Nacimiento de la *Biopolítica*. Curso en el Colegio de Francia, 2007, pág. 110). Toda esta evolución del hospital demuestra que la medicina moderna es una medicina individualista, y no una medicina social que se configura como una tecnología de la población y en este caso de la mercancía. Por ello, se detectan vacíos por parte del organismo rector como la mala calidad de los servicios (incluyendo la gestión clínica y el cumplimiento de normas), el derecho a la salud (incluyendo los roles del usuario y de otros actores sociales en el sector salud) y la sostenibilidad de las reformas.

Varias problemáticas han surgido con la modernización de salud debido a que las políticas que no han sido analizadas con relación a una serie de conflictos sociales y sus repercusiones como el acceso a los servicios de salud, la falta de mecanismos para ampliar la protección social en la salud, el efecto negativo de desagregar las funciones del sistema de salud en segmentos, las ineficiencias e inequidades en el financiamiento de los sistemas de Salud, la baja efectividad de las intervenciones y la calidad de la atención de salud, las desigualdades en la cobertura de seguridad social, en general, la falta de modelos integrales de atención orientada a la prevención y la promoción de la salud y con ello el desarrollo de los recursos humanos.

Además se crean problemas institucionales al querer aplicar modelos de salud modernos como restricciones fiscales a los presupuestos disponibles, desinterés en la atención primaria intercultural, impulso a la promoción de la salud clínica, cambios en los roles profesionales, redefiniciones el concepto de enfermo que no es considerado como sujeto social, cambios en los patrones de trabajo y remuneración y controles sobre la práctica profesional. De este modo, los recursos humanos, para ser coherentes con el

proceso de reforma y modernización requieren aplicar mecanismos de planificación de la fuerza de trabajo.

### **3.2.1 Planificación de Recursos Humanos en Salud en Ecuador**

En el Ecuador se han realizado algunos cambios en lo que a Recurso humanos se refiere, por ejemplo el decreto que exige el cumplimiento de 8 horas laborales por parte de todo el personal de salud, la creación de nuevas plazas de trabajo, el esfuerzo por ocupar las plazas de especialistas en los hospitales, etc. Estas acciones han sido encaminadas en función de la planificación de recursos humanos entendida como la búsqueda de un balance de la ecuación entre oferta y demanda de personal en los sistemas de salud. La más usada fue la acuñada por Hall que enfatizaba la estimación del número de personas y los tipos de conocimiento, habilidades y actitudes que requieren para alcanzar los objetivos sanitarios.

La mayoría de los esfuerzos de planificación de recursos humanos se han centrado básicamente en el médico en base a un proceso que implica un momento analítico, un momento de formulación y la implementación de un plan de acción que continúe con la evaluación y el monitoreo de educacional y laboral. La necesidad o capacidad de contar con el número “correcto” de personal ha sido el interés de quienes intentan planificar desde siempre pero deberían estar articulado a sus competencias en el lugar y puesto adecuado. La práctica real de planificación de recursos humanos se basa en el cálculo de la disponibilidad o de la oferta y a partir de allí se proyectaban las necesidades futuras, en un determinado horizonte temporal, en función de una meta o parámetro internacionalmente correcto pero incoherente con la realidad nacional.

Por lo general los procesos de planificación se originaron por la presión corporativa o la preocupación de los dirigentes sectoriales en coyunturas marcadas por la sobreoferta y escasez, número de plazas, disminución de cupos de formación, disminución de los presupuestos destinados a financiar puestos de trabajo. En síntesis, los procesos de planeación han sido por lo común esporádicos y en general inefectivos ya que los planes fueron ejecutados sólo en casos excepcionales. En muchos otros fueron improvisados e influenciados, y limitados en su alcance, por intereses de actores

diversos. Es reconocido en el campo de recursos humanos que, los políticos no quieren perderse el rédito que da abrir las escuelas médicas, sin pensar en necesidades, calidad ni situación de los mercados de trabajo, así como la sociedad tiene derecho a la educación, el estado limita las oportunidades de educarse en carreras “saturadas” como la medicina pero es claro la falta de coherencia entre el Estado y la academia para incentivar la formación en campos específicos y que demandan más personal en el campo de la enfermería por ejemplo.

El uso de métodos a partir de estándares de cálculo no tomaron en cuenta, en la práctica, las condiciones del entorno político ni sanitario y los cambios en las condiciones de trabajo, como son el número de horas de las jornada, la modalidad tiempo completo o parcial, el número de hombres y mujeres, las necesidades de tiempo libre, el envejecimiento de los trabajadores, el dinamismo tecnológico, la competencia en los mercados de trabajo, la influencia de las modalidades de pago, etcétera.

Por ello en el Ecuador, no existen políticas sanitarias ni claridad en los modelos de atención que sirvan de orientación a la formación ni a la gestión del personal, ya que no se logró articular el equipo de recursos humanos nacional distribuido que el MSP había ideado.

### **3.3 Academia y Sistema Nacional de Salud**

Nos enfocaremos en el apartado que trata sobre el desajuste de la formación recibida y las competencias para el ejercicio profesional, ya que, en el Ecuador la inexistente distribución de recursos humanos de salud como médicos y la escasez de enfermeras, no es solo un problema cuantitativos, sino que causa un desequilibrio en los centros de salud por la carencia principalmente pero también por el excesos en algunos casos. Para abordar este tema, se ha entrevistado a varios salubristas y representantes de instituciones que tratan el tema de Salud Pública en el país.

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN
--------	-------	-------------

Magister Margarita Trujillo.	Representante de la Dirección Nacional de Talento Humano	Ministerio de Salud Pública
Dra. María Cecilia Acuna	Coordinadora de Sistemas y Servicios de Salud HSS	OPS-OMS Ecuador
Lic. Miriam Murillo	Líder Enfermera	Hospital Gineco-Obstetra Isidro Ayora
Dra. Rosa Goyes	Coordinadora de la Maestría en Salud Pública	PUCE
Dr. Edison Aguilar	Director de la Maestría de Salud Pública	UCE

Elaboración: Sofía Yanchapaxi Y.

Las instituciones de salud cuentan con estructuras rígidas y socialmente estratificadas y, como consecuencia, la movilidad horizontal o vertical a su interior es mínima por ello los procesos educativos de los trabajadores se consideran innecesarios, lo que supone ser gastos y pérdida de tiempo. De este modo, los funcionarios responsables de los servicios de salud cumplen con la normativa vigente. Si los profesionales de la salud se someten a un proceso educativo, este responde a las Propuesta de la institución pública y de la institución educativa las cuales actúan acorde al mercado y reproducen el divorcio entre la institución rectora de la salud y la academia. Como lo explico la doctora Rosa Goyes en una entrevista, los motivos de esta separación se debe al poco dialogo entre las instituciones académicas y la institución rectora en cuestión de las necesidades de especialistas, salubristas, enfermeras, tecnólogos para que la oferta académica se cree en función de estos parámetros y de este modo se pueda solventar la demanda mínima de médicos. Este ha sido el panorama que ha vivido el sistema de salud, pero en los últimos 4 años se impulsó la formación de médicos con la especialidad de medicina familiar, los cuales están siendo formados para asistir a los servicios rurales. Este sector ha sido el más desatendido y los modelos de atención no han podido superar el déficit de atención que hay en estos centros.

La formación de profesionales en salud es una de las funciones esenciales de la Salud Pública producido por la necesidad de nutrir los procesos de educación para el cambio de conductas de los trabajadores, como lo plantea Reveré: “la educación en el

trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población” (Reveré, 1994). Por ello, la tarea universitaria de formación en salud debería garantizar el cumplimiento de los derechos a una educación de calidad que sea pertinente a las necesidades del país. No obstante, las universidades consideran la educación como inversión, haciéndoles competentes a los profesionales y respondiendo a las leyes del mercado. Los motivos de ello es la separación existente entre los servicios y la academia por una mala interpretación y aplicación del principio de la Autonomía universitaria, que van de la mano de políticas neoliberales que promueven el crecimiento de la educación particular en desmedro de la educación pública, con la creación de un gran número de Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud, en la región de las Américas y en el Ecuador.

Cada universidad puede hacer su oferta de educación, pero en el caso de los servicios de salud, se encuentra separada de las necesidades de servicio y atención. Las carreras universitarias no consideran el entorno circunstancial de las instituciones públicas para ofertar la formación académica en salud. Cuando el objetivo es la formación de servicio de salud, la dinámica de la universidad debería adaptarse y recrearse como herramienta del cambio, pero, no todos los profesionales acuden a procesos educativos con la misma motivación. Además otras actividades de formación como congresos, talleres y seminarios ofertados por distintas organizaciones tampoco responden a las necesidades de cambio y reformas institucionales a los que acuden profesionales. Al igual, el poco apoyo de las instituciones estatales, limita la educación debido a que no autorizan licencias académicas, ni ofertan becas para continuaron la formación o asistir a congresos, seminarios o talleres organizados por la propia institución, o por las asociaciones gremiales de diverso tipo.

En la época neoliberal el Estado estaba regulado por el mercado, y esto se reflejó en la educación convirtiéndolo en bien privado del que se podía lucrar. De ahí que, el surgimiento, desde las décadas de los 80, 90 y el primer lustro del 2000, de varias universidades que ofrecían títulos de cuarto nivel al mejor postor. Sin embargo, esta no es razón para que profesionales con una especialidad médica trabaje en subcentral de salud brindando atención primaria cuando existe un déficit de especialistas en hospitales.

