

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Sociología y Estudios de Género

Convocatoria 2018 – 2020

Tesis para obtener el título de maestría de Investigación en Ciencias Sociales con mención en  
Género y Desarrollo

Equipo de salud, sujetos de control y resistencia. Análisis etnográfico de la estrategia de  
promoción de la salud en la COVID-19

Daniela Alejandra Salazar Quintero

Asesora: Carolina Borda-Niño

Lectoras: Sofía Argüello Pazmiño y María Moreno Parra

Quito, octubre de 2021

## **Dedicatoria**

Para ellas es esta dedicatoria de tesis,  
pues es a ellas quienes les dedico  
por su apoyo incondicional y sororidad.

## Tabla de contenidos

Resumen .....	VII
Agradecimientos .....	VIII
Introducción .....	1
Capítulo 1 .....	8
Estado, modelo de salud y sociedad civil.....	8
1.1. Salud, una mirada internacional .....	8
1.2. El Estado y su visión en la salud .....	11
1.2.1. Ordenanza Metropolitana 0494.....	14
1.3. Modelo de atención en salud en el Ecuador .....	16
1.3.1. Promoción de la salud .....	21
1.3.2. Estructura organizacional estatal.....	27
1.3.3. Pandemia, crisis sanitaria. Entre el pasado y el presente .....	33
1.4. De Chillogallo a Guamaní .....	36
1.5. Conclusiones.....	39
Capítulo 2 .....	41
El poder a través del discurso de la salud.....	41
2.1. El poder y sus formas .....	41
2.1.1. Relaciones de poder .....	44
2.1.2. Mecanismo de Control .....	47
2.1.3. Mecanismo de Resistencia .....	49
2.2. Hablemos de salud.....	52
2.2.1. Modelo de atención médico ¿Hegemónico? .....	54
2.2.2. Promoción de la salud .....	57
2.2.3. Pandemia como sinónimo de crisis .....	60
2.3. Discurso, estrategia de legitimación.....	62
2.4. Género y salud .....	64
2.4.1. Cuidados o cuidados de la salud .....	67
2.5. Conclusiones.....	70
Capítulo 3 .....	72

Modelo médico y el arte de resistir .....	72
3.1. Programa promoción de la salud, su discurso y práctica.....	72
3.2. Un modelo de atención en salud en Jaque.....	78
3.2.1. Administrativos vs operativos. Una identidad institucional.....	82
3.2.2. Equipo de salud, tácticas de resistencia y negociación .....	85
3.2.3. La comunidad ¿amigo o enemigo?.....	88
3.3. Conclusión .....	91
Capítulo 4 .....	93
Un sistema de salud, con enfoque de género .....	93
4.1. Género, cuidado y resistencia.....	93
4.1.1. El género en el sistema de salud.....	97
4.1.2. ¿Quién se encarga del cuidado? .....	103
4.1.3. La historia se repite ¿y ahora, quien sostiene la crisis?.....	106
4.2. Cuidado y resistencia ¿no es lo mismo?.....	110
4.2.1. Cuando el cuidado no es igual a la resistencia .....	112
4.3. Conclusiones.....	116
Capítulo 5 .....	118
Conclusiones .....	118
Glosario .....	122
Lista de referencias.....	123

## **Ilustraciones**

### **Gráficos**

Gráfico 1 Modelo de Gestión .....	30
Gráfico 2 Orgánico organizacional distrital de salud .....	31
Gráfico 3 Modelo de gestión de la promoción de la salud .....	77

### **Cuadros**

Cuadro 1. Principios universales de la salud .....	9
Cuadro 2. Diez hitos en la historia del sistema ecuatoriano de salud .....	11
Cuadro 3. Principio de integralidad en salud .....	18
Cuadro 4. Principios de la salud del estado ecuatoriano .....	19
Cuadro 5. Componentes de la promoción de la salud .....	23
Cuadro 6. Acciones de promoción y protección de la salud .....	24
Cuadro 7. Facultades por nivel de desconcentración .....	28
Cuadro 8. Epidemias en la historia del Ecuador .....	34

## Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Daniela Alejandra Salazar Quintero, autor-a de la tesis titulada: “Equipo de salud, sujetos de control y resistencia. Análisis etnográfico de la estrategia de promoción de la salud en la COVID-19”, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, octubre de 2021



firmado electrónicamente por:  
**DANIELA ALEJANDRA  
SALAZAR QUINTERO**

---

Daniela Alejandra Salazar Quintero

## **Resumen**

El trabajo académico por presentar tiene el objetivo de analizar los roles que desempeñan los y las integrantes de los equipos de salud en las parroquias del sur de Quito. Considerando la relevancia de las relaciones de poder que interpelan el discurso de la promoción de la salud y forma sujetos de producción. La teoría foucaultiana, planteamientos sociológicos y estudios con perspectiva de género dan pautas para identificar las estructuras discursivas que legitiman el reconocimiento del otro. El proceso investigativo permite un acercamiento en el área de la salud en relación a los conceptos de poder, control, resistencia, cuidado y entre otros.

Parto de una metodología cualitativa, que permite contextualizar y observar dinámicas estructurales de poder que se encuentran en las narrativas de los equipos de salud. Por consiguiente, el método etnográfico se volvió el mejor aliado de trabajo. La observación participante, el registro de mi Diario de Campo de las vivencias que los equipos de salud atravesaron durante los primeros meses de la COVID-19. Y, la revisión de los documentos oficiales en políticas sanitarias contribuyó en el análisis del estudio.

Entre los principales hallazgos se evidenciaron las tácticas de disciplinamiento y clasificación del personal de salud y cómo el/la sujeto se apropia de las identificaciones impuestas por una estructura de dominación. El modelamiento del equipo de salud permite reconocerlos como sujetos de producción y de su capacidad de negociación para equilibrar las dinámicas de poder. La investigación también evidencia que el cuidado no forma parte de la resistencia cuando el poder negociación se ve limitado por las estructuras de dominación. Esto da como resultado que no se cuestione la responsabilidad en el acto de cuidar y las consecuencias que trae consigo tal actividad. Entre ellas naturalización social de las tareas de cuidado en el espacio doméstico.

## **Agradecimientos**

Primero quiero agradecer a mi asesora Carolina Borda por su entrega, cariño y dedicación a la enseñanza, pero más que nada al acompañamiento que realizó durante esta etapa tan especial. Su guía me permitió alcanzar los resultados que esperaba.

De igual manera, deseo agradecer a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales sede Ecuador, por darme la oportunidad de ser parte de sus estudiantes; a las lectoras Sofía Arguello y María Moreno, mujeres extraordinarias por sus comentarios y recomendaciones para el proceso de investigación.

Parte de este agradecimiento es a las servidoras de la salud que se mantuvieron firmes y siempre listas durante los primeros momentos de la pandemia; a los equipos de salud que se dieron apoyo y contención en tiempos de mucha tensión.

Por último, deseo agradecer a mi familia y compañeras que han estado cerca de este camino muy satisfactorio. Sin ustedes la culminación de esta meta no hubiera sido posible.

## Introducción

“La mejor experiencia que yo he tenido de este trabajo, como promotora de la salud es, haber tenido el acercamiento con la comunidad. Haber hecho que la gente también se empodere de la salud, de los servicios. Hacerles conocer e informarles” (Notas de Diario de campo, abril 2019).

A pesar de haber escuchado hace algún tiempo atrás el concepto de Promoción de la Salud, mi interés comenzó a partir de mi experiencia laboral como analista distrital de esta estrategia. Durante aproximadamente un año y medio tuve la posibilidad de acompañar en diferentes actividades que promocionaban hábitos saludables y el cuidado de la salud. Los momentos compartidos y el trabajo en conjunto con los equipos de atención, permitieron observar no solo las diferentes dinámicas en las relaciones de poder (Foucault 1988) a nivel institucional; sino también las representaciones que los equipos de salud adquieren como sujetos de producción (Foucault 2003). Gracias a estas vivencias pude identificar la necesidad latente de reconocer las otras voces en el área de la salud que no han sido del todo exploradas en este ámbito: los y las profesionales sanitarios que conforman los equipos de atención primaria se vuelven protagonistas de esta investigación.

El modelo de atención médico ecuatoriano (Ministerio de Salud Pública 2012) está diseñado en teoría con un enfoque integral y sólidas bases en el concepto de salud comunitaria. A partir del año 2008, el Estado ecuatoriano incorporó una nueva visión al sistema sanitario. Esta se basó en “procesos de transformación del sector de la salud” (Ministerio de Salud Pública 2012, 25), con la finalidad de atender a las nuevas demandas de la comunidad, a partir de las realidades individuales y sociales. Es así, que la salud tiene el papel de garantizar la cohesión social<sup>1</sup> con la finalidad de un mejoramiento en los determinantes sociales.

Además, el proceso de descentralización en que se encuentra el Ministerio de Salud Pública, tiene como objetivo “generar competencias desconcentradas a nivel regional, distrital y local”

---

<sup>1</sup> Por la diversidad de significados que puede llegar a tener el concepto de cohesión social, se entenderá a esta categoría que “atañe a dimensiones de inclusión social y de respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que operan la inclusión y las relaciones entre las fuerzas de los distintos actores sociales” (Ferrell 2015, 273).

(Ministerio de Salud Pública 2012, 104). Esto hace visible los flujos de las relaciones que se genera en un grado estatal y local. A su vez, identifica las reconfiguraciones del poder y las funciones que se instalan a partir de la idea de escalas estado-nación (Wimmer y Glick Schiller 2002).

El sistema de salud tiene como fin conseguir un impacto social en la comunidad que denote en la: “mejora de las condiciones de salud de la población adscrita, los mismos que *deben ser medibles y verificables*”<sup>2</sup> (Ministerio de Salud Pública 2012, 105). Por tal motivo, se implementaron estrategias en salud comunitaria desde el año 2007 como parte de las reformas en el Ecuador en al área sanitaria (Malo-Serrano y Malo-Corral 2014). Quiere decir, que se enfoca en la coparticipación de actividades y del trabajo en salud, en función de las realidades del espacio y de los/as usuarios/as del sistema. Para la institución significa actuar en virtud de las necesidades fundamentales de las personas: “afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales” (Ministerio de Salud Pública 2012, 39). En otras palabras, consiste en promover una vida saludable desde la experiencia comunitaria, concentrándose en los derechos de una atención en salud con enfoque social.

Parte de la dinámica del trabajo de los equipos de salud, es cumplir sus funciones en los espacios geográficos delimitados. En este caso, el perfil sociodemográfico de esta investigación está caracterizado por ubicarse en las periferias del sur de Quito. Cuenta con una población de 385.775 habitantes (Distrito 17D07 - Salud 2019) y un total de 18 unidades operativas de salud ubicadas en las diferentes parroquias de Chillogallo, Turubamba, Guamaní, Quitumbe y un puesto de salud en el centro privado de libertad para mujeres: Casa de Confianza en Chillogallo. Lo interesante de esta zona de la ciudad, son las narrativas que la identifican. Los imaginarios sociales y la historia de este lado de la ciudad conceden que los determinantes sociales y la cultura interfieran directamente en la salud de la población.<sup>3</sup> Asimismo, otorga identificación en los actores de este espacio, ergo, los resultados de implementar estrategias en salud. Siguiendo los pasos de Santillán (2019), mi propuesta considera la relación de emociones y espacio. Es

---

<sup>2</sup> Las cursivas son de mi autoría.

<sup>3</sup> El proceso de urbanización de Quito, bajo un modelo de centro-periferia configura el espacio de la ciudad desde un aspecto socio-económico. La distribución de recursos se relaciona con las fronteras interurbanas y como resultado es posible entender prácticas relacionadas al espacio (Santillán 2017).

decir, el espacio es apreciado como elemento activo que refleja las respuestas y discursos de los/las sujetos que son parte de la comunidad. Y, algo que resalta en la memoria de esta zona Sur de la ciudad, es el crecimiento en el acceso de los servicios de salud.

El discurso de Promoción de la Salud y el doble rol que cumple el equipo de la salud con la comunidad y la institución permite la construcción de significados acerca del *cuidado de la salud* (Esteban 2003). Los equipos de atención interpretan y reproducen distintos discursos del modelo médico; esto reconoce los mecanismos de poder y la dimensión biopolítica (Foucault 2012). Como resultado, los significados atraviesan al sujeto tanto su cuerpo como en su subjetividad. Es por eso que esta investigación busca qué aspectos están involucrados en las dinámicas de resistencia entre los servidores sanitarios, la institución estatal de salud y representantes de la comunidad, siendo ellos los actores que trabajan directamente en los programas de la promoción de la salud.

Todo esto se puede resumir en la idea que, este proyecto tiene el objetivo principal de identificar los roles de los equipos de salud en las parroquias del sur de Quito en las relaciones de poder, atravesadas por los discursos de la promoción de la salud. Para eso la pregunta que se plantea en esta investigación es: ¿Cuál es el rol del equipo de salud en las parroquias del sur de Quito en las relaciones de poder que atraviesan los discursos de la promoción de la salud en los meses de febrero a mayo del 2020?

La mirada teórica está centrada en las relaciones de poder (Foucault 2003), es por eso que la categoría poder está presente en todo el proceso de elaboración de la investigación. El planteamiento de la dicotomía control/resistencia (Scott 2004), permite ampliar la mirada del reconocimiento del sujeto y de las relaciones jerárquicas. De ahí que trabajar desde el discurso de la salud es fundamental para entender la formación de reglas y nuevas construcciones de subjetividades en torno a este tema (Foucault 2012). Además, brinda la posibilidad de observar un posicionamiento político y estructural de las relaciones sociales (Restrepo 1996). Siempre acompañado con una lectura con enfoque de género que permita identificar las desigualdades (Esteban 2006) que subyacen al modelo médico hegemónico (Menéndez 1988).

Esta investigación descriptiva – analítica con corte cualitativo, intenta representar la realidad de los equipos de atención primaria, pero sobre todo de las servidoras de la salud que se encuentran cumpliendo sus funciones en el sur de la ciudad de Quito. En este sentido, las narrativas son interpretadas a partir de los planteamientos teóricos y su contexto sociocultural. Queriendo ir más allá, la metodología etnográfica busca un lugar de enunciación para las diferentes profesionales de la salud que conforman el equipo sanitario. Siendo protagonistas de las enseñanzas y de los espacios de resistencia que han construido desde su conocimiento (Scheper-Hughes 1997). Durante el proceso de investigación se entendió que la metodología etnográfica no solo me permite dar una representación del sujeto de estudio. También brinda un acercamiento a la realidad que envuelve al equipo de salud. Es decir, se trata de comprender el sentido y significado que los actores atribuyen a sus acciones; las contradicciones, prácticas, ideologías y teorías que están relacionadas con los profesionales sanitarios dan la posibilidad de visualizar los procesos de decisión desde una perspectiva específica (Blázquez 2008).

A partir de esto, pongo en marcha mi trabajo de campo durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo del 2020 en una de las unidades de atención de primer nivel en salud del sur de la ciudad. En un inicio el diseño metodológico estaba caracterizado por actividades grupales y distintas entrevistas con los/as servidores/as de la salud y la comunidad. Sin embargo, debido a la emergencia sanitaria suscitada por la COVID-19 fue necesario rediseñar los escenarios de observación y herramientas metodológicas. Las tres técnicas que lideran esta investigación son: en primer lugar, la observación participante, modo de ingresar al campo de estudio. El valor agregado de este mecanismo es mostrar las contradicciones entre la teoría y la práctica en el campo de la salud. En el acto de tomar notas, escuchar, observar a las profesionales sanitarias dio la oportunidad de aprender de los equipos de salud desde un rol distinto. Como investigadora fue necesario articular los intereses y el escenario de estudio; la doble función que se ejecuta en esta tesis permite tener una mirada privilegiada para la investigación. Como consecuencia, se genera una reflexión metodológica acerca de esta mirada.

En segundo lugar, se realizan entrevistas semiestructuradas a tres servidoras de la salud. Las particularidades que tienen cada una de ellas, es lo que hace interesante sus experiencias y narraciones que junto con la revisión bibliográfica acerca de la promoción de la salud y el

cuidado, comprenden narrativas de estas mujeres desde el conocimiento situado y la experiencia vividas en el campo de la salud. A partir de esto, se reconoce que brindan un espacio de enunciación como intermediarias entre la institución y la comunidad. La capacidad que presentan estas mujeres como negociadoras de conocimiento es la manera que esta investigación desea visibilizarlas.

Por último, desde la identificación de lecturas secundarias, recopilaciones del diario de campo y las tecnologías del sistema sanitario fue posible incorporar como técnica metodológica a la etnografía del Estado. Dentro de la tesis es comprendida como un escenario de encuentro. En otras palabras, se generó un registro *puertas adentro* con representantes del Estado y observar los mecanismos del poder gubernamental. Como consecuencia lleva a realizar una Antropología del Estado, que ayuda a comprender como estos sujetos también son controlados, obedecen y negocian con un poder que se antepone.

No puedo negar que realizar el trabajo de campo durante la aparición y propagación de una pandemia a escala mundial no se encontraba en los planes de la investigación. Esto generó varias limitaciones y la necesidad de rediseñar nuevas metodologías en función de los objetivos de estudio. Sin embargo, la COVID-19 dio la posibilidad de tener un terreno nuevo para analizar el discurso de la promoción, al igual que las dinámicas de control y resistencia que atraviesan a los y las profesionales de la salud. No quiere decir que se crearon nuevas relaciones de poder o cambiaron las formas de respuesta, más bien, estas se acentuaron y pudieron ser más visibles, pero sobre todo fueron sentidas por los y las servidores/as de la salud. Es por eso, que se trata de entender por medio de discurso de la Promoción de la Salud la formulación de reglas, normas y construcciones en la subjetividad de los equipos de salud.

A pesar de la pandemia, una de las barreras que tuvo mayor impacto en este estudio es la obtención de permisos para iniciar el proceso de investigación dentro de la institución en salud. Las barreras burocráticas en cuanto a la exigencia, los requisitos y el tiempo de respuesta fueron una limitación, que generaron el cambio de metodología y de actores en este estudio. La misma complejidad respecto de los permisos es una constante que se observa en otras investigaciones en el área de la salud (Castellanos 2018); (Rivera 2019). Esto genera y permite dar cuenta que los

estudios en salud son capitalizados por ciertos grupos de especialistas, causando la escasa producción de nuevos conocimientos desde la perspectiva de los diferentes actores inmersos en el sistema de salud. Es así que esta propuesta investigativa, intenta que las voces de las profesionales sean reconocidas como sujetos.

El discurso de la promoción de la salud y las prácticas de cuidado, no solo legitima las relaciones jerárquicas y crean sujetos de producción. También, persisten prácticas discursivas hegemónicas que desvalorizan los actos de cuidado realizados por el equipo de salud y son identificados como actividades generalizadas. La perspectiva de género permite diferenciar las categorías de cuidado y resistencia, con el objetivo de hacer visible las realidades de las mujeres que integran los equipos de atención de primer nivel.

Esta tesis consta de cuatro acápite que están divididos de la siguiente manera: el primer capítulo aborda el posicionamiento político que se implementó para la creación de la estrategia en promoción de la salud. El objetivo de este acápite es describir las relaciones de poder que atraviesan a los equipos de salud en las parroquias del sur de Quito. Para eso, se realiza un recorrido de la categoría salud desde un enfoque internacional, nacional y local. La descripción detallada del modelo de atención en salud vigente en el Ecuador identifica no solo las bases ideológicas expuestas por el movimiento de la Revolución Ciudadana; sino también las respuestas institucionales ante la crisis sanitaria por la COVID-19 y las realidades de una población caracterizada por diferentes problemáticas sociales.

El segundo capítulo se caracteriza por analizar el discurso de la promoción de la salud, a partir de las estructuras saber-poder y las experiencias es por eso que el trabajo teórico de los conceptos de poder que permite identificar los roles y las relaciones de poder. Será la base para para entender la diferencia entre las categorías control/resistencia y resistencia/cuidado. Por otro lado, se expondrá a la salud desde el modelo médico hegemónico (Menéndez 1988) y se presentará la importancia del enfoque feministas en las investigaciones en salud. Por último, se identifica a la pandemia COVID-19 como una situación de crisis que aumenta las desigualdades y las tensiones sociales.

El tercer capítulo trabaja de manera conjunta las categorías de poder y promoción de la salud, con el objetivo de identificar los mecanismos de resistencia ante el ejercicio de poder. Por eso, describir las dinámicas entre los niveles del modelo de gestión, accede a las diferencias entre discursos del sistema de salud macro y micro. Además, analizar el modelo de atención vigente en tiempos de pandemia, genera una posible respuesta al interrogante ¿cómo se legitiman las relaciones de poder en el equipo de salud?

El cuarto capítulo reconoce la voz de distintas servidoras de la salud. Esta sección tiene el objetivo de distinguir las categorías de cuidado y resistencia desde las narrativas que las profesionales sanitarias atraviesan en tiempos de COVID-19. Las tareas de cuidado y reproducción se evidencian en la cotidianidad de las funcionarias de la salud y da como resultado identificar los múltiples roles que cumplen para el sostenimiento de la vida.

Finalmente, en la sección de conclusiones expresan las principales reflexiones respecto a la pregunta de investigación, objetivos e hipótesis.

## **Capítulo 1**

### **Estado, modelo de salud y sociedad civil**

El objetivo de este capítulo es describir el contexto de las relaciones de poder que atraviesan a los equipos de salud. Para ello, se revisa tres puntos relevantes para este estudio, primero, se describirá el posicionamiento político de la institución en la creación de estrategias sanitarias; y, desde la mirada internacional, estatal y local se indagará los diferentes significados de salud. La historia institucional, la construcción de una estrategia relativamente nueva como lo es la promoción de la salud y la organización jerárquica del sistema de salud, permite detalles en las relaciones de poderes que están inmersos los equipos de salud. En esta misma línea, se describe de manera general el modelo estatal de la Revolución Ciudadana, basadas en las reformas en políticas públicas de salud (Malo-Serrano y Malo-Corral 2014).

En segundo lugar, se trabaja el modelo de atención en salud vigente. Este instrumento toma de base las políticas públicas de salud (Malo-Serrano M. 2014), y suele ser interpretado como sinónimo de un progreso en las reformas sanitarias (Vance 2012). En ese sentido, el trabajo acerca de la promoción de la salud tiene un enfoque de política estatal. Al finalizar este acápite se realiza un recuento de los momentos más relevantes de la COVID-19 en Ecuador y la respuesta estatal ante la crisis sanitaria.

