

PARA GRADOS ACADÉMICOS DE LICENCIADOS (TERCER NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, André David Moyano Albán, C.I. 1721823167 autor del trabajo de graduación intitolado: "Relaciones de poder en el acceso a los servicios de salud. Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito", previa a la obtención del grado académico de SOCIOLOGÍA CON MENCIÓN EN CIENCIAS POLÍTICAS en la Facultad de Ciencias Humanas:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 06 de SEPTIEMBRE de 2016



ANDRÉ DAVID MOYANO ALBÁN

CI: 1721823167

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE SOCIOLOGIA Y CIENCIAS POLITICAS**

**DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE  
SOCIOLOGO CON MENCIÓN EN CIENCIAS POLITICAS**

*Relaciones de poder  
en el acceso a los servicios de salud. Hospital Enrique Garcés de la ciudad de  
Quito.*

*André David Moyano Albán*

**DIRECTOR: Edison Paredes.**

**Quito, 2015**

**ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN	4
--------------	---

## **CAPITULO I**

### ***Concepto de Poder o relaciones de poder: Una perspectiva desde la productividad del poder en Foucault y la teoría relacional del poder en Poulantzas***

1.1. <i>La productibilidad del poder y la sociedad disciplinaria, ahora sociedad de control</i>	10
1.2. Relaciones de poder	15
1.2.1. El lado represivo del poder	15
1.2.2. Los sistemas implícitos o puntos de apoyo del poder	16
1.2.3. El panóptico. Un arma poderosa	18
1.2.3.1. El examen	19
1.3. Relaciones de poder y relaciones de saber	20
1.4. La fragmentación y desplazamiento del poder	22
1.5. El sistema capitalista, la razón de ser de la sociedad disciplinaria y de la dinámica de las relaciones de poder.	25
1.6. El papel del Estado	26
1.7. Relaciones de poder y el concepto de lucha desde Poulantzas	29

## **CAPITULO II**

### ***Acceso a los Servicios de salud y relaciones de poder***

2.1. Concepción de Salud	32
2.1.1. Servicios de salud	35
2.1.2. Morfogénesis de los servicios de salud en el Ecuador	36
2.1.3. Acceso a los servicios de salud	45
2.2. Relaciones de poder y acceso a los servicios de salud.	48

## **CAPITULO III**

***Las relaciones de poder en el acceso a los servicios de salud en el hospital Enrique Garcés en la ciudad de Quito***

3.1. Hospital Enrique Garcés.	52
3.2. La productibilidad del poder.	53
3.3. El poder y la obstaculización al libre acceso a la Salud en el hospital Enrique Garcés.	54
3.4. Resistencia y acceso al servicio de salud en el Hospital Enrique Garcés.	59
3.5. Fallas del encuentro: relaciones de poder - acceso a los servicios de salud.	60
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	61
5. Bibliografía	64
6. Anexos	

## **RESUMEN**

Esta disertación analiza el acceso a los servicios de salud en el hospital Enrique Garcés desde el concepto de relaciones de poder de Foucault y Poulantzas. Se describe como el poder está presente en un derecho que se dice universal e igualitario haciendo un recorrido por el sistema de salud del país y se sugiere que este ha sido un sistema desigual, excluyente y centralizado. Se describen de manera concreta como se expresan las relaciones de poder en el hospital mencionado y se analiza las formas de resistencia a esta forma de ejercicio del poder en los servicios de salud.

**PALABRAS CLAVES:** Relaciones de poder; sociedad de control; sistemas implícitos; puntos de apoyo; resistencia.

## **INTRODUCCION**

El redactor empieza esta disertación con una anécdota. Cierta día se encontró en una situación de desagravio, pues un fuerte dolor de estómago lo atormentaba, sin tener a quien acudir en aquel momento y sin dinero en su bolsillo, decidió que la mejor opción en ese momento era acudir al hospital público más cercano. Cuando llegó a la sala de emergencia, no tuvo que esperar mucho tiempo para ingresar a dicha sala, sin embargo, una vez adentro, pasaron 8 horas de espera hasta ser atendido. En ese lapso de tiempo en medio de un dolor insoportable que lo tenía en el piso, recordó que hace un par de años atrás, por un accidente en la rodilla también se acercó a un hospital público. La diferencia era que hace dos años acudió a un hospital que quedaba en el sur de la ciudad (Hospital Enrique Garcés) y que esta vez acudía un hospital al otro lado de la ciudad (Pablo Arturo, Suárez).

Existen varias diferencias entre un lugar y otro referentes principalmente al tipo y número de personas que acuden a las casa de salud. La cantidad de personas que acude al hospital Pablo Arturo Suarez es por mucho menor en relación al Hospital Enrique Garcés. Por otro lado, hay también varias similitudes entre un lugar y otro: grupos de personas que no son atendidas, personas que son atendidas antes que otras a pesar de haber llegado después, personas que llegan y se van al no ser atendidas a pesar de estar en situaciones de gravedad. En realidad estas similitudes componen ciertas trabas que se le ponen al

enfermo antes del encuentro médico-paciente; Es decir, existen grupos de personas que tienen desventaja en su capacidad de acceder al encuentro médico-paciente si se compara con otros. Esta desventaja implica ciertamente una exclusión la cual forma grupos de personas que son segregados en un derecho que se dice universal.

Lo que busca esta disertación es indagar este hecho social (acceso a los servicios de salud) desde la teoría del poder. Indagar que acuerdos, imposiciones y condiciones determinan la desventaja de ciertos grupos con respecto a otros. La desigualdad empieza antes de la llegada del enfermo a la casa de salud. Pues existen variables que determinan más la atención en salud –edad, clase social, domicilio, capital social, género- que el mero hecho que la persona demande acceder a un establecimiento determinado por sentir una dolencia.

Cuando nos referimos a acuerdos, imposiciones y variables que condicionan el acceso a la salud, hablamos de relaciones de poder, es decir de una serie de estrategias dinámicas en permanente contradicción que atraviesan todo el cuerpo social y que mediante determinadas acciones crean una realidad concreta. En otras palabras, partimos de la idea de que la desigualdad, segregación, exclusión o como quiera llamarse, es un efecto o un producto de la dinámica de estas relaciones de poder.

Las relaciones de poder se desplazan a lo largo de todo el cuerpo social, la comprensión de las mismas puede hacerse desde cualquier lugar. El poder está presente desde los aparatos represivos del Estado hasta las prácticas más comunes dentro del diario vivir. Son precisamente en esas prácticas, donde el poder no se presenta a primera vista de manera violenta donde radican sus bases. La intención es mostrar como en esta práctica tan común y aparentemente neutral (acceder a los servicios de salud), las relaciones de poder que tienen como objetivos: dominar, someter y vigilar, reproducen las desigualdades sociales.

La comprensión desde una perspectiva dinámica y conflictiva del poder, puede alejar de nociones erróneas de las desigualdades en el acceso a la salud que llegan a concluir que las desigualdades disminuyen con el mejoramiento e implementación de infraestructura. Una perspectiva desde la dinámica del poder permitirá plantear nuevas alternativas, no solo de comprensión de los sistemas de salud, sino también de acciones que permitan disminuir las desigualdades existentes dentro de la salud y la sociedad en general.

El concepto de poder o relaciones de poder es comprendido en esta disertación, desde Foucault y Poulantzas. Respecto a Foucault sin seguirlo fielmente, sino tomando conceptos de manera selectiva y crítica se entiende que las relaciones de poder son

estrategias interconectadas en red a lo largo del cuerpo social capaces de crear, vigilar y someter. Por otro lado está la lectura marxista que hace Poulantzas de Foucault, pues este último, si bien es cierto reconoce (principalmente en los cursos dictados en el college de France y algunos escritos posteriores a 1970) que el poder en última instancia somete y busca mantener la explotación capitalista, no desarrolla a profundidad puntos como lucha y las resistencias al poder. El último Poulantzas (el de “Estado, poder y socialismo”) por su parte retoma los aportes de Foucault y desarrolla el carácter conflictivo de las relaciones de poder, pues para Poulantzas las relaciones de poder son relaciones conflictivas en permanente lucha y resistencia.

En suma, la interrogante base de esta disertación es ¿Cómo se presentan las relaciones de poder en el acceso a los servicios de Salud? A esta pregunta se responde que las relaciones de poder se presentan de manera conflictiva como estrategias de vigilancia-sometimiento y como un campo de lucha que tienen como efectos de poder situaciones excluyentes.

La investigación es principalmente cualitativa con la inclusión de varios datos cuantitativos que permitieron comprender de mejor manera el objeto de estudio. La recolección de datos e información fueron de carácter bibliográfico investigativo y de campo.

La información bibliográfica se consiguió mediante revisiones y arquezos bibliográficos respecto a la cuestión del poder desde los autores Foucault y Poulantzas, realizando fichas para manejar de buena manera la bibliografía. De Foucault, se toma principalmente su bibliografía posterior a 1970, porque es ahí donde empieza a tratar el poder de manera directa, anteriormente lo trató pero de manera implícita más que concreta. De Poulantzas se tomó al último Poulantzas, aquel de “Estado, poder y socialismo”, en el cual da un giro a su posición marxista respecto a la lucha de clases y el poder, alimentado por las lecturas de Foucault, deviniendo en una postura mucho más abierta y centrado principalmente en la importancia del desplazamiento del poder. Complementariamente se utilizó bibliografía referente al hospital y los servicios de salud, a manera de contextualización.

La recolección de datos se realizó mediante la realización de encuestas, entrevistas, observación participante y no participante. Los datos fueron procesados mediante tabulación de encuestas, análisis de coherencia y pertinencia. Se organizaron los datos siguiendo la tabla de contenidos de la investigación realizando un borrador a partir del análisis de los datos, el cual después de ser corregido fue presentado como informe final.

En el primer capítulo de esta tesis se analiza el concepto de poder y específicamente de relaciones de poder desde Foucault y Poulantzas. Se hace un análisis de la relación entre

el poder y la sociedad disciplinaria y su fin último de controlar a los individuos y mantener el sistema capitalista. Se analiza el concepto de relaciones de poder y se describe a los servicios de salud como uno de los puntos donde el poder no se expresa de manera violenta, sino más bien de manera pasiva y oculta. Por último se describe el fin de las relaciones de poder el cual es mantener el sistema capitalista.

Este capítulo tiene la característica de que recupera el concepto marxista de lucha de clases de Poulantzas y ve a las relaciones de poder como relaciones conflictivas que tienen su referencialidad en la lucha de clases, pero una lucha de clases abierta que no remite a la disyuntiva proletario - burgués. Esto con el fin de recuperar un a priori de Poulantzas: "si el poder está en todos lados, la resistencia también lo está".

El segundo capítulo analiza la articulación entre las relaciones de poder y el acceso a los servicios de salud. Se hace un recorrido por la historia de los servicios de salud del país a manera de contextualización y se describe como el poder atraviesa los servicios de salud desde sus inicios y que a pesar de las reformas existentes a lo largo de seis siglos el sistema de salud sigue siendo un sistema atomizado, centralizado y excluyente con mejor infraestructura.

Finalmente el tercer capítulo se dedica a la descripción concreta de las relaciones de poder en el hospital Enrique Garcés sustentados en los datos recolectados en esta casa de salud, de manera que se muestra como se expresan las desigualdades del sistema de salud en esta casa de salud de sur de la ciudad de Quito, por otro lado se mencionan las fallas que existen en el sistema de salud y la heterogeneidad del mismo

Por último se dejan planteados lineamientos para la comprensión del sistema de salud y recomendaciones referentes a la desigualdad existente en el acceso a los servicios de salud.

## **CAPITULO I. Concepto de Poder o relaciones de poder: Una perspectiva desde la productividad del poder en Foucault y la teoría relacional del poder en Poulantzas**

No se puede entender el poder como un poder único, sino como relaciones de poder. Foucault respecto a esto piensa que el poder como tal no existe, “sino que existen relaciones de poder extraordinariamente numerosas, múltiples, en diferentes ámbitos, en las que unas se apoyan a otras y en las que unas se oponen a otras” (Foucault, LA VERDAD Y LAS FORMAS JURIDICAS, 1974).

Las relaciones de poder son *estrategias* omnipresentes en todo el cuerpo social. Son visibles cuando se muestran mediante formas de represión y coerción directa, pero también se ocultan en instituciones, acciones, campos y ámbitos que aparentemente son neutrales.<sup>1</sup> Tal es el caso de la escuela, el hospital, la sexualidad o el objeto de estudio al que refiere esta disertación: el acceso a los servicios de salud.

Cuando se habla del poder, se tiende a ver incorrectamente a este último como una cosa, es decir como una propiedad, una herramienta al servicio de grupos dominantes, algo represivo o como algo que excluye lo que no es funcional a un sistema establecido. Lenin, retomando a Engels, piensa el poder como el poder estatal, como un “poder que brota de la sociedad, pero que se coloca por encima de ella y que se divorcia cada vez más de ella” (Lenin, 1997, pág. 7). Este poder es para Lenin una herramienta a servicio de las clases dominantes, es decir una propiedad. Weber por su parte piensa al poder como “la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera sea el fundamento de esa probabilidad” (Weber, 1946, pág. 43). Las teorías funcionalistas como la de Parsons, ven el poder como “la capacidad de ejercer ciertas funciones en provecho del sistema social considerado en su conjunto” (Poulantzas, 1973, pág. 125).

Cuando se piensa en el poder como una propiedad (como algo que se detenta), se vuelve meramente una herramienta a disposición de alguien. Asimismo, cuando decimos que es meramente represivo, se le atribuye una sola función y se deja de lado su dinámica; en cierto modo es algo inerte, una cosa. El poder no puede comprenderse desde estas perspectivas por dos motivos. “Primero existe toda una economía libidinal del poder, toda

---

<sup>1</sup> Foucault llama *sistemas implícitos* o *puntos de apoyo* a todos los campos, acciones, instituciones y ámbitos que aparentemente no están atravesados por relaciones de poder.

una erótica del poder; lo que prueba que el poder no es únicamente represivo. En segundo lugar el poder puede crear” (Foucault, 1999, pág. 278).

Esta disertación adopta la perspectiva de Foucault para comprender este lado dinámico del poder (la capacidad de crear). Sin embargo hay que decir que existe un quiebre en la teoría foucaultiana respecto al poder a partir de la década del setenta. En la bibliografía anterior a los setenta no se analiza el poder de manera directa, sino que se describe y se analiza cómo se fueron transformando ciertos ámbitos de la sociedad. En dicha bibliografía no se habla explícitamente del poder aunque si existen ciertas consideraciones sobre el mismo.

Dentro de este marco de análisis, Foucault estudio la transformación de ciertos discursos en el caso de “Las palabras y las cosas”, mientras que en “El nacimiento de la clínica” se analiza como a través del nacimiento del hospital se buscó controlar el cuerpo y establecer los cánones del hombre sano siempre apegado a la normativa social.

A partir de la década de los setenta Foucault dedicó su vida entera a describir y analizar aspectos de la sociedad pero teniendo de trasfondo latente el poder. De allí pues, que hablara del tema en conferencias, seminarios, entrevistas y sus posteriores obras como “La verdad y las formas jurídicas”, “Vigilar y castigar”, “La historia de la sexualidad”, “Seguridad, población y territorio”, etc. A pesar de ello, más que un concepto claro y específico de lo que él entiende por poder, su análisis se centra en describir cómo funciona el poder y sus mecanismos.

Existen varias críticas a la perspectiva de Foucault, algunas que refieren a cierto coqueteo con la teoría funcionalista. En algunos puntos Foucault llega a ontologizar al poder, poniéndolo como una especie de esencia que tiene fundamento en sí mismo. De ahí la necesidad de apelar al marxismo de Poulantzas: primero como una herramienta teórica que permite sacar a la teoría del poder de Foucault de ese mal llamado coqueteo funcionalista; segundo como una manera de desarrollar puntos que Foucault dejó tan solo mencionados y que son necesarios para pensar en esa resistencia al poder que tanto pregonó pero que apenas pudo desarrollar. Poulantzas refiriéndose a esto dice que existe en Foucault una “ausencia de fundamento de esas famosas resistencias al poder a las que, sin embargo, es tan aficionado” (Poulantzas, 2005, pág. 91).

La crítica a Michel Foucault también recae en su aparente carácter anti marxista. Contrariamente a esa opinión esta disertación trata de esbozar una lectura marxista de la teoría Foucaultiana del poder, pues como dijo Poulantzas “la teoría de Foucault no solo es

compatible con la teoría marxista, sino que muchas veces solo puede ser entendida a partir de esta” (Poulantzas, ESTADO, PODER Y SOCIALISMO, 2005).

Gran parte de la crítica a Foucault se debe a que a lo largo de su vida, tuvo problemas para aceptar su afinidad al marxismo, hecho que ha llegado muchas veces al punto de la confusión. Por ejemplo para Foucault el poder debe ser comprendido por fuera del Estado, fuera de la lucha de clases y de actores específicos en general (Foucault, 1976), sin embargo en algún lado también señala que si el poder se ejerce como se ejerce es en última instancia para mantener la explotación capitalista. Claramente en su análisis está presente la lucha de clases (aunque de manera implícita), pues la explotación capitalista presupone la explotación de las clases dominantes sobre la clases dominadas.

Aclarada la línea a seguir en la comprensión del poder y específicamente de las relaciones de poder, hay algunos puntos de reflexión esenciales a los cuales recurrir en la comprensión del poder. Un primer punto es comprender la productividad (su capacidad de crear) y su relación con la sociedad disciplinaria o sociedad de control, a manera de contextualización de la finalidad última del poder. El segundo es acercarse al concepto de relaciones de poder y entenderlas como estrategias que tienen como objetivo someter, vigilar y dominar. El tercero es comprender la fragmentación del poder. El cuarto es entender el papel que juega el Estado en las relaciones de poder y la importancia de la lucha de clases. El quinto es percibir los límites del poder en el concepto de *los puntos de apoyo*, los cuales al mismo tiempo son focos de inestabilidad. El sexto punto es articular el concepto de lucha de Poulantzas al análisis de las relaciones de poder de manera que se comprendan las relaciones de poder como un campo de batalla donde se encuentran en permanente conflicto las estrategias puestas en juego, por lo tanto también se encuentran formas de resistir al poder.