En nuestro país funcionan actualmente 25 Facultades de Ciencias Médicas y de la salud con una graduación de alrededor de 4.000 profesionales en diferentes carreras y programas de postgrado, graduación que se ve afectada en sus aspiraciones de crecimiento y desarrollo debido a que el mercado laboral se ha tornado escaso y complejo en su gestión, por algunos elementos tales como: flexibilización laboral sin protección, gobernabilidad y conflictividad sectorial, producto de procesos poco claros sobre el ingreso y promoción institucional; desfase en la gestión de recursos humanos, por el enfoque eminentemente reglamentario que se aplica, lo que desmotiva a los profesionales y los amedrenta al sometérselos a procesos de evaluación de desempeño sin una clara definición de sus propósitos y una formación universitaria, con perfiles inadecuados y observaciones sobre la calidad de la educación que imparte.

### 3.3.1 Gráfico 2: Universidades que ofertan Pregrado Medicina, Enfermería, Odontología y Tecnología a nivel Ecuador

Universidad	Facultad	Escuela/Carrera			
		Medicina	Enfermería	Odontología	Tecnología
De Guayaquil	Ciencias Médicas	✓	✓	✓	
De Cuenca	Ciencias Médicas	✓	✓		Laboratorio Clínico Imagenología
Nacional de Loja	Área de Salud Humana	✓	✓		Laboratorio Clínico
Técnica del Norte			✓		Terapia Física
Técnica de Manabí	Ciencias de la Salud	✓	✓		
Laica Eloy Alfaro de Manabí					Licenciaturas en: Laboratorio Clínico Radiología Terapia Física
Técnica de Babahoyo			✓		Laboratorio Clínico Terapia Física <b>Nutrición</b> y Dietética
Nacional de Chimborazo	De Cultura Física y Ciencias de la Salud	✓	✓		Laboratorio Clínico Terapia Física
Superior	De Salud Pública	✓			



Politécnica de Chimborazo					
Técnica de Ambato	✓	✓			Licenciatura: Laboratorio Clínico Terapia Física
Católica Santiago de Guayaquil	De Medicina	✓			
Técnica Particular de Loja		✓			
De los Andes	Ciencias Médicas	✓	✓	✓	
Del Azuay	Ciencias Médicas	✓			
Técnica de Machala		✓	✓		
De Especialidades Espiritu Santo	Ciencias Médicas	✓			

Fuente: Informe de la investigación: “La distribución y formación del recurso humano en salud, y su relación con la planificación, durante los años 2009 y 2010 en el Distrito Metropolitano de Quito”  
Elaboración: Instituto de Salud Pública, PUCE, 2012.

Las instituciones de salud se preocupan muy poco por realizar programas de educación que respondan a las necesidades de aprendizaje de los profesionales de la salud o de la calidad de atención que brindan. Tal es el caso de la mayoría de los hospitales más grandes y concurridos de la ciudad de Quito, cuentan con personal formado en especialización o maestrías, pero la nula planificación crea desequilibrios en la articulación entre el perfil profesional y la práctica del servicio, como lo señala el informe del ISP.

Retomando el tema del Estado Plurinacional, es importante señalar que el proceso de modernización también ha sido excluyente, debido a que no se acepta la práctica y la formación de recursos humanos que practican modelos medicinales ancestrales. Debido a que, existen personal consideradas como yachay, mamas, taitas, sobadores, que no son visibilizados, reconocidos ni valorados como personal de salud desde la academia, a pesar de que la constitución se auto define como plurinacional. Por ello, los conocimientos medicinales ancestrales no son reconocidos formalmente, ni sus practicantes llegan a ser considerados personal de salud porque su formación no ha sido académica sino práctica. Con ello se concluye que, la academia y la institución estatal aun no lograr articular un sistema nacional de salud que integre saberes diversos.

Pero ello, la modernización también implica procesos de exclusión como son los concursos de méritos y oposición, los cuales se desarrollan bajo un concurso donde el personal con perfiles académicos son posibles ganadores de mejores puestos de servidores públicos. Sin embargo, existe una diferencia entre el personal de salud que impide un concurso equitativo, es decir, por iguales que sean los perfiles académicos y profesionales de médicos, doctores y enfermeras, no tendrán las mismas oportunidades porque el médico especialista tendrá mayores oportunidades de acceder a mejores cargos, administrativos, organizativos, etc. Estos datos han sido recogidos de entrevistas realizadas a varias enfermeras del sector público quienes expusieron que las enfermeras no son consideradas para cargos administrativos generales, solo para cargos administrativos clínicos y de su área.

Lo más coherente dentro de la modernización del sector de la salud, sería proponer la gestión de recursos humanos en base a planificación y distribución pero se ha observado que en el proceso de gestión de recursos humanos en el Ecuador no ha culminado, sino que ha contribuido con las desigualdades y subutilización de este recurso. La subutilización del personal de salud es una realidad común dentro los servicios públicos, como lo señala el informe del ISP, que es el reflejo de la inexistencia de una planificación del sector salud por parte del Estado. El informe indica que al recabar los datos de los servicios públicos, se pudo constatar que existían profesionales con más de un título de cuarto nivel, sobre todo entre médicos y enfermeras, pero estos profesionales muchas veces no ejercían su profesión en estas especialidades, sino que realizaban tareas bastante básicas y que respondían a su formación de tercer nivel únicamente. Así, en lugar de hacer uso más óptimo de los conocimientos y capacidades de los profesionales, el Estado está subutilizando estos recursos, básicamente por la inexistencia de una planificación.

Mientras que hay exceso de personal en hospitales y áreas urbanas, por el contrario escasos en áreas periféricas, y mucho más marcadas en las áreas rurales, conclusiones a las que llega el análisis realizado por el ISP. Otro de las principales problemáticas ha sido sobreestimación de los profesionales médicos, quienes tienen una categoría profesional superior a las otras especialidades médicas y por ello, la calificación, el posicionamiento, el reconocimiento y la remuneración es mayor a la de otros sectores de salud como son enfermeras, odontólogos, tecnólogos, obstetricias, entre otros.

Como lo señalo en una entrevista el Dr. Edison Aguilar, en servicio de seguridad campesina las enfermeras se les contratan como auxiliares de enfermería, visibilizándose la necesidad de disminuir la compensación que equivale su formación o llenar estos lugares con personas que tiene un menor nivel académico. La atención en contextos rurales o periféricos no se ajusta a los contextos locales y aspectos culturales, como son aquellos que se manifiestan en las diferencias étnicas, de género, etc. Lo que ha limitado la atención y el acceso de los pobladores con estas características.

Dentro de la teoría Neo institucionalismo y reforma estructural explicada por el economista Pablo Dávalos, establece que generar reformas institucionales neoliberales implica cambiar marcos jurídicos y sociales. Para Dávalos: “la política y la economía están vinculadas en el desempeño económico a través del marco institucional” (Dávalos, 2010, pág. 7). Este marco institucional es el que regula los comportamientos y concepciones de la sociedad y sus sujetos, por lo que si se lo adecúa a las necesidades neoliberales, sus medidas y prácticas podrán insertarse en el país a largo plazo y sin generar un conflicto social fuerte, como lo hizo en su primer momento de imposición. Según el autor, es el mismo Banco Mundial el que ha planteado esta reforma estructural de la institucionalidad, ya que éste supo divisar los errores que el Fondo Monetario Internacional cometió en la primera etapa neoliberal, en la que los ajustes macro fiscales generaron mucha convulsión social, por lo que no lograron ser aplicados en su totalidad.

De este modo se justifica la necesidad del neoliberalismo de generar reformas institucionales que puedan concretarse como modelo político y económico a nivel mundial. Para alcanzar este objetivo, el Banco Mundial se ha valido de un complejo institucional que ha venido estableciendo políticas y recomendaciones en distintos sectores sociales y a nivel global, de forma que vayan compaginándose con el modelo neoliberal. Dice Dávalos que “...se creó una praxis política sustentada en un entramado institucional y político que rebasó al Banco Mundial, aunque nunca dejó de estructurarse bajo la brújula del neoliberalismo...” (Dávalos, 2010, pág. 12). Dentro de un segundo nivel de instituciones, se habla de las que están ligadas a la cooperación internacional y, más específicamente, al sistema de cooperación al desarrollo de la ONU, entre ellas la OMS. Entonces, si es que OMS genera documentos en los que se recogen supuestos y políticas neoliberales, a pesar de la crítica realizada a este modelo de desarrollo, tienen que ser comprendidos como una continuación del mismo modelo para lograr su afianzamiento en la sociedad.

De todo esto se desprende que, el Estado ha generado intentos de modernización desde una modalidad neoliberal. Como se ha visto en la historia del Sistema nacional de salud. De ahí que como resultado de “la larga noche neoliberal”, se haya obtenido un desmantelamiento del Estado por el gasto de inversión que, obviamente, lo aleja cada vez más de su modernización. Es por esto que si el Estado mantiene los lineamientos de OMS y el Banco Mundial, lo que se logrará es la implantación total y definitiva del neoliberalismo en el Ecuador. Bajo esta línea de razonamiento, se puede entender por qué los sistemas de formación sobre RR.HH. en el sector de salud son inexistentes o tan precarios a pesar de las iniciativas para constituirlos: el proceso de modernización del Estado es tan sólo una falacia para naciones periféricas como el Ecuador, ya que bajo el modelo neoliberal, lo que se intenta es desmantelar al Estado y su institucionalidad, en lugar de generar servicios de calidad y eficientes.