Por último, se realiza una descripción general de la Administración Zonal Quitumbe (AZQ) como espacio de observación. Los detalles de los rasgos sociales y culturales permitirán identificar las dinámicas de poder entre los equipos de salud y los demás actores que son parte del sistema sanitario. Los resultados que se esperan son entender las realidades y subjetividades de los profesionales de la salud y la comunidad. Pero sobre todo, que los equipos se muestren como sujetos de deseo y no solo como quienes ejercen control en los cuerpos.

#### **1.1. Salud, una mirada internacional**

La salud pensada como institución tiene como condicionante un ente rector internacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS), se constituye “como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de salud internacional” (Organización Mundial de la Salud 2014, 2).

Quiere decir, la OMS está a cargo de representar la idea acerca del significado de salud y anunciar estrategias que tienen como finalidad “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud” (Organización Mundial de la Salud 2014, 2). Pero se encuentra configurada por procesos históricos y sociales; la revolución industrial, las transformaciones urbanísticas y la segunda guerra mundial impulsaron reformas en manejo de la asepsia y salubridad. De ahí que, autores como (González Block y Scott 2010) refieren que estas medidas se convirtieron en mecanismos políticos utilizados por el Estado con la finalidad de generar control.

En todo caso, la salud según la OMS llama a reflexionar acerca de las características multidimensionales que este concepto presenta. Pues es un derecho fundamental e indelegable que tiene la competencia de brindar bienestar social, cultural y económico. De tal modo que, no solo lo ubica en el modelo holístico, sino que considera los aspectos culturales que lo anteceden (OPS/OMS), En este sentido, exige a los Estados que adopten medidas legislativas que permitan “acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar” (Organización Mundial de la Salud 2017).

Por lo tanto, la definición que realiza la OMS en 1947 entiende a la salud como un estado de completitud que abarca “bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OPS/OMS). Bajo la condición de derecho que presenta esta categoría, tiene la competencia de que sus políticas y programas rigen en mejorar paulatinamente y aumentar la cobertura en el acceso para la población. Se presenta la siguiente sistematización que incluye los principios que lideran su accionar:

Cuadro 1. Principios universales de la salud

<b>Principios</b>	
No discriminación	El principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social
Disponibilidad	Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos.

Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
Rendición de cuentas	Los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
Universalidad	Los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud 2017

La definición y normativas que se dirigen bajo este concepto son relevantes por el rigor institucional que las precede. Por tal motivo, la función de la OMS es ser “el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia” (Alcántara Moreno 2008, 96). Es por eso, que la definición de salud tiene el objetivo que su concepto sea comprendido e incorporado en la población global. La homogenización de la idea de salud trasciende a la parte académica para identificar lo que está fuera de la norma: “con respeto al estudio de las enfermedades en vista de que las mismas trascienden las fronteras de los países, motivo por el cual se creó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)” (Alcántara Moreno 2008, 96).

Sin embargo, existen diferentes autores que realizan críticas a la definición de la salud por su carácter utópico y hasta cierto sentido idealizado (Alcántara Moreno 2008). Con respecto a esto, la OMS, propone medir a la salud a través de indicadores; lo cual implica realizar estimaciones generales (OPS/OMS, 6), resultando una percepción hegemónica del significado de salud. De ahí que, el objetivo de esta revisión bibliográfica es entender el carácter transnacional de esta categoría.<sup>4</sup> Mi propuesta investigativa no pretende desarrollar de manera minuciosa los cambios suscitados en el sistema de salud nacional, si no comprender el modelo estatal vigente en torno a la promoción de la salud, por lo tanto, su revisión se vuelve fundamental. Este punto será trabajado en el siguiente acápite de este capítulo.

---

<sup>4</sup> El sistema de salud en Ecuador a pesar de estar precedido por políticas internacionales, las medidas finalmente dependerán del modelo estatal que atraviase el país. En este sentido, Ecuador ha experimentado diferentes modelos de gobierno, resultando un proceso histórico de inestabilidad política y la inconstancia en la determinación de políticas públicas en el marco de salud.

La perspectiva política que configura al sistema de salud, es determinante en la creación de estrategias en promoción de la salud, que se implementan en las unidades de atención a nivel nacional, la Constitución del 2008, permitió un reconocimiento al área social y un cambio institucional en el sistema de salud (Asamblea Constituyente del Ecuador 2008). Como resultado, la institución estatal cuenta con la mayor cobertura en provisión de servicios de salud a nivel nacional (Lucio, Villacrés y Henríquez 2011), pero a su vez con estrategias en promoción que miran a largo plazo en la vida de los ciudadanos, aplicadas a nivel estatal y municipal. Reconocer los aspectos políticos que impulsaron la elaboración de políticas y estrategias (nacionales, zonales, distritales y municipales) es parte fundamental del contexto de esta investigación.

## 1.2. El Estado y su visión en la salud

La presente sección tiene como objetivo visibilizar el modelo de estado durante el régimen de la Revolución Ciudadana, donde se determinó la elaboración de políticas públicas en el área de la salud, cuyo accionar, consolidó la relación entre la municipalidad de Quito y el Estado. Para un mejor entendimiento, se hace necesario exponer de manera breve la historia de la salud en el Ecuador, y los momentos más relevantes del sistema ecuatoriano de salud.

Cuadro 2. Diez hitos en la historia del sistema ecuatoriano de salud

Diez hitos en la historia del sistema ecuatoriano de salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1935 Establecimiento del Servicio Médico del Seguro Social como sección del Instituto Nacional de Previsión (actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)</li> <li>• 1951 Creación de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer</li> <li>• 1967 Creación del Ministerio de Salud Pública</li> <li>• 1980 Creación del Consejo Nacional de Salud</li> <li>• 1994 Promulgación de la Ley de Maternidad Gratuita</li> <li>• 1998 Reforma constitucional: nueva sección específica sobre salud</li> <li>• 2001 Promulgación de la Ley sobre Seguridad Social</li> <li>• 2006 Creación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud</li> <li>• 2008 Incorporación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución que reconoce a la protección de la salud como un derecho humano</li> <li>• 2009 inicio de la construcción de la propuesta de Red Pública Integral de Salud a partir de su incorporación en la nueva Constitución</li> </ul>

Fuente: Lucio, Villacrés y Henríquez 2011

La institución estatal en materia de salud, ha sufrido transformaciones con el objetivo de mejorar las condiciones de atención. Esto se debe a los cambios estructurales e ideológicos fomentados por el modelo económico y de desarrollo. Se señalan tres fechas relevantes en la construcción de la constitución, que han sido momentos de importancia histórico político en el ámbito de la salud. El año de 1979 con el fin de la dictadura en el país; 1998 representa la llegada de políticas neoliberales, y por último 2008 con la elaboración de constitución vigente (Jiménez-Barbosa, y otros 2017), asimismo, según Basabe-Serrano (2001) la política ecuatoriana, tiene dos momentos “El anterior al presidente Correa y el que se inaugura con la llamada Revolución Ciudadana” (Basabe-Serrano 2001, 168).

La salud como derecho para la población ecuatoriana se encuentra establecida hace más de 40 años (Jiménez-Barbosa, y otros 2017). La historia del sistema de salud en el Ecuador al igual que otros países de Latinoamérica, tiene sus bases en la lucha por la equidad y en posibilitar una vida plena para sus ciudadanos. Pero, al igual que otros países, los sucesos políticos por los cuales ha atravesado el Estado han afectado directamente en las políticas y estrategias del sistema de salud. En 1980, en el fin de la dictadura militar se crea el Consejo Nacional de Salud (Lucio, Villacrés y Henríquez 2011); que se convirtió en el órgano regulador de las acciones, políticas y estrategias en salud para el país. A la par con la transformación política, Ecuador es expuesto a la crisis de la deuda externa en 1982, que provoca el distanciamiento de la brecha de clase como resultado de las reformas estatales en beneficio de un segmento de la sociedad (Castillo Morocho 2015, 26), pasando a un régimen neoliberal. Durante la década de los 90 existió reducción de presupuesto para salud y otras instituciones sociales dentro del estado (Jiménez-Barbosa, y otros 2017). Lo cual llegó a afectar la calidad de atención, vida útil de las infraestructuras en salud, y produjo la falta de rectoría sentida por los servidores públicos de esa época. En 1998, el Ecuador ya contaba con un presidente derrocado y con una gran inestabilidad política que duró otros 9 años más. En este periodo se redactó la nueva Constitución que posiciona al Estado como garante del derecho a la salud.

El gobierno del presidente Alfredo Palacios en el 2006 se ve en la obligación de actualizar los conceptos, normativas, estrategias y políticas en temáticas en salud, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. Con estos antecedentes de desigualdad social e

inestabilidad política, Rafael Correa ofrece en campaña como candidato a la presidencia en el 2006 y posteriormente pone en ejecución, la creación de una nueva constitución con el objetivo de “estabilizar la República de Ecuador y lograr el desarrollo social” (Jiménez-Barbosa, y otros 2017, 131). En la nueva constitución, el Estado Ecuatoriano se vuelve garante del derecho a la salud, movimiento político que algunos autores han determinado como la recuperación del rol del Estado:

En la Constitución se destaca la rectoría del Estado en los asuntos de interés público. La gestión del gobierno de la “Revolución Ciudadana” ha significado una dura lucha para recuperar la institucionalidad del Estado, que se vio muy disminuida como producto de las políticas neoliberales (Malo-Serrano y Malo-Corral 2014, 755).

Documentos oficiales (Ministerio de Salud Pública 2012) y artículos académicos (Malo-Serrano y Malo-Corral 2014, Vance 2012, López Peña 2011) detallan las reformas generadas en el gobierno de Rafael Correa, para dar a conocer el quiebre de las políticas neoliberales y el resurgimiento de un modelo que se encontraba en muy mal estado y sobre todo con desconfianza de la población:

La intervención en el sector Salud implicaba, entonces, el rescate de una institución en profunda crisis, que ha requerido dos condiciones indispensables: un enorme esfuerzo fiscal para tratar de cerrar las brechas de calidad y accesibilidad en la atención, y gran firmeza política para recuperar la gobernabilidad del sector, reformando los marcos normativos e institucionales para rescatar la autoridad sanitaria del Estado y particularmente del Ministerio de Salud Pública (Malo-Serrano y Malo-Corral 2014, 776).

El resultado es la creación de un nuevo modelo de atención, denominado *Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*, (MAIS-FC) (Ministerio de Salud Pública 2012).

Antes de continuar explorando los modelos de salud implementados en territorio, existen acontecimientos muy relevantes en la memoria de los servidores públicos en salud<sup>5</sup>. No solo se elaboró una nueva constitución que fortaleció el derecho en la salud a partir de un enfoque universal. También generaron cambios para los profesionales sanitarios de atención directa, uno de ellos es el aumento de las 8 horas laborales (Ministerio de Relaciones Laborales 2014).

Otro de los datos políticos en temáticas de salud, punto crucial para la investigación de la tesis, es la Ordenanza Metropolitana 0494 tipificada el 13 de septiembre del 2013. Una estrategia en función de la salud entre la presidencia de Rafael Correa y el ex Alcalde Barrera del Distrito Metropolitano de Quito. El resultado de este convenio fue una nueva mirada a la promoción de la salud tanto a nivel macro como local, se podría decir que existía la idea de una salud accesible. Los beneficios fueron varios, entre estos se generaron plazas de empleo para diferentes profesionales, así como también, se reactivó el sentido de responsabilidad hacia el ciudadano en torno a su salud, a través de herramientas brindadas por la institución municipal.

### 1.2.1. Ordenanza Metropolitana 0494

Este documento define el objetivo del acuerdo como una forma de “contribuir” en actividades de promoción en la salud. Esto abarca una prevención y provisión de servicios en atención, garantizado el “ejercicio del derecho a la salud” (Concejo Metropolitano de Quito 2014, 2). Al igual que todo documento estatal, se encuentra detallado por un sin número de artículos de la Constitución, códigos y otras ordenanzas, que dan validez legal acerca de lo propuesto en papel. Artículos de la Constitución (Art. 206. 266) hablan de la descentralización<sup>6</sup> del Estado, quiere decir, que permite dar competencias a los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD). Un lineamiento que resalta para esta investigación es el Art. 360, que establece:

---

<sup>5</sup> Estos sucesos no suelen ser mencionados en la actualidad al hablar de momentos icónicos del sistema de salud, pero, en la memoria de los profesionales persiste un sentimiento de abandono por parte de las autoridades que los representaban en ese periodo de la historia de salud “Las cosas desde ahí, cambiaron” (Odontóloga, Diario de Campo, 5 de marzo 2020). Este punto se retomará en los próximos capítulos, pero es importante tomar en cuenta estos aspectos antes de adentrarnos en el análisis de las relaciones de poder.

<sup>6</sup> A pesar de que esta categoría no es central para la investigación, a lo largo del capítulo se lo trabajará, como dato importante del estudio.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformado por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos operativos y de complementariedad (Constitución de la República del Ecuador 2008).

Generar competencias al municipio en torno a la salud, es el objetivo principal de dicha propuesta, pero también deja claro que las acciones que se ejecuten serán en función al ente regulador del SNS<sup>7</sup>; en otras palabras, el MSP direcciona y controla (o limita) las actividades de promoción de la salud ejecutados por los GAD. Otro dato relevante de la ordenanza, es la territorialidad (Concejo Metropolitano de Quito 2014, Art. 3) como eje de planificación y ejecución de actividades sanitarias, con la premisa de consolidar entornos adecuados bajo los principios de equidad, identidad y sostenibilidad. Este punto se lo trabajará con mayor detalle en los próximos apartados, plasmando las particularidades del sur de Quito (Art. 12 y 13) (Concejo Metropolitano de Quito 2014, 6-7).

Asimismo, el Art. 5 del manifiesto detalla “Los prestadores de servicio de salud municipales ejecutarán sus acciones en el marco de las políticas nacionales, distritales y en articulación con la red de salud pública” (Consejo Metropolitano de Quito 2014). En ese sentido, aclara que las prestaciones del servicio serán en función a los principios dados por la OMS y MSP.

Las acciones de salud que desarrolle la Red Municipal de Salud se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad calidad, eficiencia, bioética, concurrencia en prestación de servicios y fomento de las políticas públicas nacionales para la gestión de la salud y de participación ciudadana (Consejo Metropolitano de Quito 2014).

Entonces, para comprender las acciones en temáticas de la salud es necesario describir su modelo de atención (MAIS-FC), siendo blanco de críticas, y a la vez, de halagos por parte de investigadores y expertos en el tema. La forma de entender la *salud* por parte del Estado ecuatoriano, permitió desarrollar nuevos mecanismos en las relaciones con la comunidad, a partir de un enfoque más humanitario y centrando su atención en los “resultados de impacto social”

---

<sup>7</sup> El regulador del sistema nacional de salud es el MSP.

(Ministerio de Salud Pública 2012). Se busca atender a las nuevas demandas y necesidades que tiene la población. Es por eso, que, al analizar la categoría salud como discurso, no es posible deslindarla del proceso político por el que se encuentra pasando el Estado: “El Estado asuma en relación a la salud será determinante al momento de definir la política pública, asignar prioridades y optar por diversas formas organizativas de sus instituciones” (López Peña 2011, 52). Es decir, el modelo de salud dependerá del enfoque estatal.

### **1.3. Modelo de atención en salud en el Ecuador**

Como se mencionó anteriormente el modelo actual de atención en salud se encuentra caracterizado por una historia política, que ha determinado sus estrategias en función de la perspectiva del concepto de salud. La creación del Ministerio de Salud en 1967, la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita en 1994, con una reforma en 1998 para determinar una gratuidad y *calidez* en las distintas etapas del embarazo y en la salud sexual y reproductiva (Lucio, Villacrés y Henríquez 2011, 181). Precedido por un modelo político donde la credibilidad de la institución estatal estaba en decrecimiento. De ahí que, el modelo de salud se enfoque en la aplicación de políticas que aseguren la gobernabilidad, no solo en la provisión de servicios, sino también en abarcar los determinantes de la salud (Malo-Serrano y Malo-Corral 2014).

Es necesario resaltar, que esta investigación no planea generar críticas ante los modelos de atención, no obstante, es importante entender cómo los discursos de un determinado gobierno (en este caso del ex Presidente Rafael Correa), trascienden a las políticas públicas y estrategias implementadas en las instituciones estatales y locales. De igual manera, visibilizar que, a partir del posicionamiento político del Estado, estos discursos tienden a reproducirse en los servidores públicos quienes toman una postura que, en teoría, sería a favor del Estado o de la institución estatal en la cual se encuentra.

La característica principal que se desea resaltar de este modelo es “la mirada social y multidimensional del proceso salud enfermedad” (Ministerio de Salud Pública 2012, 11). La transformación del sector salud y cambios dentro de la institución, son ejes que determinan los objetivos de este modelo:

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida (Ministerio de Salud Pública 2012, 19).

Carina Vance (2012), figura trascendental en el Ministerio de Salud<sup>8</sup>, expone que esta herramienta (MAIS-FC) es fortalecida a raíz de las políticas públicas impulsadas por el gobierno de la Revolución Ciudadana: “Desconcentrar el sistema de salud fortaleciendo la capacidad resolutive de cada territorio para tomar decisiones y resolver problemas inmediatos, es vital” (Vance 2012, 102). Pero, lo que diferencia a este modelo de lo demás, es la transversalidad en los enfoques de género, derechos, equidad, interculturalidad; atendiendo la plurinacional del Estado ecuatoriano. De esta manera, se puede retomar el aporte de Naranjo Ferregut et al. (2014) al exponer que el modelo de atención en salud centra sus objetivos en un accionar interseccional; “un enfoque predominante hacia la promoción de salud y la prevención de enfermedades, logrando la equidad en la prestación de los servicios y el respeto a la interculturalidad” (Naranjo Ferregut, y otros 2014, 380).

Retomando a la ex Ministra de Salud (Vance 2012); un aporte importante que expone es la doble responsabilidad en el cuidado de la salud. Por una parte, el Estado como garante de derechos, es el encargado de capacitar y sensibilizar a sus empleados, para la atención en la salud de calidad. Y por otro lado, debe existir un compromiso por parte de la comunidad, es decir: “es deber de la sociedad tomar conciencia sobre su posición y rol en el ámbito de la salud, que es tan sensible y delicado” (Vance 2012, 102).

Entonces, el Ministerio de Salud, define al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FC) como:

---

<sup>8</sup> Ministra de Salud de Ecuador durante el periodo de 2012 a 2015. Politóloga de profesión impulsó en la nueva creación del modelo de salud, con un enfoque inclusivo y de género.

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

Uno de los puntos más relevantes que trabaja este modelo, es la categoría de integralidad, misma que contempla varias esferas que, a su vez, los profesionales de la salud deben de transversalizar, al momento de cumplir el modelo de atención:

Cuadro 3. Principio de integralidad en salud

<b>Integralidad</b>	
Atención individual y familiar	Como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud de la Red de Salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.
Nivel territorial	Para el MAIS-FCI se responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, las especificidades y necesidades de los grupos poblacionales según ciclos de vida, pertenencia étnica, relaciones de género, estratificación social, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas en función de intervenciones que den respuesta a las necesidades de la población e integrar las acciones a través de los servicios, para lograr la horizontalización y convergencia de programas.
Acciones intersectoriales	Los planes de salud deben ser preparados y discutidos con toda la sociedad civil organizada para lograr articular los esfuerzos hacia un objetivo común. El personal debe incluir en la programación de su tiempo de trabajo las actividades de coordinación intersectorial y participar activamente en las instancias de coordinación intersectorial y la construcción de los planes de desarrollo territorial en coordinación con los GADS, SENPLADES y otras instancias gubernamentales..
Participación de la comunidad:	Promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.
Gestión institucional	El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de las Zonas, Distritos y circuitos, pasar de una organización vertical a una

	<p>organización horizontal y a una integración de acciones por conjunto de necesidades y problemas.</p> <p>Las Zonas, Distritos y Circuitos deben organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, para la satisfacción de las usuarias y usuarios en los tres niveles de atención de la red de servicios de salud.</p>
--	--

Fuente: Ministerio de Salud Pública 2012

Al igual que la OMS, el modelo aplicado en el estado ecuatoriano cuenta con principios que rigen la prestación de servicios:

Cuadro 4. Principios de la salud del estado ecuatoriano

<b>Principios</b>	
Garantía de los derechos de las y los ciudadanos	Implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.
Universalidad	Es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos.
Integralidad	Desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).
Equidad	Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.
Continuidad	Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.
Participativo	Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.

Desconcentrado	Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.
Eficiente, eficaz y de calidad	Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo.

Fuente: Ministerio de Salud Pública 2012

Parte importante del modelo de atención ecuatoriano es el proceso de ejecución; las fases o etapas que describe el MAIS se enfocaron en recuperar la confianza del sistema de salud. La primera etapa consistió en el desarrollo de infraestructura, equipos médicos y la gratuidad de medicamentos (Ministerio de Salud Pública 2012, 25) que implicó la inversión económica en salud, que representa la mejora en la institución.

Una característica importante relacionada a la inversión realizada en el Ministerio de Salud, fue el fortalecimiento del recurso humano, con el objetivo de disminuir la brecha de profesionales de la salud requeridos para la ciudadanía. Medida acompañada del, aumento de salarios, políticas laborales equitativas que posibiliten una distribución del personal y por ende atención a lo largo del territorio ecuatoriano y, otros programas que han disminuido la migración de profesionales de la salud (Malo-Serrano y Malo-Corral 2014).

La segunda etapa resalta que, a partir de la inversión en la institución existe un incremento en las coberturas de atención; y como tercera se mantiene el fortalecimiento al MAIS-FC, en donde incorpora nuevas herramientas para el primer, segundo y tercer nivel de atención. Malo-Serrano (2014) detalla que el Sistema en Atención Primaria en Salud (APS), prioriza la prevención y la promoción. El estudio de Tejerina Silva et al. (2009) definen a la APS como: “atención que provee acceso de primer contacto por cada nueva necesidad, atención de largo plazo basada en la persona, atención integral para la mayoría de las necesidades en salud y atención coordinada cuando ha de buscarse en otro lugar” (Tejerina Silva, et al 2009, 279).

En el mismo estudio se resalta una atención especial tanto en los factores individuales como en los sociales, y que el “poder positivo que los médicos tienen sobre sus pacientes” (Tejerina Silva, y otros 2009, 280) permite acercarse a los determinantes sociales desde una posición privilegiada y aportar a la salud. Así pues, la promoción de la salud, dentro del modelo de atención ecuatoriano se encuentra presente en el discurso de los profesionales, como una herramienta que aumenta la efectividad en la salud.