### **1.1. La productibilidad del poder y la sociedad disciplinaria, ahora sociedad de control**

Cuando se habla de la productibilidad del poder se refiere al carácter positivo del mismo, es decir su *capacidad de crear estrategias* dentro de todo el entramado social. Es importante comprender que estas estrategias se mueven dentro de lo que Foucault llama *sociedad disciplinaria*. Las estrategias o mejor llamadas relaciones de poder buscan vigilar, someter y corregir; al mismo tiempo que otras relaciones de poder buscan oponerse a estas

(formas de resistencia). La importancia de comprender el vínculo entre las relaciones de poder y la sociedad disciplinaria es que solo así se comprende la finalidad última del poder.<sup>2</sup>

En sociedades anteriores las relaciones de poder eran claras y directas, es decir existía en la sociedad medieval un solo tipo de relación de poder que se expresaba en un soberano –o una casta- que mediante una legitimación divina, poseía el monopolio de la violencia. En la sociedad disciplinaria las relaciones de poder son del más diverso tipo y no se centran en el ejercicio de la violencia.

Foucault entiende a la sociedad disciplinaria como un régimen. Si la sociedad disciplinaria es un régimen existe toda una “economía política del poder”. Es decir existen tácticas, acuerdos y estrategias que se ponen en funcionamiento y buscan los medios para “hacer circular los efectos de poder de forma a la vez continua, ininterrumpida, adaptada, individualizada por todo el cuerpo social” (Foucault, Verdad y Poder, 1971, pág. 48).

La sociedad disciplinaria como se la conoce nace en Europa en el siglo XVIII. “Vigilar y Castigar” y “La verdad y las formas jurídicas” son las obras donde Foucault analiza de mejor manera el nacimiento de este tipo de sociedad. “En vigilar y castigar” por ejemplo se muestra como existió el desbloqueo progresivo de las técnicas de castigo, como estas cada vez se fueron haciendo más sutiles dejando de castigarse de manera violenta los delitos, empezando así a generarse nuevos cánones no tanto de castigo sino de vigilancia. Empezó a castigarse la “peligrosidad” del individuo. Es decir “lo que puede llegar a ser” (Foucault, 1976, pág. 26) o hacer, mas no los delitos cometidos. Con la intención de neutralizar la peligrosidad, empiezan a aparecer una serie de instituciones y practicas las cuales cambian la noción de castigo por tres nuevos principios de lo que se llamará panoptismo. “Este triple aspecto del panoptismo –vigilancia, control y corrección- parece ser una dimensión fundamental y característica de las relaciones de poder que existen en nuestra sociedad” (Foucault, LA VERDAD Y LAS FORMAS JURIDICAS, 1974, pág. 239).

El control de la peligrosidad -de lo que una persona es *potencialmente capaz de hacer*- empieza a mostrarse con la transformación de los sistemas penales y la aceptación del delito como un daño a la sociedad entera (En cierto modo se toma el a priori Hobbesiano el cual dice que todo hombre es malo por naturaleza, y se lo vigila en razón de que no cometa ningún acto por fuera de la norma social). Antes del siglo XVIII, las faltas eran concebidas como algo personal, es decir el sistema jurídico era la representación de una

---

<sup>2</sup> Es fundamental mencionar a la sociedad disciplinaria antes que la sociedad de control, porque solo así se entenderá el fin último del poder. Los mecanismos de poder varían de una sociedad a otra, pues la institución deja de ser lo fundamental en las sociedades de control, sin embargo el fin nunca cambia: mantener el sistema de explotación capitalista.

guerra entre dos partes (el acusado y la víctima). Sea cual sea la falta cometida, esta no agredía más que a una persona. En la sociedad disciplinaria, si una persona es capaz de hacer daño a la sociedad entera desde cualquier parte del entramado social, estas instituciones están interconectadas en red en razón de no dejar ningún espacio fuera de vigilancia y sometimiento<sup>3</sup>.

Se ha mencionado que la sociedad Disciplinaria nace con la transformación de la noción de castigo por el de peligrosidad, sin embargo no se ha mencionado porque nace la sociedad disciplinaria o lo que es lo mismo, este tipo de poder en red. La sociedad disciplinaria nació en tal punto de desarrollo de la sociedad industrial capitalista donde se necesitaba cuidar los bienes de las clases dominantes, como fábricas, talleres, medios de producción, etc. Es decir la intención de controlar al individuo tiene como objetivo cuidar el capital y la sociedad disciplinaria es un invento del capitalismo (Foucault, 1974).

Además del cuidado del capital también está la intención de sujetar al individuo al sistema de acumulación, todas las instituciones de la sociedad disciplinaria como “la fábrica, la prisión o los hospitales, tienen por función ligar al individuo a un proceso de producción, de formación o corrección de productores” (Foucault, 1974, pág. 248). Si una persona ha cometido un delito, no solamente ofende a la sociedad disciplinaria, sino también ofende al sistema capitalista en sí, porque no es un sujeto apto para vender su fuerza de trabajo. La función del sistema penal y de la cárcel es excluir a esa persona con el fin de incluirlo nuevamente mediante la corrección al aparato de producción o de excluir para que su condición de peligrosidad no moleste el orden establecido. Lo mismo pasa con los hospitales, pues al no estar apto para entrar dentro del proceso de producción (estar enfermo o acudir a chequeos), se necesita estar vigilado mientras se reinserta en el proceso de producción capitalista.

Además de la reproducción de control por medio de las instituciones que se extiende a lo largo y a lo ancho de la vida cotidiana, la vigilancia también se encuentra interiorizada dentro de cada individuo, como un policía en la cabeza que el individuo reproduce inconscientemente.

En “La verdad y las formas jurídicas” Foucault intenta explicar cómo en la génesis de la sociedad disciplinaria, hubo un intento sónico mediante el cual las clases dominantes

---

<sup>3</sup> Quizá no está muy claro porque el redactor da una importancia clave a la transformación de los sistemas penales, el cambio de la noción del delito y la aparición de una institución como la cárcel dentro del origen de la sociedad disciplinaria, pero su importancia estará más clara cuando se hable de las características de las relaciones de poder. Por el momento se dirá que su importancia se debe a que es la cara visible de la sociedad disciplinaria, es lo que no se oculta y se muestra sin máscara

podían cuidar el capital, vigilar al individuo y también podían fijar a los sujetos como individuos productores. Aparecieron las fábricas prisiones cuya experiencia histórica es importante porque aquí se muestra con hechos el fin último del control: mantener el sistema capitalista. En las fábricas prisión se controlaba el cuerpo, el alma y el tiempo del individuo al cual se le pagaba por el trabajo de todo el año a cambio de su explotación despiadada. Al no poder mantener este tipo de explotación por el gasto que representaba y luchas obreras, el poder creó otras formas de sujeción de clase mediante las cuales a pesar de estar por fuera de la jornada laboral, el obrero sigue siendo controlado en su tiempo, en su cuerpo, en su alma y hasta en su deseo.

Foucault dice en alguna parte que el castigo pasó de ser un castigo del cuerpo a un castigo del alma. Sin embargo cuando se controla al ser humano, se controla su cuerpo, su tiempo, sus actitudes y su comportamiento. Se controla el cuerpo, porque “el cuerpo dejó de ser algo que debía ser ajusticiado para pasar a ser aquello que debía ser formado, reformado, corregido, aquello que debía adquirir aptitudes, recibir un cierto número de cualidades, cualificarse en tanto cuerpo capaz de trabajar” (Foucault, 1974, pág. 252). Se controla el tiempo porque el tiempo en el individuo representa tiempo de trabajo que puede y debe ser ocupado por en el individuo en su lugar de trabajo<sup>4</sup>. Por último se controla el comportamiento porque se busca que las actitudes y acciones de los individuos se apeguen a cánones de comportamiento social que alejen al individuo de su condición de peligrosidad.

En la sociedad disciplinaria la vigilancia está omnipresente en todo el cuerpo social, sin embargo la vigilancia es principalmente en grupos, respecto a esto Foucault dice:

“La institución constituirá el grupo, la colectividad que será vigilada. Uno entra en la escuela por ser un individuo, del mismo modo que se encuentra en el hospital o en la prisión. La prisión, el hospital, la escuela, el taller; son formas de vigilancia del grupo en tanto que tal” (Foucault, LA VERDAD Y LAS FORMAS JURIDICAS, 1974, pág. 247).<sup>5</sup>

Autores post-foucaultianos como Gilles Deleuze y Mark Poster, mencionan que ya no se puede hablar de una sociedad disciplinaria, si de una sociedad de control. La razón es

---

<sup>4</sup> Como no se puede extraer todo el tiempo de trabajo, lo que hace el poder es controlar el tiempo de los individuos en el tiempo que no se encuentran trabajando. De esta manera los puntos de apoyo y todas las instituciones “presentan una curiosa propiedad, la de establecer el control, la de responsabilizarse de la totalidad, o de la cuasi totalidad, del tiempo de los individuos; son instituciones que, de modo algún modo, se encargan de gestionar toda la dimensión temporal de la vida de los individuos” (Foucault, 1974, pág. 249)

<sup>5</sup> Si se habla de otros mecanismos de control, como los índices estadísticos, la vigilancia también es en grupos, pues así se seleccionan los grupos en los cuales tener mayor énfasis en el control, vigilancia o exclusión. Un ejemplo son las tasas de enfermos terminales y las políticas públicas que se diseñan en torno a esas tasas.

principalmente la crisis generalizada de las instituciones a partir del siglo XX y las nuevas tecnologías de la información y comunicación que permitieron un cambio o una modernización en las formas de vigilancia. Deleuze menciona que “los encierros son moldes o moldeados diferentes, mientras que los controles constituyen una modulación” (Deleuze, 2006, págs. 2-3).

La modulación refiere a una especie de molde innato al individuo que se acopla a cualquier punto donde el individuo se encuentre, a todas sus acciones, a sus deseos y pasiones. La diferencia entre la sociedad disciplinaria y la sociedad de control es que en la segunda ya no es necesaria la presencia de las instituciones, pues los nuevos mecanismos de control permiten que este sea un control al “aire libre”.

Poco se ha mencionado que el mismo Foucault ya dejó establecidos los parámetros para el análisis de las sociedades de control. Para Foucault lo que permite que el poder se mantenga no son únicamente las instituciones, sino más bien los sistemas implícitos y los puntos de apoyo que son todas las acciones donde el poder no se muestra violento o donde aparentemente no se muestra. Dentro de los sistemas implícitos y los puntos de apoyo no necesariamente está presente la institución, pero siempre está presente el poder.

Siguiendo lo anteriormente dicho, es irrelevante si se habla de control o vigilancia, pues lo único que cambian son los mecanismos y herramientas del poder. En última instancia, la institución es una herramienta del poder tal cual lo son las bases de datos de la sociedad de control<sup>6</sup>, mediante la cual se vigila a los sujetos por medio de índices estadísticos. Lo que se quiere decir es que estas formas de vigilancia siempre están en constante transformación, por lo tanto la vigilancia y control funciona con o sin institución. Sin embargo, el poder se sigue ejerciendo de la misma manera (quizás con técnicas más sutiles), pues el fin y la razón de ser del poder no cambian. Un ejemplo de esto es el hospital:

En la crisis del hospital como medio de encierro, es posible que la sectorialización, los hospitales del día o la asistencia domiciliaria hayan supuesto en un principio nuevas libertades; no obstante, participan igualmente de mecanismos de control que no tienen nada que envidiar a los más terribles encierros (Deleuze, 2006, pág. 2).

En suma no se puede entender el poder por fuera de la sociedad disciplinaria o sociedad de control porque solo así se entiende la lógica que siguen estas estrategias a las que se

---

<sup>6</sup> Los mecanismos de vigilancia en las sociedades de control se realiza principalmente datos estadísticos, es un lenguaje numérico. Mark poster dice que el control se realiza “en términos del discurso y las propiedades lingüísticas del cálculo de la tecnología digital. El núcleo del supe panóptico es la base de datos informatizada: una máquina de clasificación que organiza y produce sujetos (Simon, 2005).

denominan relaciones de poder. Si no existe una lógica de vigilancia y control, no puede existir un sometimiento que permita mantener el sistema capitalista.

## **1.2. Relaciones de poder**

El concepto de relaciones de poder es el más importante y del que se sostiene esta disertación en los siguientes capítulos. Como se mencionó al principio, hablar de poder no es hablar un poder único, sino de un conjunto de relaciones que se dispersan en red a través de todo el cuerpo social cercando al individuo. Este cerco social contiene “un conjunto de elementos materiales y de técnicas que sirven de armas, de relevos, de vías de comunicación, y de puntos de apoyo a las relaciones de poder y de saber que cercan los cuerpos humanos y los dominan haciendo de ellos unos objetos de saber” (Foucault, 1976, pág. 35).

En definición, las relaciones de poder son estrategias que se extienden de manera innumerable por todo el cuerpo social que buscan vigilar, controlar, someter y corregir a los individuos mediante “un conjunto de mecanismos y procedimientos cuyos papel o función y tema, aun cuando no lo logren consisten precisamente en asegurar el poder” (Foucault, pág. 16). Por otro lado, también son relaciones de poder, las estrategias que se oponen a estas formas de sometimiento, es *decir toda forma de resistencia es una forma de poder*.

Uno de los pilares del poder es no dejarse ver a simple vista, pues el poder se tiende a pensarse como algo que solo reprime y no como algo presente en los actos más cotidianos. Sin embargo el poder está compuesto por dos lados que no pueden existir el uno sin el otro: el lado represivo (Lado a) y los puntos de apoyo o sistemas implícitos. (Lado b).

### **1.2.1. El lado represivo del poder**

El lado represivo del poder es aquel que se expresa de manera violenta y represiva. En la sociedad disciplinaria la justicia y la cárcel son por excelencia las instituciones que expresan este lado del poder. Estas instituciones son lugares donde el poder se muestra sin mascara –a estas instituciones habría que adherir el Estado como único detentor legítimo de la violencia-. La justicia es así, la autorizada a vigilar a los individuos de forma violenta. Pero realmente “la prisión ejerce una función mucho más simbólica y ejemplar

que realmente económica, penal o correctiva” (Foucault, 1974, pág. 255). Las bases del poder no son esta cara visible, sino más bien lo que Foucault llama los puntos de apoyo y los sistemas implícitos.

### **1.2.2. Los sistemas implícitos o puntos de apoyo del poder**

Los sistemas implícitos, por otro lado son prácticas que generalmente se realizan sin darse cuenta pero que representan efectos de poder. Foucault dice: “lo que pretendo hacer es comprender los sistemas implícitos que determinan, sin que seamos conscientes de ello, nuestras conductas más habituales” (Foucault, 1999, pág. 38).

Estos puntos de apoyo son las instituciones o acciones que parecen “neutras” y que aparentemente cumplen una función social más que una función de control y vigilancia. Estas instituciones son la escuela, los colegios, universidades, hospitales, manicomios, iglesias y acciones que se realizan dentro de la vida cotidiana, incluido las relaciones sociales, pues como dice Poulantzas: una relación social es una relación de poder.

Todo lo relacionado con este lado b de las relaciones de poder: los puntos de apoyo y los sistemas implícitos, son una dimensión en la cual se apoya el poder y la razón de su vigencia porque es una dimensión donde no se busca los efectos violentos de poder, por eso, la discrepancia de Foucault con teorías funcionalistas, y teorías que ven al poder como algo meramente represivo: porque esos análisis no permiten ver la dinámica y sustentos del poder. En estos puntos de apoyo y en los sistemas implícitos se encuentra realmente la eficacia del poder porque se presenta aquí de manera sutil y no violenta; muchas veces hasta produce placer.

Por ejemplo no se piensa la escuela como un mecanismo de poder sino como el lugar donde se adquiere conocimientos. La escuela es el mecanismo por el cual, el poder transfiere a los niños un tipo de saber específico el cual servirá para que se reintegre a la sociedad nuevamente y su vigilancia sea más fácil, en cierto modo la educación es el medio por el cual el poder vuelve dóciles a los cuerpos para ser vigilados, controlados y corregidos.

Siguiendo el ejemplo anterior, el hospital y en el acceso a la salud en general es considerado un campo donde las personas acuden a aliviar sus dolencias, sin embargo el hospital es también un instrumento de poder, mediante el cual se pone al sujeto en un estado de vigilancia y exclusión mientras no se encuentra en condiciones de ser fuerza de

trabajo. Actividades que generan placer como el cine, también son espacios donde el poder trata de influir y transmitir que permita seguir manteniendo el orden establecido y controlar.

El cine y específicamente las producciones de Hollywood muestran como el poder despliega sus estrategias en los actos aparentemente neutrales. Siempre existe una temática similar: la figura de un héroe, caos y finales felices. Mediante estas tramas se transmite lo que está bien y lo que no está bien, dominación y un orden que cada vez que se resquebraja debe ser reestablecido por el súper héroe de turno.

La saga de Batman es un ejemplo de que el cine de Hollywood transmite la idea de un orden que debe mantenerse. Batman es un mecanismo de poder, un medio por el cual el poder asegura el poder, sin embargo Batman aparentemente solo defiende ciudad Gótica de delincuentes. Lo que está haciendo en realidad es controlar a los sujetos dotados de peligrosidad, no está protegiendo a la gente solamente sino al sistema mismo. La idea aquí es entender que no hay espacios que escapen a un tipo específico de ejercicio del poder.

Esta distinción hecha entre el lado represivo del poder y los puntos de apoyo, también está en Poulantzas. Este último hace una distinción entre el poder formal y el poder real: el poder formal son las vértices del aparato del poder (ley, sistema penal) y “el poder real son nudos y focos situados en lugares estratégicos de las diversas ramas y aparatos del Estado” (Poulantzas, 2005, pág. 168). El papel de Estado será explicado más adelante.

En este punto encontramos la primera batalla epistemológica entre Poulantzas y Foucault. Al parecer Poulantzas no leyó los escritos de Foucault posteriores a la década de los setenta (principalmente las “Conferencias del College de France”, “Seguridad Territorio y Población” y “La verdad y las formas jurídicas”). Para Poulantzas, Foucault ve a estas dos caras del poder (poder formal y poder real) como dos cosas distintas que no se relacionan entre sí, al respecto Poulantzas dice que la ley o el uso de la fuerza violenta no está separada en ningún momento de estas formas de poder más sutiles, y que si en ciertos nudos del poder no se ejerce violencia es precisamente porque estas formas de poder más sutiles tienen su legitimación en la ley y en el monopolio legítimo de la violencia por parte del Estado (Poulantzas, 2005). Si se dice que en este punto no hubo una correcta lectura de Foucault es porque para el primero, “hay un micro poder judicial, un subpoder” (Foucault, 1974, pág. 256) dentro de los puntos de apoyo. Es decir Foucault tienen presente la imbricación que existe entre esta parte visible y violenta del poder y este poder real o más sutil.