Si el proceso de modernización fuese coherente, debería haber un dialogo entre el sistema de salud y la academia, con ello se podría proponer procesos de planificación y distribución. Por ello es necesario superar el modelo de modernización y se vuelve urgente plantear acciones y políticas de estado para mejorar estas situaciones, lo que implica la exigencia de un proceso que incluya a la planificación.

La realidad muestra que el Ecuador, a pesar de sus múltiples iniciativas de modernización mantiene una institucionalidad precaria que no puede brindar los servicios necesarios a su población y, cuando lo hace, no existe una racionalidad que direcciona eficazmente la utilización de los recursos de los que el país dispone. Este tipo de intentos para generar sistemas de información nacionales son la muestra de que proyectos del Banco Mundial como MODERSA o las recomendaciones de OMS para intervenir en los determinantes sociales de la salud y lograr la equidad sanitaria dentro de los países, están siendo aplicadas por el gobierno nacional con la intención de modernizar el sector público del Ecuador.

Es por esto que se hace hincapié en que los intentos de modernización de sector de la salud en el país no llegan a ser profundos ni pueden echar raíces dentro de esta sociedad. Muy posiblemente, este hecho se esté dando porque lejos de terminar con la necesidad de desmantelar el Estado y la institucionalidad nacional que profesaba el neoliberalismo, el Ecuador se siga manteniendo en el mismo proceso pero bajo nuevos discursos y políticas.

## **4 CONCLUSIONES**

A partir de siglo XIX crece el interés del problema de la salud y del cuerpo humano como instrumento para la fuerza productiva necesaria para el desarrollo del capital. Por ello, la Medicina social comienza como medicalización de las sociedades, establecida desde el control colectivo sobre los individuos, no solo desde posturas ideológicas o políticas sino, como control del cuerpo con el cuerpo. Para ello, fue necesario que la medicina pasara por tres etapas para concretarse como Medicina Social

que fueron: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral, como lo explica el filósofo Michael Foucault. De este modo, se colectivizó la medicina del cuerpo en base a un modelo de control sobre el cuerpo colectivo, como mecanismo de consumo, de control, inclusión/exclusión en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral, características propias de la modernidad en beneficio del sistema capitalista.

Para este autor, la medicalización es el poder que vigila nuestro cuerpo donde la Medicina Social es la aplicación de una ciencia sobre el cuerpo colectivo. De esta manera, la función de las ciencias, como la médica, responde a un poder tanto físico como simbólico ejercido por prácticas sobre el cuerpo funcional a los intereses del grupo dominante. Por ello, la práctica médica se justificaba mediante la producción del sistema capitalista que necesitaba a los obreros sanos y productivos, por ello, el tema de salud se convirtió en un problema del cuerpo, de interés global y de preocupación social, donde la lógica del Estado era proteger y asegurar la salud de los obreros y las condiciones de trabajo.

La Medicina Social se fue consolidando como medicina asistencialista, que luego fue reemplazada por la medicina comercial y mercantil, ya que incluía la conjunción de tres sistemas médicos como fueron la medicina asistencial dedicada a los más pobres, la medicina administrativa encargada de problemas generales y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía los medios para pagarla. Los conceptos de medicina social y medicalización implican el uso de poder, que producen formas de subjetivación del sujeto expresadas por discursos y se ven reflejadas en la producción de políticas, como es la Salud Pública, definida como la intervención del Estado en un problema de la salubridad. Un problema público se constituye como una construcción social marcada por un contexto, que afecta directa o indirectamente a intereses sociales, económicos, políticos, ideológicos, tecnológicos, administrativos, sociales, y ambientales del país en general.

En consecuencia, se introduce la medicina como preocupación pública donde la práctica salubrista tiene un valioso grado de aceptación, legitimación y reconocimiento que debe ser formalmente desarrollada en base a pautas científicas y técnicas y de esta manera se legitima el conocimiento, lo que genera la institucionalidad de la medicina.

Para Foucault, el poder es la capacidad que tiene un determinado sujeto de imponer su verdad, como la verdad para el otro de este modo la razón en la modernidad es un arma de dominio. Desde este concepto, se puede contrastar la categoría de Biopoder, donde se refleja la autoridad de carácter colectivo sobre el sujeto que está atravesado por instituciones y estrategias de control mediante los sistemas de salud. El Biopoder, es una tecnología que tiene por objeto y objetivo el control de la vida, esta es una tecnología de adiestramiento en que los cuerpos se reubican en los procesos biológicos del cuerpo en función del desarrollo del capitalismo. El Biopoder, ha sido un elemento indispensable para el desarrollo del sistema capitalista; a través este se asegurada la inserción de los cuerpos en el aparato productivo donde la sociedad se hace dependiente de los procesos neoliberales del mercado, por ellos la Salud pública se transforma Medicalización del cuerpo, que junto a la legitimidad que le otorga el Estado se hace funcional al sistema mercantil, donde se ejerce el poder sobre el sujeto. Por ello, la salud se consolidó una disciplina rentable basada en el control del cuerpo con el fin de que éste sea funcional al sistema industrial.

Posteriormente se instala como un mecanismo de control social con el higienismo y consecutivamente como disciplina científica que se legitimaría en el Estado mediante políticas de Salud Pública. La intervención del Estado se refleja en las políticas públicas que han sido desarrolladas por instituciones públicas que conciben a la salud desde una perspectiva de bienestar social, que debe alcanzarse mediante acciones de política pública como la atención primaria, la prevención y promoción de salud. Las políticas públicas deben ser un punto de partida para alcanzar la equidad mediante decisiones económicas y sociales, pero la aplicación de una política implica producir efectos sociales y también fortalecer la institución pública. Cotejando con la teoría de Foucault, la pragmática de las políticas públicas legitiman al sujeto sujetado mediante el control no solo del cuerpo sino de fuerzas simbólicas de dominación, que no necesariamente están ligado a la presencia o ausencia de enfermedades o dolencias, sino a la representación del poder.

Por estos motivos, se demandan la creación de una política de salud de Estado, con una institucionalidad fuerte y con capacidad de expresarse en el nivel nacional, regional y local que en el Ecuador es el Ministerio de Salud Pública. Esta institución

tiene a cargo la rectoría de la Salud en base al Sistema Nacional de Salud, que debe garantizar el acceso a condiciones de calidad de vida con buenos niveles de salud para toda la población, lo que implica, la movilización del sector económico, social, ambiental y político para conseguirlo.

El Estado al ser garante del derecho a la salud debe estar comprometido en la producción de políticas, en el caso de Ecuador, el MSP se ha basado en las directrices de la OPS o el BM, esto ha traído consecuencias, en este caso, sobre la planificación de recursos humanos, infraestructura y financiamiento de la salud. Reflejo de ello son los procesos de modernización del SNS ecuatoriano que no han respondido a las necesidades de salud para toda la población, en su lugar, han beneficiado al sistema farmacéutico que ha legitimado a la salud con visión clínica y no social. Uno de los intentos de reformular las políticas en salud, fue la APS (Atención Primaria en Salud) que trató de garantizar la atención y satisfacer necesidades y problemas de la población, pero su aplicación ha sido criticada por algunos teóricos de salud quienes consideran que el proceso solo ha impulsado una Reforma Mínima, que se caracteriza por la gestión administrativa y financiera, dividiendo la función rectora del Ministerio de Salud en otras entidades.

Con este tipo de perspectivas lo único que se ha logrado es institucionalizar y normalizar las prácticas y ejes teóricos sobre la salud. En este sentido, las reformas adoptadas no han logrado dar cobertura de salud a todos los habitantes. En las últimas décadas se han observado limitantes del Modelo de atención curativo y epidemiólogo, como limitaciones en el acceso a servicios, deficiente cobertura y calidad de atención, gestión centralizada, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, y alto costo de insumos y tecnologías, así tampoco se reconoce conocimientos de medicina tradicional porque no son considerados como científicos y por ello no tienen validez. En zonas marginales por ejemplo, la atención primaria en sectores rurales y urbanos marginales ha estado dirigida por médicos rurales formados dentro ambientes hospitalarios, cuya formación formal no considera la diversidad de escenarios y de realidades de las comunidades indígenas, montubias, indígenas del oriente y sus bagajes culturales como lenguaje, costumbres e imaginarios. Desde este punto tan básico no se ha podido brindar acceso y atención eficiente.



Algunos estudios opinan que se han desarrollado dos tipos de reformas al sistema de asistencia social: no estructurales y estructurales. Ecuador se enmarca entre los países que han asumido el primer tipo, que ha buscado implementar mejoras en sus programas de asistencia y prestaciones, como el aumento de la cobertura poblacional, normalización de las condiciones del derecho a la salud y la implementación de mecanismos para enfrentar y reducir el déficit. Lamentablemente, los procesos de modernización que ha atravesado el país y aún no concluyen, en el tema de Recursos humanos, son llevados de forma incoherente con a los cambios académicos efectuados en este gobierno en contraposición con los escenarios sociales reales del país. Por un lado, si se cumple con requisitos fundamentales para generar servicios de salud de calidad y eficiencia, basados en estructuras de grandes instituciones como la OPS y la OMS. Por otro lado, estos modelos de modernización, reformas y cambios basados en la racionalización y administración de la salud, junto con la inversión económica y los recursos destinados a los servicios de salud, no logran concretarse debido a la inexistencia de una planificación en salud, en todos los niveles, ya sea local, provincial o nacional.