### 1.3.1. Promoción de la salud

Las diferentes investigaciones que trabajan la efectividad de las políticas públicas en salud con corte neoliberal caracterizada en los años 80 y 90, refieren que existe una gran deuda con la población Latinoamérica, por la situación de desigualdad social que vivieron las poblaciones de dichos países. Como resultado, la OMS en 1986 se vio en la necesidad de implementar nuevas estrategias en la salud, donde priman “condiciones de bienestar y equidad social” (Ministerio de Salud Pública 2012, 43). Es en la Conferencia en Ottawa en el 88, donde se define a la promoción de la salud como:

El proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él (Ministerio de Salud Pública 2012, 43).

Sin embargo, este concepto ha ido transformando; la OMS atribuye componentes esenciales para hablar de promoción de la salud. El primer eje trata de la *buena gobernanza sanitaria*, misma que se caracteriza por trabajar en políticas públicas a favor de la salud de la gente. El segundo componente, trata la *educación sanitaria*, enfocada en la sensibilización y adquisición de conocimientos que permitan tener hábitos saludables. Por último, la tercera fase se trata de *ciudades saludables* lo cual apunta a un trabajo que priorice la planificación urbanística y favoreciendo “medidas preventivas en las comunidades” (Organización Mundial de la Salud 2016). Por tanto, la OMS, define que:

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y

proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (Organización Mundial de la Salud 2016).

Helena Restrepo (1996) propone reconocer la importancia de la promoción de la salud, pues contribuye a satisfacer las necesidades humanas que buscan calidad de vida, que como se mencionó anteriormente no es solo bienestar a nivel de salud, sino también económico y social. Esta categoría es vista como una inversión a la larga, en relación con los intereses locales (comunidad) como los nacionales (Estado), para obtener una sociedad productiva. La promoción de la salud se manifiesta bajo esta línea política como quien dirige la modificación de los determinantes de la salud,<sup>9</sup> generando acciones concretas de una producción social y vehículo de una sociedad justa y sana.

Ahora bien, según Benjamín Puertas Donoso et al. (2004) la promoción de la salud en el estado ecuatoriano es algo reciente. Sin embargo, estos mismos autores realizan un recorrido histórico de esta estrategia en el país, donde relatan datos del siglo XVIII y presentan a Eugenio Espejo como un pionero en la preservación de la salud en las comunidades. También, momentos específicos de la historia, como la aparición de la fiebre amarilla y la peste bubónica a partir del siglo XIX; con esto muestran estrategias estatales en relación al cuidado y conservación de la población:

Es en esta época que se logra la institucionalización de las actividades de Salud Pública con la creación de la Dirección de Sanidad en Guayaquil en 1908. Varias instituciones de la salud de los Estados Unidos, especialmente la Fundación Rockefeller, jugaron un importante rol en este proceso y colaboraron activamente en las campañas de prevención y control de enfermedades como la fiebre amarilla, peste bubónica y malaria (Puertas, Herrera y Aguinaga 2004, 1).

De igual manera, exponen que esta herramienta de promoción y prevención de la salud apareció institucionalmente en el año de 1968, al cual se le dio el nombre de Dirección Nacional de

---

<sup>9</sup> Determinantes de la salud es entendido como el conjunto de factores que intervienen en los niveles de salud individual y comunitaria. Es importante mencionar que nos regimos a la definición brindada por el modelo de atención MAIS-FC (Ministerio de Salud Pública 2012, 40)

Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud; éste contaba con una unidad de promoción: “con el propósito de coordinar los programas técnico-normativos de atención, prevención y promoción a las personas (Materno-Infantil, Nutrición, Estomatología, Salud Mental, Control de Tuberculosis, Rabia, Crónico-degenerativas)” (Puertas, Herrera y Aguinaga 2004, 2).

Actualmente este departamento del ministerio se encuentra denominado como la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad; entidad que tiene la misión de “proponer, impulsar y asegurar la implementación de políticas y estrategias por ciclos de vida, que incidan en determinantes sociales de la salud, políticas, espacios, capacidades y condiciones saludables para el buen vivir de la población” (Ministerio de Salud Pública 2018). La misma se encuentra dividida por productos, mismos que serán presentados en la siguiente tabla:

Cuadro 5. Componentes de la promoción de la salud

<b>Componentes de la promoción de la salud</b>	
Promoción de la Salud	Propuestas de políticas públicas, planes y proyectos para la promoción de la salud, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud.
Promoción de la Nutrición, Seguridad y Soberanía Alimentaria	Propuestas de políticas públicas, planes y proyectos para la alimentación y nutrición saludable, desde un enfoque de seguridad y soberanía alimentaria.
Promoción de la Salud Mental	Propuestas de políticas públicas, planes y proyectos para la promoción de la salud mental, incluyendo control de tabaco, alcohol y otras drogas, desde un enfoque de determinantes sociales.
Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva	Propuestas de políticas públicas, planes y proyectos para la promoción de la salud sexual y reproductiva, desde enfoques de derechos y de determinantes sociales.
Espacios y Prácticas Saludables	Planes, proyectos y estrategias para la construcción de espacios y promoción de la salud que permitan prácticas saludables en los individuos, familias y comunidades.
Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud	Planes, proyectos, estrategias y herramientas educativas y de comunicación por ciclos de vida, dirigidos a actores internos y externos, en base a los requerimientos de la Dirección y otras instancias del Ministerio de Salud Pública, dentro del ámbito de la promoción de salud.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública)

Retomar a la Ordenanza 0494 se vuelve necesario en este punto de la descripción del contexto de investigación; en vista que expone las diferencias en el servicio de promoción de la salud desde el

eje territorial. Las principales líneas de acción que el Municipio de Quito trabaja se exponen en el siguiente cuadro:

Cuadro 6. Acciones de promoción y protección de la salud

<b>Art. 8 Acciones de promoción y protección de la salud<sup>10</sup></b>
1. Acciones de información, educación y comunicación social para <i>facilitar los cambios de conducta</i> en personas y grupos de población por ciclo de vida (...) especialmente en los <i>grupos de atención prioritaria</i> (...); así como el fomento de estilos de vida que favorezcan comportamientos y la <i>creación de entornos, espacios y ambientes saludables</i> .
2. Acciones que fomenten el <i>uso del espacio público</i> , el disfrute pleno del <i>derecho a la ciudad</i> , la realización de <i>actividad física, alimentación saludable y ocupación del tiempo libre</i> .
3. Fomento de iniciativas locales que potencian la organización, participación ciudadana y uso de los recursos comunitaria.
4. Conformación de redes en acción municipal para la ejecución de actividades de promoción y protección de la salud, en base a su ámbito de responsabilidad.

Fuente: (Concejo Metropolitano de Quito 2014)

En cuanto, a mi planteamiento investigativo identifica la importancia de la territorialidad y es por eso que la Administración Zonal Quitumbe (AZQ), como institución municipal establece programas a partir de las directrices emitidas por la Secretaría de la Salud, basada en el análisis y particularidades del territorio. Así lo menciona un servidor municipal de esta institución,

Cada administración zonal tiene su programa operativo anual, en las cuales va a trabajar y desarrollarlas en territorio. De acuerdo obviamente a varias artistas, por ejemplo, en Quitumbe yo tengo 5 Unidades Educativas, entonces trabajamos en temas de prevención y promoción, en cuanto a la salud sexual, salud mental, salud reproductiva (Servidor AZQ, entrevista por Daniela Salazar, 12 de mayo del 2020).

Entonces, las líneas de acción que se ejecutan en los barrios del sur de Quito surgen según las necesidades del territorio, son: Fauna Urbana que se desempeña en la concientización del uso adecuado de los espacios públicos, además de implementar “servicios ciudadanos para la tenencia responsable de animales de compañía y el control de plagas” (Distrito Metropolitano de Quito 2014); otro proyecto es Seguridad Alimentaria y de Calidad, donde se trabajan en temas como:

<sup>10</sup> Existen otros cuatro principios de acción, señalado en el Art. 8 de la Ordenanza Municipal, sin embargo, los expuestos en la tabla, son los que describen mejor las diferencias en las funciones de ambas instituciones.

loncheras saludables dentro de las instituciones con los estudiantes y padres de familia. También, la AZQ cuenta con un programa denominado Sistema Integral de Promoción de la Salud, se diseñan y ejecutan actividades de prevención y promoción de salud sexual, salud reproductiva, salud mental, dirigidos para la comunidad y para los trabajadores municipales de la institución. Pero a todo esto, ¿qué es la promoción de la salud? Se ha mencionado que es una forma de accionar, considera como una herramienta, un componente, un modelo de atención. Pero la recopilación de varias investigaciones acerca de este tema, llegan a la conclusión que es “una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamientos relacionados con la salud” (Giraldo Osorio et al. 2010, 129). El artículo logra recopilar puntos fundamentales acerca de la promoción de la salud; el estado del arte con un corte de tiempo desde el año 1992 hasta el 2009 permite contar con una descripción amplia acerca de esta categoría.

Este artículo (Giraldo Osorio et al. 2010) trabaja la definición de la promoción de la salud desde varios autores. El primero es Kickbuschy en el año 1996:

Define la promoción de la salud como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas (Giraldo Osorio et al. 2010, 131).

Otra manera de comprender a la promoción de la salud es desde los mecanismos intrínsecos de las personas; el planteamiento de la OPS indica que, desde el autocuidado, la ayuda mutua y los entornos sanos o creación de los mismos, permiten control en el cuidado de la salud (Giraldo Osorio et al. 2010). En otras palabras, describe los componentes conocidos como *determinantes de la salud*: “la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los servicios de atención en salud” (Giraldo Osorio et al. 2010, 131).

Es por eso que la promoción de la salud cuenta con la característica de ser intersectorial, quiere decir; no solo se encuentra presente en el campo de salud, sino también en el sector de la educación, justicia, gobiernos descentralizados, etc. Es por eso, que “las políticas públicas

saludables están dirigidas a las personas y la comunidad” (Giraldo Osorio et al. 2010, 132). Pero, es necesario observar a la promoción de la salud como "mediador e integrador entre las ciencias y disciplinas comprometidas con el mejoramiento social, económico, político y ambiental en general” (Giraldo Osorio et al. 2010, 32).

Otro aspecto importante que resalta la ponencia de Giraldo (2010) es la existencia de barreras en la promoción de la salud; el primer límite que detallan es la edad: “tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida” (Giraldo Osorio et al. 2010, 135). Otro obstáculo para la promoción de la salud es el género; identificado como un determinante del comportamiento, lo cual definirá formas de cuidado en la salud y de las enfermedades con mayor prevalencia según el sexo.

Como tercera barrera se encuentra la cultura; para algunos autores el aspecto cultural llega a ser una característica fundamental para conocer las formas de cuidado de la salud, dentro de determinada comunidad (Organización Mundial de la Salud 2017, Ministerio de Salud Pública 2012, Cid, Merino y Stieповich 2006, Giraldo Osorio et al. 2010). Pues la cultura determina las condiciones que tiene determinado grupo o individuo respecto a un estilo de vida saludable. Por último, los autores (Giraldo Osorio et al. 2010) señalan que un factor condicionante en la práctica de la promoción de la salud es la clase social o el nivel socioeconómico:

Es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos (Giraldo Osorio et al. 2010, 135).

Entonces, la promoción de la salud es un conjunto de acciones que forman parte de una estrategia sanitaria con el objetivo que la comunidad muestre mayor interés, responsabilidad y cuidado de la salud. Se puede entender como una forma de educar en salud, pero que en la práctica se vuelve confusa y no siempre responde a las realidades del territorio.

### 1.3.2. Estructura organizacional estatal

Uno de los objetivos específicos de esta investigación es: analizar cuáles son las relaciones de poder alrededor de las prácticas discursivas de la promoción de la salud, por lo tanto, es necesario comprender las estructuras institucionales (estatal y municipal). Con esto es posible entender las diferencias entre los distintos niveles de planificación, coordinación y ejecución de estrategias en salud.

La palabra estructura es entendida como la distribución y organización a partir de la creación de componentes (o direcciones) que conforman el ministerio. El Acuerdo Ministerial No. 00004520 emitido en el año 2013 pone en conocimiento un nuevo modelo de gestión que tiene como principio incrementar según el Art. 2 la eficiencia, el acceso, la vigilancia, el control, la promoción, etc., de la atención en salud (Ministerio de Salud 2013).

Como hemos referido en varias ocasiones, parte fundamental de esta reforma es a partir de “la transformación sanitaria” (Espinosa, et al 2017), dada en la década de la revolución ciudadana. La reforma democrática en ese gobierno posiciona al Estado como garante de derechos en salud, y a través de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES)<sup>11</sup> se coordinaba los procesos de desconcentración y descentralización. El Art. 5 del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud 2013), expresa la importancia de esta distribución territorial:

La reestructuración del Ministerio de Salud Pública se enmarca en la Reforma Democrática del Estado, proceso que tiene por objetivo mejorar la eficiencia, transparencia y calidad de los servicios a la ciudadanía. La importancia estratégica que representa el sistema de salud pública en el desarrollo del país impone la necesidad de una rectoría fuerte sobre la implementación de las políticas en salud, a la vez que requiere de un mecanismo ágil y eficiente para la implementación y gestión de los programas de salud. El Ministerio de Salud se ubica en la tipología de ALTA desconcentración y BAJA descentralización (Ministerio de Salud 2013, 8).

---

<sup>11</sup> El Presidente Lenin Moreno por medio del decreto ejecutivo Nro. 723 firmado el 13 de mayo del 2019 elimina a SENPLADES, sustituyéndola por la Secretaría Técnica de Planificación (Planifica Ecuador).

Por fines investigativos, nos centraremos en la desconcentración estatal entendida como la distribución de procesos, funciones y gestiones en los distintos niveles territoriales (nivel central, zonal y distrital) que se encuentran desagregados, con el objetivo de mejorar la capacidad resolutive. El Estado utilizó una metodología de planificación territorial: “basada en la cantidad de población existente en cada unidad geográfica y en la distancia ideal a la cual deberían situarse los centros de salud para permitir un acceso adecuado y expedito” (Espinosa, et al 2017, 1). Varios planteamientos detallan resultados favorables de la desconcentración estatal: “La definición de una nueva estructura orgánica del MSP con dos viceministerios, nueve coordinaciones zonales y 140 distritos distribuidos en todo el territorio nacional, fortaleció su presencia a nivel nacional y local” (Espinosa, et al 2017, 1).

María Alejandra López (2011) trata la articulación de los procesos de desconcentración institucional con los aportes de la categoría del neoinstitucionalismo; la concepción del Estado y su estructura como actores políticos que interactúan con la sociedad civil organizada y no organizada abre la posibilidad que las instituciones sean transformadas en base a las necesidades de los actores en su accionar público.

Entonces, la descentralización estatal se vuelve un referente del cambio que tuvo la institución en salud, dando como resultado una aparente organización y delegación de funciones, atribuciones y competencias. El Art. 6 del Estatuto Orgánico (Ministerio de Salud 2013) detalla las facultades por nivel de desconcentración:

Cuadro 7. Facultades por nivel de desconcentración

<b>Facultades por nivel de desconcentración</b>	
Nivel Central	Coordinación – Planificación – Rectoría – Regulación – Evaluación - Control
Nivel Zonal	Coordinación – Planificación – Evaluación - Control
Nivel Distrital	Coordinación – Planificación – Evaluación – Control - Gestión

Fuente: Ministerio de Salud 2013

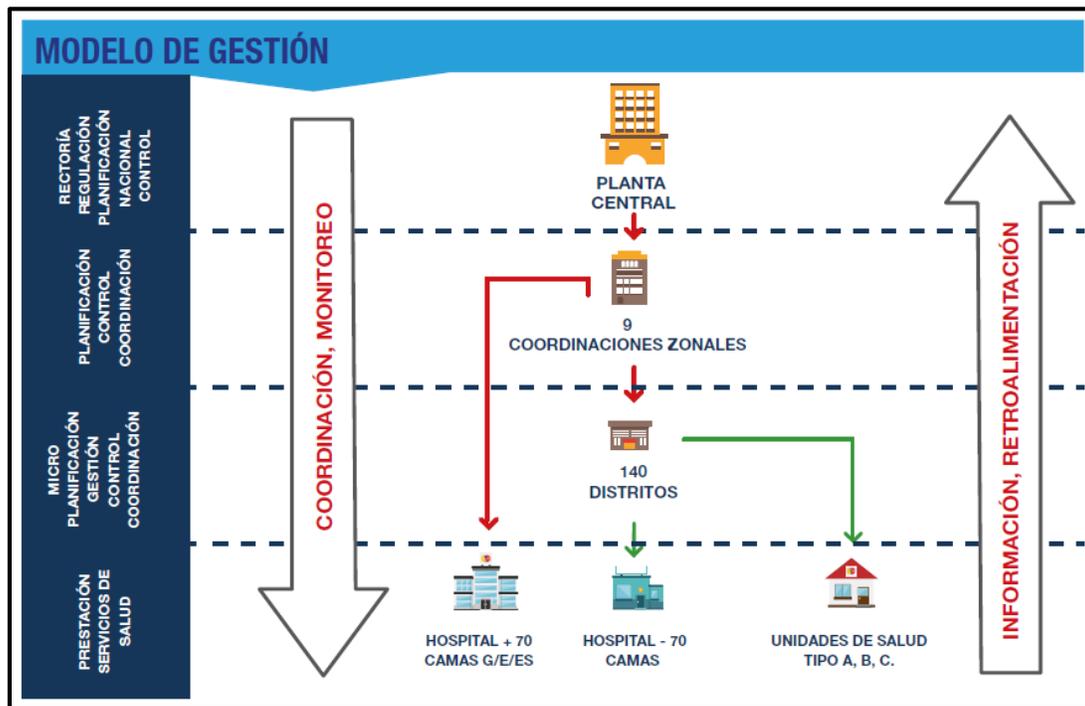
En resumen, se puede decir que el nivel central se encarga de la rectoría y regulación de las políticas, las coordinaciones zonales están encaminadas en realizar el control para el cumplimiento de las normativas. Por último, las direcciones distritales ejecutan las políticas en

territorio y gestionan la atención a la ciudadanía (figura 1), con el objetivo de desconcentrar los procesos; y es en este punto en el que centraremos nuestra atención. De cara a este escenario, esta investigación tiene como fin último, explicar la estructura a nivel distrital, ya que es en este espacio donde las acciones de la promoción de la salud toman forma y son replicadas por demás instituciones (Administración Zonal Quitumbe, comunidad, etc.).

La descripción institucional que viene a continuación más que generar una mirada amplia en el modelo de gestión, trata de reconocer al Estado en “prácticas cotidianas, en encuentros, en representaciones y performances culturales” (Barragán 2009). Es decir, el Estado se manifiesta en las relaciones entre los distintos niveles, tanto en las actividades como equipo o grupo de trabajo; al igual que las acciones individuales, es por eso que Barragán (2009) menciona la importancia de analizar las entramadas sociales en los niveles del Estado.

Lo interesante de la autora (Barragán 2009) es su planteamiento desde una antropología del Estado que da cuenta de los procesos que se planifican en lo alto de la jerarquía institucional, mismos que son puestos en práctica por los niveles subordinados. Como consecuencia la; “resignificación de sus políticas y decisiones, a través de múltiples formas de réplica, influyendo o haciendo eco de sus lógicas y sus perversidades” (Barragán 2009). La idea es cuestionar el modo que se está articulando el sistema político y el poder gubernamental.

Gráfico 1. Modelo de Gestión



Fuente: Dirección Nacional de Promoción de la Salud (Ministerio de Salud)

El proceso de promoción de la salud en el ministerio está organizado de la siguiente manera (Espinosa et al 2017, Ministerio de Salud 2013, 14): El Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, es quien lidera a la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad. Ahora, en el nivel zonal toma la denominación de Dirección Zonal de Promoción de la Salud e Igualdad; según el Art. 29 del Estatuto Orgánico tiene la misión de: “Coordinar, planificar y controlar en la zona la implementación de políticas, regulaciones, estrategias y acciones de promoción de la salud con enfoques de acción sobre los determinantes sociales y culturales de la salud, interculturalidad, participación social y equidad” (Ministerio de Salud 2013, 134). Es decir, el nivel zonal es quien controla a los distritos y retroalimenta a nivel central. El explorar el nivel distrital, da como resultado reconocer las relaciones de poder ante el discurso de la promoción. Primero, este nivel de dirección cumple sus funciones en virtud al Art. 37 del Acuerdo Ministerial 00004520: “Dirigir y administrar el sistema de salud en su jurisdicción” (Ministerio de Salud 2013, 153). La estructura organizacional de nivel distrital se la puede observar en la figura 2, misma que detalla a la Unidad de Promoción de la Salud e Igualdad, que

tiene como función controlar que se ejecute en territorio las estrategias en salud, que, a su vez, está conformada por los componentes de promoción mencionados anteriormente.

Gráfico 2. Orgánico organizacional distrital de salud



Fuente: Acuerdo Ministerial 00004520 Art. 9 Representación Gráfica (Ministerio de Salud, 14)

Ahora, bajo ese nuevo modelo los equipos de salud, tienen el objetivo de cambiar la idea dicotómica médico-paciente y pasar a una “relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano” (Ministerio de Salud Pública 2012, 58); a diferencia de otros cargos, el integrante del equipo de salud, debe contar con un perfil muy específico según su modelo de atención. Pero antes de detallar las características del equipo de salud, la OMS aclara cuál es su objetivo como representante del sistema sanitario:

El equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible (Ministerio de Salud Pública 2012, 113).

El MAIS-FC, define a esta categoría como un “grupo” de servidores de la salud, cuyas acciones están encaminadas a apoyar para la “elevación de la salud de la comunidad” (Ministerio de Salud Pública 2012, 113). Además, expone de qué manera el equipo multidisciplinario debe

conformarse, y, señala a partir de cuantos habitantes de la comunidad se conforma un equipo de salud, cuánto es el tiempo en las actividades dentro de la unidad como fuera de ella, entre otros aspectos. Se entiende al equipo de salud cómo todos los profesionales sanitarios o no sanitarios que se encuentran en la unidad de atención: “el equipo de salud es la columna vertebral del sistema” (Ministerio de Salud Pública 2012, 100), pues “tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia” (Ministerio de Salud Pública 2012, 63). Inclusive toma en cuenta los diversos escenarios en territorio:

El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables. El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública 2012).