En suma, las relaciones de poder, deben ser consideradas como estrategias enfrentadas o aliadas entre sí a lo largo del cuerpo social y que tienen como objetivo someter, vigilar y

corregir. Por otro lado estas estrategias se ejercen formalmente de manera violenta pero mayoritariamente por medio de instituciones más sutiles que sirven de puntos de apoyo al poder, en estos puntos de apoyo o sistemas implícitos es donde se ejerce lo que Poulantzas llama el poder real.

Las instituciones y puntos de apoyo que interactúan en el control, vigilancia y corrección del cuerpo desarrollan varios mecanismos mediante los cuales se somete al individuo, sin embargo es el panóptico la herramienta por excelencia que se encuentra en todo espacio de la sociedad disciplinaria.

### **1.2.3 El panóptico. Un arma poderosa**

Foucault define el panóptico de la siguiente manera:

Una figura de tecnología política que se puede y que se debe desprender de todo uso específico. Es polivalente en sus aplicaciones; sirve para enmendar a los presos, pero para también para curar a los enfermos, para instruir a los escolares, guardar a los locos, vigilar a los obreros, hacer trabajar a los mendigos y los ociosos. Siempre que se trate de una multiplicidad de individuos a los que haya que imponer una tarea o una conducta, podrá ser utilizado el esquema panóptico” (Foucault, Vigilar y castigar, 1976, pág. 209).

El panóptico es meramente una herramienta, sin embargo su magia está en que puede ser utilizada en cualquier institución y con cualquier función. El panóptico es una herramienta utilizada en la prisión, que es la cara visible del poder, pero también en los puntos de apoyo y llega a internalizarse en las personas, es decir llega un punto en el cual los mecanismos de control y vigilancia del cuerpo no necesitan trabajar porque el panóptico está dentro de la persona. El secreto de las estrategias de poder es que ellas no siempre se muestran, pero en cualquier momento pueden aparecer, ante esto el individuo se encuentra vulnerable, pues no puede saber en qué momento está fuera de vigilancia y control. Esa incapacidad de poder identificar cuando el poder te observa, es el panóptico subjetivo que funciona dentro de todo individuo.

Mark Poster actualizó la idea del panóptico de Foucault. Lo que funciona dentro de la sociedad de control es un “súper-panóptico” que escapa de las instituciones y se extiende a lo largo de la vida cotidiana, en la medida que se abandona los centros de encierro como el hospital, la escuela o la Iglesia.

Sea cual sea la estrategia o relación de poder que se ponga en juego en un espacio del cuerpo social, la ventaja del panóptico es que esta herramienta, hace que las estrategias funcionen dentro de las instituciones. El hospital, la escuela, el hospital psiquiátrico, la

iglesia nunca podrían cumplir sus funciones sin la ayuda del panóptico. Cuando se hace alusión a la internalización del panóptico dentro de la persona, se refiere a que este se vuelve cotidiano, existiendo así un doble panoptismo: uno institucional y otro personal (el policía en la cabeza).

Parece ser que en última instancia la función de las instituciones que interactúan en las relaciones de poder es internalizar el panoptismo. Por ejemplo la iglesia enseña la palabra de Dios, sin embargo no es necesario que una persona esté en la iglesia para que el panóptico se encuentre funcionando, sino que este, ya se encuentra dentro del individuo en la idea de Dios, pues este último es omnipresente y es el ojo que todo lo ve. Del mismo modo, no es necesario que el niño esté en la escuela para que el panóptico de la educación esté funcionando, pues la escuela transmite ciertas conductas sociales las cuales son practicadas por la persona el resto de su vida. El hospital, como la institución que transmite los cánones del hombre sano y saludable, actúa también sin estar presente, pues hay ciertas normas que la persona debe seguir en su cotidianidad si no quiere pasar a ser parte del ejército de reserva.

Respecto al panóptico, Foucault le da una importancia tal que llega a decir que:

Bentham es más importante para nuestra sociedad que Kant o Hegel. Deberíamos rendirle homenaje en cada una de nuestras sociedades, ya que fue el quien programó, definió y describió del modo más preciso las formas de poder en las que vivimos, y quien presentó un maravilloso y celebre pequeño modelo de esta sociedad de la ortopedia generalizada: el famoso panóptico (Foucault, 1974, pág. 227).

### **1.2.3.1 El examen**

El panóptico por otro lado, tiene como instrumento el examen. El examen es importante porque es el instrumento más ínfimo de toda la distribución en red de las relaciones de poder. Antes del siglo XVIII los métodos por los cuales se pretendía solucionar un conflicto entre dos personas, era la encuesta. Así, para que un individuo resultase inocente de un delito eran necesario las llamadas pruebas sociales, es decir que doce personas juren ante el rey acerca de su honestidad, por otro lado existía la prueba mágico-religiosa y una serie de mecanismos mediante los cuales se reconstruía un acontecimiento. (Foucault, 1974). En la sociedad disciplinaria “ya no se trata tanto de reconstruir un suceso, sino de construir algo, o mejor a alguien, a alguien que es preciso vigilar sin interrupción y totalmente” (Foucault, 1974, pág. 228).

El examen es así, el mecanismo mediante el cual se controla y se evita de manera permanente la peligrosidad de un individuo y se controla que se encuentre apegado a la norma social. En el hospital, el examen es el medio por el cual el doctor determina si el paciente está o no apegado a los cánones del hombre saludable. El examen en una institución educativa permite ver si los saberes que le son transmitidos al estudiante son asimilados de manera correcta, de igual forma en los hospitales psiquiátricos, un examen es lo que determina si un individuo debe ser excluido o no de la sociedad.

Cuando se hablaba de los puntos de apoyo y los sistemas implícitos se decía que existen micro poderes o subpoderes al interior de estos puntos de apoyo que representan al lado represivo del poder. “El micropoder que funciona en el interior de estas instituciones es, al mismo tiempo, un poder judicial” (Foucault, 1974, pág. 253). Este micro poder judicial se expresa a través del examen, pues este último es un instrumento de vigilancia permanente. El sentirse observado de manera permanente, ya sea en la escuela o en el hospital, termina por volverse violento, quizá más violento que una violencia represiva, es lo que Bourdieu llama violencia simbólica, esa dominación que se reproduce y se acepta como natural.

### **1.3. Relaciones de Poder y relaciones de Saber**

El examen no solamente vigila, sino que existe un campo de saber de vigilancia entorno al mismo. Las relaciones de poder lo que buscan es vigilar a los individuos y crear en torno a ellos un saber que permita seguir sometiendo, del mismo modo que a partir de ese saber de vigilancia se crean nuevos mecanismos de sometimiento. No pueden sostenerse unas relaciones de poder determinadas solo con el funcionamiento de las instituciones y del panóptico, sino que es necesario que se cree este campo de saber que permita mantener el sometimiento. Las relaciones de poder y las relaciones de saber son interdependientes y no existen las unas sin las otras.

Uno de los aportes de Foucault es identificar que el poder al crear un campo de saber es capaz de crear nuevos mecanismos de control cada vez más sofisticados, con la intención de no dejar ningún espacio de libertad. Se puede ejemplificar este punto en un fenómeno del contexto ecuatoriano: los movimientos sociales y específicamente el movimiento estudiantil. Se parte del supuesto que los movimientos estudiantiles son movimientos que nacen desde la participación civil, sin embargo el poder (en este caso representado en el poder del Estado), en su intento de no dejar espacios de libertad, trata de coaptar estos

espacios mediante la alianza con grupos estudiantiles que sirvan a sus intereses. Así, el trasfondo de todo es no dejar espacios de libertad que provoquen una inestabilidad al poder como tal. Lo que muestra que cada vez los mecanismos del poder son más diversos y progresivamente van reforzando sus bases en todos los rincones del cuerpo social.

Respecto a las interacción entre relaciones de poder y relaciones de saber, Poulantzas piensa que el poder lo que hace es monopolizar un saber por medio del Estado, un saber que por un lado se materializa en nuevas técnicas de ejercicio del poder, en nuevos dispositivos (Poulantzas, 2005), pero también en un secreto del que la masa está excluida. Por ejemplo, antes se mencionó que si algunos puntos de apoyo no tienen la necesidad de utilizar la violencia, es porque encuentran legitimidad en la ley (un saber). Sin embargo, esta ley que es universal, solo es asequible a ciertos actores ubicados en situaciones estratégicas dentro de las relaciones de poder y a los obreros que se dedican al trabajo intelectual. En suma, el saber no es solamente un saber útil al poder para crear nuevas formas de dominación, sino también un conocimiento que legitima una posición de dominación dada en favor de actores que se encuentran en posiciones favorables dentro de la lógica de las relaciones de poder.

Las relaciones de poder conforman así lo que Foucault llamaría una Ortopedia social, donde todos los espacios de la sociedad están bombardeados de estrategias puestas en marcha por instituciones y mecanismos que buscan someter al individuo en su totalidad. Así pues, es importante saber la ubicación estratégica que ocupan los actores y la finalidad que buscan dentro de las relaciones de poder.

Lo importante es comprender también que el cerco construido a partir de relaciones de poder por todo el cuerpo social tienen un campo de batalla, “no son univocas; definen puntos innumerables de enfrentamiento, focos de inestabilidad cada uno de los cuales comporta sus riesgos de conflicto, de lucha y de inversión por lo menos transitoria de las relaciones de fuerza” (Foucault, 1976, pág. 34). Por eso es tan importante comprender la dinámica del poder, comprender cuales son esos focos de inestabilidad y luchar desde esos lugares. Como dice Foucault, estos puntos de enfrentamiento son innumerables, y pueden estar en cualquier institución, en cualquier parte de los puntos de apoyo donde se encuentran esos micropoderes. “La destrucción de la plusvalía implica necesariamente el cuestionamiento y el ataque al subpoder” (Foucault, 1974, pág. 257).

El ataque a estos focos de inestabilidad fuerzan la red completa de relaciones de poder, pero no se puede identificar tales focos de inestabilidad si permanecen ocultos, es decir si no se describe la dinámica de estas relaciones de poder en uno de esos focos. Tal es el objetivo de esta disertación: describir como se presentan estas relaciones de poder en uno

de estos focos de inestabilidad que son los servicios de salud y específicamente en el acceso a los mismos.

#### **1.4. *La fragmentación del poder***

A lo largo de esta disertación se ha dicho que no se puede hablar del poder como tal sino de relaciones de poder, las mismas que se desplazan a lo largo de todo el cuerpo social y que se mantienen vigentes mediante una serie de mecanismos, armas y técnicas puestas en juego. También se ha dicho que la razón de la vigencia de estas estrategias de poder, es que estas se encuentran presentes en instituciones que utilizan la violencia física y la represión pero también en los lugares menos pensados, en esas instituciones aparentemente neutrales y en nuestras prácticas más cotidianas; es precisamente esta presencia del poder en todos los espacios del cuerpo social lo que Foucault llama fragmentación del poder.

Para mantener las relaciones de poder es necesario que el poder este fragmentado, porque un poder unificado es un poder solitario y un poder solitario se vuelve inútil (Foucault, 1974). Es interesante la comprensión que Foucault hace de la fragmentación del poder a partir de la lectura de Edipo, contrariamente a la lectura del psicoanálisis en el cual Edipo representa el deseo hacia los progenitores. Foucault ve en Edipo una lectura del poder, no así, un deseo pulsional. “A Edipo no le espanta la idea de que podría haber matado a su padre, o al rey: lo que le aterroriza es perder su propio poder” (Foucault, 1974, pág. 195).

La tragedia de Sófocles es la historia de Edipo, hijo del rey de Tebas, a quien fue ordenado asesinar apenas nacido, pues sobre el recaía una predicción del oráculo de Delfos, la cual decía que el asesinaría a su padre para casarse con su madre. Gracias a la compasión del súbdito a quien se ordenó matar a Edipo, no fue asesinado, sino abandonado en el monte Citerón y encontrado casualmente por un pastor de Corinto a vista del súbdito que lo abandonó. Edipo fue adoptado por Pólipo y Mérope, rey y reina de Corinto, pasó el tiempo y con la llegada de su adolescencia una serie de alucinaciones rondaban en su cabeza, tratándose estas, de las mismas predicciones que tuvo su verdadero padre, el rey de Tebas.

Con la intención de alejarse de esas premoniciones y aclarar su mente, Edipo decide visitar al Oráculo de Delfos, corroborando así que sus premoniciones eran ciertas. Acorralado en la desesperación y el horror de poder ser el culpable de la muerte de su padre, decide huir sin retorno con la intención de evitar el presagio del oráculo de Delfos. Mientras divaga sin

rumbo, Edipo tiene un encuentro azaroso con su verdadero padre, El rey Layo de Tebas, al cual mata después de una discusión. Al seguir su camino se encuentra con la esfinge, un monstruo que tenía bajo su maldición al pueblo de Tebas, pues todo aquel incapaz de responder sus acertijos estaba condenado a morir. Edipo responde dos acertijos de la esfinge y esta última inmediatamente muere.

Como salvador de Tebas, Edipo es proclamado rey y al mismo tiempo se casa con Mérope, la viuda del rey, su madre (nótese que Edipo no está consciente de que se casa con su madre). Después de su coronación una plaga azota a Tebas, pues el asesino del rey Layo no ha sido castigado y se ignora su identidad. Edipo busca al culpable, dándose cuenta, después de averiguaciones, que él mismo es el asesino del rey de Tebas, su propio padre.

Hay dos puntos importantes a mencionar en Edipo rey desde la lectura Foucaultiana: El primero es que no hay de por medio temas pasionales, de hecho Edipo no sabe que es su padre, cuando asesina a Layo ni tampoco sabe que Mérope es su madre cuando se casa y se acuesta con ella. El segundo punto es que se puede comprender la fragmentación del poder desde la tragedia de Sófocles.

En Edipo existe una información (una porción de poder), que es la verdadera procedencia de Edipo, esa información (un saber) no es poseída por nadie de manera absoluta, sino que está fragmentada en partes, a esto Foucault llama “el juego de mitades o la ley de los tercios”; es decir un *desplazamiento jerárquicamente progresivo* que va desde Layo que ordeno matar a su hijo, hasta el pastor que encontró a Edipo en el monte Citerón. Es la fragmentación de esta verdad (que representa un poder), lo que permite que Edipo ejerza el poder. Cuando esta verdad se muestra, se hace clara y se concentra en Edipo, su poder dejar de existir, es un poder solitario e inútil (Foucault, LA VERDAD Y LAS FORMAS JURIDICAS, 1974).

No se trata de decir aquí de decir que la fuente del poder de Edipo se reduce al secreto de su procedencia, sino entender a partir de la lectura de Edipo, como el poder se encuentra disperso en diversas partes del cuerpo social y como este juego de mitades es lo que permite que el poder tenga bases firmes, porque un poder visible, un poder que se muestra en uno solo, es un poder inútil.

Un poder unificado no tendría puntos de apoyo ni sistemas implícitos, simplemente sería un monstruo el cual se muestra en su forma natural, es un poder que construiría alrededor de si, un panóptico social a la inversa, un poder que al ser mostrado, sería vigilado permanentemente y al cual no le sería fácil desplegar estrategias o mecanismos de poder que permitan mantener una dominación, a menos que estos mecanismos sean violentos y

represivos, es decir que se constituya una lógica Hobbesiana del poder, donde la represión es el fundamento su existencia.

El desplazamiento del poder o de las relaciones de poder es fragmentario pero también es piramidal. Se encuentra en pequeñas partes, distribuido en las relaciones de poder, en los puntos de apoyo, en las instituciones que ejercen la violencia y hasta en nosotros mismos en el panóptico individual que nosotros interiorizamos (policía en la cabeza).

Si se refiere a una ley de los tercios o juego de mitades en las relaciones de poder, también es importante mencionar la fragmentación en las relaciones de saber. Cuando se hablaba que las relaciones de poder establecen un campo del saber que mediante la vigilancia crean un conocimiento de los individuos que permite que se lo siga dominando y que se creen nuevas formas de control, de lo que se trata es de la coexistencia necesaria entre poder y saber. El saber nunca puede encontrarse reunido en un solo lugar pues eso representaría el fin de la vigilancia y control, se encuentra dividido así, en toda esa serie de instituciones que ejercen vigilancia, sometimiento y control a lo largo del cuerpo social, sin embargo este saber es un saber fragmentado monopolizado, es decir administrado por los actores que ocupan una posición favorable dentro de las relaciones de poder.

Hay un cierto secreto dentro de las relaciones de saber y de poder. Lo que no se muestra, no solamente son las estrategias de dominación no represivas por medio de los puntos de apoyo, sino también la lógica de estos puntos de apoyo, es decir no se muestra el objetivo último de las mismas: mantener las relaciones de explotación capitalistas. Si estos saberes, que también representan un poder y por lo tanto un objetivo de poder se mostrasen, entonces estos puntos de apoyo dejarían de mostrarse neutrales y se volverían visibles. Lo importante aquí es comprender que el poder o las relaciones de poder en su conjunto tienen un sentido que no se muestra y cuyo secreto es importante que se mantenga "oculto".

"El poder se manifiesta, completa su ciclo y mantiene su unidad gracias a este juego de pequeños fragmentos separados unos de otros, pertenecientes a un mismo conjunto, a un único objeto cuya configuración general es la forma manifiesta del poder" (Foucault, LA VERDAD Y LAS FORMAS JURIDICAS, 1974, pág. 192).

Poulantzas tiene una perspectiva parecida a la ley de los tercios, para él, al igual que Foucault, las relaciones de poder se encuentran en una multitud de micro políticas y redes de poder diversas, en la cual los actores o sectores de clase ocupan posiciones. En cada una de estas micro políticas existen contradicciones o relaciones de fuerza entre sectores de clase (este punto será tratado de mejor manera cuando se hable del concepto de lucha).

Por el momento se dirá que “esta política, puede ser, ciertamente, descifrable como calculo estratégico, pero más como resultado de una coordinación conflictiva de micro políticas y tácticas explícitas y divergentes que como formulación racional de un proyecto global y coherente” (Poulantzas, 2005, pág. 164) que para Poulantzas no es otra cosa que la dominación y explotación por parte de las clases dominantes.

En suma, el poder o las relaciones de poder se encuentra dispersas a lo largo de todo el cuerpo social de manera piramidal, los poderes también representan saberes, los cuales también están dispersos a lo largo del cuerpo social y el cual es administrado por los actores que ocupan posiciones de dominación, por otro lado a pesar de estar dispersos en los lugares más recónditos del cuerpo social, las relaciones de poder, si bien no son un monstruo uniforme, siempre tienen una lógica que articula a todas, esa lógica es la razón de las clases dominantes.