Además de las instituciones estatales, existe varios actores decisivos en la administración del sector de la salud como son: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) quienes definieron las directrices, modelos y reformas del sistema de salud, así como de los paquetes de atención primaria, posteriormente los definiría el Banco Mundial, con las implicaciones paternalistas y neoliberales que los caracteriza. Estas propuestas de corte neoliberal consolidó un modelo de salud que restringió la intervención en el área social. En este sentido, en Ecuador, las reformas realizadas en base a los dictámenes de la OPS y OMS, no han logrado dar cobertura de salud a todos los habitantes. En las últimas décadas se han observado limitantes varios modelos como el MODERSA, el Modelo de atención curativo y epidemiólogo o el MAIS, que ha generado restricciones en el acceso a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, gestión centralizada, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, y alto costo de insumos y tecnologías. Son consecuencias y problemas visibles al momento de acceder al servicio de Salud, pero que el gobierno, principalmente el de turno, lo justifica como Modernización.

La presencia del Ministerio de Salud durante las últimas décadas no ha logrado cumplir con su rol de rector de salud porque no ha satisfecho las necesidades de salud, pero su legitimidad se ha consolidado por crear una institucionalidad sólida en la administración de salud. Si bien, hoy existe un importante grupo de tecnócratas salubristas e intelectuales que tratan el tema de la salud desde las políticas Estatales, no han podido superar su individualidad e introducirse en el imaginario colectivo, al igual que la academia y la formación de recursos humanos, por ello no llegan a ser parte de las reivindicaciones y las demandas de salud en toda su diversidad.

Las investigaciones en formación de recursos humanos en salud ha sido un tema que no ha sido tratado regularmente. Uno de los principales temas es la subutilización del personal de salud, que se ha preparado o especializado ya que han adquirido uno o varios título de tercer o cuarto nivel, de acuerdo a su función pero que su cargo o su práctica no es coherente con sus conocimientos y por ello este conocimiento no es aprovechado a cabalidad dentro del centro de salud. En el tema académico, se concluye que, existe una oferta mayor en algunas especialidades médicas, pero no se tiene real conciencia de que esté en relación con las necesidades del país o más bien es un criterio de mercado.

Al revisar bibliografía del Ecuador en cuanto a distribución de recursos humanos en salud, no se encontró ningún indicio de que existe una planificación o una regulación por parte de la autoridad sanitaria, por lo tanto para la formación como para la creación de nuevas carreras y creación de nuevos servicios de atención. De este modo, los procesos modernización, como las acciones para enfrentar las necesidades de salud de la población son inconsecuentes. Además, dentro de los planes académicos y metodológicos no se consideran las prácticas de otro tipo de prácticas salubristas como la medicina ancestral, por ello no existe una formación dedicada al personal de salud que tiene conocimiento de medicinal ancestral, desde la perspectiva moderna, los conocimientos Otros, tradicionales u originarios, son aniquilados, invalidados y excluidos del sistema de salud, porque no cumplen con los requisitos de ciencia. Mientras que las ofertas académicas sobre todo de cuarto nivel son creadas para reproducir la administración y la gestión de la Salud Pública, reproduciendo los mismos principios de la modernidad neoliberal que le otorga legitimidad al poder Estatal o mercantil frente a los cuerpos colectivos.

Una de las problemáticas también es el poder simbólico que se adquiere al cumplir con la formación académica médica, el doctor adquiere una construcción simbólica de status, reconocimiento, mérito y validez. Desde la Teoría del Biopoder, la ciencia, este caso la academia es la que reproduce el discurso de poder y sus subjetividades, legitiman las relaciones de dominio y poder que están visibles en las relaciones médico – paciente por ejemplo, y con ello se reproducen las formas perversas del capital sobre el cuerpo colectivo. De este modo, se ve la necesidad de reformar la estructura académica, no solo la malla curricular de los centros de formación académica en salud, sino la concepción de la enfermedad versus la salud, la formación humana del médico y el respeto a las diversidades en sus conocimientos y su formación en función de las necesidades reales de la población.

Considerando que, la efectiva formación de los recursos o de la inversión en el sector de la salud, no necesariamente significan el uso adecuado de políticas estatales. Además de estas políticas, las gestiones de otros sectores privados o instituciones académicas también aplican sus propios procesos de modernización, pueden tener considerable contenido pero la aplicación real de sus propuestas, principalmente académicas, están atravesados por el mercado. Estas consideraciones tanto estatales como académicas, han sido inconsecuentes y no logran puntualizarse en base a las necesidades de la sociedad. Premisas que serán desarrolladas en el siguiente capítulo donde se esboza el divorcio de la academia con el sistema nacional de salud y sus implicaciones en la sociedad estudiada bajo el Biopoder.

El desarrollo, la modernización y la implementación de programas de promoción de la salud, marcos epidemiológicos, desarrollo de infraestructura y distribución del recurso humano son necesarios, porque de esta manera el derecho a la salud podría abarcar su totalidad, y el Estado, al ser su garante debe comprender la complejidad y la diversidad social del país para implementarlas en las la formación de recursos humanos, brindando mejores oportunidades e incentivos para que se puedan reflejar en las prácticas de la salud.

## **5 BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES.**

- Aguas, J. C. (2012). *La Salud Pública en el Ecuador en el siglo XX*. Barcelona.
- Barona Terán, E. (2004). : *Motivación e incentivos de los recursos humanos bajo el régimen del código del trabajo, en el hospital descentralizado Asdrúbal de la torre del cantón Cotacachi*. Quito: Flacso-sede Ecuador.
- Borell, R. M. (1995). *Desarrollo de recursos humanos en salud: la experiencia dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana: FLACSO - Sede República Dominicana.
- Breilh, J. (2010). : *Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud en "Informe sobre Derechos Humanos Ecuador 2009 -¿Estado constitucional de Derechos? -Quito*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar – Editorial Abya Yala.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología: Economía política de la salud*. Quito: Corporacion Editora Nacional.
- Breilh, J. (2010). *La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano*. Buenos Aires: Salud Colectiva.
- Brito, P. (1996). *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales de Salud: Cambios y Oportunidades*. Washington: 1996.
- Brito, P., & Edmundo, G. (2000). *Relaciones Laborales en el Sector Salud- Quito*. Quito: Editorial A.H.
- Bustelo, M. (2002). *La evaluación de la Acción y de las Políticas Públicas*. . Díaz de Santos: Madrid.
- Campoverde, N. (2004). *Funciones esenciales de la salud y formación de recursos humanos*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Buenos Aires: UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES.
- Castro, K. (2007). *La salud en Quito: análisis de acceso y calidad*. Quito: Imprenta Activa.
- Castro, R. (2008). *Foucault y el ciudadano de la libertad. Ética para un rostro de arena*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Dávalos, P. (2010). *Neoinstitucionalismo y reforma estructural*. Quito: ALAI, América Latina en Movimiento.
- Estrella, E., & Crespo, A. (1999). *Historia de la enseñanza médica en Quito*. Quito: Sector Público Gubernamental.
- FARO, G. (2012). Una mirada desde la sociedad civil a la gobernanza del sistema nacional de salud. *Esfera Pública*, 23.
- Fierro-Renoy Virginia, N. M. (2003). *Ecuador: sostenibilidad fiscal y desarrollo humano, 1970-2010*. UNDP.

- Foucault, M. (1968). *La Arqueología del Saber*. Mexico: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1974 Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de-octubre). *Historia de la Medicalización. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social*, (p. 25). Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (1976). *La crisis de la medicina y la crisis de la anti medicina*. Washington: Educación médica y salud.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la Sexualidad – Vol. 1: La voluntad de Saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1996). *El yo minimalista y otras conversaciones*. Buenos Aires: Editorial Biblioteca de la mirada.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los Hombres Infames*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (1997). *El nacimiento de la Clínica*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2000). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Colegio de Francia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, R., & Lanzaro, J. L. (2006). *Política y políticas públicas en los procesos de reforma de América Latina*. Buenos Aires: FLACSO - Naciones Unidas. BUENOS AIRES: FLACSO - Naciones Unidas.
- Granda, E. (2000). *Situación y perspectivas de los recursos humanos en el sector salud en la región de las Américas y el Ecuador: Algunos datos y reflexiones*. Quito: OPS.
- Granda, E. (2009). *La Salud y la Vida*. Quito: Organización Panamericana de la Salud.
- Hermida Bustos, C. (2011). *El sistema nacional de salud del Ecuador. Período 1998 - 2010*. Cuenca: Editores del Austro.
- Hermida Bustos, C. (2011). *El sisteman Nacional de Salud del Ecuador. Período 1998 - 2010*. Cuenca: Editores del Austro.
- Instituto de Salud Pública. (2012). *La Distribución y formación del recurso humano en salud, y su relacion con la planificación, durante los años 2009 y 2010 en el Distrito Metropolitano de Quito*. Quito.
- Malik, A. M. (2005). *Manual de recursos humanos en salud*. Washington, Estados Unidos: OPS OMS; Fundación W. K. Kellogg.