El perfil profesional debe ajustarse al “desenvolvimiento óptimo” en las acciones de salud; la extroversión, el poder de la comunicación y una “capacidad gerencial administrar los recursos” (Ministerio de Salud Pública 2012, 77). En ese sentido, respecto a los parámetros que debe caracterizar al servidor sanitario, vale preguntarnos: ¿qué sucede con los funcionarios que no puedan cumplir ese perfil?, ¿cómo se adaptan al sistema? O ¿pueden crear mecanismos de resistencia ante un modelo minucioso?

Los artículos que trabajan la categoría de equipo de salud concuerdan que su definición será a partir de las particularidades que lo rodean y que este es el “pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud” (Martín Zurro y Jodar Solà 2011). En otras palabras, el equipo de salud es el rostro que la institución desea mostrar. También se refieren que esta figura está constituida como un grupo de individuos que “cooperan” con la finalidad de brindar una acción de cuidado, constituida por una categoría de *multiprofesionalidad*; “el proceso terapéutico es fragmentado” (da Costa Saar y Trevizan 2007, 2) de tal manera que la asistencia en salud es integral para el usuario; cada profesional cumple sus funciones en relación a sus áreas de conocimiento.

Para continuar, la etnografía de Martínez Bárbara (2017) detalla algunas características que llegan a necesitar los servidores de atención directa que conforman un equipo de salud:

La labor de ambas figuras implica la prevención de las dolencias, la promoción de la salud y la articulación del agente con las unidades de atención de mayor complejidad. Así mismo, son miembros de la sociedad local, lo que les otorga un conocimiento mayor de las necesidades de su entorno, y de los modelos de salud y enfermedad de la gente que allí habita (Martínez 2017, 2).

Reflexionar que el equipo de salud es parte de la sociedad local con la capacidad de adaptarse y comprender las necesidades de la población de una zona territorial, es un dato interesante para el desarrollo de la investigación. Un acontecimiento como una crisis sanitaria, es el escenario ideal para identificar esto.

### 1.3.3. **Pandemia, crisis sanitaria. Entre el pasado y el presente**

En el contexto de la investigación, se resalta el acontecimiento de carácter internacional la COVID-19 que tiene impacto directo en la zona que se está estudiando. Debe quedar claro, que este estudio no tiene el objetivo de explicar detalles minuciosos de la pandemia, sin embargo, al ser un evento en el área de la salud se vuelve fundamental describir datos que tienen una consecuencia directa en el territorio estatal y local. Como se ha señalado, la elaboración de este trabajo de investigación se teje a la par de los sucesos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud (SNS) ante la COVID-19. Es así, que esta variable que se incorporó durante el proceso de recolección de datos tiene como finalidad entender nuevas dinámicas de relaciones de poder; pero sobre todo, dar cuenta de los mecanismos de resistencia desarrollados por el equipo de salud.

La OMS dice: “Se llama pandemia a la *propagación* mundial de una nueva enfermedad” (Organización Mundial de la Salud 2010). La proliferación del virus es una constante que va tener este nuevo padecimiento. Pero antes de explicar mejor estos datos, las pandemias pasadas son necesarias de mencionar con dos finalidades, primero como parte del estado del arte de mi estudio investigativo y segundo identifica las respuestas institucionales en situaciones adversas. Una de las primeras epidemias reportadas en la historia fue en el año 412 a.C. por Hipócrates. La fiebre española apareció en el año de 1918, considerada como la peor pandemia de la historia (hasta ese momento), ya que falleció aproximadamente el 5% de la población mundial (CNN

2020). Otra enfermedad más reconocida por la comunidad en general es la AH1N1 declarada como influenza pandémica en agosto del 2010, misma que permitió un cambio en las características que definen a esta categoría. Esto influyó para que los estudios enfocados en las pandemias muestren una mirada premonitoria ante un posible suceso; *era cuestión de tiempo*. “La llegada de una pandemia de influenza desencadenará una reacción que podría cambiar el mundo de la noche a la mañana” (Osterholm 2006, 280). Ecuador no se libró de estos sucesos, en la siguiente tabla se detalla las principales enfermedades que han transcurrido a través del tiempo por esta región.

Cuadro 8. Epidemias en la historia del Ecuador

Epidemias en la historia del Ecuador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1708 Viruela, esta enfermedad toma a la ciudad de Guayaquil en la época colonial.</li> <li>• 1842-1843 Fiebre amarilla, también llamada vómito prieto, arribó al Ecuador aparentemente por una embarcación procedente de Panamá.</li> <li>• 1918 Gripe española, que reportó con 185 muertos en el país. Esta enfermedad fue declarada como emergencia sanitaria y erradicada en 1919<sup>12</sup>.</li> <li>• 1990 Emergencia sanitaria, debido a la acumulación de basura en la ciudad de Guayaquil. Esto significó en la historia de la salud, la inversión de 500 millones de sucres.</li> <li>• 1991 Cólera, afectó a las provincias de El Oro y Loja.</li> <li>• 1995 Dengue hemorrágico, el 18 de enero de ese año, las provincias de Guayas, Manabí, Esmeraldas y El Oro fueron declaradas en Emergencias.</li> <li>• 2002 Dengue y paludismo, significó para el país, la inversión de dos millones de dólares para la prevención de esta enfermedad.</li> <li>• 2009-2011 AH1N1 dejó un total del 129 fallecidos.</li> <li>• 2020 Coronavirus COVID-19, arriba en Ecuador por casos importados de España.</li> </ul>

Fuente: (Zambrano 2020)

Con respecto a, la COVID-19 fue anunciada en el Ecuador el 21 de enero del 2020 por Alfredo Olmedo, en ese momento director nacional de vigilancia epidemiológica del MSP. Sus palabras resonaron en las acciones de reforzar la vigilancia epidemiológica en las principales entradas y salidas del país, capacitar al personal de salud en reconocer a esta nueva enfermedad y dictar “medidas básicas de protección respiratoria, como lavarse las manos constantemente, cubrirse al estornudar, etc.” (Veletanga 2020). Es así que la población y el equipo de la salud comenzaron a conocer de este nuevo virus. Algo característico de este gobierno es el uso de redes sociales;

<sup>12</sup> El gobierno de Alfredo Baquerizo Moreno, se vio en la necesidad de controlar la propagación de la enfermedad; y una estrategia de prevención que repite en la actualidad, fue la suspensión de actividades en el país.

Facebook y Twitter se volvieron los voceros de las decisiones. El 27 y 30 de ese mes, la ex ministra de salud Catalina Andramuño expone sus recorridos por las terminales áreas como formas de prevención ante este nuevo evento (Ministerio de Salud Pública 2020, Facebook 2020). Durante este mes, la atención primaria se enfocó en charlas de prevención a la comunidad (Facebook 2020).

El primer caso reportado por Ecuador fue el 29 de febrero del 2020 a través de una rueda de prensa a nivel nacional. Es a partir de ese momento que el coronavirus empezó a generar una sensación de incertidumbre (Notas de observación, Diario de Campo, 3 de marzo de 2020) y una serie de cambios para el SNS. Mucho antes de esta pandemia, ya existían llamados por falta de insumos médicos en los niveles de atención. Esta situación no se hizo esperar, la institución y su vocera oficial manifestaba que los recursos necesarios para dar frente en la atención eran entregados (El Telegrafo 2020). No obstante, la renuncia de la ex ministra mostró lo contrario, no dejó de ser una sorpresa (en cierto sentido esperada), ya que fue un día después de estas declaraciones (Rosero 2020). Puesto que por medio de la carta de renuncia que emite al Presidente de la República, dio a conocer la falta de recursos económicos y personal capacitado para atender la emergencia sanitaria (Rosero 2020).

El gobierno de Lenin Moreno, para ese momento ya había decretado estado de excepción en el país, con el objetivo de evitar la propagación de este nuevo virus:

Al respecto, resaltó que el Gobierno Nacional ha tomado las acciones para frenar los contagios importados. “Nadie que esté contagiado entrará por nuestras fronteras”, puntualizó. Por este motivo, indicó que ahora se debe trabajar en evitar el contagio interno y la única manera es quedándose en casa. “Solo quienes no tienen contacto con otros, están seguros de que no están contagiados”, precisó (Secretaría General de Comunicación de la Presidencia 2020).

Es así, que el *aislamiento social* se convierte en una de las principales recomendaciones que los expertos de la salud brindaban en los medios de comunicación a nivel mundial y nacional. Con el pasar del tiempo, la población ecuatoriana empezó a sentir los estragos de esta medida de prevención: “el país entró en una crisis más compleja con la llegada del virus, la caída brusca del precio del petróleo a valores no vistos desde 2002 (\$ 20 el barril, para Ecuador menos del 50% de

lo presupuestado)” (Redacción Sociedad 2020). En todo el territorio ecuatoriano, se sintió las consecuencias de la propagación de este virus, entre los pedidos de prendas de protección para el personal sanitario de primera línea (Veletanga 2020), la ciudad de Guayaquil conmocionada por el golpe que generó la pandemia (Zibell 2020), los titulares informativos llenos de estadísticas de aumento de casos: “Ecuador es una de las naciones latinoamericanas más golpeadas por el coronavirus, con casi 38 500 casos, de los cuales son cerca de 3 330 muertos, y posteriormente los reportes por parte de las autoridades de los fallecidos diarios (unos 2 100 fallecidos probables por el virus) (El Comercio 2020).

A nivel del territorio quiteño, el municipio comenzó una campaña de prevención y concientización acerca de las medidas del aislamiento social, lavado de manos y respetar los horarios de toque de queda, pero sobre todo el control de la afluencia de personas en las diferentes zonas de alto comercio. Las características del territorio permiten describir la planificación y ejecución de estrategias en promoción de la salud aplicadas en la comunidad quiteña. Es así, que el sur de Quito al contar con particularidades sociales, económicas y de participación ciudadana dan la posibilidad de identificar distintas dinámicas en las relaciones de poder entre los equipos de atención y los diferentes niveles de gestión en salud, señalados a continuación.

#### **1.4. De Chillogallo a Guamaní**

Caracterizar el sector de mi propuesta de investigación, implica que el espacio sea identificado como un “elemento activo” (Santillán 2019, 6). Quiere decir, que no se puede negar la relación entre espacio material y espacio social, o en otras palabras: “efectos de lugar”<sup>13</sup> (Bourdieu 1999). Alfredo Santillán (2019) realiza un increíble trabajo desde los estudios urbanos en identificar las narrativas que están presentes en el espacio del sur de Quito, y al igual que su propuesta, el método de estudio resalta los detalles del fenómeno (Santillán 2019). Comprender las particularidades que envuelven al sur de Quito no solo brinda una mirada dicotómica de la ciudad, sino que también describe dinámicas de poder que están sujetos los equipos de salud.

---

<sup>13</sup> Planteamiento elaborado por Bourdieu (1999) que, a su vez fue desarrollado en el estudio de Alfredo Santillán (2019) sobre los imaginarios que están presentes en el sur de Quito.

Por fines académicos y limitar el espacio de observación, diremos, que los equipos de salud realizan sus actividades de atención dentro la zona Quitumbe<sup>14</sup>. Al norte con las parroquias de La Mena, Solanda y Argelia. Al sur, la parroquia de Turubamba y el Catón Mejía. Al éste se ubican las parroquias rurales de Conocoto y Amaguaña. Por último, al oeste se encuentran los bosques ecológicos de las faldas del volcán Pichincha.

Este sector (AZQ) es ubicado en las estadísticas del municipio de Quito como la segunda zona<sup>15</sup> con mayor crecimiento poblacional del 68%, en relación a los censos del 2000 al 2010<sup>16</sup> (Instituto de la Ciudad). Pero también, datos que evidencian la existencia de problemáticas sociales, por ejemplo, cuenta con la tasa del 14,9% de pobreza extrema (ONU Mujeres 2011, 11). Además, de un índice del 38% de madres menores de 18 años (Instituto de la Ciudad, 23) en comparación a otras zonas. Tiene el menor porcentaje de población escolarizada<sup>17</sup> y tendencia al aumento de la inseguridad, según estudios diagnósticos de la zona (ONU Mujeres 2011).

Pero además de los números y porcentajes que evidencian la realidad de este sector, también identifica un imaginario social creado a través de la historia. Es así que se ubica al sur de la ciudad como un espacio subalterno, en relación al norte (Santillán 2017). Lo interesante del sur de Quito es que “adquieren connotaciones sociales que sobrepasan su sentido geográfico, por lo cual se puede hablar de un ‘Norte’ y ‘Sur’ figurativos que funcionan como opuestos: el primero asociado a los privilegios sociales y el segundo a una posición desfavorecida” (Santillán 2017, 192).

Estudios de investigación de corte urbano y sociológico resaltan las cualidades negativas que envuelven a este sector. Lo innovador del trabajo de Santillán (2019) es que se enfoca en las emociones de estar en los límites de un espacio, en otras palabras, la sensación de segregación. Estos datos no son aislados de mi propuesta de tesis, ya que los equipos de salud que trabajan en

---

<sup>14</sup> Es denominada también como Administración Zonal Quitumbe (AZQ)

<sup>15</sup> En primer lugar, se encuentra la Administración Zonal de Calderón, al norte de la ciudad.

<sup>16</sup> Se trabaja con los datos poblacionales del año 2010, ya que por motivos de la crisis sanitaria actual no se ha realizado un nuevo censo nacional.

<sup>17</sup> Estudio de ONU Mujeres revela que: “instrucción primaria (40%), en tanto que las personas con instrucción secundaria representan cerca del 30%. Un porcentaje reducido (7%) posee educación universitaria o superior, en tanto que los analfabetos/as representan aproximadamente el 4% del total” (ONU Mujeres 2011).

esta zona deben lidiar con los imaginarios dados por la asignación de espacios. Pero a su vez, sus funciones están en brindar reconocimiento a las necesidades de la población.

Con la crisis sanitaria, los imaginarios y las desigualdades se acentuaron en ese sector. El aumento de casos en las zonas populares de la ciudad; Chillogallo con Guamaní ocuparon el primer y segundo puesto a nivel de casos confirmados. En cuanto Quitumbe y La Ecuatoriana se ubicaron en el décimo y onceavo lugar<sup>18</sup> (El Comercio 2020). Los datos revelan que la pobreza y hacinamiento tiene una relación directa con la propagación rápida del virus. Además de, las distintas realidades con respecto al acceso a los sistemas de salud.

El director del Centro de Investigación del Departamento de Asuntos Públicos (CITE) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Augusto Barrera, señala que “algunas personas que habitan en los sectores de clase media y alta llegaron desde el extranjero contagiadas con el virus”. Barrera agrega que, gracias a su capacidad económica, estos primeros pacientes se recuperaron y se ha frenado la expansión de la enfermedad en el norte de la capital. Lo contrario sucede en sectores con alta densidad poblacional, como Chillogallo y La Magdalena, en el sur de Quito. Así como en el Centro Histórico, en Cotocollao y en Calderón-Carapungo, en el extremo norte de la ciudad, donde el número de contagios está creciendo (Primicias 2020, 1).

Por tal razón, la labor de los 18 equipos de salud del MSP que se encuentran en esta zona de la ciudad, se intensificaron. Sin embargo, a pesar de que el primer nivel de atención no detuvo sus funciones sanitarias, no se impidió el progresivo aumento de casos. Pero tampoco la creatividad entre los profesionales de la salud para promover conductas de cuidado ante la COVID-19, entre charlas, videos, creación de grupos de WhatsApp y perifoneo por las calles, se promocionaba la importancia del cuidado en la salud.

Pero los equipos no solo se enfrentaron a una comunidad conmocionada y con miedo al contagio. También debían responder a los pedidos y solicitudes del nivel distrital, envío de información de pacientes atendidos, estadísticas del número de personas que llegaron con sintomatología respiratoria o la matriz de fallecidos dentro del espacio de georreferencia correspondiente a cada

---

<sup>18</sup> Estos datos son de fecha 7 de junio de El Comercio 2020.

equipo de salud, eran algunos de los datos que recibían los servidores de la salud administrativos. La presión y la sensación de abandono por parte de la institución es algo que se evidenció en las narrativas de los profesionales sanitarios.

En este sentido los equipos de salud aparentemente cumplen una doble función, tanto con la comunidad y con la institución estatal que representan. Sin embargo, lo diferente de mi propuesta de investigación con otras, es que los profesionales de primer nivel de atención en salud no solo sean vistos como poderes que regulan los cuerpos (Rivera Carrillo 2019). Sino que también, se identifiquen como sujetos de emociones y sentimientos, es decir verlos como humanos y humanas. Además, de comprender el uso de actos de cuidado propio que pueden ser interpretados como dinámicas de resistencia.

### **1.5. Conclusiones**

No cabe duda la importancia que tiene la salud, no solo en el ser humano sino también para la sociedad y el Estado. Tampoco se puede negar el carácter transnacional y político que atraviesa a esta categoría, que depende de los modelos estatales que se encuentren vigentes. En el caso de Ecuador, a pesar de ir en contra de las medidas neoliberales aún mantiene posturas hegemónicas basadas en la medicalización que no plasman la realidad de los territorios.

Partiendo de una Antropología del Estado es posible tener una mirada crítica del modelo de gestión y del poder gubernamental que se proyecta en los diferentes niveles de los servidores de la salud. Es por eso, que la categoría salud no es posible deslindarla de los procesos políticos estatales, ya que permite identificar que el poder se impone por cómo se gobierna. El modelo de salud que se propone se vuelve una entrada más para comprender la aplicación del poder Estatal. De cara a esto, algunas estrategias o mecanismos de acción que implementa la institución han sido severamente criticadas. Aunque esta investigación solo describe una de tantas estrategias que del MSP se ejecuta en territorio (y vaya que son muchas),<sup>19</sup> se puede ver que no siempre va a la par con las necesidades de la comunidad, como es el caso de la respuesta inicial para controlar la

---

<sup>19</sup> A pesar que en este capítulo solo se describe la estructura orgánica de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, existen 5 coordinaciones generales, dos viceministerios y 5 subsecretarías. Que a su vez se divide en un total de 40 direcciones nacionales. Es decir, promoción de la salud es solo de una estrategia de tantas que el sistema de salud intenta implementar.

propagación por la COVID-19 entre la población ecuatoriana. Por ende, los objetivos de la promoción de la salud no se pueden llegar a cumplir a cabalidad.

En cuanto al discurso de la institución su interés se plasma en la doble responsabilidad del cuidado de la salud. Quiere decir, el organismo estatal y la comunidad serán garantes del bienestar físico, mental y social. Sin embargo, ante una crisis sanitaria la idea de responsabilidad se vuelve ambigua, no solo para los usuarios del servicio, sino también para los equipos de atención. Es así como identificamos que muchas de las estrategias implementadas se basan en posicionamientos políticos y hegemónicos. Con esto, la desconcentración estatal solo se vuelve una idea utópica.

Ahora, lo interesante es que las consecuencias de esto recaen sobre la columna vertebral del sistema sanitario, es decir los equipos de salud. Además de ser cara de la institución, también son quienes suelen reconocer las necesidades del territorio de manera más cercana pues son quienes la enfrentan en primera línea. Las estrategias de salud en función de ideales políticos ejecutadas con la comunidad no identifican la interseccionalidad, es decir, no siempre corresponden a las realidades del espacio. En otras palabras, si los equipos de salud no cuentan con estrategias reales en relación a las características del territorio, los resultados no serán del todo favorables. Por último, la relevancia de los equipos de salud se ve opacada al no ser identificados como sujetos de deseo, cargados de emociones y sentimientos. Quiero decir, se vuelve invisible que los profesionales que conforman el equipo de salud también son seres humanos que sufren las transformaciones de adaptarse al concepto de salud y cuidado de ella. Es por eso que la política trasciende y recae en los equipos de atención.

## Capítulo 2

### El poder a través del discurso de la salud

Esta sección expone el discurso de la promoción de salud a partir de las estructuras saber-poder. Para esto, se desarrollarán los conceptos de poder y resistencia, (Foucault 1988) que se organizan en torno al control y vigilancia de los individuos (Foucault 2012, Scott 2004); nociones que han dado paso a investigaciones con nuevas perspectivas en relación a la promoción de la salud (Restrepo 1996) y el cuidado (Esteban 2003). Asimismo, para entender el modelo de atención en salud se expondrá el concepto de hegemonía (Menéndez 1988), ligado al enfoque de género (Esteban 2006). Finalmente, este acápite concluye con un estado del arte dedicado a las investigaciones de promoción de la salud y el cuidado.

#### 2.1.El poder y sus formas

En el marco de estudio se señaló que la estructura organizacional del Ministerio de Salud y sus distintos niveles de desconcentración mantienen dinámicas atravesadas por *relaciones de poder*, que cumplen un papel determinante en el manejo del discurso de la salud. En las prácticas de medicalización se materializan distintos mecanismos de control ejercidos por medio de prácticas sanitarias hegemónicas. En la actualidad continúan reproduciéndose en diferentes sistemas sanitarios, los mismos que posteriormente suscitan la organización de espacios de resistencia constituidos por los diferentes actores del sistema de salud. Es así que, para comprender la legitimación de las relaciones de poder de los/as sujetos se vuelve fundamental desarrollar el concepto *poder* (Foucault 1988).

La teoría desarrollada por Foucault (1988) es clave para comprender el poder en el funcionamiento y mecanismos de acción en las relaciones sujeto/sujeto. Para el autor (1988), la conformación de pares, dominantes y dominados visibiliza distintas estrategias sociales.

El término "poder" designa relaciones entre "parejas" (y no estoy pensando en un sistema de juego, sino simplemente, y permaneciendo por el momento en los términos más generales, en un conjunto de acciones que se inducen y se encuentran formando una sucesión) (Foucault 1988, 12).

Este concepto es definido como el producto de las relaciones sociales que ubica al cuerpo y la mente como objetos de control, con la finalidad que estos operen de manera eficiente (Foucault 2003, 126). Ya que, a través del control y la subyugación es posible formar y transformar la identidad individual y colectiva (Foucault 1988, 7). El concepto de poder no se encuentra ubicado o localizado de manera específica, sino que este se manifiesta como un conjunto de redes que se encuentran en movimiento y mutación constante (Foucault 2003). Quiere decir que están en íntima conexión con los tejidos sociales, aunque para que suceda esto, es necesario el reconocimiento del otro para que se ejerza una relación de poder. Los tejidos sociales dependen del contexto político, histórico y económico.