### ***1.5. El sistema capitalista: la razón de ser de la sociedad de control***

La gestión de la temporalidad, el disciplinamiento del cuerpo, la extracción de saber, la subjetivación de las relaciones de poder y la corrección de los individuos que se han salido de los cánones sociales, son la forma de sujetar al individuo a la lógica capitalista. Se gestiona la temporalidad porque las relaciones de poder buscan controlar el tiempo del ser humano que puede ser utilizado como fuerza de trabajo. Se controla el cuerpo, porque este último está en constante vigilancia en razón de que pueda ser utilizado como fuerza de trabajo. Se extrae saber, porque las relaciones de poder buscan siempre sustraer un conocimiento del individuo que permita establecer cuál es la mejor forma de controlarlos y crear nuevas formas de explotación. Se subjetivan las relaciones de poder porque el individuo interioriza el panóptico presente dentro de estas instituciones que sirven de puntos de apoyo, el mismo es su panóptico, el mismo se vigila. Se corrigen individuos en razón de mantener el orden de las relaciones de poder, pues la peligrosidad de un individuo puede forzar la red de relaciones de poder y crear focos de inestabilidad.

En última instancia lo que hacen las relaciones de poder es funcionar de tal manera que se someta al ser humano. Este sometimiento es parte de un engranaje superior, que es el sistema capitalista. “si el poder se ejerce tal y como se ejerce, es sin duda para mantener la explotación capitalista” (Foucault, 1999, pág. 115). La plusvalía, la acumulación y la explotación de una parte de la sociedad no pueden mantenerse si no es por la sociedad

disciplinaria. Ese es un punto en el que quizás Foucault nunca fue comprendido o no supo explicarlo bien.

Cuando Foucault, empieza analizar el poder ya sea en sus textos como conferencias, menciona que el poder no se puede comprender dentro del tema de clases o de un actor en específico, sino que son “relaciones que descienden hondamente en el espesor de la sociedad, que no se localizan en las relaciones de Estado con los ciudadanos o en la frontera de las clases” (Foucault, 1976, pág. 34). Sin embargo cuando se habla de cómo nació este tipo de poder en red y el fin último de este tipo de poder, la lucha de clases está muy presente.

Cuando se habla del origen de la sociedad de control se dice que esta nació en tal punto de desarrollo de la sociedad industrial donde se necesitaba cuidar los bienes de las clases dominantes, como fábricas, talleres, medios de producción, etc. Es decir la intención de controlar al individuo, es en última instancia, cuidar el capital. Por otro lado cuando se habla del fin último de la sociedad de control, este es mantener el sistema capitalista, sistema de clases sociales: de clases dominadas y clases dominantes.

Lo que se quiere decir es que existe dentro de su aporte, una comprensión crítica de la sociedad desde las relaciones de poder y la sociedad disciplinaria que no deja nunca de lado el capitalismo. El poder es el conjunto de relaciones de poder que cercan el cuerpo social, dichas relaciones son tan infinitas que es imposible comprender el poder en su totalidad, lo que hizo Foucault es una comprensión general de la sociedad a partir de la comprensión de la dinámica del poder desde un determinado hecho. Es precisamente lo que se busca aquí con la comprensión de los servicios de salud.

## **1.6. *El papel del Estado***

El coqueteo o la similitud que tiene la teoría foucaultiana del poder con el funcionalismo se debe principalmente a que en la comprensión del poder de Foucault existe una especie de diagrama (o marco referencial) que se antepone a cualquier campo dentro del cuerpo social (los puntos de apoyo, los sistemas implícitos, la subjetividad humana, la cotidianidad, etc.). Existe una especie de marco referencial autopoietico (que son las relaciones de poder) con mecanismos que cumplen determinadas funciones en razón de mantener ese marco referencial. Nada más parecida a las teorías funcionalistas. Poulantzas respecto a esto dice:

Se podría también, y con mayor razón, acusar a Foucault de caer a menudo con su postura en análisis puramente descriptivos y más a menudo aún, en un neo funcionalismo que retoma los presupuestos epistemológicos del funcionalismo más tradicional: <<El dispositivo panóptico no es simplemente un punto de unión, un cruce entre un mecanismo de poder y una función; es una manera de hacer funcionar las relaciones de poder en una función, y una función por esas relaciones de poder>> Ya lo había comentado yo: Malinowski y Parsons dicen lo mismo. (Poulantzas, ESTADO, PODER Y SOCIALISMO, 2005, pág. 76)

Hay dos puntos que mencionar respecto a lo dicho: Primero que no se toma de Foucault “al discurso epistemológico de segundo grado”<sup>7</sup> (Poulantzas, 2005, pág. 76), sino que tomamos de Foucault los conceptos de relaciones de poder, la capacidad positiva (de crear) y el desplazamiento de las relaciones por todo el cuerpo social. En segundo lugar que si las relaciones de poder fueran autopoieticas donde todo campo subyace dentro de sí un marco referencial fuera del cual no hay nada, no cabría aquí la idea de lucha o de resistencia porque esta última sería absorbida por este marco referencial presente en todo lado. La lucha y resistencia se vuelven aficiones teóricas sin fundamento.

Existe un marco referencial, sin embargo este no es autopoietico porque cada relación de poder al ser una estrategia conlleva una contradicción dentro de sí. Las relaciones de poder son un marco referencial de toda relación económica, ideológica, política y social, pero cada una de ellas, al tiempo que contiene dominación también contiene resistencia. Las relaciones de poder como marco referencial son dinámicas y conflictivas, mas no cerradas.

Dentro de este marco referencial, el Estado ocupa un lugar primordial, pues es quien mueve los hilos de la cara visible del poder, al mismo tiempo que es un objetivo político del poder. Lo que debe entenderse aquí es gran parte de las relaciones de poder se expresan en el Estado; de ahí la importancia de su mención.

Cuando se habla aquí del Estado nos referimos específicamente al Estado capitalista. Poulantzas define al Estado “como una relación, más exactamente como la condensación material de una relación de fuerzas entre clases y fracciones de clases, tal como se expresa, siempre de forma específica, en el seno del Estado” (Poulantzas, 2005, pág. 154). Con esta definición se disipan ciertas confusiones: ver al Estado como una cosa o como una herramienta y por otro lado también se deja claro que no se pretende reemplazar al Estado por las relaciones de poder sino mostrar el papel que juega el Estado dentro de la dinámica del poder.

Si se hiciera una analogía con la dinámica del Ajedrez, cada una de las fichas: los caballos, los peones, alfiles, etc, representan estrategias y las posiciones que ocupan los actores en

---

<sup>7</sup> Por ejemplo la perspectiva foucaultiana respecto del Estado y el entendimiento del poder por fuera de la lucha de clases, pues son conceptos que no permiten la posibilidad de hablar de lucha o resistencia.

la dinámica del ejercicio del poder. Estas estrategias tienen un objetivo en general, que es vigilar, someter, corregir y dominar en razón de mantener el sistema de explotación capitalista. Sin embargo estas piezas de ajedrez ponen en juego sus estrategias encima de una tabla tridimensional que sería el tablero de ajedrez. Las estrategias se desenvuelven en este tablero mediante una red de instituciones, acciones, espacios y lugares que son administrados e interferidos por el Estado; en este sentido el Estado es objetivo político del poder y el tablero de ajedrez.

En los escritos de Foucault donde se habla mayoritariamente del concepto de poder y relaciones de poder no se hace la mención que merece el Estado. Poulantzas en alguna parte dice que los puntos de apoyo (aparatos que materializan las relaciones de poder) están dentro del Estado, por otro lado si nos referimos a la cara del poder que es violenta y represiva, no hay que olvidar que el Estado es el depositario del monopolio de la violencia legítima.

La lectura que Poulantzas hace de Foucault es anterior al último Foucault que dedica sus escritos al análisis de la gobernabilidad, el biopoder y la territorialidad, donde sí se menciona al Estado más que en los escritos anteriores pero “En lugar de asumir que el Estado era un ente supremo de poder, se ocupó más bien de entender cómo su poder es ejercido en la sociedad a través de varias relaciones sociales e institucionales” (Mussetta, 2009, pág. 40). Por otro lado, a pesar de la preocupación por el tema del Estado, Foucault dijo:

“Me ahorro, quiero y debo ahorrarme una teoría del Estado como me ahorraría una comida indigesta. Pero eso no quiere decir que el análisis que hago borre los efectos y la presencia del Estado. [...] Si ahorrarse una teoría del Estado es no empezar por analizar en sí mismas y por sí mismas la naturaleza, la estructura y las funciones del Estado, si ahorrarse una teoría del Estado quiere decir no tratar de deducir a partir de lo que el Estado es como una especie de universal político y por extensión sucesiva, lo que pudo ser el estatus de los locos, los enfermos, entonces sí, renuncio a una teoría del Estado” (Mussetta, 2009, págs. 40-41).

Volviendo a la ejemplificación del ajedrez, el Estado es el tablero. Un campo donde las estrategias de cada ficha tienen lugar como condensación de contradicciones que se encuentran mediadas y materializadas por el Estado. Las relaciones de poder (las fichas) se desenvuelven dentro de un campo de batalla que es el resultado de las contradicciones. A pesar de que se ha dejado claro al inicio de esta disertación que el Estado no es una mera herramienta a servicio de las clases dominantes, si hay que decir que este tipo de estructura sigue la razón de la clase o del grupo que ocupa una condición dominante o favorable en la dinámica del ejercicio del poder.

El Estado es resultado de las contradicciones de clase pero no es algo inerte, también interviene y se separa en cierto modo de estas relaciones. El Estado tiene cierto grado de autonomía, porque el estado también planifica, clasifica, encarna tácticas, crea ideas, representaciones, saberes y prácticas. La razón de estas potestades del Estado es porque

“el Estado capitalista no funda su legitimidad en su origen: comporta una serie de fundaciones sucesivas en la soberanía, constantemente renovada del pueblo-nación. Este Estado afirma así su papel organizativo particular con respecto a las clases dominantes y su papel de regulación con respecto al conjunto de la formación social”. (Poulantzas, 2005, pág. 64).

De esta manera, el Estado tiene legitimidad para generar leyes y normas mediante las cuales administra y organiza el panóptico social en su conjunto introduciendo una matriz espacial y temporal dentro de la sociedad, la cual no deja de seguir la razón de la clase o la fracción de clase que se encuentre en una posición favorable dentro de las relaciones de poder y de fuerza.

Las teorías funcionalistas tratan de ser sistemas cerrados donde todos los actores que intervienen dentro de esta dinámica desempeñan funciones en razón de la permanencia de dicho sistema, desde esta perspectiva no existen outputs o salidas que permitan cambiar el orden establecido. El papel del Estado muestra como la lógica del poder es más bien dinámica y conflictiva, pues si existen salidas mediante las cuales se pueden cambiar el tipo de relaciones de poder. No se puede hablar de una sociedad donde no exista el poder, de lo que sí se puede hablar es de un ejercicio del poder diferente donde los actores ocupen posiciones más horizontales.

No se trata de tener una comprensión del acceso a los servicios de Salud desde el Estado, ni tampoco decir que es el único lugar donde se encuentran campos de batallas. Por otro lado tampoco se trata de decir que no hay nada más allá del Estado. De lo que se trata es de recuperar la importancia del Estado como condensación material de las contradicciones de clase y por lo tanto un campo de batalla. Claro está también que las relaciones de poder también se encuentran a nivel de relaciones sociales por fuera del Estado y que la lucha y resistencia también se encuentran en este nivel.

### **1.7. Relaciones de poder y el concepto de lucha desde Poulantzas**

El concepto de lucha no se reduce a la idea de lucha de clases del marxismo. Poulantzas se refiere a la lucha de clases como algo más abierto pues “las clases bajo el capitalismo son clases abiertas, basadas en la distribución y circulación de los agentes individualizados

en su seno. Ya se trate de la burguesía, de la clase obrera, de la pequeña burguesía o de las clases rurales” (Poulantzas, 2005, pág. 85). Desde esta perspectiva, la lucha implica una contradicción presente en un sitio o situación determinada que no necesariamente refiere a la explotación de la clase obrera a manos de la burguesía. Sin embargo sea cual sea esa lucha, siempre existe una referencia de clase. Respecto a esto Poulantzas dice:

Se puede considerar, por ello mismo, que toda lucha, incluso heterogénea a la luchas de las clases propiamente dichas (lucha hombre-mujer, por ejemplo), no adquiere indudablemente su propio sentido —en una sociedad donde el Estado utiliza todo poder (la falocracia, o la familia, pongamos por caso) como eslabón del poder de clase- más que en la medida en que las luchas de clases existen y permiten así a las otras luchas desplegarse (lo que deja en pie totalmente la cuestión de la articulación, efectiva o no, deseable o no, de esas luchas con las luchas de clases” (Poulantzas, 2005, pág. 179).

La noción de lucha y resistencia en Poulantzas solo puede entenderse desde la fragmentación del poder. Las relaciones de poder se encuentran fragmentadas de manera articulada en red a lo largo de todo el cuerpo social en diferentes lugares: se ha mencionado puntos de apoyo, sistemas implícitos, el Estado, aparatos del Estado, situaciones cotidianas, etc. Cada uno de estos lugares implica una contradicción inherente donde las diversas estrategias que son las relaciones de poder, se encuentran en permanente conflicto. En otras palabras, si el poder está en todo lado, las luchas y las resistencias también están en todo lado. La resistencia debe entenderse como formas de poder que se oponen a una forma de ejercicio de poder determinado.

Si no existe resistencia al poder, el poder se vuelve una esencia, algo ontológico. La resistencia es el límite del poder, es decir son formas de poder que sirven como outputs inherentes a la dinámica de las relaciones de poder. En Foucault existe la preocupación de la resistencia pero no tiene fundamento teórico. Foucault solo dice que los puntos de apoyo, también son puntos de inestabilidad pero al no tener este fundamento, la resistencia es espontánea y absorbida por el poder. De tal manera que el poder sigue siendo una esencia, sin outputs.

Para Poulantzas la lucha contra el capital y contra una forma determinada de ejercicio de poder es con formas de resistencia desde cualquier punto de la sociedad disciplinaria. En este punto Foucault y Poulantzas coinciden pues para ambos es importante situar los nudos de poder y sus efectos en cualquier campo social. Esta perspectiva de Poulantzas, puede ser tachada de reformista, pues a primera vista, parece ser que solo le interesa ganar espacios dentro de una forma de dominación dada, de manera que esta dominación se vuelva más vivible, menos violenta. Sin embargo para Poulantzas si el poder está en todos lados, la revolución también debe estar en todos lados.

Estas estrategias múltiples que se enfrentan en todo lado con las estrategias desplegadas por el poder devuelven a la idea del tablero de ajedrez: Un jaqueo permanente a esas relaciones de poder o estrategias que dominan es lo que se propone. Aunque para que exista un cambio en la forma de ejercer el poder, no es necesario únicamente que se ganen espacios dentro de los pequeños puntos de apoyo, sino también cambios estructurales. Sin embargo la identificación y resistencia desde estos puntos de apoyo es importante, de manera que una vez se pueda romper esta forma de dominación, esta última no tenga puntos de apoyo y su destrucción sea inminente.

## ***CAPITULO II. Acceso a los Servicios de salud y relaciones de poder.***

En el primer capítulo de esta disertación se explicó el concepto de relaciones de poder desde Foucault y Poulantzas. Desde estas perspectivas se entiende que las relaciones de poder son estrategias que se despliegan a lo largo del cuerpo social y que tienen tres características inherentes: La primera es que estas estrategias se despliegan con la intención de vigilar, controlar y corregir a los sujetos en aras de la mantener lo que Foucault denomina sociedad disciplinaria, base de la explotación capitalista. La segunda, que cada una de estas estrategias siempre está en constante lucha con otras estrategias, las cuales son formas de poder que resisten a una determinada forma de ejercer el poder. La tercera que las relaciones de poder están presentes en todo el cuerpo social, tanto en los aparatos represivos, como en las más cotidianas de nuestras actividades.

En este capítulo se pretende comprender el acceso a los servicios de salud, entendido como un hecho social desde el concepto de relaciones de poder. Es decir se trata de analizar cómo se presentan las relaciones de poder en un acto cotidiano del que aparentemente no forma parte el poder en su expresión represiva y excluyente, de un acto cotidiano al cual se percibe como un acto universal al cual todo ser humano tiene acceso sin importar clase social, edad, género, etnia, etc.

El desarrollo de este capítulo consiste en una breve descripción de lo que se entiende por salud, pues no existe una percepción universal de la misma, sino una hegemónica. En segundo lugar se define los servicios de salud y se hace un breve recuento de su historia, su situación en la actualidad en Ecuador y principalmente en la ciudad de Quito, esto a manera de contextualización. En tercer lugar se analiza como el acceso a estos llamados

servicios de salud no es un ingreso igualitario y equitativo sino que es una actividad determinada por el ejercicio de poder. En cuarto lugar se habla de cómo este campo aparentemente neutral que son los servicios de salud es un campo de batalla donde también existe la posibilidad de resistir. Finalmente se habla de los efectos de poder, es decir de las consecuencias reales del ejercicio del poder en los servicios de salud: segregación, exclusión, desigualdad, etc.

En suma este capítulo pretende contextualizar el acceso a los servicios de salud y su relación con el poder, de manera que se vaya aterrizando hasta llegar al objeto de estudio concreto de esta tesis que es el hospital Enrique Garcés, donde se describirá como se reproducen estas relaciones de poder de las cuales se ha hablado aquí hasta el cansancio en esa institución que brinda servicios de salud y como el acceso a los mismo está determinado por acuerdos imposiciones y estrategias a nivel de estructural pero también a nivel micro y cotidiano.

## **2.1. Concepción de Salud**

Lo que se entiende por salud no es un concepto que se refiere únicamente a un tema físico biológico sino que “la salud y la enfermedad son conceptos en evolución, fruto de construcciones sociales” (Ponte. Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia) los cuales cambian dependiendo del contexto histórico y social desde el cual se habla, no solamente de manera conceptual sino de manera concreta, pues las enfermedades en muchas ocasiones no son una patología meramente biológica del individuo, sino que son producto del contexto con el cual se relaciona el individuo, tal es el caso de las enfermedades causadas por la contaminación ambiental, las pandemias, varios tipos de cáncer, etc.

En la antigua Grecia, Platón pensaba que “la salud y la enfermedad se encontraban determinadas por un principio no material, el alma divina o pneuma, y que los procesos patológicos se producen por las modificaciones de la misma en los organismos y su influencia sobre los órganos” (Parafita. Recorrido histórico sobre las concepciones de Salud y Enfermedad); a este tipo de concepciones se sumaba toda una mística de la salud, pues en la mitología Griega existen Higea y Panacea, diosas de la Salud y del tratamiento.