- Merino, C. (2004). *Empleo de los Recursos Humanos de Salud en Instituciones del Sector Público*. Quito: CONARHUS.
- MSP, M. d. (2005). *Proyecto de modernización de los servicios de salud*. Quito: MSP.
- Muñoz, M. (2003). *Políticas públicas y modelos de gestión de organizaciones*. Buenos Aires: Ediciones Díaz de Santos.
- OPS. (2000). *Desafíos para la educación en salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de Salud Pública*. Washington: OPS.
- Páez, R., & Granda, E. (1999). *Salud Pública: Educación y Reforma*. Quito: CEPAR- OPS/OMS.
- Pública, M. d. (2012). *MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Familiar Comunitario e Intercultural*. Ecuador: MAIS-FCI.
- Restrepo, H. (2001). "Antecedentes históricos de la promoción de la salud"; en Restrepo Helena; Hernan Málaga. *Promoción de la salud: Como construir vida saludable*. Bogotá- Colombia: Editorial Medica Internacional LTDA.
- Roth, D. (2006). *Discurso sin compromiso. La política pública de derechos humanos*. Bogotá: Aurora.
- Rovere, M. (1990). *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud (PERHUS) presentado a la Reunión sobre Desarrollo de Recursos Humanos organizada por OPS*. Rio de Janeiro: OPS.
- Rovere, M. (1998). *Redes; Hacia la construcción de redes en salud, los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. publicación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario*. Rosario: OPS.
- SALUD, O. D. (2008). : *El talento humano en los umbrales del nuevo milenio. II edición corregida y actualizada Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud Ecuador 1981 – 2006*. Quito: OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD.
- Winslow, C. (1920). *The Untilled Fields of Public Health*. Science .

## 6 ANEXOS

## **6.1 FICHA N.- 1: Estructura de entrevistas**

PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Entrevista abierta

Personal de Salud

DISERTACIÓN: Modernidad y el Sistema de Salud en el Ecuador: Formación de Recursos Humanos

- Cual considera Ud. que ha sido el cambio trascendental, bueno o malo, en el sector de salud durante los últimos años (comparación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud entre el año 2002 y año 2008, aspectos como inversión, administración, servicios y niveles de atención, acceso y gratuidad, etc.)
- Ha beneficiado o no la LOSNS, las políticas públicas de Salud para el desarrollo de los recursos humanos en salud actualmente. ¿Porque?
- Usted ha seguido alguna carrera de 4to nivel, especialización, etc. Que le ha motivado para seguir con su formación
- Cree Ud. que la formación de los recursos humanos le ofrece una mejor oportunidad laboral. En ese sentido, considera que su trabajo o actividad laboral está en función de su formación de 4to nivel.
- Considera Ud. que la oferta académica de 4to nivel de las Universidades es acorde a la necesidad de recursos humanos en salud.
- Que considera usted que debería mejorarse actualmente en cuanto a recursos humanos de salud (aspectos administrativos, oportunidades laborales, oportunidades académicas, apoyo institucional, etc.)

## **6.2 FICHA N.- 2: Estructura de entrevista**

UNIVERSIDAD CATÓLICA

## Entrevista abierta

### Salubristas – Actores del sector de salud

DISERTACIÓN: Modernidad y el Sistema de Salud en el Ecuador: Formación de Recursos Humanos

- Cual considera Ud. que ha sido el cambio trascendental en la salud pública durante los últimos años. Ha habido una diferencia en la salud pública con la LOSNS desde el año 2008 hasta la actualidad
- Cree que ha sido coherente las políticas adoptadas por el Estado con las políticas que plantea la OPS/OMS. En este sentido, cree que las políticas en función de recursos humanos son acordes a lo que plantea la OPS/OMS. En que ha beneficiado la LOSNS o las políticas públicas de Salud para el desarrollo de los recursos humanos en salud.
- Cuál cree usted que es la motivación de los recursos humanos en salud para continuar con su formación académica. Posteriormente cree que es bien utilizado el humano formado dentro de los servicio de salud.
- Considera usted que la oferta académica en salud es acorde con la necesidad del país en cuanto a recursos humanos. Es decir el Estado y la Academia tienen un objetivo en conjunto en cuanto a recursos humanos como planificación o distribución de este personal.
- En su opinión, que cosas o políticas deben mejorar actualmente en el sector de la salud y en los recursos humanos.

### 6.3 Desarrollo de entrevistas

#### Entrevista N.- 1



Nombre del entrevistado: Magister Margarita Trujillo.

Cargo: Representante de la Dirección Nacional de Talento Humano - Ministerio de Salud Pública

- Cual considera Ud. que ha sido el cambio trascendental en la salud pública durante los últimos años. Ha habido una diferencia en la salud pública con la LOSNS desde el año 2008 hasta la actualidad

Se podría decir que el diseño del sistema de salud se había construido desde una concepción errada de lo que debería ser el sistema por eso ha sido necesario volver a diseñarse, esto fue el origen de nuevas políticas y prácticas que se han impulsado en los últimos años principalmente, como es el nuevo Modelo de atención de Salud, conocido como MAIS. Este proceso ha sido un cambio muy importante en nuestro país, porque es un modelo o un esquema que garantiza la mayor cantidad de acceso y servicio de salud. Este ha sido el objetivo desde el cual se plantea el sistema de salud en el país y se ha diseñado para la atención, el servicio, y la ayuda al enfermo, para que esté sano, ese es el objetivo del diseño de cualquier sistema al cual se enfoca la atención médica. Este creo que ha sido el cambio más importante en los últimos años, especialmente con este gobierno.

Claro que no ha sido un trabajo fácil, tenemos que considerar temas muy conflictivos pero el MSP y las instituciones de salud trabajamos en conjunto, inclusive hemos tenido talleres, publicaciones y demás actividades que tratan de contemplar todas las áreas de salud para poder armar estos cambios o procesos en el sector de la salud, claro está con el liderazgo del ministerio como representante de la institución y del sector público. Entonces lo que generamos han sido cambios que ahora se hacen fuertes a nivel sectorial donde los principales beneficiarios son la gente que necesita de estos cambios en donde la inversión en mi opinión ha tenido que ser muy grande para garantizar el acceso y el derecho a la salud. Fíjese que habido una inversión mayor a los \$ 35.481 millones de dólares solo en este gobierno, que quiere decir eso que los cambios se ven, están donde la gente más lo necesite y esto es lo que ha hecho el gobierno central

- Cree que ha sido coherente las políticas adoptadas por el Estado con las políticas que plantea la OPS/OMS. En este sentido, cree que las políticas en función de recursos humanos son acordes a lo que plantea la OPS/OMS. En que ha

beneficiado la LOSNS o las políticas públicas de Salud para el desarrollo de los recursos humanos en salud.

Bueno, en los países subdesarrollados, o países en vías de desarrollo que son casi todos los países latinoamericanos, se considera que los modelos de políticas, proyectos, las mismas prácticas deben seguir con parámetros o modelos que nos ayudan a medir como disminuye la pobreza por ejemplo. El caso del salud no es la excepción, en general esto no está muy arraigado en el país pero el prototipo de al OPS o la OMS tiene mucha importancia en las sugerencias, directrices o digamos proyectos que ellos han creado, que no han sido inventados, sino que trabajan para que el servicio de salud mejor por ello nos indican la importancia de la atención primaria, la formación de un médico de familia, etc., etc. Entonces hay que dejarse ayudar, claro que no siempre es lo que nos conviene pero debemos tener una base sobre la cual trabajar, entonces ellos dan elaborado una estructura de salud tipo Sistema de Salud pero claro que al momento de administrarlo, se respeta la autoridad que tiene esas competencias.

O sea, tenemos bastante libertad de elegir cuales son los parámetros que tomamos de la OPS, con el objetivo de administrar mejor o gestionar mejor los recursos humanos, pero ello tiene sus pro y sus contras, porque no podemos cumplir a cabalidad cifras que maneja la OPS porque no tenemos tantos médicos especialistas. Entonces las políticas y modelos que se adoptan no son tomados al pie de la letra, si tienen un fuerte influjo dirigiendo o diciendo como deben tratarse al personal de salud para que sea más eficiente o que usemos tal o cual modelo, pero hay que ir a contextualizando y fijándose como es el modelo, ya que no todos los modelos son para nosotros o nos convienen por ello hay que superar los intereses o políticas que hay en juego en todas las instituciones, para que el sistema de salud, sus modelos, sean factibles.

Entonces nosotros manejamos nuestras propias administraciones en el personal de salud, generamos cambios y dirigimos a otras instituciones, por más que ahora se dice que están un poco mejor yo creo de que ha sido por que el MSP ha logrado fortalecer todo el sector de la salud y entre ello obviamente los médicos que están al servicio de la gente.

Entonces cada uno de nosotros somos un ente autónomo que manejamos a los Médicos dentro de un sistema sanitario donde se maneja como funcionan eficientemente los

servidores de salud, entonces somos una institución que administra y controla a los recursos humanos que tratamos de ser más independiente posible.