Por tanto, en esta investigación no se pretende sostener que el poder por si solo define o explica las relaciones humanas, existen otros factores que determinan su operatividad. Distintos partidarios de Foucault afirman que el poder se encuentra en “todas partes –en el espacio y en el tiempo–” (Piedra 2004, 125). Así pues, la perspectiva foucaultiana explica, las relaciones de poder y la racionalización a partir de instituciones (estatales), por ser espacios que legitiman la interacción entre sujetos (Foucault 1988). Además, visibiliza las estrategias de lucha y resistencia que se generan a partir de sus manifestaciones. No obstante, también, posiciona la importancia del contexto histórico y cultural acerca del poder.

Asimismo Aníbal Quijano (2014), articula los conceptos de la explotación, dominación y conflicto, para exponer los dispositivos de control dados en el “ámbito de existencia social” (Quijano 2014, 289). De tal manera, a través de la clasificación hegemónica de raza, clase y género, expone cómo el poder mantiene dichas relaciones jerárquicas. Entonces, el poder tiene la función de contribuir con la continuidad de la estructura social establecida que beneficia a la dominante.

De tal modo, Foucault (1988) permite exponer que el poder, no es solo entender a las relaciones sociales, sino más bien plasmar la constitución del sujeto.

Mi objetivo, por el contrario, ha consistido en crear una historia de los diferentes modos de subjetivación del ser humano en nuestra cultura. Me he ocupado, desde este punto de vista, de tres

modos de objetivación que transforman a los seres humanos en sujetos (...) Así, el tema general de mi investigación no es el poder sino el sujeto (Foucault 1988, 3).

O, dicho de otra manera: “el poder no es sólo una cuestión teórica, sino que forma parte de nuestra experiencia” (Foucault 1988, 5). Esto da como resultado, que los individuos se transforman en sujetos, que a su vez son categorizados e imponen una *idea* que permite el reconocimiento del otro. Foucault (1998) pretende identificar que el sujeto no es solo uno: “Hay dos significados de la palabra sujeto: sometido a otro a través del control y la dependencia, y sujeto atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo” (Foucault 1988, 5). Para entenderlo mejor, James Scott (2004) abre la puerta a observar un/a sujeto que negocia con el poder manifestándose sigilosamente ante el accionar de las relaciones sociales. Es decir, el dominado es capaz de realizar una lectura de oportunidades e identificar las fisuras del poder. Se puede entender que las estrategias utilizadas para enfrentar el poder, da la posibilidad de comprender el continuum de la resistencia (Henríquez 2004).

Por otro lado, el estudio de la genealogía de Foucault nos conduce a la construcción de la arqueología del saber, donde se cuestiona cómo este se constituye (Morey 1981[2000]). Esto permite reflexionar, primero, acerca de la heterogeneidad en los sucesos (Romero y Villasmil 2018). Segundo, la observación se centra en las cotidianidades “tomando las cosas en su materialidad más simple, se apunta de modo primordial a los mecanismos de poder” (Morey 1981[2000], 8). Y, tercero para Foucault (1981[2000]) el poder es “lo que mejor se muestra y también, por tanto, lo que mejor se esconde” (Foucault 1981[2000], 157).

La tercera idea también elaborada por Scott (2004); explica que el ejercicio de poder se hace visible en situaciones habituales que no suelen distinguirse; como consecuencia el objetivo del autor (Scott 2004) es entender el impacto que tienen las relaciones de poder en situaciones que el ejercicio de control es “casi constante” (Scott 2004, 50). Pero, “¿Por qué la gente da la impresión de someterse cuando parece tener otras opciones?” (Scott 2004, 98) Aquí, el poder como categoría principal de análisis, permite ver no solamente los mecanismos de control y prohibición; sino aún más importante las estrategias de resistencia, dándole una doble implicación al poder.

El desarrollo teórico de Foucault invita a mirar esta categoría desde otra cara, el poder tiene una representación de prohibición (Foucault 1981[2000], 78), y de igual manera es visto como figura de autoridad o dominación (Scott 2004). Sin embargo, analizar el modo de acción del poder da paso para reflexionar que este concepto puede identificarse con una imagen menos negativa: “el poder produce” (Morey 1981[2000], 9) y el concepto de normalización es quien da esta posibilidad.

Otra manera de definir al poder, es desde la gubernamentalidad, esta idea plasma que la norma o las reglas no se vuelven una imposición, más bien es la concertación de voluntades entre gobernados y gobernantes. La idea es que existan acuerdos, muchas veces precarios y que la rivalidad no permita el exterminio. Es por eso, que desde el análisis foucaultiano la gubernamentalidad son estrategias discursivas con la finalidad de ejercer el poder desde saberes especializados. Este concepto representa la institucionalidad del Estado.

Los datos interesantes del poder gubernamental son, primero que este atraviesa a la sociedad; también este empieza a disponer las normas y bases para que exista un fin determinado. La idea de presentar al poder como táctica de producción, pero también que profundiza la historia e identifica que el poder se impone por cómo se gobierna y con qué medios. Con el poder gubernamental reafirma la idea de libertad bajo la idea de la felicidad o de acumulación de capital. Es por eso que, que se habló de voluntades entre los dominados y dominantes.

### 2.1.1. Relaciones de poder

Al hablar del concepto *poder*, queda claro que este se encuentra en constante movimiento, inmerso en las “relaciones de producción y de significación” (Foucault 1988, 3) de los sujetos. Patricia Amigot (2005) expone desde la lectura a Foucault, que el poder es un mecanismo que muta a partir de las relaciones: “El poder, en realidad son unas relaciones, un haz más o menos organizado, más o menos piramidalizado, más o menos coordinado de relaciones” (Amigot 2005, 125). En este sentido, observar el poder en sus máximas expresiones permite entender las relaciones dicotómicas (dominante/dominado, hombre/mujer, Estado/comunidad, médico/paciente) y cómo es su funcionamiento en la construcción del sujeto. Entonces, ¿qué se entiende por relación de poder?

Antes de continuar se hace significativo decir que no todas las relaciones son relaciones de poder. Foucault (1988) diferencia tres tipos de relaciones (relación de comunicación, relación de información y relación de poder), que trabajan de manera interrelacionada, pero no son lo mismo. Se entiende que:

Las relaciones de comunicación implican actividades terminadas (aunque sólo sea la puerta en juego correcta de elementos de significado) y, en virtud de la modificación del campo de información entre parejas, producen efectos de poder. En cuanto a las relaciones de poder mismas, en una parte fundamental se ejercen mediante la producción y el intercambio de signos; difícilmente se les puede dissociar de las actividades terminadas, ya sean las que permiten ejercer el poder (como las técnicas de entrenamiento, los procesos de dominación, los medios mediante los cuales se obtiene la obediencia) o las que recurren a relaciones de poder con el fin de desarrollar su potencial (la división el trabajo y la jerarquía de tareas) (Foucault 1988, 12 - 13).

De esta manera, se entiende que “lo que define una relación de poder es que es un modo de acción que no actúa de manera directa e inmediata sobre los otros, sino que actúa sobre sus acciones: una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales o actuales, presentes o futuras” (Foucault 1988, 14). Por tal motivo, Amigot (2005) reconoce que la lectura para esta categoría es a través del contexto histórico y cultural por constantes procesos de transformación. Y a su vez, identifica la existencia del reconocimiento del otro que viene a ser un sujeto de acción que responde a los mecanismos de control (Foucault 1988). Los elementos que constituyen las relaciones de poder son los que posibilitan “conducir [las] conductas” (Foucault 1988, 15). Las relaciones de poder cuentan con un “nexo social” (Foucault 1988, 17), que están organizadas y diseñadas de manera jerárquica. Esto a su vez, da la posibilidad de estructurar el campo de los individuos o del colectivo (familia, grupo, institución de trabajo) como resultado de clasificaciones a partir de la raza, género y trabajo (Quijano 2014). Las relaciones de poder muestran características asimétricas y diferenciadas; el ejercicio de control es percibido en todos los espacios, tanto por los dominados y los dominantes (Piedra 2004). Sin embargo, para que se ejerza poder se debe tomar en cuenta el acceso a la libertad que tienen los sujetos:<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> James Scott (2004) también realiza su planteamiento del sujeto libre y como estos responden ante el poder; el actuar sigilosamente desde el discurso permite comprender la complejidad de las relaciones de dominación (Valle Oñate 2019).

El poder se ejerce únicamente sobre "sujetos libres" y sólo en la medida en que son "libres". Por esto queremos decir sujetos individuales o colectivos, enfrentados con un campo de posibilidades, donde pueden tener lugar diversas conductas, diversas reacciones y diversos comportamientos (Foucault 1988, 15).

Desde la teoría del poder, al observar el andamiaje entre el Estado y el pueblo se materializa las palabras de estos autores. Primero, el Estado por medio de las instituciones legitiman las relaciones, que a su vez individualiza y totaliza a los sujetos, pero también, a las estructuras políticas (Foucault 1988, 8). Segundo, los objetivos van cambiando a partir de la transformación histórica y social:

Puede observarse, a lo largo de su evolución, un cambio objetivo. Ya no se trata de guiar a la gente a su salvación en el otro mundo, sino más bien de asegurarla en este mundo. Y en este contexto, la palabra salvación adquiere varios sentidos: salud, bienestar (es decir, riqueza suficiente, nivel de vida), seguridad, protección contra accidentes (Foucault 1988, 9).

El poder del Estado dirigido a la comunidad da cuenta de los bloques que configuran los tres tipos de relaciones "capacidad-comunicación-poder" (Foucault 1988, 13), que es ejercido "unos sobre otros", esperando que exista reacciones, respuestas o estrategias para buscar la idea de libertad o resistencia.

En resumen, las relaciones de poder son un nexo social (Foucault 1988) que se configuran en una estructura jerárquica con la capacidad de organizar y agrupar a los individuos; es importante tener presente que las relaciones se encuentran en constante movimiento (Amigot 2005) ergo, sus objetivos varían dependiendo quien ejerza esta acción. Las relaciones están compuestas por dicotomías, cuya función principal es satisfacer las demandas del grupo dominante (Foucault 1998). Existen ejercicios de prohibición y control, sin embargo, en la construcción de las relaciones los dominados son capaces de negociar con el poder y responder a través de estrategias de resistencia (Scott 2004).

### 2.1.2. Mecanismo de Control

La teoría de Michel Foucault permite analizar el “espectro (...) social” (Piedra 2004) de las relaciones de poder desde las estructuras, los procesos de transformación y de movimiento. No obstante, las perspectivas feministas mantienen una postura crítica hacia la teoría foucaultiana puesto que:

Señala que la teoría de Foucault no sirve para explicar las relaciones de poder de género (...) A pesar de que habla del cuerpo como un centro en el que el poder ejerce control y dominio, no toma en cuenta que no todos los cuerpos son iguales y que por tanto los efectos del poder no son iguales para todos (Piedra 2004, 136).

Al hablar de relaciones de poder no es posible negar que su lectura suele realizarse con la premisa de explotación y control (Valle Oñate 2019, 102). Sin embargo, en la presente investigación nos centramos en conocer con mayor profundidad las respuestas de resistencia, y, de esta manera discutir una de las críticas más representativas a Foucault<sup>21</sup> (Piedra 2004). No obstante, para llegar a ese punto, se hace necesario comprender teóricamente que se entiende por ejercicio de control.

No está de más decir que Foucault (2003) a lo largo de su trabajo, habló en diferentes momentos acerca de las relaciones y como la lucha de fuerzas genera un saber (hegemonía), emergiendo así el ejercicio de poder. Al ser un estudio que identifica las dinámicas institucionales, entender el mecanismo de control a través de la disciplina (Foucault 2003) concede reconocer formas de dominación en la sociedad contemporánea (Piedra 2004).

La disciplina surge como concepto que explica una de las formas<sup>22</sup> de “inscripción del poder en los cuerpos” (Moro y González-Torre 2003, 221). Dicha premisa identifica al cuerpo como un espacio central de disciplinamiento, con la finalidad de moldearlo para obtener un perfil dócil,

---

<sup>21</sup> La crítica hacia Michael Foucault desde el enfoque feminista, comprende la minimización de la posibilidad de resistir, puesto que con la teoría del biopoder, técnicamente incapacita al sujeto de resistir a las injusticias (Piedra 2004)

<sup>22</sup> La primera esta “centrada en el cuerpo- especie, implicó la aparición de todo un conjunto de categorías científicas (población, especie, sociedad) cuya definición está íntimamente ligada a su utilización política” (Moro y González-Torre 2003, 221) .

pero más importante aún, productivo. Foucault (2003) utiliza la analogía del soldado de guerra para explicar cómo el poder atraviesa el cuerpo y la mente de estos sujetos.

Segunda mitad del siglo XVIII: el soldado se ha convertido en algo que se fabrica; de una pasta informe, de un cuerpo inepto, se ha hecho la máquina que se necesitaba; se han corregido poco a poco las posturas; lentamente, una coacción calculada recorre cada parte del cuerpo, lo domina, pliega el conjunto, lo vuelve perpetuamente disponible, y se prolonga, en silencio, en el automatismo de los hábitos; en suma, se ha "expulsado al campesino" y se le ha dado el "aire del soldado" (Foucault 2003, 82).

El control como categoría de análisis puede ser comprendido desde esta sensación de “vigilancia (...) directa (...). Somos observados y reprimidos ‘por lo general inconscientemente’. Pero también observamos, vigilamos y sancionamos” (Piedra 2004, 128). Existen algunos mecanismos que caracterizan a la disciplina, sin embargo, para este estudio es de interés entender cómo el control se da por medio del espacio y del rango. Estas categorías ordenan y clasifican, brindando una sensación de inaccesibilidad de satisfacer un deseo, como por ejemplo ascender un puesto laboral; además normalizan dicha situación. Así pues, “la técnica del disciplinamiento, que antes se basaba en el cuerpo, ahora se basa en el control de la vida y se convierte en un fenómeno de masas” (Piedra 2004, 130). Por tal razón, se pone mayor relieve en comprender que el *poder produce*, ya que se ubica directamente como “elemento activo en la producción económica” (Moro y González-Torre 2003, 221). Dicho en otras palabras, el ejercicio de control se da por medio del disciplinamiento del cuerpo y de la mente, con esto se genera un sujeto productivo para el sistema.

Esto no quiere decir que todos y todas estén de acuerdo con los mecanismos de disciplina ejercido por el grupo dominante, o sean conscientes de su estado de represión. Aquí entra lo planteado por Scott (2004) al afirmar que existe consentimiento por parte de los dominados en cuanto al ejercicio de control, visto como dispositivo de negociación y a su vez de resistencia. Parte de este consentimiento es adaptarse al discurso (público) (Scott 2004) que los grupos de poder proyectan.

Asimismo, sobre el carácter del poder como productor, pero desde una postura crítica al neoliberalismo, Brown (2015) plantea que esta ideología se vuelve una paradoja “es un modo distintivo de razón, de producción de sujetos, una conducta de la conducta y un esquema de valoración” (Brown 2015, 19). Entonces, se cuestiona sobre “¿cómo equipamos a nuestra gente de las habilidades necesarias para desempeñar empleos?” (Brown 2015, 25). Brown (2015) reconoce que el campo de acción se vuelve un espacio competitivo, donde la constante es mejorar el capital social, y lo analiza en el campo educativo, es esta búsqueda la que determina a los sujetos como “actores implacablemente económicos” (Brown 2015, 38) que tienen la posibilidad de generar capital humano, dominado *economización*.<sup>23</sup>

Por último, Marcuse (1954[1993]) analiza cómo opera el control en las relaciones de poder; para esto, utiliza categorías psicológicas para explicar el ámbito político –social. Bajo la influencia teórica de Freud de observar “nuevos controles sociales” (Santamaría 1972, 318) por medios institucionales, Marcuse (1954[1993]) propone que a pesar de que existe un acto de dominación (Marcuse 1954[1993]), este sistema no precisamente se vuelve represivo, o en términos freudiano es un sistema que no censura (Santamaría 1972, 319).

Las tecnologías moldean las necesidades individuales, dicho de otra manera, las necesidades se vuelven *unidimensionales* (Marcuse 1954[1993]) para la predominante formación de sujetos productivos, mecanismo que resulta más efectivo que la cohesión social. Dando como resultado un crecimiento en la productividad en la sociedad industrial avanzada. Es importante tomar en cuenta que desde el planteamiento del autor, la tecnología puede convertirse en un actor político (Marcuse 1954[1993], 27), lo cual posibilita crear mecanismos de resistencia.

### 2.1.3. Mecanismo de Resistencia

Algo significativo de señalar de la propuesta foucaultiana sobre la resistencia, es que a pesar de ser identificada como “compatriota” del poder (Del Valle Orellana 2012 ); el desarrollo teórico de este concepto no ha sido del todo explorado (Piedra 2004, Rieiro 2010, Del Valle Orellana

---

<sup>23</sup> El pensar y actuar como “sujetos de contemporáneos de mercado” (Brown 2015, 35) posiciona un comportamiento de “autoinversión y de atracción de inversionistas” (Brown 2015, 41), y que mejor que la educación superior para identificar este hecho.

2012 ). Como consecuencia, su interpretación e identificación se ha vuelto difusa. No obstante, en esta investigación, con el fin de continuar con el análisis de poder, se entiende a la resistencia como “un proceso de creación y transformación permanente” (R. Giraldo 2006, 105).

Foucault (2012) es muy claro al decir que “donde hay poder, hay resistencia” (Foucault 2012, 116). Esto lleva a identificar al concepto como constitutiva del sujeto (Rieiro 2010). Es decir, que al igual que el poder, la resistencia constituye “a los sujetos, dando forma a los cuerpos, determinando sus gestos y comportamientos” (Del Valle Orellana 2012 , 152). A pesar de ser interpretada como *el otro rostro del poder*, es importante resaltar que no necesariamente sus acciones son antagónicas (Piedra 2004) o recesivas. La resistencia brinda la posibilidad de oponerse de manera activa en defensa de la idea de libertad.

El periodo caracterizado como genealógico (Morey 1981[2000]) en la teoría de Foucault (2012) percibe la resistencia como una fuerza que lucha por la vida y “se apoyan en lo mismo que el poder invasor, es decir, en la vida del ser humano en tanto que ser vivo, social y político” (Giraldo Díaz 2006, 114). En otras palabras, resistir se vuelve un acto político. Al igual que el poder, la resistencia se encuentra presente en la cotidianidad, que a su vez se muestra móvil, cambiante, estratégica y productiva. Es decir, “es la que responde al avance del poder” (Del Valle Orellana 2012 , 162).

La resistencia se constituye por la historia y la experiencia de los sujetos, esto no solamente mejora la comprensión de las relaciones de poder; sino también, permite reconocer a la dominación como algo que va más allá de disciplinar a las sociedades. Es así que, varios autores sostienen que sin la resistencia no es posible entender el poder (Del Valle Orellana 2012 ). Por más que parezca, esta categoría no cuenta con un lugar de privilegios (Giraldo Díaz 2006); sin embargo, está en todas partes. De tal manera que, las prácticas de resistencia evidencian dos funciones. La primera se enfoca en escapar del poder, interpretada como *punto de fuga*; y la segunda se contrapone a esta misma fuerza., por medio de la estrategia.

En este punto es necesario retomar a Scott (2004), quien en su investigación sostiene que la resistencia se vuelve un arte estratégico en contra de los poderes. El autor cuestiona el concepto

de hegemonía<sup>24</sup> gramsciano e indaga las manifestaciones de resistir. A dichas respuestas/resistencia contra el poder las identifica como *infrapolítica* (Scott 2004), entendida como “una gran variedad de formas de resistencia muy discretas que recurren a formas indirectas de expresión” (Scott 2004, 44).

Así pues, la resistencia se vuelve sinónimo de respuesta hacia los dominantes, pero sin correr riesgos, puesto que se encuentra presente en los discursos ocultos<sup>25</sup>. Scott (2004), en su texto expresa con diferentes ejemplos (hurtos, toma de tierras, etc.) los discursos de los subordinados, con el objetivo de dar cuenta de la negociación permanente del poder y de las resistencias:

El objeto de este breve análisis sobre la caza furtiva es mostrar que el supuesto según el cual la disidencia o agresión ideológica disfrazada funciona como una válvula de escape para debilitar la resistencia "real" ignora el hecho decisivo de que esa disidencia ideológica se expresa casi siempre a través de prácticas dirigidas a renegociar discretamente las relaciones de poder (Scott 2004, 225).

Estos discursos ocultos permiten visibilizar el carácter político de la resistencia, manteniendo características de lucha y equilibrio de jerarquías. Es en este espacio donde la clase dominada busca su autonomía y disidencia, sin embargo, se encuentran bajo dinámicas de relaciones de poder. A pesar, de que esta forma de resistencia se encuentra presente en las relaciones de poder como un conjunto de estrategias tan visibles como discretas, el autor (Scott 2004) explica, que no es una resistencia neta o total, sino es la manera cómo los subordinados llegan a tener una idea de control del poder:

El discurso que refleja y sostiene, no es sino un mecanismo trivial que busca soportar la situación de poder sin alterarla prácticamente de una manera decisiva. Se podría seguir diciendo que no se trata de una resistencia real, así como una oposición simbólica velada no es una disidencia ideológica real (Scott 2004, 226).

---

<sup>24</sup> La hegemonía es utilizada para entender las relaciones de poder: “se intenta explicar el relativo conformismo político de la clase obrera occidental, a pesar de la constante presencia provocadora de las desigualdades del capitalismo de la posibilidad de acceder a los remedios políticos que la democracia parlamentaria podría ofrecer” (Scott 2004, 98).

<sup>25</sup> Este es expresado en el espacio que los dominados sientan una relativa idea de libertad de expresión, fuera del alcance de los dominantes.

Ahora, desde una aproximación feminista, Mercedes Prieto (2015) en su investigación, resalta la importancia del rol de las mujeres en la sociedad, a pesar de las limitaciones de las medidas occidentales y hegemónicas. El cuerpo se vuelve una manera de resistir para las mujeres; este representa un espacio de construcción histórica, de tal manera que los valores y aptitudes posibilitan una integración de la comunidad: “constancia en el trabajo, fidelidad al esposo y al hogar, cariño a los hijos, veneración a los mayores, defensa de la tierra, entrega a sus deberes y abnegación y sentido moral” (Prieto 2015, 151). Lola Luna (2004) trabaja la historiografía de las mujeres en la inserción de la cultura política como formas de organización y respuesta a los ejercicios de dominación. Interpreta la historia política de las mujeres, a través del posicionamiento en las relaciones de poder (Scott 2004).

En resumen, la resistencia como categoría analítica y política trata la liberación de las relaciones de subordinación, y según Saba Mahmood (2008), en el caso de las mujeres, la liberación de los referentes hegemónicos patriarcales. Asimismo, la capacidad de estrategia y de moverse sigilosamente entre el poder posibilita la creación de nuevos fundamentos ideológicos, y, de identificar una nueva generación de discursos (Scott 2004).