En las culturas orientales por otro lado, también existieron percepciones no biológicas de la salud referida a creencias religiosas y a cambios naturales como el clima. En

Mesopotamia por ejemplo, la aparición de enfermedades, eran castigos impuestos por los Dioses por desobedecer las normas divinas o por caprichos demoniacos, el restablecimiento de la salud se conseguía mediante la realización de ritos los cuales eran más prolongados dependiendo del pecado.

En la India la salud representaba la armonía entre el viento, fuego, agua, éter y tierra, que al mismo tiempo representaban partes del cuerpo, si uno de estos elementos no estaba en armonía con los demás, aparecían enfermedades. (Vega, 2002)

Hasta la edad media, lo que se concibe por salud y por enfermedad tenía connotaciones mágicas religiosas. A pesar de existir la medicina heredada desde Hipócrates y Galeno, las concepciones de lo que se entiende por salud o por enfermedad, están basadas en el discurso cristiano. Pues la proliferación de plagas y la ausencia de curas efectivas, hizo que la gente busque un refugio en la religión y sustituya medicamentos o hierbas por exorcismos, peregrinaciones y oraciones. Así, la salud y la enfermedad eran una analogía de un premio o castigo divino. Las enfermedades eran castigos divinos, impuestos a los pecadores y la Salud era la armonía entre el comportamiento humano y los mandamientos cristianos. La mención de la importancia del cristianismo se debe a que “fue precisamente la caridad cristiana la que, a lo largo de la Edad Media, hizo posible la fundación de numerosos centros hospitalarios en la península, en toda Europa occidental y en todas las regiones de influencia del cristianismo” (Moreno & Morán, 2012, pág. 27).

La percepción occidental de salud y enfermedad fueron impuestas en Latinoamérica en la época colonial, pues los primeros hospitales, eran “instituciones de corte medieval, producto de una tradición asistencial orientada a todos los sectores, sin distinción de clase ni religión, inspiradas en la caridad cristiana” (Moreno & Morán, 2012, pág. 27). Esto se contraponía a la cosmovisión que existía en torno a la salud en los pueblos Andinos, pues aquí “la salud era considerada como el resultado de la relación armónica entre el hombre y la concreción de lo sagrado, además era una armonía entre el hombre y la sociedad” (Fierro, 2002, pág. 57).

Contrariamente a lo que se cree, la perspectiva andina de la salud no refiere únicamente a percepciones mágico religiosas, pues había una clara distinción entre los males causado por la no armonía con lo sagrado y los causados por el entorno natural no sagrado. Las formas de sanación realizadas por los curanderos se realizaban mediante el método llamado “eliminación, restitución”: un proceso mediante el cual el curandero, identifica los males presentes en la persona y mediante una serie de ritos y plantas restablece la armonía del individuo, tanto con lo sagrado como en su relación con los otros.

En este sentido hay que decir que la salud y la enfermedad en la cosmovisión indígena son fenómenos asumidos de manera colectiva, pues “en lo que tiene que ver con los pueblos andinos, de influencia de la cultura inca, se conoce que los enfermos eran asistidos por la comunidad” (Guerra, 1994, págs. 33-34), mientras que la enfermedad y salud en la cosmovisión occidental no era asumidas como un fenómeno colectivo, sino como pecados individuales. Claro está que el asistencialismo por medio de la caridad involucraba a pequeños grupos filántropos y religiosos, pero estos no dejaban de ser mas que ajenos que mediante la caridad, buscaban el perdón divino.

En principios de la colonia, las percepciones de salud enfermedad existentes: La andina y la europea, siguieron coexistiendo pero progresivamente el discurso medico científico, guiado por la doctrina religiosa europea fue desplazando a las concepciones andinas, de manera que los mismos curanderos andinos adoptaban los métodos occidentales. Por tanto no se puede decir que existió una concepción universal de Salud, sino que fueron una serie de percepciones que interactuaron en relaciones de fuerza. Así mismo, en la época contemporánea, más allá de que exista una definición oficial de salud establecida por la organización mundial de la salud: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social”; no se puede decir que es la única, pues la misma convive aún, con otras concepciones que se han mantenido desplazadas como la cosmovisión andina que aún es preservada en los sectores rurales del Ecuador y por los pueblos indígenas.

La salud indiferentemente del contexto cultural, social, económico y político tiene que ver con un llamado bienestar del individuo. Un bienestar más allá de lo físico - biológico, sino también un bienestar del individuo dentro de la relación con el ambiente y con los otros. Claro que si se piensa en cómo manejan la salud las naciones, se dirá que lo que se concibe como salud es una mera definición normativa que sirve para justificar una dinámica de desigualdad en torno a la misma. Lo importante aquí es sacar a la salud de esa posición individual en la que está la medicina clínica y ver a la salud como un fenómeno colectivo que “tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad” (Rawson, Coni, & Carrillo, 1985, pág. 10).

### **2.1.1. Los servicios de Salud**

Si se habla de los servicios de salud hay que proponer necesariamente dos conceptos. Primero uno operacional y uno desde la perspectiva del poder.

De manera operacional entendemos por servicios de salud al conjunto de instituciones, acciones y personas destinadas a dar una prestación relacionada con la cura, tratamiento y prevención de una enfermedad o de algo que afecte al individuo en su relación con el ambiente y con los otros, es decir son todos los sujetos y elementos que proveen y aseguran ese llamado bienestar del individuo. Dentro de esto incluimos a hospitales, centros de salud, consultorios privados, centros ambulatorios, planes de prevención, planificación estratégica en salud, organizaciones con y sin fines de lucro, entre otras actores que interactúan en la lógica de los servicios de salud siguiendo el discurso médico racional o siguiendo discursos alternativos, como por ejemplo la partera y el curandero, entre otros.

Siguiendo la teoría del poder los servicios de salud son un punto de apoyo del poder que tiene cuatro funciones:

- vigilar y controlar el cuerpo social e individual.
- Cuidar de la fuerza de trabajo.
- Reproducir y transmitir un saber.
- Reproducir las desigualdades sociales dentro de su lógica de exclusión.

En torno a esto se despliega un campo de batalla

Los servicios de salud son un aparato de vigilancia porque mediante las instituciones y programas de salud, el poder controla a la población, las tasas de natalidad - mortalidad, la brotes de pandemias y el control de sujetos los cuales al estar enfermos no están aptos para estar en el proceso de producción de capital y tienen que ser vigilados procurando ser reinsertados de inmediato o alejados si es un peligro para el resto del cuerpo social.

Los servicios de salud por otro lado también cumplen la función de cuidar la fuerza de trabajo, esto se encuentra evidenciado en el sinnúmero de teorías de capital humano, las cuales postulan que la inversión en la población representa crecimiento económico. Así Mushkin dice “La salud y la educación son inversiones conjuntas que se hacen en el mismo individuo. Debido a estas inversiones el individuo es más efectivo en la sociedad como productor y consumidor” (Mushkin, pág. 266).

El control de la población por medio de la salud nace con el objetivo de mantener el modo de explotación capitalista y tener a disposición una población apta para ser explotada, este punto fue ya desarrollado por Foucault en el nacimiento de la medicina social. En Ecuador, los primeros planes de intervención en salud en contra de enfermedades como la malaria, llevadas a cabo en la Costa, en grandes extensiones, no tenían el fin de cuidar la población sino de crear las condiciones necesarias para plantar grandes extensiones de cultivos de cacao, de hecho los grupos de trabajadores bananeros y cacaoteros, eran de los sectores más olvidados.

Los servicios de salud por otro lado son instituciones poseedoras de un aparato detentor, reproductor y trasmisor de saber. Dentro de estas instituciones es donde el saber médico avanza en hallazgos, donde los futuros médicos obtienen la experiencia necesaria para poder ejercer su profesión, donde nace el control de natalidad de una población a partir del cual se crean políticas de control sobre la vida, donde el poder mediante programas transmite cánones los cuales determinan formas de vivir y conductas los cuales se apegan a los objetivos que el poder pretende. Un ejemplo de esto es la historia de la aparición de lo que se cómo higiene.

Finalmente los servicios de salud son uno de los tantos puntos donde se reproducen las relaciones de dominación y las contradicciones de clase. Pues interactúan no solo en medio de relaciones de poder sino también en relaciones de mercado. Desde principios de la edad moderna la salud dejó de ser asistencial y pasó a ser también un servicio (una mercancía), hecho que hace que lo que es un derecho para unos es un lujo para otros.

### ***2.1.2. Morfogénesis de los servicios de salud en el Ecuador***

La historia de los servicios de salud en el Ecuador está condicionada de manera casi total por las imposiciones que desde la colonia existen y no se refiere aquí a fenómenos globalizatorios racionales en donde se adoptan modelos foráneos por ser mejores, sino de imposiciones concretas, muchas veces violentas a lo largo de la historia.

Como se mencionó antes, hasta principios de la modernidad los servicios de salud estaban guiados por la ideología cristiana, pues hasta principios de la edad moderna los primeros servicios de salud tenían un carácter asistencial. El enfermo era el que sufría el castigo divino o la acción del demonio y tenía la oportunidad de reivindicarse con Dios si padecía y sufría la enfermedad; por otro lado, la persona que brindaba ayuda filántropo religiosa es

quien mediante la caridad tiene la oportunidad de reivindicarse sus pecados ante Dios e ir al paraíso.

Así tenemos que en Inglaterra los primeros servicios de salud fue la “Sociedad Religiosa de los amigos” o comúnmente conocidos como “cuáqueros”, una sociedad religiosa dedicada al asistencialismo y a brindar ayuda a los más pobres, pero que por otro lado ejercían vigilancia y control de gente portadora de peligrosidad. No debe olvidarse que el poder no castiga los actos de una persona sino su condición de peligrosidad, su capacidad de poder hacer daño a los demás.

Lo mismo pasa con los primeros hospitales que nacieron en Europa, estos tienen un origen asistencial, pues se dedicaban a la atención de los más necesitados. Sin embargo en su origen todas estas instituciones asistenciales como los cuáqueros y por otro lado los hospitales eran motivo de exclusión del sujeto considerado peligroso. Es así, que los hospitales en su origen eran un lugar donde los enfermos iban únicamente a morir, pues eran verdaderos focos de muerte donde había dificultades para encontrar una cama y bastante dificultad de salir sano. En “el nacimiento de la clínica” Foucault explica que el hospital es en su origen un lugar donde el individuo no encuentra cura pues la enfermedad no cumple su ciclo normal en el cuerpo sino que interactúa con otras enfermedades provocando la muerte del individuo en lugar de una posible cura; es decir las personas que iban a un hospital sabían y estaban conscientes de que no iban a salir vivos de ahí.

Los servicios de salud así, no representaron un mecanismo mediante el cual los seres humanos podían ejercer su derecho a la vida y a la salud, sino un mecanismo mediante el cual el poder excluía y controlaba el cuerpo denominado peligroso. Sin embargo existe un proceso de deshospitización en el siglo XVIII que se lleva a cabo por: la transformación de los servicios de salud en mercancía y por el tecnologización del control del cuerpo social. Así se crean una serie de instituciones subordinadas al hospital como el dispensario y pequeñas casas de salud de segundo orden. El hospital se convierte en una máquina de curar especializada, almanecedora y transmisora de un saber, que globaliza los datos de la población y da tratamiento a las enfermedades más difíciles.

El modelo de los servicios de salud europeos fue el que se implanto desde la colonia en Latinoamérica y en el Ecuador. La historia de los servicios de salud en Ecuador empieza con la fundación ordenada por la corona española del “Hospital real de la misericordia de nuestro señor Jesucristo y fue conocido en diferentes momentos como Hospital real, hospital de los pobres, hospital real de nuestra señora de Belén, hospital de nuestra señora

de la caridad, hospital de las betlemitas, hospital de la caridad” (Moreno & Morán, 2012, pág. 13) o como se conoce popularmente, hospital San Juan de Dios.

Es importante este hecho porque hasta 1785, este fue el único hospital de la ciudad de Quito. Con la fundación de este hospital siguieron la fundación de varios hospitales a lo largo del país con la misma lógica de asistencialismo a los más pobres cuyo “reconocimiento social de su condición de pobres consagraba a los más necesitados como una especie de “grupo privilegiado” y providencial cuya supervivencia garantizaba al otro, al no pobre la oportunidad de practicar la caridad” (Moreno & Morán, 2012, pág. 25)

Estos pasajes sacados de la historia del hospital san Juan de Dios, muestran como desde un principio, la salud en el país siempre ha sido un motivo más para reproducir las desigualdades sociales y la razón del poder. Pues entre la red hospitalaria de la época “unos serían para españoles e indígenas, otros para indígenas, otros para mujeres y otros de aislamiento para el tratamiento de enfermedades contagiosas” (Moreno & Morán, 2012, pág. 28). Por otro lado, dentro de los hospitales también se reproducía esta taxonomía segregacional de manera más aguda, pues había salas para indígenas, españoles y mujeres por separado.

El poder colonial se impuso a las prácticas andinas, institucionalizando la práctica médica occidental guiada por la doctrina cristiana mediante la implementación de hospitales, ante esto, los modos de resistencia que existían eran no acceder a los servicios de salud o acceder a otras fuentes de atención como los curanderos, pero estos últimos cada vez más iban adoptando a la fuerza, la práctica médica occidental. Los métodos ancestrales como la curación mediante el método mágico racional “eliminación-restitución” y el cuidado de los enfermos iban siendo relegados solo a las zonas rurales y a los pueblos indígenas.

De la preocupación por la salud por parte de la corona Española en la época colonial se pasa a una responsabilidad estatal. Sin embargo, la tónica de desigualdad en capacidad de acceso nunca cambió, pues la incipiente medicina privada era solo para los sectores más acomodados de la sociedad, mientras que “la práctica de Salud se articulaba a las necesidades estatales de protección de la economía” (Fierro, 2002, pág. 84). Por lo tanto las políticas en Salud estaban orientadas al saneamiento de puertos y enclaves de producción, con lo que el país mantenía fuertes réditos de un naciente mercado cacaoero que estaba en expansión.

En el siglo XX, los servicios de salud en el Ecuador no tenían estructurada una organización integral, ni un órgano rector como es actualmente el Ministerio de Salud Pública. Algunos servicios de salud seguían guiándose por el principio de la caridad dirigida hacia los pobres

por parte de organizaciones religiosas o no gubernamentales pero lo que empezó a primar es el asistencialismo por parte del Estado. Los servicios de salud siempre mantuvieron su lógica de exclusión y luchas de poder, pues si bien es cierto el campo de la salud en el siglo XX no estaba muy intervenido por el ámbito privado, si existía una pugna entre la dinámica de prestación de servicios del Estado e instituciones independientes, además de que siempre estuvieron presentes intereses regionales, políticos y económicos que el sistema de acceso a los servicios de salud siempre supo reproducir.

Así pues lo que había era varias instituciones de carácter asistencialista local pero con discursos incluyentes a nivel nacional. Estaba así: la junta de beneficencia de Guayaquil y la dirección de salud en Guayaquil, institución principalmente encargada de erigir planes de Higiene que mantengan limpio el puerto de Guayaquil en razón de la actividad comercial. En la sierra se encontraba el Servicio Sanitario Nacional, fundado en 1925, instituciones que tenía una figura nacional pero que no se aplicaban en la práctica.

Siempre la salud hasta ese momento tuvo carácter asistencial pero cada vez más, se volvía un mecanismo mediante el cual, la naciente burguesía agroexportadora porteña incrementaba su productividad. Así podemos ver en un estudio sobre el desarrollo histórico de las políticas de salud en el Ecuador en el cual se describe como en 1948 se realizaban campañas anti palúdicas para levantar grandes plantaciones de banano y cacao en la costa ecuatoriana. Sin embargo los trabajadores de las plantaciones fueron uno de los sectores más vulnerables.

Los servicios de salud en el Ecuador, siempre han estado atravesados por relaciones de fuerza las cuales no permitieron una pronta institucionalización nacional de la salud, pues grupos de poderes regionales y económicos se opusieron a la creación del ministerio de Salud, principalmente grupos de poder costeños.

No es sino en 1967, después de décadas de presión por parte de grupos como el gremio de médicos y la imposición de acuerdos internacionales como la alianza por el progreso y establecimiento de un plan decenal de salud pública, cuyo propósito era amortiguar desde la Organización de Estados Americanos y Estados Unidos las revoluciones latinoamericanas y hacer más soportables las desigualdades. Sin embargo la institucionalización de la salud no cambio la dinámica de los servicios de Salud, pues sigue siendo un sistema atomizado, competitivo, pobre y sin comunicación.

En los setenta con la modernización del país, la dinámica de los servicios de Salud cambia, pues por un lado persiste un precario y disperso sistema de salud publico dirigido a los pobres mediante el asistencialismo y la lógica del Estado benefactor y la presencia de una

medicina rural tradicional, la cual es desplazada progresivamente con la implantación de políticas como la obligación de los estudiantes de medicina de realizar un año de práctica rural antes de adquirir su título profesional. Por otro lado, empieza el crecimiento acelerado de los servicios de salud privados.

Todos estos factores influyen en el aumento de la disponibilidad efectiva de los servicios de salud, pues entre 1970 y 1975 aumenta en un 200% el número de hospitales, subcentros y centros. A pesar de crecimiento de la disponibilidad efectiva, las limitaciones para acceder al servicio de salud no disminuyeron, de hecho se acentuaron, pues con la modernización del Estado ecuatoriano y el Boom petrolero, los procesos migratorios del campo a la ciudad hacen que crezcan las periferias en las grandes ciudades y el proletariado.

El aumento de disponibilidad del 200%, es seguido por un debacle en la inversión estatal en el sector de la salud. “En 1995, el Banco Mundial estableció que el gasto en salud en el Ecuador es el más bajo en América Latina y el Caribe, conjuntamente con Perú y Paraguay” (Municipio del distrito metropolitano de Quito, 1998, pág. 5). Debido a que los intereses estatales estaban más centrados en el pago de la deuda externa y en la estabilidad de la balanza de pagos que la inversión social en Salud y Educación.