- Cuál cree usted que es la motivación de los recursos humanos en salud para continuar con la formación académica. Posteriormente cree que es bien utilizado el humano formado dentro de los servicios de salud.

Para mí la tarea en el hospital es mucho más importante, es gratificante por muchas razones, la relación con los pacientes en general es muy buena, está menos filtrada por otros conflictos, por otro lado hay gente joven, hay un espíritu más de enseñanza. :

Creo que la formación académica vinculada a la medicina desde el tercer nivel o la medicina muy especializada es una opción que todos tenemos que y seguir formándose es una opción o motivación personal para tratar de servir mejor a la gente por ello hay varias estrategias que se pueden hacer para seguir con la formación

Sin embargo existe motivaciones institucionales que hacen más llamativa la carrera médica como profesión desde el tercer nivel de educación que ha hecho que los mismos jóvenes se interesen en la ayuda a los pacientes, así sean los más desposeídos, por ello creo que la labor de médico desde cualquier ámbito, sea público o privado, siempre será bien utilizado, desde donde este, independientemente del cargo o lugar su ejercicio será profesional y en beneficio de la población

- Considera usted que la oferta académica en salud es acorde con la necesidad del país en cuanto a recursos humanos. Es decir el Estado y la Academia tienen un objetivo en conjunto en cuanto a recursos humanos como planificación o distribución de este personal.

El MSP debería tener más control o buenas conversaciones con las universidades para saber con cuántos médicos contamos cada año, cuántos egresan y van a ser la rural por ejemplo. Con ello nosotros sabemos cómo nos organizamos, pero aun así siempre nos hacen falta muchos más médicos, especialistas, enfermeras. Por ejemplo hay muchos intereses o motivaciones personales en seguir especialidades que den más dinero no, como la cirugía plástica que son intereses de los mismos médicos y de la industria, pero lo que más se necesita son médicos familiares por ejemplo, por ello ahora se impulsa y hay maestrías en medicina familiar para que ellos puedan ir a trabajar en zonas rurales y con ello se mejora de una manera amplia la atención

- En su opinión, que cosas o políticas deben mejorar actualmente en el sector de la salud y en los recursos humanos.

Yo creo que hay muchas cosas por hacer todavía, creo que hay dificultades en la accesibilidad, hay muchos pacientes con poca accesibilidad y médicos que nos hacen falta. Por ejemplo nos hacen falta médicos urólogos, si es verdad que hay muchos médicos pero hay muy pocos urólogos entonces los enfermos que necesitan atención en urología son muchos más que los que necesitan cirugía plástica.

Otro ámbito que también considero que estamos en un proceso de mejoría es el financiamiento, porque la salud debe ser gratuita y es un derecho por eso debemos saber administrar y guiar los procesos, entonces que los números demuestren que podemos hacerlo

## Entrevista N.-2

Nombre del entrevistado: Dra. María Cecilia Acuna

Cargo: Coordinadora de Sistemas y Servicios de Salud HSS OPS-OMS / Ecuador

- Cual considera Ud. que ha sido el cambio trascendental en la salud pública durante los últimos años. Ha habido una diferencia en la salud pública con la LOSNS desde el año 2008 hasta la actualidad

Creo que han existido grandes cambios, debido a los cambios políticos generados en el último gobierno principalmente, que han desarrollado sistemas de atención con el apoyo de políticas e intervenciones prácticas y efectivas de la salud.

- Cree que ha sido coherente las políticas adoptadas por el Estado con las políticas que plantea la OPS/OMS. En este sentido, cree que las políticas en función de recursos humanos son acordes a lo que plantea la OPS/OMS. En que ha beneficiado la LOSNS o las políticas públicas de Salud para el desarrollo de los recursos humanos en salud.

Pues la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es una agencia de salud pública internacional, la más antigua del mundo que brinda asesoría técnica para mejorar la salud en Américas. Por ello desde la OPS, brinda asistencia a los países que lo necesiten, con enfoque de salud pública. Esto implica, apoyar o sugerir el diseño e implementación de políticas de salud desde varios temas que pueden ser, atención primaria, recursos humanos, medicamentos, etc. pero también puede proponer gestión o mejoramiento de los recursos humanos porque de este personal depende el impacto en salud y el servicio que tenga la población.

Como líneas generales, creo que apoyamos la difusión e implementación de intervenciones preventivas en base a datos, investigaciones, estudios sociales y políticos que nos han otorgado un papel, digamos así, como integradores del papel del estado, la población y los sistemas de salud pública, con énfasis en la atención en el nivel primario para la detección e intervención temprana porque creemos que esos son los niveles más vulnerables, donde se necesita trabajar para evitar complicaciones o enfermedades que desencadenen en conflictos sociales.

La formación de recursos humanos y la divulgación de información con base científica es un aspecto muy importante que contribuye al abordaje de salud pública, reduciendo brechas de acceso y de servicio.

- Considera usted que la oferta académica en salud es acorde con la necesidad del país en cuanto a recursos humanos. Es decir el Estado y la Academia tienen un objetivo en conjunto en cuanto a recursos humanos como planificación o distribución de este personal.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud colectiva y eso incluye a los recursos humanos de salud desarrollando políticas integrales, centradas en las personas y en su bienestar, en un marco de garantía de los derechos de salud. Estoy convencida de que la educación médica puede generar cambios, se puede cambiar con mucha voluntad, esfuerzo, trabajo, y liderazgo por parte de los Decanos de las facultades.

Creo que históricamente la educación de los médicos es la que históricamente ha estado más estancada, ha sido excluyente, las mismas enfermeras han avanzado bastante en la transformación de sus currículos para trabajar con los servicios comunitarios, e implementar la Atención primaria de la Salud, pero las Facultades de Medicina, lamentablemente, no han progresado al ritmo que se requiere para acompañar estas transformaciones desarrolladas desde el Ministerio de Salud

Entonces es necesario transformar las Facultades de Medicina en base a nuevos enfoques que las políticas de salud pública exigen al profesional médico en relación a su formación profesional, para lograr de manera eficaz una respuesta positiva ante los requerimientos de la salud, pero estos ámbitos no son fáciles de lograr, porque involucra transformar las Facultades y ello es un tema administrativo, que muchas veces les impide realizar un cambio estructural del currículo, y por otro lado, existe todo un paradigma en torno a la formación de los médicos, que posee 100 años de historia, y que ha costado bastante cambiar. Pero creo que la OPS ha generado cambios y propone nuevos paradigmas en la formación de recursos humanos ahora depende el estado como rector su comprensión y aplicación.

- En su opinión, que cosas o políticas deben mejorar actualmente en el sector de la salud y en los recursos humanos.

Depende de lo que se entienda por “mejorar” debido a que la salud es muy amplia, pero creo que las principales recomendaciones apuntan a fijarse ver bien como es la implementación de programas que el estado desarrolle, porque puede haber posibilidades de fracasar o no lograr los objetivos de un programa de salud, porque es necesario que se adapte al proyecto y sea dirigido y contextualizado según la población a la que va dirigido ya que cada sociedad tiene sus propias características, sus condiciones sociales, entonces los proyectos o las políticas deben considerar la participación de la sociedad en donde se involucre a la población y solo así se garantiza el derecho a la salud.

Es necesario abrir espacio para la impulsar el desarrollo y la formación de recursos humanos, esto quiere decir que el estado debe proponer herramientas, becas, congresos, que faciliten y motiven para que los médicos o cualquier personal de salud pueda continuar con su formación pero sobre todo necesitan saber a dónde va ese recurso humano, como lo utilizo de mejor manera, cuantos especialistas necesito, cuantas enfermeras y trabajar en esas profesiones que son las que más me hacen falta.

### Entrevista N.- 3

Nombre: Miriam Murillo

Líder Enfermera del Hospital Gineco-Obstetra Isidro Ayora

- Cual considera Ud. que ha sido el cambio trascendental, bueno o malo, en el sector de salud durante los últimos años (comparación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud entre el año 2002 y año 2008, aspectos como inversión, administración, servicios y niveles de atención, acceso y gratuidad, etc.)

La inversión ha sido alta en infraestructura, equipamiento, talento humano, los procesos de mejoramiento se van dando paulatinamente no de la noche a la mañana tenemos que esperar un largo plazo para ver resultados, todo depende de que esos procesos de construir salud para todos se desarrollen con honestidad, responsabilidad y continuidad. También va de la mano la construcción de sociedades con mejor calidad de vida, educación y salud.

- Ha beneficiado o no la LOSNS, las políticas públicas de Salud para el desarrollo de los recursos humanos en salud actualmente. ¿Porque?

No se aplica una política pública para el desarrollo de recursos humanos en salud, no hay un cronograma anual de capacitación continua a nivel de todos los servidores públicos, solo aplica a médicos y no al resto de profesionales. Debe haber control y monitoreo

- Usted ha seguido alguna carrera de 4to nivel, especialización, etc. Que le ha motivado para seguir con su formación.

Si pero no me clasifican de acuerdo a mi especialidad sigo como servidor público 7 enfermera 5 teniendo especialidad en adolescencia.

No ha habido ninguna motivación por parte de talento humano, fue mi decisión individual y desarrollo personal que me ha motivado, hasta el día de hoy no nos han clasificado para ganar mejor y para desempeñar un cargo acorde a los servicios



especializados en salud, específicamente en mi especialidad como profesional de enfermería de cuarto nivel.