## **2.2. Hablemos de salud**

Para la presente sección se hace significativo analizar el concepto de salud desde varias perspectivas. En la línea de tiempo de la OMS/OPS (2018) se puede identificar que este concepto depende de los procesos históricos y sociales. En 1947, la OMS entiende la salud como un estado de completitud que llega a abarcar “bienestar físico, mental y social”, no solo se enfoca en la carencia de enfermedad (OPS/OMS 2018).

Casi similar, para Perea Quesada (2012) la salud es un “conjunto de condiciones” que involucra lo físico, psicológico y cultural. Tiene la visión, que se puede integrar lo individual como lo social con el fin de un desarrollo pleno y la capacidad de ejercer procesos de armonía y relaciones óptimas con el entorno (Perea Quesada 2012, 26). Por otro lado, Hernando Sanz (2006) en su relectura de Perea, trabaja la evolución de los significados que se han dado para este concepto, las circunstancias históricas permiten que su definición sea interpretada por la sociedad. Pero para

Perea (2012) la salud va más allá, y la relaciona con la calidad de vida enfocado en el desarrollo y cambio social.

Perea Quesada (2012) realiza un compilado de algunas definiciones de salud. Entre esos, cita a Marrarazzo (1980) y Polaino-Lorente (1897) para relacionar la salud con la conducta, con el fin de dar cuenta de las prácticas sociales. Otros autores Ivan Illich (1986), quien entiende la salud como mecanismos de adaptación al entorno cambiante y flexible (Perea Quesada 2012, 25). Sin embargo, estas definiciones han sido cuestionadas ya que no muestran un enfoque de género. Menéndez (1988) explica que la mirada biologista, contempla a la salud como un modelo hegemónico que universaliza y homogeniza a los sujetos. La autora Patricia Revelo (1995) amplía la idea y señala que el campo de la salud está atravesado por relaciones de poder hegemónicas, identifica la dicotomía salud/enfermedad, y propone la analogía que la salud es para el hombre como la enfermedad para la mujer (Ravelo 1995, 201).

Pereyra (2016) expone que, en relación con la salud, las mujeres tienen varias situaciones que enfrentar, ya que se constituyen como un grupo subalterno, y no se toma en consideración todos los determinantes de la salud alrededor de los espacios de las mujeres. La propuesta de la autora es trabajar desde la indagación, que permite la interacción de las relaciones sociales construidas por sujetos de saber (médico) y sujetos de estudio (paciente) (Pereyra 2016).

Ahora bien, sin alejarnos de la categoría poder, Granados y Ortiz (2003) proponen describir el proceso de descentralización por medio de categorías que proyectan un enfoque *neoevolucionista del poder*. El análisis del sistema sanitario mexicano permitió dar cuenta que éste “se constituyó mediante el ejercicio del poder público” (Granados y Ortiz 2003, 593). Los autores buscan manifestar el carácter político de la provisión de servicios de la salud, utilizando el concepto de *práctica médica* como el conjunto de situaciones que modifican los determinantes de la salud. La perspectiva de los autores se basa en una sociedad que legitima la práctica médica (atributos simbólicos, institucionales).

En esta misma línea, las autoras Langdo y Braune (2010) realizan una antropología de la salud y la enfermedad, anclado el concepto de cultura, para comprender que la salud se encuentra en

contextos socioculturales: “Estos también sustentan que la biomedicina es un sistema cultural y que las realidades de la clínica médica deben ser analizadas a partir de una perspectiva transcultural” (Langdon y Braune 2010, 179). En otras palabras, la salud integra a la cultura.<sup>26</sup>

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud, incluyendo los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este “escenario”. A estos, se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del ‘estado de salud (Langdo y Braune 2010, 182).

De tal modo, que, se incorpora aprendizajes, formas de comportamiento, normas, reglas y prácticas, dándose un proceso de estandarización de los sujetos y, en nuestro caso, los modelos de atención del sistema de salud.

### 2.2.1. Modelo de atención médico ¿Hegemónico?

El modelo médico de atención al ser atravesado por relaciones de poder y discursos occidentales se vuelve hegemónico, pero ¿qué quiere decir esto? Gramsci (1977) habla de hegemonía para referirse a la búsqueda de consentimiento. En este sentido, este concepto incorpora una dimensión social, con el objetivo de articular los intereses de los otros grupos, lo cual genera una idea de voluntad colectiva. La hegemonía busca un grado de consenso dada por las clases populares y la disminución de acciones coercitivas para reprimir a las masas. Dicho de otra manera, la hegemonía para Gramsci (1977) escapa de aspectos netamente políticos, y a su vez toma en cuenta los factores sociales y culturales para explicar las formas de dominación.

Es verdad que Weber (1958) no trabaja la categoría de hegemonía, sin embargo, desarrolla el concepto de dominación legítima (Ricoeur 1869). Ambos conceptos se relacionan en el sentido que explican las formas de poder entre relaciones dicotómicas, y conciben la política fuera del ejercicio de la coerción y la violencia (Gramsci 1977). En este sentido, la función que denotan

---

<sup>26</sup> Al hablar de cultura, tomo el concepto de Langdo y Braune (2010) que refieren que esta categoría “construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales (...). La cultura y los elementos que la caracteriza, son fuentes mediadoras de transformaciones sociales, altamente politizadas, apropiadas, alteradas y manipuladas por grupos sociales a lo largo de la historia de las sociedades” (Langdo y Braune 2010 179-180)

estos conceptos son convertirse en herramientas que intentan alcanzar un fin. Basado en mantener las relaciones de dominación, a partir de acuerdos y concesiones entre los grupos (gobernados/gobernantes). Además de encontrarse en una constante búsqueda de legitimidad, entendido como el vínculo que existe entre las clases. En sí, la hegemonía (también) permite entender las relaciones de poder (J. Scott 2004, 98).

Entonces, ¿el modelo de atención en salud es hegemónico? Menéndez (1988) desarrolla la categoría *modelo médico hegemónico*, a partir de su propuesta teórica: “Lo que quiero subrayar es que la naturalización de los procesos tiende a simplificarlos y a opacar parte de las determinaciones” (Menéndez 1988, 2). La hegemonía, es vista desde actos y acciones que mantienen las diferencias y subalterniza al sujeto. Esto es posible, gracias a elementos que el autor determina como estructuras, manejadas por relaciones de poder<sup>27</sup> (Menéndez 1988). Pero antes de analizar cuáles son los rasgos que estructuran al modelo médico, es importante comprender qué quiere decir esta categoría:

Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez 1988, 1).

Menéndez (1988), se encarga de realizar una lectura crítica acerca del modelo médico; en su ponencia explica que este modo de atención (sobre todo latinoamericano) se caracteriza por no tomar en cuenta el relativismo de los distintos grupos en la sociedad, puesto que totaliza a los sujetos y no mantiene una responsabilidad social. Esto es el resultado de las construcciones que ha generado la estructura hegemónica. Existen varios puntos que detalla el autor (Menéndez 1988, 2), sin embargo, para esta investigación se trabajará con mayor precisión las estructuras: biológica, social, y la burocratización.

---

<sup>27</sup> Me refiero a relaciones de poder, ya que el autor determina que el modelo médico hegemónico es: “(...) la construcción de este modelo suponen detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos” (Menéndez 1988, 2).

Uno de los rasgos dominantes desde el campo de la medicina, es lo biológico, su metodología se caracteriza por ser visto y estudiado desde la materialidad del cuerpo: “Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos” (Menéndez 1988, 2). De esta manera, esta rama es la base para entender al área médica: “la biología ofrece un paño de fondo para el comportamiento, así como fornece las potencialidades de la formación y desarrollo humano” (Langdon y Braune 2010, 179). Esto quiere decir, que se crean variables para determinar los procesos de atención; entre los más utilizados es la edad y el sexo, para la clasificación y categorización de los sujetos.

Otro aspecto determinante, es la asociabilidad (Menéndez 1988); el autor aclara que a pesar de que existen estrategias de inclusión social, este rasgo se ubica desde la antítesis de la mirada médica: “El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir en un nivel, que el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico; pero no lo reconoce en su propia práctica” (Menéndez 1988, 3). Sin embargo, cabe recordar que, en el modelo de atención del Estado Ecuatoriano<sup>28</sup>, no solo existen profesionales médicos, sino hay una amplia gama de trabajadores a favor de una salud integral. Así, en este marco se intenta determinar que estos sujetos de la salud cuentan con un rol que posiciona la mirada social en el sistema de atención (Martínez 2017).

De tal manera, las estrategias en salud que se van a observar en esta investigación es el aspecto social y la línea que trabaja la institución estatal, para entender que “el sistema de atención a la salud no está desacoplado de otros aspectos generales de la cultura, así como un sistema social no está disociado de la organización social de un grupo” (Langdon y Braune 2010, 182).

---

<sup>28</sup> El modelo de atención ecuatoriano, fue trabajado en la primera sección de esta investigación, sin embargo, es necesario retomar que su objetivo es: “MAIS-FC se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias, la comunidad y desde este enfoque organiza las modalidades y contenidos de la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana” (Ministerio de Salud Pública 2012).

Por último, otro rasgo fundamental para comprender cómo actúa la hegemonía en la atención en salud es la burocratización como espacio de: “expresión del crecimiento de la organización, de la división técnica del trabajo, del desarrollo de principios de organización y control, etc., generando en su desarrollo una notable autonomía que tiende a crear sus propias condiciones de racionalidad social” (Menéndez 1988, 4). Es aquí, donde entran en cuestión las políticas públicas y estrategias de la salud a nivel político Ecuador, al considerarse un país (en teoría) desconcentrado y descentralizado (Asamblea Constituyente del Ecuador 2008) tiene el objetivo de contar con una responsabilidad social.

Creo que aún no es posible responder si el modelo de atención en salud que utilizan o trabajan los equipos de salud es hegemónico. No obstante, existen relaciones de poder que caracterizan y simplifican el sujeto tanto en la teoría como en la práctica del modelo médico, ahora la pregunta tal vez sería ¿cuán hegemónico es el modelo de atención en salud desde los equipos de salud?

### 2.2.2. Promoción de la salud

Helena Restrepo (1996), exdirectora y consultora de la OPS/OMS, trabaja el concepto de promoción de la salud como una nueva práctica de la salud pública, posicionándola como novedosa, con posibilidades de generar cambios en los cuidados de la salud. No es la única autora que realiza esta referencia acerca de lo relativamente nueva que es la categoría de la promoción (Kickbusch [1986] 1996, Feinstein 2005); a pesar de que fue desarrollada por primera vez en los años 70 por países del primer mundo<sup>29</sup> con la propuesta de una “agenda de intervención que logre interferir sobre hábitos de vida” (Resende Carvalho 2008, 337).

Kickbusch ([1986] 1996) reconoce cinco principios de la promoción de salud que identifican como este concepto se adapta a las necesidades de la población, desde los recursos sociales e individuales. La autora identifica primero que esta categoría no se centra en las personas que tienen una enfermedad; en segundo lugar “pretende influir en los determinantes o causas de la salud” (Kickbusch [1986] 1996, 16). El tercer principio es el uso de distintas metodologías para su implementación; un ejemplo de este dato es el *Manual de Educación y Comunicación para*

---

<sup>29</sup> Los países desarrollados que iniciaron con la propuesta de la Promoción de la salud fueron Canadá, Inglaterra, EEUU, Australia y Nueva Zelanda (Resende Carvalho 2008).

*Promoción de la Salud* publicado por el MSP en 2019, que justamente brinda una guía metódica para ejecutar estrategias en territorio (Ministerio de Salud Pública 2019). En cuarto lugar “se orienta específicamente a conseguir la participación de la población concreta y específica” (Kickbusch [1986] 1996, 16). Y, por último, manifiesta el reconocimiento de los profesionales de la salud y su papel en la APS. La autora identifica al personal sanitario como aquellos que defienden y facilitan la implementación de esta estrategia en territorio.

Considero relevante señalar, que estos fundamentos sustentan la importancia de analizar críticamente esta categoría; no solo porque después de 50 años se continúa usando estos mismos principios. También porque este concepto identifica acciones que afrontan las relaciones de poder que envuelven a la salud. Es así que Epp ([1986] 1996) reconoce a la promoción de la salud como un espacio polifacético.

Epp ([1986] 1996) propone tres mecanismos intrínsecos de la promoción de la salud. En primer lugar, se encuentra el autocuidado que son prácticas adoptadas por los individuos para mantener su salud. El segundo mecanismo es la ayuda mutua, se diferencia del anterior porque se ejecuta con la colaboración de otras personas, algunos ejemplos son los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos o incluso el mismo círculo familiar brinda estos mecanismos de cuidado de la salud. Sin embargo, no habla de los y las profesionales de la salud; y su planteamiento no cuenta con un enfoque de género acerca del cuidado. Por último, describe el mecanismo de creación de *entornos saludables* que tiene como objetivo:

Asegurarse de que existen políticas y prácticas que proporcionen a las personas un medio ambiente saludable en el hogar, en la escuela, en el trabajo o donde quiera que estén y que las comunidades y regiones trabajen juntas para crear entornos que conduzcan a la salud (Epp [1986] 1996, 31).

Granados y Ortiz (2003) plantean que la promoción de salud tiene un carácter estructural y político, con la finalidad de ser un “instrumento de regulación de las condiciones sociales para que el trabajo sea productivo y genere valor” (Granados y Ortiz 2003, 595). La promoción de la salud visualiza las construcciones sociales dadas por las experiencias de los sujetos acerca de la

enfermedad y el discurso médico junto a las políticas públicas determinan un accionar en la subjetivación respecto al cuidado de la salud.

Otro autor desde un punto de vista crítico es Alvan R. Feinstein (2005). Lo interesante de su propuesta es que observa a la promoción de la salud desde un “rol samaritano” en relación a la dicotomía médico/paciente. No quiere decir, que deja de reconocer la existencia de avances de la promoción de la salud, pero resalta que esta estrategia obedece a un orden estructural de poder que llega a homogenizar las enfermedades. Feinstein (2005) va más allá, y, a partir de una perspectiva económica acerca del gasto e inversión en el sistema de salud norteamericano identifica que las estrategias de promoción de la salud no llegan a tener los estudios de campo necesarios para su implementación. En consecuencia, percibe un mal uso de fondos destinados a programas e intervenciones (Feinstein 2005, 433).

Hasta el momento se ha trabajado el concepto de promoción de la salud desde un punto de vista anglosajón, la mayoría de los estudios enfocan un discurso Occidental, por esa razón se evidencia características positivas de su accionar. Pero qué sucede con los países en vías desarrollo como Ecuador. Existen varios artículos que critican que no se toma en cuenta las desigualdades sociales que caracterizan Latinoamérica bajo el modelo actual de la promoción de salud. De modo que, en la elaboración de políticas públicas y estrategias sanitarias invisibiliza las realidades y determinantes sociales para el trabajo en territorio, con resultados que muestran un sesgo de clase. Es así que, varios autores mencionan que la promoción de la salud se vuelve una contradicción de sus mismas políticas.

Vemos que, las opiniones acerca de esta categoría están divididas, sin embargo, para este trabajo se considera el concepto de promoción de la salud como el camino de los sujetos para tener un mayor control sobre los determinantes de la salud, por ende, para mejorar su estilo de vida en base al autocuidado y cuidado del otro. ¿La pregunta que surge entonces, quién se encarga de los cuidados en el contexto de la pandemia por COVID-19?

### 2.2.3. **Pandemia como sinónimo de crisis**

El año 2020 será recordado por haber experimentado una de las mayores crisis sanitarias a nivel mundial; la palabra pandemia se volvió parte del vocabulario cotidiano de la población. Pero, ¿qué significa este concepto? Artículos académicos (Rosselli 2020) que realizan un recorrido de esta categoría detallan que su uso deviene de la época de Aristóteles y Galeano (BBC News Mundo 2020). La etimología de esta palabra se compone del griego *pan* que significa totalidad y *demos* hace referencia a pueblo. En ese sentido, la RAE identifica a esta categoría como la enfermedad que se extiende a muchos países (RAE 2012); al igual, la OMS mantiene que debe ser identificada por “su extensión geográfica, la severidad y letalidad en seres humanos” (Rosselli 2020, 169).

Los estudios que trabajan la categoría pandemia se dividen en dos grupos: uno explica la enfermedad con un enfoque biológico, y el segundo caracterizado por una perspectiva social en relación con salud-enfermedad-sociedad (Henao-Kaffure 2018). Sin embargo, estas dos corrientes mantienen una constante. Una pandemia se vuelve sinónimo de múltiples crisis (Blacik 2009, Henao-Kaffure 2018, Alonso 2020, Bohigas 2009). Distintos sistemas sanitarios desbordados, sumado a las tensiones sociales y el aumento de las desigualdades, deja al descubierto que este evento sí cambió al mundo de la noche a la mañana (Osterholm 2006). Desde la epidemia del SARS los artículos publicados acerca de este tema nos preparaban para lo peor (Osterholm 2006), y señalan la importancia de planificar.

El trabajo etnográfico de Lynteris (2016) identifica que las epidemias son catalogadas como profecía divina. El miedo y la sensación de aniquilación de la humanidad genera mecanismos de defensa y vivir en una pandemia se vuelve una batalla entre la humanidad y el virus. Los efectos de esta plaga son visibles en el cuerpo del ser humano y en la sociedad. El papel que juega el Estado es esencial en este sentido.

Blacik (2009) en su trabajo de archivo documental reconoce que, el rol estatal debería cumplir tres principios regidos por la idea de Estado moderno: “debía ser un Estado profesional o tecnocrático libre de intereses políticos, debía ser competitivo con otros Estados europeos y, por último debía preocuparse por el bienestar español desde una perspectiva nacionalista” (Blacik

2009, 249). Sin embargo, las respuestas emergentes se basaron en medidas de saneamiento con un enfoque epidemiológico “En 1918, las medidas de salud pública fueron sustentadas conjuntamente por el emergente paradigma bacteriológico y la antigua máxima «suciedad igual a enfermedad»” (Blacik 2009, 254). Tal vez, este discurso es nuevo para Latinoamérica, pero los países orientales están más familiarizados con las medidas de control de epidemias.

Según Lynteris (2018) las medidas van desde aislamiento, fumigación y erradicación del virus. A su vez, una respuesta (nueva) que se visualiza en esta pandemia es la declaratoria del estado de excepción con el objetivo de tener “una visión de la seguridad basada en viejos parámetros, que ponen el acento en la defensa del territorio nacional” (Alonso 2020). Pero, también refuerza las metáforas bélicas entre el virus y la ciudadanía. Para Lynteris (2018) la prevención y contención de la pandemia dependerán de la preparación y detección temprana; lo cual permitirá generar adecuados instrumentos de bioseguridad. Para algunos, esta situación es percibida como una oportunidad (Camarelles Guillem 2020) de fortalecer los sistemas sanitarios en la APS. De tal manera que, las estrategias de promoción y prevención de la salud podrían ser parte de las tecnologías locales que se utilizan para la erradicación del virus (Lynteris y Poleykett 2018). Sin embargo, la COVID-19 ha presentado un gran reto, sobre todo para los países tercermundistas, como es el caso de Ecuador: “Los gobiernos se han visto obligados a tomar medidas extraordinarias para contener el contagio del COVID-19, incluyendo medidas que han dado lugar a una *crisis económica sin precedentes*, y medidas para mitigar sus efectos” (PNUD América Latina y el Caribe 2020). Es por eso que analizar la pandemia con un enfoque de género es necesario. Artículos feministas que se han publicado a lo largo de la COVID-19 denuncian un modelo neoliberal ineficiente (Arias-Rodríguez 2020), el aumento de las desigualdades (CEPAL 2020) y “precariedad de los estados-nación en distintas dimensiones” (Butler 2020).

La pandemia ha incrementado los niveles de vulnerabilidad para las mujeres (Arias-Rodríguez 2020), materializada en la “inestabilidad laboral, informalidad en el empleo, bajos ingresos y falta de seguridad social quedando más desprotegidas y vulnerables” (Bermúdez-Barrera 2020 ). A su vez, los estereotipos de roles de género se intensifican al precarizar las actividades de cuidado y de sostenimiento de la vida (Bermúdez-Barrera 2020 ). Es por eso, que identificar los diferentes roles que tienen las mujeres en el momento de una crisis permite aproximarse a los

conocimientos y experiencias como respuestas a la resistencia de un modelo médico hegemónico (Menéndez 1988).

### **2.3. Discurso, estrategia de legitimación**

Desde una perspectiva general los discursos son enunciados que permiten una comunicación, sin embargo, esta categoría se adentra desde diferentes ramas para ampliar su significado y relevancia. Primero en el campo de la lingüística y sociología, el autor Teun Van Dijk (1999), se enfoca en analizar el discurso como una forma de reproducción de las desigualdades a partir de textos y el lenguaje (Dijk 1999, 23). Cynthia Meersohn<sup>30</sup> (2005) explica su interpretación de la lectura de Van Dijk, donde toma en cuenta lo verbal, no verbal, relaciones sociales, procesos cognitivos y la comprensión que se incorpora del discurso; esto permite que sea dinámico con los mecanismos sociales (Meersohn 2005, 5). Asimismo, la autora Neyla Pardo<sup>31</sup> (2012), trabaja lo propuesto por Van Dijk, y determina que esta categoría es necesaria para las ciencias sociales y tiene como objetivo analizarlo en relación con mecanismos de poder. La autora (2012) posiciona a este concepto como una “forma de conocimiento” (Pardo 2012, 46) que cuenta con dos funciones, primero es la aprehensión de conocimiento, y segundo es la interpretación que se genera en el discurso.

Pardo (2012), del mismo modo trabaja la categoría de discurso a partir de la propuesta de Foucault; visto como manifestaciones de poder que se observan tanto en lo individual y social. Se convierte en un conjunto de acciones que “estructuran a los objetos” y generan reglas que son reproducidas en acciones discursivas en un espacio social determinado (Pardo 2012, 52-53). Para Foucault (2012), este concepto es un dispositivo de control, atravesado por las estructuras saber-poder, que permite a los sujetos ser reconocidos (Foucault 2012, 10).

Ahora bien, desde el psicoanálisis, se define el discurso desde varios aspectos. Lacan (2008) lo interpreta como una estructura fundamental, donde no es necesario la palabra, quiere decir, que no deja de lado la importancia del lenguaje como forma de relaciones sociales. En este sentido, el

---

<sup>30</sup> Antropóloga. Magíster en Antropología y Desarrollo. Universidad de Chile.