La decreciente inversión en Salud se vio evidenciada en el déficit de cobertura. Un estudio del “Municipio de Quito” menciona que esta disminución en la capacidad de oferta efectiva causo un “fenómeno de autoexclusión” de la población más pobre a los servicios de atención médica pues “el 43 % de las consultas médicas en el grupo poblacional más pobre recurrió a los servicios privados” (Municipio del distrito metropolitano de Quito, 1998, pág. 6), por ende los servicios de salud privados siguieron en auge acelerado, ya que para 1997 casi el 20% de servicios de salud eran privados(entre clínicas, subcentros y unidades de salud). No debe pensarse que la estructura en si misma es una limitación en la capacidad de los individuos en acceder a los servicios de salud. Hay un sinnúmero de factores que influyen en que las personas no puedan acceder a los servicios de salud. Por ejemplo el hospital público se dirige a la población más pobre, pero al mismo tiempo pone trabas a esa población referentes al tiempo de espera y calidad de atención.

Muchas veces la gente que requiere los servicios de salud públicos no dispone del tiempo necesario para esperar en una sala de emergencias, de este modo se ve obligado a acceder al servicio privado, aun si no tuviese el dinero suficiente para hacerlo. Entonces el problema no es de infraestructura en sí mismo, sino de las relaciones que atraviesan esa infraestructura o capacidad de oferta efectiva. De este modo parece crearse una ley que

dice que a menor accesibilidad al servicio público, mayor crecimiento del uso de servicios privados.

El siglo XX finaliza con un sistema de servicios de salud cada vez más desigual, en donde a pesar que la mayor parte de la población tiene “acceso libre” a los servicios públicos, cada vez es mayor la cantidad de personas que entran en la lógica de auto exclusión de estos servicios, permitiendo así, el crecimiento del sector privado.

Hay un estudio realizado en Ecuador por Jaime Breilh Paz y Miño y Ylonka Tillería Muñoz, que es interesante en cuanto analiza la dinámica de los servicios de salud a principios del siglo XXI en el Ecuador. En este estudio se analiza como las políticas públicas respecto a salud, dejaron de ser un medio mediante el cual el llamado Estado protector provee servicios a la población y pasaron a ser un medio para la consolidación de un modelo de acumulación acelerada en el campo de la salud. (Paz y Miño & Tillería, 2009).

Fueron varios los elementos que convergieron en la consolidación del sector privado en la salud, empezando por la crisis bancaria del 99 y la baja inversión en salud. Sumado a esto que de por si representa la pauperización de los servicios de salud, siguieron una serie de actores internacionales los cuales influyeron en el espacio propicio para el crecimiento del sector privado. “Según un informe de la CAIC, en el periodo 1976- 2006 se firmaron 26 créditos entre el Estado ecuatoriano e instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, en el área de servicios públicos como salud y educación” (Paz y Miño & Tillería, 2009, pág. 92).

Producto de los créditos internacionales y la intervención extranjera surgieron proyectos como “Modersa” que fue un crédito adquirido por el Estado ecuatoriano con el Banco mundial para la modernización de los servicios de salud, lo cual implicaba que exista descentralización de los servicios, mayor tecnología en las unidades de salud y la autogestión por parte de municipios y gobiernos en cuanto a salud. Este proyecto fue un fracaso puesto que “permitió establecer cobros en hospitales públicos y dejó a la población con un limitado acceso a los servicios de salud” (Paz y Miño & Tillería, 2009, pág. 93).

Lo que se logró mediante este ambiente de pauperización de los servicios de salud es el ingreso de la población a la lógica mercantil. Pues solamente en un intervalo de diez años creció a casi el doble el número de servicios de salud privada de 260 en 1993 a 463 en 2003 (Iturralde, 2015).<sup>8</sup> Una de las grandes conquistas en esta década fue la protesta social en contra del tratado de libre comercio con Estados Unidos, pues este tratado implicaba el

---

<sup>8</sup> Revisar el estudio socio económico de Pablo Iturralde. “La privatización de la salud en el Ecuador” para ahondar en la consolidación del sector privado en el campo de la salud.

crecimiento aún más acelerado del sector privado y la distribución limitada de medicamentos genéricos.

La lógica del acceso a los servicios de salud en la revolución ciudadana actúan dentro de una coyuntura que implican una estabilidad política los primeros años que es respaldada por los grandes presupuestos anuales provenientes principalmente del petróleo. Este contexto favorable permitió que la inversión en salud aumente cada año progresivamente hasta alcanzar su tope en 2011 de 4.223 millones de dólares (Iturralde, 2015).

En medio de esta bonanza económica, la implementación de políticas públicas en salud estuvo guiada por dos principios. La repotenciación e implementación de nuevas casas de salud en el sistema de salud público y la ampliación de la cobertura por medio del Instituto ecuatoriano de seguridad social, que fueron logrados mediante varias reformas al código de trabajo y a la seguridad social.

Como resultado de ello “durante el periodo 2007 – 2013 se evidencio un boom de 367 nuevos establecimientos de salud; anteriormente, en el mismo periodo del tiempo se generaron apenas 99 nuevos establecimientos” (Iturralde, 2015, pág. 15). Por otro lado la cantidad de afiliados se incrementó a alrededor de 9 millones, pues además de la inclusión de más trabajadores con relación de dependencia también se hizo reformas para que reciban atención medica las conyugues e hijos menores de edad

En cuanto a la repotenciación de los servicios de salud públicos en el país se gastaron millones de dólares en la construcción de hospitales y centros de salud, sin embargo no se mejoró los servicios de salud en proporción al aumento de presupuesto, pues los mismos siguen concentrados en la ciudad, tomando en cuenta que el un tercio de la población ecuatoriana es rural (5.802.020 millones de habitantes según datos del banco mundial).

Los nuevos establecimientos construidos en su mayoría son centros de salud de primer orden y no hospitales con capacidad de hospitalización donde se tratan accidentes como las surgidas a diario en el campo, como la desmembración corporal producto de la utilización de herramientas, brotes de plagas, etc. Por otro lado los servicios de salud en las zonas rurales, se ven limitadas al seguro social campesino que son centros de primer orden que cubren a una pequeña parte de la población y por los centros de salud públicos, que están copados de estudiantes recién graduados que como requisito para graduarse tienen que realizar un año de trabajo rural.

En cuanto al protagonismo que obtuvo el IESS en los últimos años por la ampliación de cobertura basada en el principio de universalidad de la salud, también hay repercusiones

graves y que se ven ahora, pero se profundizarán a largo plazo. Pues por un lado, se triplicó el número de afiliados en relación al 2006, pero por otro lado no se subsidia los gastos de esta nueva población de la cual no todos son aportantes (hijos de afiliados menores de edad y conyugues). La relación del IESS con el Estado en el periodo de la revolución ciudadana no ha sido buena, pues existen constantes disputas respecto a deudas que el Estado tiene con el IESS, pero que no son legítimas según el Estado.

El IESS, para poder sostener su papel protagónico en la prestación de servicios de Salud, creó un nuevo modelo de enriquecimiento del sector privado sin antecedentes. Un estudio llamado "Privatización de la salud en el Ecuador" de Pablo Iturralde, es el que mejor describe el panorama de la salud en la época de la revolución ciudadana, en ese estudio, Iturralde describe como el IESS creó una red de convenios con prestadores de servicios privados que termino enriqueciendo al sector privado, pero también creando grandes deudas en el IESS. De este estudio realizado en 2013, han pasado tres años y el panorama descrito por Iturralde se ha ahondado más, pues el IESS adeuda cifras enormes con la mayoría de empresas privadas con las que tiene convenios, deudas que no parecen tener salidas rápidas y que repercuten en las inversiones del IESS direccionadas a mejorar el sistema de Salud y mantener la capacidad de préstamo a los afiliados mediante el Banco del Instituto ecuatoriano de seguridad social (BIESS).

Este modelo de convenio mantenido por el IESS se ve reflejado también en el poco crecimiento que ha tenido su capacidad efectiva, pues en la época de la revolución ciudadana el IESS perdió dispensarios y no implementó casas de salud con capacidad de internación en relación al aumento de afiliados. No hay intenciones de cambiar este modelo de convenio, ni tampoco hay alternativas que permitan mantener este modelo sin que se afecte al presupuesto del IESS. La última reforma al código del trabajo, mediante la cual se crea un seguro de desempleo, sigue recayendo en el IESS, sin embargo siguen sin crearse medios de financiación más que tocando el dinero de los afiliados, como la creación del fondo de desempleo con dinero de las cesantías de los afiliados.

El panorama del IESS deja dudas respecto a que si en realidad este seguro de desempleo busca mitigar la pobreza en la presente crisis o si en realidad tiene otros fines. El dinero que sería recaudado en un año mediante el fondo de desempleo sería de 750 millones, mientras que cubrir el desempleo en Ecuador, pero "si se divide los USD 750 millones previstos en el primer año de vigencia del fondo para el monto límite a entregar, los recursos alcanzarían para cubrir a 557 032 desempleados, más de los que hoy existen en el país (357 892 hasta diciembre)" (Enriquez, 2016)

La pregunta es si el dinero es para cubrir el fondo de desempleo o si en realidad se utilizará para seguir manteniendo este sistema de enriquecimiento del sector privado. Sea el primero o segundo caso, esta responsabilidad, que parecería ser del Estado, termina siendo cubierta por los afiliados.

En suma, el estado actual de los servicios de salud en el Ecuador es un modelo que se ha beneficiado de los altos presupuestos anuales que tuvo la revolución ciudadana en sus principios y en infraestructura. No hay ningún hospital público o del IESS, que no sea de última tecnología, con acreditaciones internacionales. Sin embargo el tipo de relaciones de poder siguen siendo las mismas. Pues sigue siendo un sistema centralizado, desigual y que además ha aumentado la participación del sector privado. De cierta manera es el mismo sistema de salud que hace 20 años con hospitales más lujosos.

De nada sirve que se aumente la cobertura de seguridad social, si se crea un sistema que a la larga termina saturándose, termina forzando al ciudadano a acceder al sistema privado por no sentirse satisfecho con el servicio, sea del ministerio, sea del IESS. Si no se mejora la capacidad efectiva del IESS y no se tiene dinero para pagar los convenios, pero por otro lado cada vez se aumenta la población cubierta, las consecuencias son filas de espera más largas, menos medicación, tiempos de espera más largos y siempre un pequeño sector que se beneficia de ello.

Este modelo no se evidencia solo en los datos, sino que también se reproducen en las relaciones sociales, se crea un imaginario. En un hospital del IESS, cierto médico le decía a un paciente: “pague treinta dólares a un médico particular y viva feliz”<sup>9</sup>.

Lo que denota esto es que este modelo término impregnándose dentro de la misma cotidianidad de la persona que necesita acceder al sistema de salud. Este breve apocope de la historia del acceso a los servicios de salud en el Ecuador pretende mostrar que estos últimos desde su origen estuvieron atravesados por relaciones de poder en todas sus dimensiones y que producto de eso siempre han existido grupos excluidos (porque la limitación de acceder al servicio de salud es una exclusión) a un derecho que se dice universal, desde la época de la colonia hasta nuestros días. Pero por otro lado ha sido también un espacio de lucha, pues muchas veces la salud ha sido adoptada como amortiguador de luchas sociales y como conquistas de luchas sociales<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Este tipo de relatos son los que el redactor escucho mientras acudió a una cita médica en el Hospital Carlos Andrade Marín.

<sup>10</sup> Tal es el caso de las luchas sociales que impidieron la firma del tratado de libre comercio con Estados Unidos que representaba la distribución limitada de medicamentos genéricos.

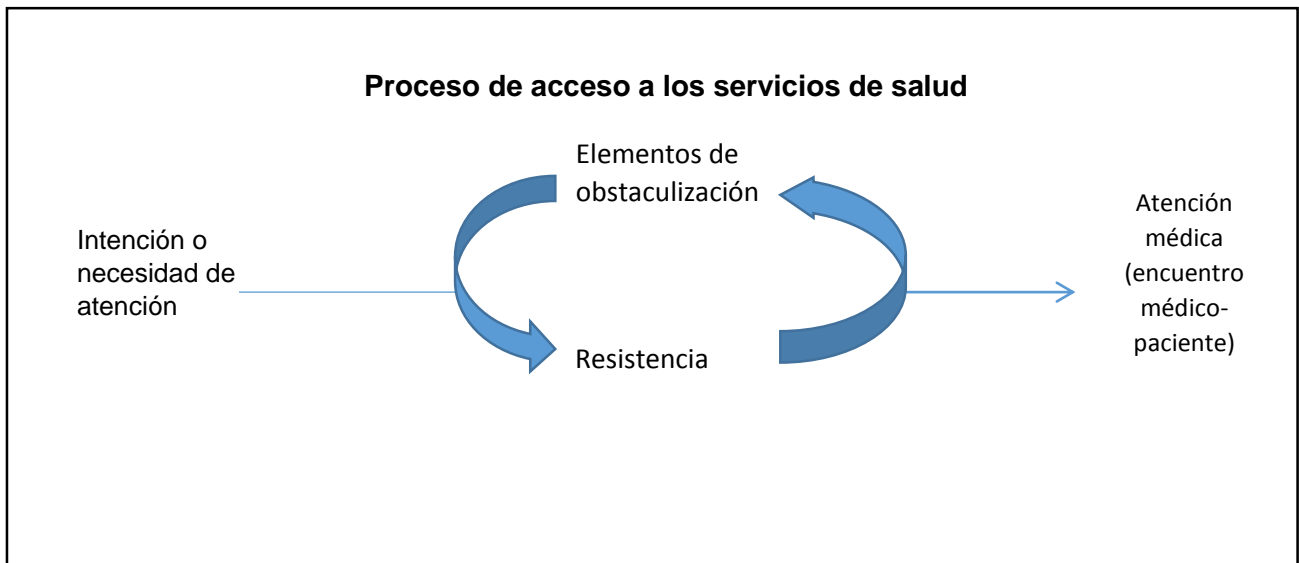
### **2.1.3. Acceso a los servicios de salud**

Se ha contextualizado en este capítulo la dinámica de los servicios de salud en el Ecuador y se ha definido a estos como el conjunto de instituciones y acciones y personas destinadas a dar una prestación relacionada con la cura, tratamiento y prevención de una enfermedad. Sin embargo a razón de un correcto entendimiento del punto de esta tesis en el último capítulo, es importante dejar claro que una cosa son los servicios de salud y otra muy distinta es el acceso a los mismos.

Existe cierta confusión cuando se habla del acceso a los servicios de salud, muchas veces es confundida con la disponibilidad. Esta última refiere “a la mera presencia de los recursos de la atención a la salud teniendo en cuenta la productividad, es decir; su capacidad para producir” (Julio, 1992, pág. 933) infraestructura pública o privada; todos los hospitales, centros de salud, unidades ambulatorias, consultorios particulares, etc.

El concepto de acceso a los servicios de salud por otro lado tiene que ver con lo que existe entre la disponibilidad de los servicios de salud y la real utilización de los servicios por parte de la población. Es “el grado de acceso, facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud” (Rawson, Coni, & Carrillo, 1985, pág. 41). La literatura existente sobre el acceso a los servicios de salud (mayoritariamente estudios de caso norteamericanos), rescata dos componentes claves:

Por un lado está el “**conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención**, los cuales se originan en los recursos de salud. Entre los obstáculos o factores disuasivos están el costo de los servicios, la ubicación de las fuentes de atención a la salud y ciertas características de las formas en que se organizan los recursos, tales como las demoras que generan para obtener citas o para recibir atención” (Julio, 1992, pág. 932), obstáculos para seguir con el tratamiento en caso de ser necesario, obstáculos culturales y jurídicos. Por otro lado también está **el poder de utilización**, que refiere a las **capacidades o características propias de una población para responder a esos obstáculos que existen en el proceso de búsqueda y atención de salud**.



Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en la gráfica, el proceso de acceso a la salud es un proceso en el que interactúan de manera conflictiva los elementos de obstaculización y los elementos de resistencia, lo que encontramos son relaciones de fuerza o relaciones de poder entre la población que demanda acceder al servicio y la dinámica propia de los servicios de salud. Sin embargo la interrogante aquí sería, quien pone los obstáculos. Pues dichos obstáculos como la organización de los servicios de salud, el tiempo de demora en llegar a un centro de salud, la demora en la atención médica, responden a estrategias puestas por actores en posiciones de poder a los cuales conviene esta obstaculización.

Los elementos de obstaculización y el poder de utilización por otra parte son diferenciados, para entender de mejor manera la dinámica de los mismos. En cuanto a los elementos de obstaculización, la literatura de la accesibilidad solo refiere a tres clases de obstáculos: los obstáculos ecológicos, los obstáculos financieros y los obstáculos organizativos. Esta disertación agrega algunos otros obstáculos como culturales, geográficos, de edad, de género, etc.

Categorías	Indicadores de elementos de obstaculización	Indicadores De poder de utilización
Obstáculos ecológicos	Tiempo de transporte a los servicios de salud.	Disponibilidad de tiempo
	Medio de transporte	Capacidad de transporte, tiempo disponible, capital económico
	Distancia de lugar de vivienda a servicio de salud	Capital económico, disponibilidad de tiempo.
Obstáculos financieros	Precio	Capital económico
Obstáculos organizativos a la entrada	Demoras para obtener una cita de atención médica	Capital social, tiempo, Tolerancia a la demora.
Obstáculos organizativos al interior del servicio de salud	Tiempo de espera para ver al doctor	Capital social, tiempo, tolerancia.
	Tiempo de espera para recibir exámenes médicos	Tiempo, Capital económico.
	Tiempo de espera en recibir medicación	Tiempo disponible, capital económico.
	Grado de prioridad de enfermedad	Capital económico.
	Continuidad del tratamiento	Tiempo, capital económico.
Obstáculos al salir del servicio de salud	Adquisición de medicación	Capital económico.
	Aceptabilidad de servicios de salud	Adquisición de Información
Obstáculos culturales	percepción de enfermedad	
Obstáculos de género	Género	
	Edad	

Fuente: Elaboración propia.

La dinámica de relaciones de poder se da tanto a nivel estructural plasmado en políticas públicas que favorecen a pequeños sectores que lucran de la salud, como en micro relaciones de poder que se presentan dentro de las casas de salud. Estas relaciones de fuerza no permiten que el acceso a los servicios de salud que se dice universal e igualitario sea en las mismas condiciones para todos los individuos, sino que al contrario, reproducen las diferencias sociales y económicas en este derecho universal.

Por ejemplo cuando se habla de la localización de los servicios de salud más especializados como los hospitales, que son los que se ocupan de los enfermos más graves y que estos en su mayoría están centralizados en la ciudad, pensamos en que la ubicación de los servicios de salud no responden necesariamente al mejor funcionamiento de los mismos, sino que por otro lado se colocan en lugares de difícil acceso para los sectores rurales y periféricos, los cuales al no poder acceder a los mismos se ven obligados a acudir a servicios de salud más cercanos que generalmente son privados y representan una disminución en el gasto de bolsillo de los individuos.