- Cree Ud. que la formación de los recursos humanos le ofrece una mejor oportunidad laboral. En ese sentido, considera que su trabajo o actividad laboral está en función de su formación de 4to nivel.

Si ofrece una mejor oportunidad laboral, ya que la especialidad es importante para mejorar en la atención a pacientes y familia, y si está en función de mi formación de cuarto nivel. Porque no hay aún la clasificación de puestos, talento humano en general de las instituciones públicas no realizan el manual de clasificación de puestos, en mi caso tengo una maestría en política social sobre infancia y adolescencia y no se me ha clasificado como tal.

- Considera usted que la oferta académica de 4to nivel de las universidades es acorde a la necesidad de recursos humanos en salud.

Hay que trabajar en educación superior para que cubra las necesidades de especialidades acorde a la realidad de la salud en el Ecuador

- Que considera usted que debería mejorarse actualmente en cuanto a recursos humanos de salud (aspectos administrativos, oportunidades laborales, oportunidades académicas, apoyo institucional, etc.).

No se ha comenzado a capacitar al recurso humano deben empezar por ahí realizando un cronograma nacional de capacitación continua de acuerdo a la función que desempeñamos.

## Entrevista N.- 4

Nombre: Dra. Rosa Goyes

Cargo: Coordinadora de la Maestría en salud pública PUCE

- Cual considera Ud. que ha sido el cambio trascendental en la salud pública durante los últimos años. Ha habido una diferencia en la salud pública con la LOSNS desde el año 2008 hasta la actualidad

Los cambios trascendentales podrían dividirse en los adelantados en normativas y leyes, frente a lo que pasa en la realidad, se avanzado en la constitución que garantiza los derechos dentro el Buen vivir, también existe el código que aún no se ejecuta pero que se está reformando. En ese sentido hay bastante avance en la normativa donde se incluye aspectos que antes no se los toaba en cuenta, hay una nueva propuesta de atención en el sector público del MSP que es el MAIS. Entonces estas normativas y leyes han conseguido incorporar muchas cosas que eran necesarias pero en la práctica, la ejecución como el acceso universal, la gratuidad y el libre acceso a servicios de atención, sin embargo ese acceso debe estar garantizado por otras cosas que no son solo el decreto, porque ahora hay otros filtros necesario que son limitantes como el call center que son un limitantes para algunas personas. digamos que las personas si acceden a un nivel primario de atención pero no tienen medicamentos o ellos gastan de su bolsillo para poder adquirir, eso ya significa que el discurso de la gratuidad queda casi en cero, pero quienes son los que hacen posible ese servicio, pues nosotros que pagamos nuestros impuestos etc. entonces no es que eso es gratis , en ese sentido en la práctica realmente eso no está claro, no está ejecutándose adecuadamente así podría poner otros ejemplo, todavía o hay esa posibilidad que la gratuidad o el modelo del MAIS en teoría que falta ejecutarlo o llevarlo a la práctica para ello será necesario hacer algunos ajustes y eso no se ha hecho hasta ahora. Pienso que eso falta todavía y está ligado al recurso humano, mientras no haya una calidad en lo que se quiere en cuanto a recursos humanos la formación o el tipo de recurso humano que se va a insertar en los servicios tampoco se puede ejecutar un plan que está hecho con un modelo de atención primaria

en salud. Esta más que claro que en las condiciones que estamos no se puede ejecutar definitivamente entonces hay que hacer muchos cambios para llevar a cabo eso.

Yo diría que cambios si han existido es innegable pero no podría decir si habido una planificación de la que siempre se habla que debe estar ligada al número, la formación, a calidad la capacitación de la formación del recursos humano y las necesidades de la población etc., que son cosas básicas, pero no hay argumentos para decir que ha existido todo eso. Lo que si ha existido un empeño en la formación de médicos de medicina familiar y comunitaria que está ligada al modelo, entonces si se quiere plantear o aplicar el MAIS un modelo centrado en la comunidad y familia necesariamente debería haber un equipo que pueda ejecutar eso, por ello habido un proceso donde se juntaron algunas universidades y plantearon un malla común que se está ejecutando.

Entonces el número que se está formando es importante además de eso si se ha hecho y se ha forjado la formación de especialistas porque sabemos que hay una necesidad de especialistas a nivel del segundo nivel de atención que son los hospitales desde especialistas básico desde anesestiólogos, especialistas básicos hasta especialista de tercer nivel que también hacen falta, pero mi reparo personal es que el recurso humano que había especialmente en la seguridad social salieron y están en el sector privado porque hubo un cambio necesario e importante, entonces el reparo sería en la forma la transición debió haber sido mejor, había que pensar en los vacíos que quedaron cuando este personal se fue y claro no quedo nadie y servicios enteros se quedaron casi vacíos y en el IESS como patología o anesestesiología se quedaron casi vacíos igual que en otros hospitales. Ello ha generado que las citas para especialidades sean muy prolongadas a la final el que paga las consecuencias es el usuario el paciente, entonces ese es el problema cuando se trata de ajustar las cosas a raja tabla pero no hubo la planificación

En el caso de las enfermeras, igual en la teoría de la planificación la proporción de enfermeras tiene q ser mayor a la de los médicos, pero realmente no habido un impulso o ímpetu por formar a las enfermeras como lo que se ha estado haciendo con los médicos sigue habiendo una desproporción muy grande en relación a los médicos principalmente en lugares donde son necesarios las periferias como sectores rurales. en estos sectores no habido cambios, en la universidad católica la escuela de enfermería casi desaparece debido a la falta de aspirantes, pero en los últimos años ha aumentado puede ser debido a las demandas del sector privado, ello quiere decir en el sector

privado se ha fortalecido, entonces se hubiese esperado que con los cambios en el sector público el sector privado quede sin paciente pero todo lo contrario este se ha fortalecido, el sector privado de salud ha crecido al igual que los seguros médicos privados

- Cuál cree usted que es la motivación de los recursos humanos en salud para continuar con su formación académica. Posteriormente cree que es bien utilizado el humano formado dentro de los servicio de salud.

Casi tres años no se pudo convocar a la maestría en el ISP, pero el año anterior hubo la convocatoria y asistieron muchos aspirantes, lamentablemente la motivación de manera general es la formación, es decir tener un título de cuarto nivel porque ahora es una exigencia general tanto para ejercer la profesión o en docencia. La mayoría era gente joven que trabaja en el área de la salud que quiere fortalecer la gestión y por ello ven en la maestría la posibilidad de tener mejores horizontes, esa es la motivación de los estudiantes.

Ahora la motivación como formadores es muy difícil porque han habido propuestas de Mestres como epidemiología como pedido del MSP a las universidades para el área de epidemiologia pero el problema es que el personal formado como epidemiólogos salubristas dentro de la escala en el sector público son personal que están el SP9 ganan como \$1000 también tiene maestrías pero no se equiparan a un médico especialista q es SP12 y ganan como \$2200 que sería lo mismo que un epidemiólogo o salubrista tiene que ganar entonces ese es un problema y desmotivación a estas maestrías porque prefieren optar por especialidades clínicas porque saben tienen un mejor reconocimiento entonces no hay motivación porque el mismo MSP no ha hecho nada para la formación de su personal.

- Cree que ha sido coherente las políticas adoptadas por el Estado con las políticas que plantea la OPS/OMS. En este sentido, cree que las políticas en función de recursos humanos son acordes a lo que plantea la OPS/OMS. En que ha beneficiado la LOSNS o las políticas públicas de Salud para el desarrollo de los recursos humanos en salud.

Creo que han las personas de OSP, recalcan el tema de la planifican d los recursos humanos como insumo básico ligado a las necesidades de salud como el texto que se

está trabajando, si vemos eso veos que el ecuador no ha seguido un proceso continuo entonces lo que se ha estado haciendo en el ecuador no tiene una coherencia con lo que promueva la OPS y por ello mismo no habido una congruencia con la misma gente que trabaja en OPS en Ecuador. Sin embargo el proceso como se ha hecho y se ha desarrollado no tiene esa coherencia debido a que el ecuador tiene que seguir sus propias necesidades su propio rumbo, entonces puede ser ese discurso, y hasta qué punto debe adoptar la receta pero si hay elementos que deben tomarse en cuenta. Hay una experiencia del agente que trabaja en OPS en recursos humanos que han investigado, por ello algo se puede extraer de eso o aprovechar, pero también se debe dar la posibilidad de confrontar un posición que retroalimente a la elaboración de políticas

- Considera usted que la oferta académica en salud es acorde con la necesidad del país en cuanto a recursos humanos. Es decir el Estado y la Academia tienen un objetivo en conjunto en cuanto a recursos humanos como planificación o distribución de este personal.

Lo que ha hecho la universidad y la maestría es hacer estudios de mercado para confrontar necesidades de oferta y demanda en ese sentido, tienen nuevas propuestas de maestría y para ello se basan en esos estudios. En cuanto a los posgrados clínicos han habido conversaciones con el CEACES el MSP y la universidad, y para justificar la creación de postgrados lo que más ha pesado es la investigación que la universidad ha hecho más que las necesidades mismo, pero la justificación también es la necesidad que proclama el MSP desde el sector público mas no a nivel nacional. En otras universidades, hay presupuesto del MSP para que se formen especialistas como los médicos de familia que son becados por el MSP en ese sentido las universidades han tenido un acercamiento con la institución porque es beneficiario para todos pero esta beca debe devengar y con ello se asegura el trabajo estable.