<sup>31</sup> Doctora en Filología-Lingüística Española. Profesora titular e investigadora del Instituto de Estudios en Comunicación y Cultura, IECO, y del Departamento de Lingüística de la Universidad Nacional de Colombia

discurso se encuentra en el campo del gran Otro, se vuelve generador de enunciados que se manifiestan en forma de red, Lacan lo denomina “saber” (Lacan 2008, 10). El discurso como categoría permite observar tanto la construcción de imaginarios, relaciones de poder y acciones que estructuran tanto a los sujetos como a grupos sociales, en base a la experiencia, los significados y la interpretación de estos.

Scott (2004) realiza un excelente trabajo sociológico al relacionar las categorías de poder y discurso para explicar cómo se establecen las relaciones sociales desde la perspectiva de negociación. La elaboración de los conceptos de discurso público y discurso oculto, trabajado por el autor, permite observar las dinámicas de poder desde la justificación ideológica de las desigualdades y las reacciones (resistencia) como respuesta a las inequidades jerárquicas (Scott 2004).

Por preferencias teóricas se podría decir que, el psicoanálisis (Lacan 2008), Freud 1900[1953]) muestra una comprensión más amplia acerca del concepto discurso. Pero, más que entender su significado, es importante identificar por qué esta categoría se convierte en recurso para el análisis de esta propuesta investigativa.

El discurso se compone de estructuras mentales (Alonso 2020), que implica un proceso de razonamiento para explicar la realidad. La composición que tiene esta categoría, como es el significado de las palabras, las imágenes mentales y las experiencias cotidianas son las que permiten identificar “los argumentos legitimadores” (Alonso 2020, 79). Este a su vez, tiene una relación directa con el contexto, las emociones; es decir el entorno del sujeto. Entonces, la estructura discursiva es lo que genera los enunciados (Lacan 2008). Con esto, no solo se debe tomar en cuenta la exterioridad de las palabras, sino el sistema formador de los significados. Es por eso que el análisis crítico del discurso (Dijk 1999) de la promoción de la salud debe tomar en cuenta: que las relaciones de poder se forman en base de acciones discursivas, que la vez constituyen la sociedad y la cultura. Además, de hacer un trabajo ideológico, su análisis puede ser interpretativo y explicativo. Es decir, el discurso termina siendo histórico con características de convertirse en una forma de acción social.

El discurso, y otras interacciones socialmente situadas cumplidas por actores sociales, pertenecen típicamente a lo que se suele denominar el «micro-nivel» del orden social, mientras que las instituciones, los grupos y las relaciones de grupos, y por tanto el poder social, se emplazan usualmente en su «macro-nivel» (Dijk 1999, 25).

Pero, a más del lugar de enunciación o las representaciones que se comparten entre los grupos o la cultura, lo interesante de esta metodología es identificar *el control del habla*<sup>32</sup> como una dinámica de poder: “Aunque la mayor parte del control del discurso es contextual o global, incluso fragmentos locales del significado, forma o estilo pueden ser controlados” (Dijk 1999, 28). La pregunta que surge es ¿quién controla el discurso de la promoción de la salud? o ¿quién tiene el poder para controlar lo que se dice de las estrategias en cuidado de la salud?

En resumen, el discurso como acto permite comprender el andamiaje de las relaciones de poder. La formación de significados y la posición de quien lo enuncia, es decir, representa al ejercicio de poder. Pero también el discurso da la posibilidad de producir (Morey 1981[2000], 9); de convertirse en una herramienta de acción o resistencia (Scott 2004).

Finalmente, la autora Laura Alonso se cuestiona “¿qué puede aportar el feminismo y el pacifismo al análisis y respuesta a esta crisis de la COVID-19?” (Alonso 2020, 88), al estudiar las narrativas y discursos de la crisis sanitaria. La pregunta de investigación de esta tesis va más bien ¿qué puede aportar el enfoque feminista a la promoción de la salud? Analizar críticamente, puede brindar un discurso más incluyente y equitativo.

## **2.4. Género y salud**

En este apartado más que describir conceptualmente a la categoría de género se tiene como objetivo aclarar la importancia del enfoque feminista sobre el área de la salud. Varias escritoras (Stolcke 2004); (Zimbalist Rosaldo 1979 ) han trabajado este concepto desde los años 60.

Innumerables investigaciones intentan determinar una definición para esta categoría, pero tal como reflexiona Joan Scott (2010) el género no puede ser encasillado por un solo término, porque se encuentra compuesto de “construcciones culturales” (J. W. Scott 1986, 19). En otras

---

<sup>32</sup> El trabajo de Dijk (1999) identifica que el control en el texto y el habla es considerado como el primer tipo de poder que es asentado en el discurso. El segundo paso que señala es el control de los significados, lo cual es otro mecanismo de reproducción de poderes y hegemonías.

palabras, esta categoría permite identificar los mecanismos constitutivos de las relaciones sociales y cómo se constituye en una forma primaria de las relaciones de poder.

Existen artículos (Lamas 1999, Herrera 1998) que trabajan a profundidad esta categoría de análisis, pero, para este estudio es mucho más relevante entender la teoría feminista en relación a los modelos de atención en salud. No se pretende restarle importancia al desarrollo teórico de los conceptos de género, sistema sexo/género (Rubin 1986) o patriarcado, ya que son categorías que evidencian los actos de los sistemas de dominación (Castro y Bronfman 1993, 379). Sino que para esta propuesta investigativa, tiene el interés de mostrar la relevancia de una mirada feminista en las ciencias positivistas, comprendida como la búsqueda por “recuperar el punto de vista femenino, la experiencia femenina del mundo” (Castro y Bronfman 1993, 382). O, mejor dicho, se espera el reconocimiento de lo que representa la diversidad en las mujeres. La validación como sujetos, que, a su vez sean incluyentes en diferentes roles sociales.

Castro y Bronfman (1993) realizan una pregunta que es preciso retomarla en este estudio “¿De qué manera la aplicación de esta perspectiva produce un nuevo tipo de conocimiento, o una nueva forma de conocer, que antes no concebíamos?” (Castro y Bronfman 1993, 384). Las autoras reconocen que la perspectiva de género ha ganado un gran campo de investigación de la salud ya que la lectura feminista de las ciencias médicas concibe a la mujer:

En su condición de sujeto sexuado y sexual, deseante, sociocultural, histórico, político y en tanto ciudadanas (es decir sujetos con derecho a tener, ejercer y exigir derechos), demanda cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud, así como en las propias prácticas de las profesiones involucradas (López Gómez y Couto 2017, 4).

Esteban (2006) realiza trabajos muy interesantes que relaciona estudios de la salud con género, sus artículos muestran las ventajas del enfoque feminista en el área de la salud y la medicina. La autora (Esteban 2006) reconoce que los estudios de género en relación al campo sanitario se encuentran en un momento de auge<sup>33</sup>, y varios factores explican dicha situación (Rubin-Kurtzman y Denman Champion 2006, Castro y Bronfman 1993). Por ejemplo, estadísticas de

---

<sup>33</sup> En el contexto de la COVID-19, esta situación seguramente irá en aumento.

morbilidades, investigaciones en líneas feministas que ha tenido como consecuencia mayor cantidad de contribuciones, interrogantes y críticas. Es por eso que, Esteban (2006) mantiene que no se debería debatir la utilización de esta metodología y, a su vez propone un “diálogo entre disciplinas y perspectivas de análisis que sirva para articular y poner en discusión posiciones y puntos de vista diferentes” (Esteban 2006, 11).

Los estudios feministas priorizan el análisis en torno a las desigualdades por consecuencia de un sistema que minimiza las experiencias de las necesidades de las mujeres (Esteban 2006, Ravelo 1995, Castro y Bronfman 1993) en el área de la salud. Los beneficios de esta mirada es denunciar “la naturalización social de las mujeres” (Esteba 2006, 11), el uso correcto de las categorías sexo/género, y poco a poco la redefinición de la salud femenina (Ravelo 1995, 243).

Un amplio campo de investigación en la salud desde los estudios feministas puede ser dividida en diferentes ángulos, por ejemplo, Castro y Bronfman (1993) con apoyo de la sociología médica distingue tres áreas: proceso de salud-enfermedad; prácticas médicas; y saberes médicos (Castro y Bronfman 1993, 384). En cambio, Patricia Revelo (1995) lo hace en función a las temáticas: salud sexual reproductiva; salud mental; sexualidad. Además, trabaja de manera muy detallada la salud ocupacional en el género.<sup>34</sup>

Esteban (2006) no realiza una división tan específica, sin embargo, en el análisis teórico identifica tres similitudes entre estas autoras. Primero, persiste prácticas que totalizan al cuerpo; segundo las investigaciones en salud se basan en los determinantes sociales y prácticas médicas que identifican los discursos saber-poder. Por último, la dicotomía profesional de la salud médico/paciente se encuentra presente en la mayoría de los estudios, representados como agentes completamente extraños. Este último punto diferencia esta investigación con las demás, las profesionales sanitarias cumplen distintos roles que rompe la idea de esta dualidad.

---

<sup>34</sup> Patricia Revelo (1995) brinda un amplio catálogo de investigaciones que trabajan las consecuencias del trabajo para las mujeres. Sus análisis se basan en estudios realizados en Latinoamérica, pero sobre todo México; recordemos que este país cuenta con gran porcentaje de desigualdad de género y el contexto de las maquiladoras, permiten identificar dicha situación.

La salud como campo de investigación cuenta con una amplia área de estudio, y en concordancia con algunas autoras, a pesar de los beneficios que se han dado por los hallazgos, aún se debe continuar explorando (Castellanos Rodríguez 2018). Temas relacionados a la sexualidad, salud sexual, salud mental, maternidad, son los que predominan (Ravelo 1995). Sin embargo, estudios acerca del cuidado de la salud desde un enfoque preventivo y educativo no suelen tener mucha popularidad. La articulación de las categorías género y cuidado relacionados a la salud no solo conceden identificar las desigualdades en torno a la división sexual de trabajo o la dicotomía medica/paciente, sino que también el fin de impulsar estudios que permitan acercarnos a las realidades de los sujetos; pero sobre todo, se espera “lograr que las mujeres sean consideradas expertas y no meras mediadoras en su función como cuidadoras” (Esteban 2003, 10).

#### 2.4.1. **Cuidados o cuidados de la salud**

Hablar de cuidado genera un acercamiento en la comprensión de las dinámicas de poder (Foucault 1988), es decir, esta categoría no se aleja del objetivo principal de la investigación. El estado de arte de esta categoría identifica a distintos autores, empezando por Esteban (2006) que se vuelve referente fundamental para conocer las dinámicas que envuelven a este concepto dentro de área de la salud. Igualmente importante son los aportes de Kofman (2016), Agarwal (1999) y Herminia González (2013) mismas que realizan un análisis al contexto de migración. Estas académicas dan la oportunidad de entender al cuidado en términos de mercantilización y economía.

Lo interesante de Esteban (2006) es la mirada feminista que emplea en el campo de la salud; su denuncia a “la naturalización social de las mujeres” (Esteban 2006, 9)<sup>35</sup> visibiliza que el cuidado se vuelve una responsabilidad de ellas. Entonces la pregunta que surge es ¿por qué? Para responder esta incógnita, es necesario comprender qué significa este concepto. Amparo Hernández (2009) define al cuidado como:

Una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro ‘mundo’, de tal manera que podamos vivir en él lo mejor

---

<sup>35</sup> Esteban (2006) especifica que el término de naturalización da cuenta de una percepción netamente esencialista y biologista, centrada en el cuerpo humano.

posible” incluye el cuidado de los cuerpos, la alimentación y la conservación y mantenimiento del espacio doméstico (Hernández 2009, 176).

En otras palabras, el cuidado es una actividad cotidiana que además es parte del trabajo de reproducción social (Hernández 2009, Kofman 2016). Al igual que otras dinámicas de género, el cuidado y la reproducción social suelen ser invisibilizadas y no remuneradas. Incluso se acusa que las “políticas refuerzan las estructuras sociales y valores prevalente” (Hernández 2009, 178). Como consecuencia se da un rol naturalizado de las mujeres ante el cuidado, pero además en el área de salud se generan programas que suelen ser ciegos ante la categoría de género.

El estado del arte de Esteban (2003), Torns (2008) y González (2013), permiten una comprensión plena de la categoría cuidado. Los puntos de coincidencia de las académicas son varios, sin embargo, se resaltarán tres. El primero es que esta actividad está en función de los afectos y sentimientos, por lo cual prevalece el mito de madre como cuidadora, lo que ubica a la *mujer* en esa posición.

Esta asociación entre cuidados, mujer y vida privada conllevó que en un primer momento, el cuidado se entendiera como una de las características propias de la situación vital de la mujer en su papel de madre, esposa o hija, lo cual llevaba implícito realizar tareas de servicio personal o doméstico que no se pagaban (González Torralbo 2013, 137).

En segundo lugar, los estudios señalan que no se suele cuestionar la obligatoriedad de quien está a cargo de los cuidados, resultado de mirar a la mujer desde el ámbito de la naturaleza. Este hecho lleva al planteamiento de Sherry Ortner (Ortner y Whitehead 1979) de por qué la mujer es asociada con la naturaleza. La relación directa entre el cuerpo, las funciones biológicas y las implicaciones fisiológicas de la mujer “parece condenarla a la mera reproducción de la vida” (Ortner y Whitehead 1979, 117).

Por último, el concepto mantiene características mercantilistas y de producción. Kofman (2016) plantea que el trabajo del cuidado suele atribuirse con el crecimiento en la “globalización de la

reproducción social” y es considerado como “trabajo reproductivo”<sup>36</sup>; sus acciones se ejercen para promover un “bienestar físico y emocional” (Kofman 2016, 32-33). En este sentido, se identifica dos situaciones, una de ellas es la presencia de normas androcéntricas dentro de las instituciones del Estado de Bienestar (Torns 2008) y suelen ser replicadas por los y las profesionales de la salud; y, segundo el cuidado tiene implicaciones que generan división sexual del trabajo (Esteban 2003).

Ahora, los estudios etnográficos que se han generado en los últimos años no se alejan de este planteamiento. El trabajo de Isabel Hernández et al. (2001) da cuenta que los cuidados de la salud dentro del hogar suelen ser combinados con conocimientos tradicionales relacionados a los saberes femeninos (Tezoquipa et al. 2001). Larrañaga (2008) explora el impacto de los cuidados informales de la salud y las consecuencias en las cuidadoras, identificando el riesgo de esta actividad. Lorente (2004 ) combina los conceptos de ayuda social y cuidado como prácticas que generan saberes, ergo verdades.

Las representaciones que para la sociedad detentan las prácticas de atención al otro, desde la particularidad feminizada, todavía inferiorizan la importancia social que para la construcción de tejido social y de redes de solidaridad cotidiana suponen las funciones incardinadas en el espacio de la reproducción social (Lorente Molina 2004 , 48).

Un estudio cercano a la presente investigación es de Castellano (2018). Realiza la investigación de campo en la ciudad de Quito en el sector norte; y analiza la relación entre cuidadoras de personas con discapacidad y un proyecto de promoción de la salud ejecutado por el MIES en conjunto con una unidad operativa de primer nivel de atención. En esta misma línea pero más cercana al territorio de mi propuesta investigativa, se encuentra el estudio de Rivera (2019) que analiza el control y regulación de los cuerpos diagnosticados con Virus del Papiloma Humano (HPV), en un hospital dentro de la AZQ. Es decir, el disciplinamiento de los cuerpos de mujeres es posible identificarlo en relación a los saberes que ordenan al discurso médico. Algo que tienen

---

<sup>36</sup> Es importante recordar las palabras de Kofman (2016) al explicar el sentido de reproducción “la reproducción engloba los procesos materiales y simbólicos necesarios para reproducir seres humanos a lo largo del tiempo (a diario y generacionalmente) en el seno de la familia y el ámbito privado” (Kofman 2016, 37).

en común Castellano (2018) y Rivera (2019) es que mantienen la dicotomía *profesional de la salud – paciente*, misma que se pudo observar en las anteriores teorías ya antes expuestas.

No obstante, en esta investigación se pretende difuminar esta dicotomía. En este punto es importante resaltar esta diferencia con el resto de investigaciones planteadas, en esta se identifica que las profesionales de la salud también están a cargo de los cuidados en el ámbito privado y público. Considero que la COVID-19 permitió el escenario perfecto para observar estas realidades no exploradas a profundidad.

## **2.5. Conclusiones**

Este capítulo resalta el concepto de poder (Foucault 1988) constituido como un elemento clave para el entendimiento de esta investigación. El objetivo es comprender las estructuras jerárquicas por medio de las fuerzas que se anteponen a las relaciones de poder. Con esto me refiero a la dicotomía control/resistencia; fuerzas en constantes movimientos que suelen ser sigilosas y heterogéneas.

El control del discurso implica ejercer una disciplina, es decir *producir* (Morey 1981[2000]) y la resistencia (Scott 2004) la *idea* de vida y libertad. Ambas son identificadas como estrategias construidas a base de sus historias, que actúan por medio de una acción sobre la acción. Y que mejor ejemplo de disciplina y lucha por la vida que el discurso de la promoción de la salud.

La salud en sus circunstancias socio-históricas sostiene las diferencias y condiciones jerárquicas de los sujetos. Las estructuras biológica, sociales y burocráticas resaltan como el poder atraviesa este discurso. Es por eso, que la estrategia de la promoción de la salud mantiene varias contradicciones al momento de la ejecución en territorio; a pesar de que toma en consideración los determinantes sociales y las condicionantes políticas que lo anteceden. Es decir, que al regular las condiciones sociales, incurre a la homogenización del sujeto, impidiendo que pueda adaptarse a las necesidades del territorio.

Ahora, al considerar el enfoque de género en relación a la promoción y cuidado de la salud, amplía el abordaje aún poco explorado en las necesidades de las subalternas y dota de

herramientas teóricas para diferenciar la resistencia en el cuidado. Sin embargo, el género como categoría relacional no deja de ser un obstáculo para el discurso de la promoción de la salud. Esto, no solo por el mal uso de la dicotomía sexo/género, es que, a pesar de que el modelo médico intenta implementar una mirada social, el cuerpo como objeto biológico se vuelve predominante y el discurso de la promoción recae en enunciados hegemónicos.

Desde este punto, lo que se debe identificar es cómo se resiste y para qué se deben crear nuevos significados del discurso de atención primaria y la promoción de la salud. Los discursos médicos (por naturaleza) se muestran como transnacionales debido a la estructura que envuelve su organización y discurso. Pero, el carácter local o micro-nivel (Dijk 1999) permitirá no solo conocer los roles que el equipo de salud sino también los cuerpos que se deben cuidar (Butler 2002).

## Capítulo 3

### Modelo médico y el arte de resistir

El objetivo de este capítulo es identificar las estrategias de resistencia dentro del ejercicio de la promoción de la salud. Para eso, describir las dinámicas legitimadas entre niveles jerárquicos del modelo de gestión permite exponer las diferencias de los discursos del sistema de salud en contextos macro y micro. Además, abre la oportunidad de observar las distinciones entre los/as servidores/as de la salud en funciones operativas o administrativas. Por último, esta sección contiene un análisis crítico al discurso del modelo de atención vigente en tiempos de pandemia y lo relaciona con la categoría de tecnología (Marcuse 1954[1993]). Con estos dos puntos se espera dar respuesta al interrogante ¿cómo se legitiman las relaciones de poder en el equipo de salud? El equipo de atención y la figura del servidor/a público/a se vuelven trascendentales en este acápite. Las experiencias y las prácticas discursivas dan cuenta de los ejercicios y dispositivos de control. Asimismo, las respuestas ante las dinámicas de orden y disciplinamiento serán en función de las identificaciones de los sujetos.

#### 3.1. Programa promoción de la salud, su discurso y práctica

El 2008 fue un año significativo para el MSP y sus trabajadores, se lo caracteriza por el objetivo de transformación del anterior modelo de salud. Quiero decir que, con el cambio del discurso estatal a nivel de salud, las políticas públicas en salud y la provisión del servicio dieron un giro radical<sup>37</sup>. Al igual que un efecto dominó, tuvo un impacto en los/as servidores/as del estado. Los textos del ministerio refieren que antes del 2008 el SNS<sup>38</sup> regulaba un sistema fragmentado, centralizado y desarticulado, mantenía una visión médica biologista con el objetivo específico de curar la enfermedad, sin tomar en cuenta la interseccionalidad de los sujetos de intervención (Ministerio de Salud Pública 2012, 23).

Es por eso que el Estado ecuatoriano a partir del 2010 invirtió en la visión de la salud hacia el fortalecimiento del SNS y de la Atención Primaria en Salud (APS) con la finalidad de pagar una

---

<sup>37</sup> En este punto de la investigación deseo resaltar, que el objetivo de este escrito no se basa en un análisis crítico del modelo y las reformas políticas. Este estudio se enfoca en comprender el andamiaje de las relaciones de poder y las respuestas que existen.

<sup>38</sup> El SNS tiene como fin la integración y organización de instituciones que realicen actividades en torno a la salud.

deuda con la población ante la deficiencia del sistema anterior (Ministerio de Salud Pública 2012). La recomendación que brinda la OMS para un sistema sanitario es lograr una cobertura universal en la población, así lo explica esta organización en temática de gobernanza de la salud: “El liderazgo y la gobernanza implican asegurar que existan marcos de políticas estratégicas y que se combinen con una supervisión efectiva, creación de coaliciones, regulación, atención al diseño del sistema y responsabilidad” (OMS 2017).