En el acceso a los servicios de salud, todos estos elementos interactúan de manera diferente dependiendo del grupo social o económico desde el cual se hable.

## ***2.2. Relaciones de poder y acceso a los servicios de salud***

Los servicios de salud, son uno de los tantos espacios dentro del entramado social, donde el poder no se muestra violento, son lo que Foucault llama puntos de apoyo. La demanda de una persona de acceder a uno de estos servicios de salud es lo que Foucault denomina “sistema implícito” porque es una actividad realizada de manera cotidiana inconscientemente de que en ese acto se reproduce una lógica del poder y por tanto las desigualdades sociales.

Uno de los enunciados principales de esta disertación es que el acceso a los servicios de salud está determinado por relaciones de poder. Desde los orígenes, pues fue un modelo impuesto por la colonia que terminó desplazando a cosmovisiones andinas, las cuales fueron relegadas a los pueblos indígenas y campesinos. En la dinámica actual del acceso a los servicios de salud en cambio se sigue la lógica racional científica occidental y las leyes del consumo capitalista.

Los servicios de salud procuran el bienestar del conjunto de la sociedad pero también son un medio por el cual se vigila y controla. El individuo enfermo no es culpable de un delito, sin embargo si posee una connotación de “peligrosidad”, pues un individuo enfermo es un individuo que no está en capacidades de insertarse en el mercado laboral y su entorno social, el objetivo de los servicios de salud es así, procurar los medios necesarios para que el individuo no sea peligroso y este apto para reproducir la lógica del capital. Por eso el control y el bienestar del trabajador siempre se intensifican, pues cada vez se exigen chequeos y exámenes de salud de los trabajadores en menor cantidad de tiempo. Parece haber un a priori que dice “cuerpo sano es igual a capitalismo estable”.

Es un poco complicado entender la vigilancia desde instituciones de salud, porque a primera vista la única función que cumplen es aliviar el dolor y porque la vigilancia está ligada a la figura del encierro correctivo. Muchas veces parece hasta ingenuo pensar que en el alivio del dolor de una persona se busque controlar a la misma. La figura de la vigilancia no está ligada necesariamente a una institución, esta última no es la figura de la vigilancia por excelencia porque la vigilancia desborda a la institución. Mark Poster desarrolla la figura de un súper panóptico que no está presente en las instituciones sino dentro de la vida cotidiana controlando la conducta de los individuos.

Deleuze aporta mucho en la comprensión de la vigilancia cuando propone la idea de las sociedades de control además de las de vigilancia, sin embargo Foucault ya desarrolla esa idea en el concepto de sistemas implícitos. Por otro lado las instituciones de encierro siguen siendo el marco referencial de la sociedad del control, el lugar al que van las personas si no se apegan a una conducta esperada. Estos lugares de encierro van tecnificándose y haciéndose más sutiles, como dice esta disertación en un principio en referencia a Deleuze, los subcentros de salud y los médicos familiares cumplen el mismo rol que los hospitales: controlar.

Los servicios de salud controlan el cuerpo a partir de una normalización dictada desde la “conducta de higiene” y de “sano vivir” que transmite mediante esta red de servicios y mediante los programas educativos, pero también se controla desde la estadística. Pues este es el modo de dar un seguimiento permanente a la población, “la vigilancia se expresa en datos”, pues moldean una conducta esperada. Mediante los datos estadísticos los servicios de salud controlan los cuerpos, controlan la no propagación de enfermedades, controlan la vida mediante tasas de morbilidad y mortalidad en niños. De hecho los grandes indicadores nacionales, simplemente son la suma de los datos receptados por cada uno de los servicios de salud.

A partir de este saber acumulado que se expresa en números y en cuadros estadísticos y de inferencia, los gobiernos también desarrollan políticas públicas y planes de acciones para disminuir tal o tal indicador. De manera que los servicios de salud si forman parte de esta red de aparatos de vigilancia y control del poder.

Acceder a los servicios de salud es un derecho universal pero también es una mercancía, por lo tanto entra en la lógica de acumulación de capital, lo que ahonda aún más la determinación del acceso a la salud por relaciones de poder porque se busca producir plusvalía. Los servicios de salud en Ecuador se han configurado de tal manera que ciertos sectores ocupen posiciones ventajosas en lo que se dice un derecho universal. Estos sectores son los actores privados que en los últimos años crecen con más fuerza producto de un Estado que favorece su crecimiento por medio de la firma de convenios y por la lógica del modelo de salud.

Los efectos de esta lógica del poder es que exista desigualdad en el acceso a los servicios de salud, que existan personas que tengan mayor capacidad de acceder al encuentro médico paciente y que existan segmentos de la población a los cuales se les hace muy difícil acceder a los mismos. El acceso a los servicios de salud en el Ecuador está determinado por dos actores: El Estado y el sector privado. La desigualdad se expresa en que al no tener un libre acceso a la salud en el hospital público se fuerza a las personas a acceder al servicio privado (sin dejar de mencionar el crecimiento del sector privado a partir de los convenios con el sector público), sin embargo esto representa una disminución en el gasto familiar, el punto es que no todas las personas tienen esa capacidad de gasto. Ahora no solo está el factor económico, sino que existen una serie de factores los cuales los cuales van a ser desarrollados más adelante, en los cuales se puede ver que la salud no es un derecho universal sino una mercancía, que como todas, se consigue más fácil y de mejor calidad mientras más dinero se tenga.

Como dice Foucault, todos estos puntos de apoyo del poder también representan focos de inestabilidad, pues al mismo tiempo que el acceso a los servicios de salud representa un lugar donde se reproducen las contradicciones de clase, también se encuentra resistencia. Siempre se tiene claro que hay dos niveles de las relaciones de poder, las que se desarrollan en a nivel de las estructuras como el Estado y las que se desarrollan a nivel de las relaciones sociales, el campo de batalla respecto a los accesos de salud se encuentra en las dos.

El Estado uno de los lugares donde se llevan a cabo luchas respecto al acceso a los servicios de salud, pues aquí se acuerda la lógica a seguir de una determinada política pública en cuestión salud, como el aumento de población afiliada al IESS, que al parecer

termina favoreciendo a los pequeños sectores privados acumuladores de capital. Sin embargo el Estado no es el único lugar donde se encuentra resistencia a esta determinada forma de ejercer el poder en el acceso a los servicios de salud, la resistencia también se encuentra en las pequeñas relaciones cotidianas dadas en las casas de salud, personas que fingen un dolor más fuerte del que tienen para romper los obstáculos puestos por una organización burocrática decadente al ingreso de los hospitales (al tiempo que se burlan del sistema de salud), las horas de espera, la percepción de un médico y poder ser atendidos.

A veces el panorama es obscuro, pues parece que la forma de resistir y romper con la lógica del acceso a la salud que es desigual, termina favoreciendo a estos pequeños grupos a los cuales se intenta acabar. Pues si la persona no quiere atenderse en el hospital público, termina yéndose al consultorio o a la clínica privada (a pesar de que muchas veces no lo puede costear), favoreciendo a los mismos y afectando su gasto de bolsillo familiar, reduciendo así el dinero que quizás estaba destinado al ocio o a otras necesidades básicas.

La pregunta no es si existe resistencia en el acceso a los servicios de salud, pues la respuesta es sí. La cuestión sería preguntarse cómo se cambia la forma de ejercer poder en el acceso a los servicios de salud. La respuesta a esta incógnita de buscarse, pero lo que sí se sabe es que nunca la implementación de infraestructura va a representar en sí mismo un mejor acceso a los servicios de salud.<sup>11</sup>

### ***CAPITULO III. Relaciones de poder en el acceso a los servicios de salud. Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito. Año 2016.***

El objetivo de este capítulo es responder a la pregunta de esta disertación. La cuestión a indagar a lo largo de este documento ha sido como se presentan las relaciones de poder dentro de este acto tan cotidiano como es acceder a un servicio de salud, para eso se ha escogido como objeto de estudio el hospital del sur Enrique Garcés. Toda la información aquí presentada, se la obtuvo por medio de entrevistas y observaciones participantes que hizo el redactor en el hospital Enrique Garcés en las salas de consulta externa y principalmente las salas de emergencia.

---

<sup>11</sup> Porque no es cuestión de aumentar más hospitales, centro del día o médicos familiares, sino de mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud. Esto es hacer que los elementos de obstaculización dejen de ser impedimento para un libre acceso a este derecho universal.

### **3.1. Hospital Enrique Garcés.**

El hospital Enrique Garcés, es un hospital del ministerio de salud ubicado al sur de la ciudad de Quito fundado en 1982. En sus inicios este hospital fue planificado para cubrir las demandas en salud de 200.000 habitantes, sin embargo actualmente la población del sur de Quito rodea los 1.2 millones de habitantes. A treinta y cuatro años de su fundación la afluencia de pacientes de esta casa de salud es descongestionada en parte por la nueva maternidad inaugurada a principios del 2016 y por los hospitales móviles que alivia en cierta medida el flujo de atención. Alrededor de este hospital funciona una microeconomía que gira en torno a la presencia del mismo, como por ejemplo tiendas, centros médicos, consultorios dentales, servicios funerarios, restaurantes, centros de préstamos de equipos de oxígeno, centros de rehabilitación y centros ortopédicos.

La mera ubicación del hospital hace que la dinámica sea muy distinta a la de las demás casas de salud. Por ejemplo la cantidad de pacientes que atiende es muy distinta a la de otros hospitales públicos, por ejemplo en el Hospital Enrique Garcés se atienden 1000 pacientes al día entre consulta externa y emergencia servicios de apoyo y hospitalización, mientras que en el hospital Pablo Arturo Suarez se atienden 650 pacientes al día. Esta diferencia que existe entre los dos hospitales se debe a la ya mencionada ubicación de la casa de salud, pues desde siempre el sur de Quito ha estado relacionado con los estratos bajos de la ciudad y llama mucho la atención este punto puesto que el Hospital Pablo Arturo Suarez es más completo que el hospital del sur, sin embargo atiende menos cantidades de pacientes al día.

La información disponible referente a este hospital es escasa, pues en la página del ministerio se encuentra noticias relacionadas con la atención diaria de pacientes y con los años de fundación del establecimiento, también de la existencia de ciertos programas implementados como apoyo a mujeres víctimas de violencia sexual. No existen datos referentes a las problemáticas que existen en el hospital más que por noticias de periódicos. Por ejemplo a principios de 2016 hubo un despido de alrededor de 20 empleados, el cual fue desmentido por autoridades del hospital a pesar de que existían los relatos de un grupo de enfermeras, las cuales habían sido notificadas sin previo aviso.

### **3.2. La productibilidad del poder.**

Como se mencionó en los primeros capítulos la característica principal del poder es su capacidad de crear, es decir establecer acuerdos e imposiciones que establezcan un determinado orden. La salud en este caso, tiene estrategias organizadas por el poder para reproducir en este campo la diferenciación económica social que existe en la sociedad.

La necesidad de acceder a una casa de salud nace por una dolencia, una preocupación física o por un control rutinario. De esa manera se acude a consulta externa o a emergencia. Los elementos de obstaculización y la influencia del poder varía de acuerdo a la casa de salud a la que se acuda, por ejemplo si se acude a un servicio privado, en consulta externa el tiempo de espera va desde una atención inmediata hasta una semana de espera, mientras que en emergencia la atención es desde inmediata hasta 30 minutos de espera. En los hospitales del sistema de salud público por otra parte, el tiempo de espera en consulta externa varía desde horas de espera hasta 6 meses o mucho más en caso de cirugías o trasplantes, en las salas de emergencias el tiempo de espera varía desde atención inmediata hasta horas de espera dependiendo del motivo de consulta.

La primera cuestión es indagar a que público está dirigido la prestación de salud del hospital Enrique Garcés, hay que decir que todo hospital que se encuentre ubicado en la ciudad de Quito tiene una demanda real mayor a la que supone. Por un lado está la población que aunque administrativamente no está dentro del cantón Quito, acude a los servicios de salud de Quito. Así, Quito también cubre la demanda en salud del Valle de los Chillos y de Cumbaya, Calderón, Machachi, Tambillo, Amaguaña, etc. Por otro lado, Quito, al ser la capital del país (donde están centralizadas la mayoría de casas de salud especializadas y de mayor capacidad) todos los hospitales reciben pacientes de provincias que acuden a la ciudad porque en su lugar de residencia no hay centros especializados de salud o porque no hay capacidad.

La dinámica de servicios de salud en el Ecuador está configurada de tal manera que las personas que acceden a los servicios de salud públicos, son personas mayoritariamente de bajos recursos que no están en capacidad económica de acceder a otro servicio de salud donde no se encuentren con tantos elementos de obstaculización a la atención médica como tiempo de espera, trámites burocráticos, etc.

Así, llama la atención que al hospital Enrique Garcés no acudan personas que residen en el sector, a no ser por emergencia, sino más bien personas que viven en las periferias del

sur de Quito, personas que sufren accidentes de tránsito pero no tienen seguro ni dinero para acudir a un hospital privado, personas que se dedican al trabajo informal, personas que no tienen una relación de dependencia laboral que implica también la cobertura por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, personas que tienen contratos de trabajo a tiempo parcial, personas provenientes de hogares disfuncionales con padres desempleados y personas que vienen de provincia y acuden al hospital por estar más cerca que otras casas de Salud como el Hospital Eugenio Espejo o el Hospital Pablo Arturo Suarez. Llama la atención en este punto que en la sala de emergencia el redactor encontró tres veces a indigentes que utilizaban la sala de espera para poder dormir en un lugar seguro.

Al ser un servicio de salud público, el hospital Enrique Garcés es gratuito sin embargo, no siempre fue así, en 2007 se cobraba el valor de 1.50 dólares por consulta, por gastos de mantenimiento a pesar de que en ese año ya se encontraba en el poder la Revolución ciudadana cuyo lema es “la salud ya es de todos”. Ahora el servicio es gratuito pero existen largos periodos de espera para acceder a una cita que se la toma vía telefónica, especialmente en las especialidades que tienen más demanda como traumatología, cardiología y urología. Aun así a diario hay largas filas de personas que empiezan a llegar 3.30 de la mañana para conseguir un turno.

Todos estos datos mencionados anteriormente sirven para mostrar que el acceso a la atención en esta casa de salud, responde a una dinámica guiada desde el poder donde se reproducen las desigualdades sociales.

### ***3.3. El poder y la obstaculización al libre acceso a la Salud en el hospital Enrique Garcés.***

Los datos recolectados fueron obtenidos en el área de consulta externa del hospital pero mayoritariamente en la sala de emergencia, pues hay datos que solo pueden obtenerse en esta sala, como por ejemplo el lugar de procedencia de los pacientes, el motivo por el cual se acude al hospital. Además, son precisamente en las salas de emergencia donde se ven con mayor claridad indicadores de poder de utilización y elementos de obstaculización, pues en casos en donde la vida del individuo no se encuentra en juego, no es tan evidente esta presencia constante de relaciones de fuerza existentes en el acceso a los servicios de salud.

La siguiente tabla muestra la tabulación de una serie de entrevistas realizadas en el lapso de 15 días en horarios distintos en consulta externa y urgencias, muestra de alguna manera que si las personas acuden al hospital Enrique Garcés, muchas veces es porque no tienen la capacidad económica para acceder a otros servicios de salud, claro está que estas entrevista dejan de lado algunas variables correspondientes a los elementos de obstaculización <sup>12</sup>, sin embargo sirven como referencia para sustentar lo que se ha hablado hasta el momento y para ver las desigualdades en el acceso a los servicios de salud del hospital Enrique Garcés.

### Elementos de obstaculización hospital Enrique Garcés

Paciente	Lugar de procedencia	Razón para acudir al hospital	Razón de elección del hospital Enrique Garcés	Tiempo de traslado	Tiempo de espera	Satisfacción
Hombre 22 años(Urgencias)	San Fernando	Intento de suicidio	Porque es el más cercano	30 min.	12 horas	Baja
Hombre 28 años(Urgencias)	Chilibulo	Pelea callejera	Porque es el más barato y el más cercano	10 min.	4 horas	Alta
Hombre 42 años (Urgencias)	Av. Simón Bolívar	Accidente	Porque no posee seguro	25 min.	Toda la noche, internación	Bajo
Niño de 8 años(urgencias)	Guajalo	Intoxicación	Los papas no tienen seguro	45 minutos	3 horas	Media
Mujer alrededor 54 años(consulta externa)	Cristo Rey	Presión alta	No tiene seguro	45 min.	2 meses	Bajo
Hombre alrededor 26 años(emergencia)	Tambillo	Envenenamiento	Porque no se paga	150 min.	6 horas	Medio
Hombre 64 años(emergencias)	Pujili	Problemas de corazón	En Pujili no hay donde hacerse atender	4 horas	6 horas	Bajo

<sup>12</sup> Entre estos elementos están tiempo de espera para recibir medicación, continuidad del tratamiento, tiempo de espera para recibir exámenes médicos.

Mujer 38 años(consulta externa)	Conocoto	Cita médica	Es el mas barato	1 hora	5 meses	Bajo
Niño alrededor 7 años(urgencias)	La Magdalena	Intoxicación	Es el mas cercano	20 min.	Toda la noche	Bajo
Hombre alrededor 24 años(urgencias)	Guamani	Lesión muscular	Es el mas barato	40min.	5 horas	Bajo
Mujer 16 años (urgencias)	La Ecuatoriana	Embarazo	No hay dinero para otro mejor	30 min.	2 Horas	Alto
Mujer 27 años(Urgencias)	San Martín	Violencia intrafamiliar	No hay plata para otro lugar	50 min.	3 horas	Alto
Mujer alrededor 32 años(urgencias)	Ciudadela Atahualpa	Fractura	Amistad en el hospital	15 min.	1 horas	Alto
Hombre 18 años(urgencia)	Caupicho	Apuñalamiento	A los papas se les acabo el seguro	45 min.	2 horas	Alto
Hombre alrededor 25 años(consulta externa)	La tesur	cita médica	No tiene seguro	30 min.	x	Bajo
Mujer 72 años(urgencias)	Machachi	Presión alta	Es el hospital mas cercano	2 horas	4 horas	Bajo
Hombre alrededor 37 años(urgencias)	La joya	Pelea callejera	No tiene seguro	50 min.		Bajo
Niño alrededor 8 años(urgencias)	Chillogallo	Fractura de mano	Los papas no tienen seguro	20 min.	3 horas	Bajo
Niño 6 meses (consulta externa)	El pintado	Control de rutina	El bebe nació en el hospital	15 min.	30 min.	Alta
Mujer alrededor 50 años(urgencias)	Mena 2	Intoxicación	Es el hospital más cercano	20 min.	5 horas	X
Mujer alrededor 17 años(urgencias)	x	Aparentemente violación	El mas barato	x	x	X

Fuente: elaboración propia.