- En su opinión, que cosas o políticas deben mejorar actualmente en el sector de la salud y en los recursos humanos.

Tres cosas, volver a mirar la cuestión de las necesidades del país en salud, entonces no planificar la salud en función de la enfermedad entonces mirar desde la salud primero, al atender la enfermedad que es lo que vende saber que se necesita ahora y en el futuro.

la academia y la institución pública debe ser más real porque funciona a media con cosas muy coyunturales debería ser un proceso más grande que vea cuales son las aristas que este proceso implica y la otra es la universidad, es decir los formadores de recursos humanos a que le apuestan, si es solo a la demanda porque ello garantiza estar vigentes o como interés personal a donde enfocan o les interesa formar otro tipo de recurso, quizá personas que no estén tan ligadas a la enfermedad sino a la cuestión de la salud entonces son procesos que engloban un sistema donde se engranan muchas cosas entonces es un nivel macro.

### **Entrevista N.- 5**

Nombre del entrevistado: Dr. Edison Aguilar

Cargo: Médico y Máster en Salud Pública con énfasis en planificación de RR.HH. en salud por la OPS

- Cual considera Ud. que ha sido el cambio trascendental en la salud pública durante los últimos años. Ha habido una diferencia en la salud pública con la LOSNS desde el año 2008 hasta la actualidad

Yo no he visto ningún cambio porque el modelo hospitalario curativo urbano, que sea en función del mercado no ha cambiado es probable que tenga más recursos peor eso no implica nada.

Los servicios de salud se crean en función del mercado y de las demandas fundamentalmente por eso es que hay muchos sectores rurales donde hay el acceso que debería si hablamos de los principales problemas del sistema desde lo mismo salubristas, hay fragmentación y segmentación

la fragmentación tiene que ver con el hecho q desde la oferta institucional del estado hay súper posición de funciones entonces lo que hace la práctica privada, o el sector privado, servicios religiosos, municipios todos se superponen, todos hacen lo mismo lo mismo pasa en el financiamiento, nosotros hacemos lo mismo porque pagamos impuesto y también tasas en SOLCA sea en cheques porque pagamos tasas municipales

porque estamos afiliados al seguro social, seguro privado, entonces de eso salen varios porcentajes para atender el sector de la salud

Por otro lado la población no ha cambiado, sino que se ha profundizado la población accede a los servicios medios según su nivel de ingresos entonces ira al hospital público cuando no pueda pagar un servicio privado. Si hablamos de las otra exclusión del campo ciudad, la gente del campo tiene la peor infraestructura sanitaria el menor nivel de servicio médicos si Uds. toma solo quito, donde hay estudios donde demuestran que la población están concentradas en el centro y no en la prefería. A ello nos cuestionamos como están distribuidos los servicio de emergencia, u hospitalarios se encuentra una lógica mercantil en función de esa distribución de los servicios médicos. Eso no ha cambiado

- Cree que ha sido coherente las políticas adoptadas por el Estado con las políticas que plantea la OPS/OMS. En este sentido, cree que las políticas en función de recursos humanos son acordes a lo que plantea la OPS/OMS. En que ha beneficiado la LOSNS o las políticas públicas de Salud para el desarrollo de los recursos humanos en salud.

tampoco han cambiado más bien lo que ha logrado es poner en un punto crítico no sé si con intención pero desde la colonia la formación de recurso humanos es parte del mercado, hay 5 facultades de medicina solo en quito eso es porque la formación no se hace en función del número de la población a la que se va a servir sino en función de los cupos que tiene la universidad y la universidad establece esos cupos por la demanda de especialistas que se generan, entonces se produce un fenómeno a nivel mundial como es el déficit de enfermeras que no ha cambiado, porque las condiciones de inserción laboral de la mujer no han cambiado, no prefiere cambiar su rol social u otras oportunidades profesionales que siendo enfermeras o auxiliares de enfermería.

En el caso de los médicos, tenemos que en los años 70 se obligó la práctica rural para cubrir las demanda, con todos los efectos que ello conlleva debido a que la formación académica se establece en los hospitales como especialista mientras que el sector rural se desconoce las prácticas sociales y culturales pero se considera como autoridad porque es médico entonces está haciendo un favor a la población y por ello hay un montón de

restricciones. La población sabe que eso es temporal por saber que no es un servicio de calidad, por ello no hay cambios en los servicios rurales a pesar de que haya pasado años desde que se aplica la rural. En el caso de los médicos en los años 80 se impulsó la formación de especialistas pero esa formación es en función del mercado y esta moldeado por las transaccionales farmacéuticas, por ello hace falta otras especialidades como los geriatras que actualmente llegan a 10.

En una charla dada en los colegios para promocionar la carrera, les preguntaba porque serían médicos, la mayoría quería ser cirujanos plásticos, cardiocirujanos, neurocirujanos, todos ellos que dentro del imaginario del mercado es reconocido y da dinero por ello no querían ser médicos familiares por ello las especialidades se han ido desarrollando en función del mercado mientras que la práctica hospitalaria se ha creado en función de la tecnología farmacológica

- Considera usted que la oferta académica en salud es acorde con la necesidad del país en cuanto a recursos humanos. Es decir el Estado y la Academia tienen un objetivo en conjunto en cuanto a recursos humanos como planificación o distribución de este personal.

ese problema no es solo salubrista es una manera cultural de ser de las clases dirigentes del país que funcionan por modelos sagrados como la OPS y OMS que son herederos de modelos normativos sin tomar en cuenta las actividades comunes de la población. Si se tomara en cuenta esos estándares tendríamos una deuda terrible, en comparación con el número de camas, olvidando otros temas como saneamiento, ambiente saludable, trabajo y descanso saludable, alimentación y agua saludables. El último plan están los últimos déficit y eso no ha cambiado, por ello decía si no ha cambiado de manera intencional, en el año 2007 la ministra Chang emite la resolución que no se formara posgrados en salud si no es con el permiso del ministerio de salud y no autoriza ninguna formación ni de especialidades, después en el 2010 se reclama a las universidades porque no han afirmado los especialistas que se requerían. Para la formación de especialistas médicos se requiere una condición de beca, para poder seguir trabajando y estudiando, pero las leyes laborales impiden eso porque solo pueden tener 2 horas a la semana para cuestiones académicas no acumulables, además los médicos debían tener su propio financiamiento para su estudio,



Luego la larga noche neoliberal que se ha prolongado no incrementaron plazas en el sector público entonces la formación, se basa en la demanda, la maestría se sostenía mientras haya dinero. Ahora en el ejercicio de la medicina le exigen que atienda 4 paciente por hora sin discriminar su origen entonces se ha convertido a los hospitales en la representativo de fábricas donde lo que importa es el tiempo como el hospital del IESS hay guardias que controlan los horarios de los médicos bajo la justificación que cumplen con los estándares mundiales recomendados por la OPS.

hay que diferenciar medicina, servicios médicos, atención a la enfermedad y la prevención, porque la salud no tiene nada que ver con la enfermedad no es lo puesto, no es la pérdida de salud lo que provoca la enfermedad sino que es un conjunto de prácticas sociales que hacen que nos mantengamos vivos, tiene que ver con alimentación, descanso, etc.

Eso tampoco no ha cambiado y se sigue fomentando la migración. Como suicidio cuando jubilaron a los médicos que se fueron todos, y los que quedaron les pagan por honorarios.

- Cuál cree usted que es la motivación de los recursos humanos en salud para continuar con su formación académica. Posteriormente cree que es bien utilizado el humano formado dentro de los servicio de salud.

Hay una prepueta de carrera sanitaria pero tiene que ser en función de mejorar la calidad del servicio, antes se planificaban los puestos por los años de trabajo y la posición por ello llegaban ser ministros cuando hay especialidades como gestión de hospitales o administración pública para lo cual no deben ser médicos, como la actual ministra que no es médico, pero tiene una maestría en salud pública. Con ello la gente debe entender cuál es su enfoque dependiendo de su capacitación, actualización, motivación. Existe un mercado ya formado de profesión y la institución no ha podido establecer prioridades

- En su opinión, que cosas o políticas deben mejorar actualmente en el sector de la salud y en los recursos humanos.

Debería regularse la formación en función de esa necesidades, cambiando la organización de los servicios, o puede haber un asola red, es redes tienen que ligarse al

territorio, como es el cuento descentralizado o empoderar, porque el mercado ha formado territorios de consumo que no son reales, en cambio la autoridad sanitaria lo que debería tomar para la planificar los territorios reales donde la gente vive, circula, sino vamos a tener más centros comerciales, por eso los servicios sociales no deben tener esa lógica entonces está ligado al territorio. Por ello no pueden establecerse centros de salud iguales en la sierra, la costa o el oriente porque no es lo mismo es una locura, no se puede hacer servicios de salud similares en el sector urbano o rural no se pueden hacer servicios hospitalarios en el centro como en la periferia.

Se requiere un replanteamiento de todo el sistema de salud, de ello depende la formación de los profesionales porque si se forman en un hospital solo funciona en los hospitales, por ello es importante hacer convenios con los hospitales. La formación es segregacionista.