Además de los elementos de obstaculización que determinan la desigualdad del acceso a los servicios de salud antes de la llegada al hospital como: capacidad económica y la misma lógica del sistema de salud ecuatoriano, están los elementos de obstaculización que se encuentran dentro del hospital, las cuales empiezan desde el guardia de seguridad, que muchas veces además de su trabajo, cumple los roles de secretario, recepcionista y hasta "médico", pues a veces pregunta porque viene el paciente y ciertas veces hasta dice que no se lo puede atender.

En segunda instancia el individuo se enfrenta con el saber médico que es una forma de ejercer poder mediante la presencia del cuadro de triage<sup>13</sup> donde se determina el nivel de gravedad del paciente. Según testimonios de personas que han pasado por la sala de emergencias<sup>14</sup> y según la vivencia del redactor de esta disertación, muchas veces el nivel de gravedad asignado en el cuarto de triage no corresponde a la gravedad real que tiene el paciente. De este modo se alarga el tiempo de espera. Ante la impotencia, en ocasiones el paciente decide salir y acudir a un servicio privado.

Ahora bien, el triage es en cierto modo, una forma de hacer más equitativo el ingreso al hospital<sup>15</sup>, sin embargo la carrera después de este cuarto sigue, pues el tiempo de espera de los y las pacientes que están dentro del hospital varía de acuerdo a los exámenes y tramites que la consulta exija. Hay exámenes que se hacen de inmediato, otros que no porque no hay insumos, no hay personal de turno, otros que no hay en el hospital, etc. Conforme se van complicando más la obtención de estos exámenes, más se profundizan las desigualdades que giran en torno al acceso a la salud.

Existen testimonios de personas que llegan por lesiones en las extremidades y requieren exámenes como radiografías o resonancias magnéticas. En el caso de los primeros, los exámenes demoran mucho tiempo y algunos optan hacerse los exámenes en los laboratorios que están a los alrededores del hospital.

"yo vengo porque me rompí la pata en el camello y me dicen que necesito hacerme una resonancia, que aquí no hay, que han de tener que operarme, que toca esperar, yo de donde voy a sacar para operarme en otro lado. Ahorita me voy a ver dónde me hacen la resonancia, toca llamarle a mi esposa a que traiga platita, me vine con el pasaje" (entrevista 10. 2016).

---

<sup>13</sup> El cuarto de triage es una habitación donde van los pacientes y son valorados por enfermeras o personal del hospital los cuales determinan el grado de urgencia que padece el enfermo. Este el tercer filtro del hospital después del guardia y el recepcionista.

<sup>14</sup> " a mi hijito le ven que se está intoxicado y le hacen pasar primero al señor que viene después y viene caminando tranquilo, una pendejada" (entrevista 2. 2016).

<sup>15</sup> Existen pacientes que piensan que su dolor de muela es igual o mas grave que el paciente que llega con una apendicitis.

Después de la sala de triage, el tiempo que el paciente está dentro del hospital depende de cuan enfermo este la persona. Hay personas que salen a las 2 horas, mientras otras salen al segundo día, por tener que realizarse exámenes: “Estoy desde ayer aquí, vine con la presión alta y no atinan a verme que mismo tengo, hasta ahora me tienen aquí dando las vueltas, que vaya hacer exámenes de lo uno, de lo otro” (entrevista 5. 2016).

Después de la salida de la casa de salud los elementos de obstaculización siguen con respecto a la continuación de tratamiento (en caso de ser necesario), pues esto incluye medicación, nuevas visitas al médico o internación. En ese sentido representa tiempo disponible, gastos económicos y paciencia. Muchos pacientes no reciben medicación (a no ser el infaltable paracetamol que parecer ser la cura a todos los males) o necesitan medicación no disponible en el hospital que tienen que adquirir por cuenta propia. Algunas personas no tienen la capacidad de adquirir la medicación dejando incompleto el tratamiento, otros consiguiendo el medicamento y siguiendo el tratamiento en centros privados y otros endeudándose para poder continuar el tratamiento.

No todos los individuos pueden romper o resistir los elementos de obstaculización que impone el sistema de salud, a menos que tenga capacidad económica para acudir a otro lugar o que tenga capital social en el hospital como amistades con algún guardia, enfermera o médico, en cuyo caso rompen ciertos elementos de obstaculización, pues disminuyen su tiempo de espera como se pudo ver en el caso de una de las pacientes entrevistadas: “me fracture la mano y vine acá porque una amiga mía trabaja aquí, para que me ayude a que me atiendan rápido” (entrevista 15.2016).

Lo importante en este capítulo, no es tanto, darse cuenta de la calidad del servicio de las casa de salud del Estado, sino darse cuenta que todos elementos de obstaculización impiden que el acceso a los servicios de salud sea universal e igualitario. Los servicios de salud es un lugar del entramado social donde se reproducen las desigualdades de clases y el ejercicio del poder, a tal punto que el cuerpo y el derecho a vivir termina siendo controlado por el poder económico. La salud termina siendo, no un derecho, sino una simple mercancía, la cual se adquiere de acuerdo a la capacidad adquisitiva. Por otro lado tampoco significa que unas personas puedan hacerse atender en lugares más lujosos y cómodos que otros, esa no es la cuestión, pues como se ha mencionado una infinidad de veces, el problema no es de infraestructura. El punto es que estos elementos de obstaculización determinan el estado de salud, el gasto de bolsillo, la calidad de vida y la vida misma.

Así, el acceso a los servicios de salud no es un campo neutral en donde los efectos del poder no se muestran, sino más bien uno más de los otros campos donde se expresan las desigualdades sociales, los elementos de obstaculización muestran aquello. Poulantzas decía que, no es que existan otras luchas además de la lucha de clases, sino que existen otras luchas pero que siempre tienen una referencialidad de clase.

### ***3.4. Resistencia y acceso al servicio de salud en el Hospital Enrique Garcés.***

Hay que recordar también otro postulado de Poulantzas: si el poder está en todos lados, la resistencia debe estar en todos lados. Si el poder se ejerce con violencia en el acceso a los servicios de salud, este también es un campo donde se ejerce resistencia. El punto es que esta resistencia no consista en optar por elegir los servicios privados sino que se generen modos de resistencia que cambien el tipo de relaciones en el acceso a los servicios de salud, de manera que estos sean más equitativos. La cuestión es que la vida no dependa de cuánto dinero se tiene en el banco, sino de respetar un derecho básico, que es el derecho a vivir.

Las formas de resistencia deberían estar encaminadas a generar nuevas formas de acceder a la salud que sean más igualitarias. Como la creación de seguros comunitarios, descentralizar el sistema de salud, etc. Lo triste quizá, es que no existen por el momento formas de resistencia en el acceso a los servicios de salud, sino burlas del sistema de salud que se pueden ver cuando los pacientes fingen más dolor del que realmente tienen o personas que por relaciones de compadrazgo consiguen una atención más rápida.

Sin embargo, esas burlas del sistema de salud más allá de ayudar a dicha persona no representan cambios estructurales en la dinámica propia del sistema de salud. Más bien tiene que ver con fallas que existen en el encuentro relaciones de poder – acceso a los servicios de salud.

### **3.5. Fallas del encuentro: relaciones de poder - acceso a los servicios de salud.**

Las fallas del sistema de salud refieren a los problemas que muestra en el intento de implantar un sistema de salud. Estas fallas se expresan en las burlas que existen del sistema de salud ejemplificadas en el caso del indigente y de las personas que fingen más dolor.

Esto se debe a que el sistema de salud que se impuso en el país es un modelo con una concepción occidental europea que se choca con una matriz cultural andina heterogénea. Esto hace que el modelo de salud no se acople y funcione siguiendo el fin para el cual fue diseñado. Por ejemplo el hecho de que existan indigentes que utilicen la infraestructura del hospital para dormir o el hecho de que sea diseñado para dar un “Acceso universal e igualitario”, pero que por otro lado se encuentren con casos de racismo como el mencionado anteriormente denota que el sistema de salud no es un sistema racional, sino que además de que el sistema este diseñado para que reproduzca las desigualdades de clase, la heterogeneidad del mismo hace que las desigualdades más acentuadas. En ese caso el paciente no solo se enfrenta al poder económico, sino también al saber médico y toda la heterogeneidad y conflictividad de nuestra matriz cultural.

#### **4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El poder solo puede ser entendido como relaciones, pues no es algo que se detente o se posea, sino que son estrategias que se ponen en juego en cualquier parte del cuerpo social. Por otro lado, no solo las estrategias de poder puestas en marcha por medio de la sociedad de control son relaciones de poder, sino también toda forma de resistencia. Las relaciones de poder son relaciones de fuerza

Las relaciones de poder son relaciones que desbordan El Estado, las estructuras y las instituciones, sino que son relaciones presentes en los actos más cotidianos de la vida en donde a pesar de no ejercerse con violencia se reproduce su lógica.

El acceso a los servicios de salud no refiere a la capacidad instalada (la cantidad de casa de salud) sino a la facilidad con que los ciudadanos pueden utilizar los servicios disponibles. En este sentido, la comprensión y el análisis de los servicios de salud, debe hacerse centrado entre lo que está en medio de la infraestructura y la real utilización, mas no solamente en el estado en que se encuentran las casas de salud.

El ejercicio de poder en el acceso a los servicios de salud es violento, pues se desata una batalla por reivindicar el derecho a vivir, el cual no se da en condiciones iguales sino que está determinado por una serie de elementos – como la condición económica, capital social y disponibilidad de tiempo- los cuales ponen en situación de desventaja y vulnerabilidad a ciertos sectores de la sociedad.

La persona que accede a los servicios de salud públicos tiene todos los elementos de obstaculización en su contra, porque lamentablemente, la resistencia o el poder de utilización termina rompiéndose con capital económico, aun así hay personas que a pesar de no tener dinero terminan pagando atención privada para salvar su vida o para no perder tiempo disponible que puede representar dinero perdido.

Esa persona que entra en desventaja a los servicios de salud públicos termina siendo empujada a la fuerza a la dinámica mercantil de la salud, pues si bien es cierto la gran parte de la población sigue el proceso de atención público, existe un imaginario creado en torno al sistema de salud publico el cual gira en torno a la desconfianza e ineficacia.

Dentro de las micro relaciones de poder que se dan en los hospitales se expresan ciertos tipos de discriminación y nuestra matriz blanco mestiza. Por ejemplo los indígenas y los campesinos son atendidos en las mismas condiciones al ingreso, sin embargo una vez

dentro de la casa de salud, las cosas cambian pues según testimonios de pacientes cuentan que los dejan en las camas y muchas veces no les hacen caso “mi marido dice que le tienen en la cama desde ayer esperando, que las enfermeras se pasean, ven a otros pacientes y no le hacen caso, él cuenta que grita que le duele y no le hacen caso, él es enfermo del corazón” (entrevista 7. 2016). Lo que quiere decir que dentro de las micro relaciones de poder en el acceso a los servicios de salud también existen elementos de obstaculización culturales.

A pesar de que el acceso a los servicios de salud del Estado es bien congestionado, esto ha mejorado un poco en la revolución ciudadana. La razón es que la ampliación de la cobertura por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ha descongestionado en gran parte al sistema de salud público. Sin embargo se crea otro problema, se crea una gran masa afiliada al IESS que sin embargo no cuenta con la estructura necesaria, esta es por mucho menor a la del Ministerio de salud. Por otro lado, en poco tiempo, la población cubierta por el seguro será mucho mayor a la del ministerio, es claro que debe ser una obligación la aseguración del trabajador en dependencia laboral pero a costa de esto se está alimentando un modelo que se hará insostenible en poco tiempo, pues al no poseer la infraestructura necesaria y seguir un modelo de convenio con el sector privado generara una deuda impagable a corto plazo que terminara por quebrar al IESS. Así pues, seguirán apareciendo reformas y leyes sospechosas como el nuevo fondo común de desempleo y la reestructuración de los fondos de cesantía.

El sistema de salud en el Ecuador sigue siendo el mismo que hace veinte años: atomizado, excluyente y centralizado. La única diferencia es que ahora los servicios de salud son modernos.

El problema del acceso a los servicios de salud en el Ecuador no se soluciona con la ampliación de cobertura por parte del IESS, pues lo único que se hace es desplazar el problema, mas no solucionarlo. Esto se ve evidenciado en las salas de emergencia de los hospitales del IESS que cada vez están más saturada, a veces mucho más que las del ministerio de salud.

A mediano plazo se está construyendo un sistema de salud doblemente saturado: por un lado el ministerio y por el otro el IESS, en cualquier caso, ya sea por la no eficiente calidad de atención del sistema público o por el modelo de convenio del IESS, se crea una privatización invisible de la salud, costeadada por el gasto de bolsillo de los ciudadanos y por el Estado.

El acceso a los servicios de salud en el Ecuador ha estado siempre atravesados por el poder, pues fue un sistema impuesto por la Colonia que siguió la caridad cristiana desde el siglo XVII y ahora reproduce el modelo occidental médico racional, que termino desplazando a la medicina andina, relegando esta medicina a los pueblos campesinos e indígenas, aunque presente también en las ciudades en lugares como en los mercados, con la presencia de las hierbateras y curanderos.

La pregunta no es si existe resistencia en el acceso a los servicios de salud, pues la respuesta es sí. La verdadera cuestión sería preguntarse cómo se cambia la forma de ejercer poder en el acceso a los servicios de salud. La respuesta a esta incógnita es un compromiso pendiente, pero lo que sí se sabe es que nunca la implementación de infraestructura va a representar en sí mismo un mejor acceso a los servicios de salud.

La solución del problema en el acceso a los servicios de salud parece estar fuera de las estructuras, sino más bien dentro del campo de las relaciones sociales. Pues si los trabajadores aportan mensualmente grandes cantidades de dinero a las arcas del seguro social y sin embargo no tienen la capacidad de decisión en el manejo de este presupuesto, no tiene utilidad que el Estado maneje la salud de los trabajadores. Si la salud del país se financia con el dinero de los mismos trabajadores, deberían ser ellos mismos quienes organicen y fiscalicen los servicios de salud. Las formas de resistencia a un sistema de salud excluyente y desigual deben estar también por fuera del Estado.

El IESS, se va consolidando con el actor más importante en el sistema de salud del país, por lo tanto debe crearse un modelo en el cual no sea la deuda con el sector privado la base del funcionamiento.

Los efectos de las relaciones de poder representados en la desventaja que tienen ciertos grupos con respecto a otros en la capacidad de acceder a la salud no se solucionan con la implementación de infraestructura, a menos que se construyan miles de centros de salud en los sectores rurales y periféricos (cosa que ningún presupuesto podría solventar), la solución es cambiar las relaciones de poder que existen en el acceso a los servicios de salud, de manera que estas representen realmente un acceso universal a los servicio de salud y no un reproductor de las contradicciones de clase.

## Bibliografía

- Deleuze, G. (2006). Post-scriptum sobre las sociedades de control. *Polis*, 2-3.
- El concepto de poder en Michel Foucault. (2007). *Revista de filosofía*, 3.
- Enriquez, C. (26 de Febrero de 2016). Fondo soportaría hasta un 15% de desempleo, según el IESS. *EL COMERCIO*.
- Fierro, R. (2002). *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. Quito: Concejo Editorial.
- Foucault, M. (1963). *EL NACIMIENTO DE LA CLINICA*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1971). Verdad y Poder. En M. Foucault, *Estrategias de poder* (págs. 41-55). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1974). LA VERDAD Y LAS FORMAS JURIDICAS. En M. Foucault, *Estrategias de poder* (págs. 169-281). Rio de Janeiro: Paidós.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1999). Conversación con Michel Foucault. En J. Varela, & F. Alvarez, *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2006). *SEGURIDAD, TERRITORIO Y POBLACION*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Guerra, F. (1994). *El hospital en Hispanoamérica y Filipinas 1492-1898*. Madrid: Neografis, S.L.
- Gould, K., Lewis, T. (2009). *Twenty Lessons in environmental sociology*. New York: Oxford.
- Iturralde, J. (2015). *Privatización de la salud en el Ecuador*. Quito: CDES.
- Julio, F. (1992). EL CONCEPTO Y LA MEDICION DE ACCESIBILIDAD. En W. Kerr, *INVESTIGACIONES SOBRE SERVICIOS DE SALUD: UNA ANTOLOGIA* (págs. 929-943). Washington: Organización panamericana de salud.
- Lenin, V. (1997). *El Estado y la revolución*. Madrid: Fundación Federico Engels.

- López, E., & Flinding, L. (2006). Desigualdades en Salud. *Salud Colectiva*.
- Mies . (s.f.). *Acceso a la Salud*.
- Moreno, J., & Morán, N. (2012). *HISTORIA DEL ANTIGUO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS*. Quito: Instituto Metropolitano de Patrimonio.
- Municipio del distrito metropolitano de Quito. (1998). *La salud en el DMQ*. Quito: K&T Editores Gráficos.
- Mushkin, S. (s.f.). La salud como inversión. En *Investigaciones sobre servicios de Salud* (págs. 265-294).
- Mussetta, P. (2009). Foucault y los anglofoucaultianos: una reseña del Estado y la gubernamentalidad. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 37-65.
- Parafita, D. (s.f.). *Psico Edu*. Obtenido de Psico Edu:  
[http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf)
- Paz y Miño, B., & Tillería, Y. (2009). *Aceleración Global y Despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Ediciones ABYA YALA.
- Ponte, C. (s.f.). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. *Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente*.
- Poulantzas, N. (1973). *PODER POLITICO Y CLASES SOCIALES EN EL ESTADO CAPITALISTA*. México: Siglo XXI.
- Poulantzas, N. (2005). *ESTADO, PODER Y SOCIALISMO*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Rawson, G., Coni, E., & Carrillo, R. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires, Argentina: Catálogos Editora.
- Simon, B. (2005). *Sociedad de vigilancia*. Montreal: Departamento de Sociología y Antropología de la universidad de Concordia.
- Vega, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica*. México: Salud Pública México.
- Wagstaff. (2002). *Género, equidad y acceso a los servicios de salud*.

Weber, M. (1946). *ECONOMIA Y SOCIEDAD. Esbozo de una sociología comprensiva*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

World Health Organization. (2013). *Health Inequality Monitoring*. Suiza: Health Inequality Monitoring.