Dicho eso, la Constitución de la República avala las recomendaciones expuestas por la OMS (2017). El Art. 32 dice: “La salud es un derecho que garantiza el Estado”, seguido por el Art. 358 que habla de una salud “tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural” (Constitución de la República del Ecuador 2008). Por último, el Art. 360 garantiza el servicio de la promoción de la salud “con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas” (Constitución de la República del Ecuador 2008). La promoción de la salud se confirma como servicio que deviene del conjunto de programas, planes y productos en relación a las características históricas, económicas, políticas y culturales. Es decir, un espacio polifacético (Epp [1986] 1996) encargado de brindar un sujeto productivo y de valor (Granados y Ortiz 2003) La misión de este programa<sup>39</sup>, ergo las funciones de los servidores que trabajan en esta dirección es “proponer, impulsar y asegurar la implementación de políticas y estrategias por ciclos de vida, que incidan en determinantes sociales de la salud, políticas, espacios, capacidades y condiciones saludables para el buen vivir de la población” (Ministerio de Salud Pública 2018). Este texto es tomado de la infografía que remiten a los servidores de salud al ingresar a la dirección de promoción. La palabra *excelencia* es imponente en este documento. Al finalizar el mensaje de bienvenida, la imagen una ministra sonriente con un símbolo patrio a su lado; su frase culmina con las siguientes palabras: “Tengo la certeza que juntos continuaremos desarrollando esta

---

<sup>39</sup> Se puede decir que este programa apareció formalmente en el año 1970 con la denominación Dirección de Fomento y Protección de la Salud con el objetivo de una atención integral en prevención. En 1986 amplían sus proyectos en la salud sexual y reproductiva. En el año 1998 se habla por primera vez de una Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud, con el objetivo de trabajar los componentes “Materno-Infantil, Nutrición, Estomatología, Salud Mental, Control de Tuberculosis, Rabia, Crónico-degenerativas” (Puertas, Herrera y Aguinaga 2004, 2). El CONASA en el 2002 crea el Comité Nacional de Promoción de Salud, con la propuesta de un equipo intersectorial para trabajar articuladamente este componente.

transformación histórica de la salud de forma transparente y siendo protagonistas de la excelencia” (Ministerio de Salud Pública 2018).

La institución a partir del 2008 hasta la actualidad ha contado con varios representantes en el cargo de responsable de la institución de salud (MSP). La década de la Revolución Ciudadana tuvo un total de cuatro ministros y desde el 2017, el gobierno de Lenin Moreno con tres representantes. Algo que tienen en común el gobierno anterior con el actual es que la exservidora pública Verónica Espinoza ha ejercido funciones en ambos mandatos. Existe un elemento relevante que ha acompañado durante o después de las salidas de ambas ministras del gobierno de Lenin Moreno: juicios políticos y cuestionamiento en las gestiones administrativas; estos fueron objeto de conmoción en la prensa y en la ciudadanía ecuatoriana (El Universo 2019, Vélez 2019, Rosero 2020, Vistazo 2020).

El Acuerdo Ministerial No. 00004520 (Ministerio de Salud Pública 2013) da a conocer el estatuto orgánico que regula y categoriza los servicios de la institución estatal en salud. ergo, a sus empleados (Quijano 2014). Para entender mejor este estatuto, la página de Somos Salud, lo explica de manera más didáctica. Al ingresar al portal, la palabra excelencia vuelve a dar realce junto a una pestaña que menciona *Bienvenido al MSP. Somos protagonistas de la excelencia* nos invita a conocer “información institucional y gestión organizativa de las diferentes unidades del MSP” (Ministerio de Salud 2018). Las aclaraciones ayudan en la búsqueda “Los trípticos están organizados de acuerdo a los niveles de gestión, según el tipo de proceso y finalmente de acuerdo a unidades administrativas” (Ministerio de Salud 2018). Sin embargo, uno de los mensajes expuestos en ese espacio virtual que es dedicado para los trabajadores en salud dice: “Para encontrar el tríptico correspondiente a tu unidad primero elige el nivel de gestión en el cual trabajas” (Ministerio de Salud 2018). Es decir, debes conocer exactamente dónde te encuentras y dónde estás ubicado en el orden jerárquico institucional.

Planta central o nivel nacional es la denominación que reciben los despachos que ejercen una rectoría en salud. Esta matriz se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Quito, en las oficinas de la Plataforma Gubernamental de Desarrollo Sostenible. Está dividida por secretarías, subsecretarías, direcciones y proyectos. Al igual que la página de Somos Salud no es una tarea

muy sencilla de encontrar los servicios que se está buscando, incluso para una persona que cumple sus funciones en ese espacio; “Otro día intentando encontrar la oficina correcta, sin embargo, no tengo éxito. Esta es la segunda vez que pregunto por las oficinas de Inteligencia de la Salud, y no tengo un buen resultado” (Notas Diario de Campo, 09 de marzo del 2020). Pero, algo que si deja claro es la diferencia de las funciones que tiene cada nivel (Menéndez 1988, Epp [1986] 1996). El despacho ministerial, se encuentra en la cúspide de la pirámide con atribuciones y responsabilidades de rectoría sanitaria (Ministerio de Salud Pública 2018).

Ahora la promoción de la salud es un proceso agregado de valor que se encuentra dentro del Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud que su vez se divide en subsecretarías. La Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad cuenta con “atribuciones y responsabilidades” de disponer y validar los proyectos, además de cumplir con funciones de asesoría al despacho ministerial (Ministerio de Salud Pública 2018). Esta subsecretaría esta fraccionada en cinco direcciones (Promoción de la Salud; Salud y Ambiente; Participación Social; Salud Intercultural; Derechos Humanos y Género) que realizan gestión en proponer, impulsar y asegurar que se realicen los proyectos bajo este enfoque. Hasta el momento se ha mencionado seis oficinas (Notas Diario de Campo, 14 de marzo del 2020) que trabajan en la planificación del servicio de promoción de la salud, lo que genera la siguiente pregunta ¿cuánto recurso humano se requiere para ejercer funciones de dirección y gobernanza? (Brown 2015, Menéndez 1988).

Al tener la política de país descentralizado, la organización jerárquica sigue su curso. A nivel nacional se tiene nueve Coordinaciones Zonales y Pichincha se encuentra denominada como Zona 9. Quien se encarga de la coordinación, planificación y control de las actividades de salud es la Dirección Zonal de Promoción de la Salud (Ministerio de Salud Pública 2013). Dato importante en la infografía de bienvenida es que este nivel jerárquico no cuenta con “atribuciones y responsabilidades” como las anteriores direcciones nacionales, específicamente habla de productos y las divide en dos gestiones internas<sup>40</sup> (Ministerio de Salud Pública 2018). Para

---

<sup>40</sup> Un proceso que no se especifica dentro de las funciones a nivel zonal, es la salud intercultural; limitándose a los productos de Promoción de la Salud, Salud y Ambiente, Derechos Humanos y Género, Participación Ciudadana.

entender mejor, las funciones de la *Zona* se basan en ser intermediarios entre Planta Central y los Distritos.

El tercer bloque del modelo de gestión cuenta con 140 oficinas distritales en el perímetro ecuatoriano. La primera diferencia en este nivel es la denominación del servicio; la Unidad Distrital de Promoción de la Salud e Igualdad, tampoco cuenta con “atribuciones y responsabilidades” ni gestiones internas. Su función es dar cuenta de los resultados que se han coordinado, implementado y ejecutado en territorio, por ende con la población (Ministerio de Salud Pública 2018).

La pirámide organizacional aun no llega a su fin. Existe un piso más abajo que está destinados a la atención directa a la comunidad y esta cuenta a su vez con tres niveles de atención<sup>41</sup>. La observación del estudio se ubica en la Unidad Operativa de Atención en Salud, denominada *primer nivel de atención* o también conocida como centros de salud. La riqueza de datos que brinda este espacio es por los múltiples desafíos que el equipo operativo enfrenta (Epp [1986] 1996, Rey y Acosta 2013). Así lo expone el MAIS-FC:

Por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales (Ministerio de Salud Pública 2012, 86).

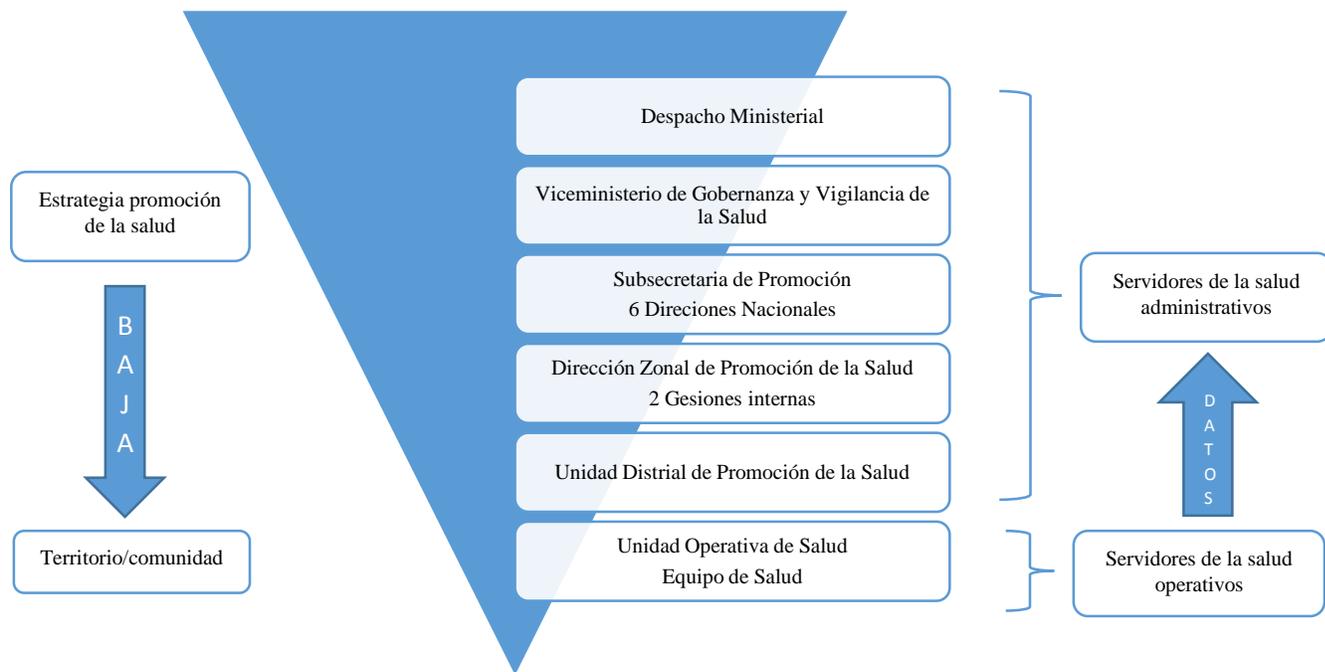
Las unidades operativas cuentan con una figura que tiene atribuciones y responsabilidades, se lo conoce como Administrador Técnico del Establecimiento de Salud. Es la persona que está a cargo de coordinar, supervisar y ejecutar los servicios de salud en territorio, además de brindar atención directa a la población. Es en este punto de la pirámide organizacional que se implementa el modelo de atención en territorio. En otras palabras, los equipos de atención ponen en práctica

---

<sup>41</sup> La división de los niveles de atención consta con hospitales de especialidad o de tercer nivel de complejidad como el Eugenio Espejo o la maternidad Luz Elena Arismendi, luego seguimos con los hospitales generales o básicos denominados como atención de segundo nivel el Hospital Pablo Arturo Suarez o el Hospital Enrique Garcees son un ejemplo. Por último, se cuenta con el primer nivel de atención que son los conocidos centros de salud. Estos también se encuentran diferenciados por tipologías A, B y C los cuales son categorizados por sus servicios, tiempos de atención y servicios de especialidades.

las estrategias de salud que las direcciones, secretarías y viceministerios han propuesto como idóneas para el cuidado en la población.

Gráfico 3. Modelo de gestión de la promoción de la salud



Fuente (Ministerio de Salud Pública 2013)

Esta estructura organizacional fue implementada para fortalecer no solo la gobernanza en salud (OMS 2017), sino también para brindar eficacia en el servicio. Representantes de la institución (Espinosa, y otros 2017, Vance 2012), al igual que algunos artículos (López Peña 2011) han resaltado los aspectos positivos de la desconcentración estatal. Pero, no quiere decir que se escapa de los procesos de burocratización (Menéndez 1988). La analogía de una pirámide invertida para explicar la estructura organizacional hace comprender no solo la importancia de las relaciones jerárquicas en el sistema institucional. También visualiza la persistencia de un ordenamiento con bases neoliberales y hegemónicos (Granados y Ortiz 2003).

El cuadro anterior, intenta graficar la dinámica del proceso de promoción de la salud. Identificar la parte más alta de la pirámide con mayores recursos de saber-poder (Foucault 1988). De igual

manera, da pautas para observar las estrategias de orden implementada por la minoría<sup>42</sup> (servidores/as administrativos/as) hacia los profesionales operativos de salud. O, en términos de Lechner (1978): “En otras palabras, un grupo que logra presentarse como mayoría formal puede afirmar su voluntad, aunque sea numéricamente una minoría” (Lechner 1978, 1204). Entonces, se puede decir que los cargos como administrativos se identifican como autoridad.

Ahora la pregunta es ¿qué significa decir soy de planta central, de coordinación, de la dirección distrital o tener responsabilidad de una atención directa y ser parte del equipo de salud? Algunos autores (Foucault 1988, Lechner 1978) dan pautas para comprender que el poder legitima las relaciones dicotómicas. Desde esa lógica, la institución sanitaria trabaja en función de supervisar al otro<sup>43</sup>. En un centro de atención en salud una servidora decía: “Cuando vienen los administrativos, parecieran que se asustan. Yo les he dicho, con tal que hagan bien su trabajo, no pasa nada” (Notas Diario de Campo, 12 de marzo del 2020). A más de reconocer la existencia de identificaciones, estas parecen estar atravesada por una estructura discursiva (Lacan 2008), que el sujeto incorpora en su “yo” al ser parte del proceso de la promoción de la salud. Es por eso que el discurso de la promoción es cambiante y sus significados dependerán de los actores que lo enuncien y la posición donde se encuentran hablando (Dijk 1999).

### **3.2. Un modelo de atención en salud en Jaque**

La COVID-19 golpeó América Latina con mucha fuerza y Ecuador es uno de los países donde se acentuó las consecuencias de un sistema que no pudo contener (al igual que otros países de la región) una crisis sanitaria sin precedentes (PNUD América Latina y el Caribe 2020, Redacción Sociedad 2020, Zibell 2020), El Comercio 2020). Los efectos de la pandemia no tardaron en llegar; y antes que se cumplan los dos meses de implementadas las medidas por la COVID-19 el impacto socio-económico ya tenía a toda la población en estado de alarma (Gestión Digital 2020).

---

<sup>42</sup> En este sentido se toma en cuenta como mayoría a los servidores de atención directa al usuario, ya que en relación a nivel nacional existe mayor contratación a profesionales de servicios operativos.

<sup>43</sup> Es decir, nivel nacional supervisa a coordinación zonal, este a su vez solicita resultados a los distritos que son ejecutados por los y las integrantes del equipo de salud.

Algo que queda claro, es que la pandemia se volvió sinónimo de crisis para muchas personas, familias y comunidades (Blacik 2009, Henao-Kaffure 2018, Alonso 2020, Bohigas 2009). Con una economía inestable, el cierre de diferentes mercados y negocios ocasionó una ola de despidos (Primicias 2020). Los resultados que se detallan en encuestas e informativos es el aumento de desigualdades y precariedad (CEPAL 2020). A su vez, los estereotipos de roles de género también se plasmaron como efectos de la crisis sanitaria (Bermúdez-Barrera 2020 ). Las consecuencias se encuentran desde escala transnacional hasta local.

Por último, los impactos de la pandemia también recaen en los discursos de los/as sujetos (Dijk 1999). La sensación de miedo es un constante (Lynteris y Poleykett 2018) en las narrativas de la comunidad (Zibell 2020). Incluso para quienes se enfrentaron a la atención directa contra esta enfermedad, es decir los servidores de la salud. Al igual para quienes se encargaron de la elaboración de estrategias para implementación en territorio. El miedo estaba presente en todos y todas (Notas Diario de Campo, 24 de marzo del 2020).

Entonces, no es de asombrarse que el modelo de atención vigente haya sido sorprendido por la pandemia. Un modelo que a pesar del enfoque social y multidimensional que en su narrativa desea posicionarse (Ministerio de Salud Pública 2012); depende de las realidades de la población (Giraldo Osorio, y otros 2010). En otras palabras, el sistema de atención no puede estar separado de la cultura (Langdon y Braune 2010). Mi posicionamiento no es decir si hubo un buen o mal manejo en las estrategias de salud durante la crisis sanitaria. Lo que intento identificar son las contradicciones entre el discurso y la práctica del modelo de atención.

El modelo de atención como herramienta, está creado para impulsar políticas<sup>44</sup> transversales, interseccionales y equitativas (Naranjo Ferregut, y otros 2014). Al mismo tiempo, que los territorios tengan la capacidad de toma de decisiones y resolución de problemas (Vance 2012, 102). Si bien antes de la pandemia era difícil dar una respuesta afirmativa a este enunciado “De nuevo nos pidieron otra matriz. A veces, parece que nosotros (equipo de salud) debemos hacer otras actividades. Nos llenan de matrices cuando debemos atender” (Notas Diario de Campo, 27

---

<sup>44</sup> Se ubica el papel del Estado como garante de capacitar y sensibilizar a los profesionales sanitarios en atención en salud de calidad, como parte de las políticas sanitarias.

de marzo del 2020). Asimismo, hay que reconocer, que la rapidez de la propagación del virus hizo que sea necesario decisiones emergentes (Lynteris y Poleykett 2018), por parte de las autoridades.

Como consecuencia las estrategias y respuestas en salud para enfrentar la pandemia, fueron caracterizadas por ser totalizadoras (CEPAL 2020, Zibell 2020), sin tomar en cuenta la responsabilidad social (Menéndez 1988). La mirada biologista predominó en la información de tipo epidemiológica que se compartía con la población. Además, al ser una situación relativamente nueva, el saber médico se iba modificando cada día.

Ahora nos piden que hagamos todos los días charlas informativas del COVID. Hace una semana, nos pidieron que sea una sola vez, ahora todos los días. Por eso no hemos podido dar la charla de derechos. Todo está un caos, por esto del COVID (Notas Diario de Campo, 12 de febrero del 2020).

La homogenización del sujeto también fue sentida por las profesionales de la salud que no cesaron sus funciones inclusive empezado el confinamiento. La sobrecarga de responsabilidades en tareas de cuidado y reproducción es el resultado del aislamiento social (Bermúdez-Barrera 2020 ); que además es poco visibilizada para las mujeres que son integrantes del equipo de atención. Como consecuencia muchas profesionales de la salud tuvieron que hacer malabares para dar un cuidado a su familia: “Estuve pensando un tiempo, hasta mandar a mis hijos donde mis papás. Sin la persona que me ayudaba en la casa y sin las tareas dirigidas, hizo que todo se ponga muy difícil al principio (de la pandemia)” (Notas Diario de Campo, 07 de mayo del 2020). Menéndez (1988) denomina como rasgos estructurales a los elementos que componen un modelo hegemónico en salud. Ya se habló de una posición biologista e individualista, por así decirlo.

Otro rasgo, que se hizo evidente durante la pandemia es la a-sociabilidad (Menéndez 1988, 3). No quiere decir que los y las profesionales de salud no identificaban los aspectos y determinantes sociales durante los procesos de atención. Pero a diferencia de Menéndez (1988) yo diría que los aprendizajes se no perdieron o descontinuaron, más bien, el equipo de atención no tuvo consigo todas las herramientas para enfrentar las problemáticas sociales que se estaban desbordando.

Ahora con todo esto (la pandemia), las cosas se complicaron. Antes era más fácil ir a las casas de los pacientes y visitarlos para los controles, tú me has visto. Hermana, estoy preocupada por varios de ellos, no he podido controlarlos. A la señora Lucy y a Mayerli no las he podido ver, pero lo importante es que pude gestionar el oxígeno para ella y sí le dieron. Y mira todos estos (la médica señala una hoja con datos de contacto de usuarios de servicio de salud), todos estos pacientes están en la misma situación. Me preocupan ellos (Notas Diario de Campo, 8 de junio del 2020).

Además, el rasgo de burocratización (Menéndez 1988) estaba presente en las narrativas de los servidores de la salud, mucho antes de la pandemia “Si no hay permiso del inmediato superior no puede continuar con el proceso de recopilación de datos. Primero debe pasar por el distrito ya después pasa al departamento de Inteligencia de Salud” (Notas Diario de Campo, 09 de marzo del 2020). La crisis sanitaria, solo acentuó el sentir de control y orden (Lechner 1978). Es decir, el ejercicio de disciplinamiento (Foucault 2003) pudo ser percibido por los servidores de la salud. La diferencia entre profesionales operativos y administrativos de la salud legitima las relaciones jerárquicas (Foucault 1988) dentro de la institución, que a su vez insta las identificaciones de los y las sujetos (Lacan 2008) “Solo los administrativos pudieron irse a su casa, con su familia. Yo soy persona vulnerable y hasta ahora no me aprueban el teletrabajo” (Notas Diario de Campo, 07 de mayo del 2020). Pero estas diferencias serán detalladas en la próxima sección de este capítulo.

Para resumir, cabe decir que el modelo de atención MAIS-FC, no estaba preparado para enfrentar una crisis sanitaria; es decir, la elaboración de la herramienta MAIS-FC no estuvo pensada para un escenario de nivel transnacional (Alonso 2020). Y, segundo los y las integrantes de los equipos de salud tuvieron que hacer malabares (Jones 2020) para continuar cumpliendo una labor que ha sido justificada y valorada por discursos de vocación (Notas Diario de Campo, 03 de abril del 2020). La sensación de abandono por parte de la institución “hay que esperar que dicen las autoridades y los lineamientos” (Notas Diario de Campo, 07 de mayo del 2020); visualiza estructura débil en gobernanza de la salud.

### **3.2.1. Administrativos vs operativos. Una identidad institucional**

Las relaciones dicotómicas entre administrativos y operativos estaban presentes mucho antes de la crisis sanitaria “¿Quiénes son? ¿Son de la zona o del distrito? A ella no la había visto” (Notas Diario de Campo, 12 de mayo del 2020). Son preguntas que suelen darse en los equipos de salud cuando un/a administrativo/a o incluso una/a representante de otra institución llega a los espacios del centro de salud. En una ocasión recibí un comentario cuando inicié mi trabajo como administrativa en salud (mucho antes de la pandemia): “ustedes como son administrativos no entienden qué es estar en territorio” (Notas Diario de Campo, 12 de mayo del 2020). Puedo recordar, que en mi mente decía pero yo sé lo que es estar en un centro de salud, yo sí sé ¿qué me hace diferente ahora? Ahora, esta investigación me da la entrada para poder entenderla.

La pregunta que sigue es ¿en qué se distinguen operativos/as con administrativos/as? Entonces, el primer paso es describir las funciones de cada grupo; y la manera más sencilla de iniciar es resaltando el espacio donde estos se trabajan. Las responsabilidades que realizan ambos grupos de servidores/as dependen directamente del lugar donde se encuentran (Quijano 2014, Foucault 2003). Es decir, operativos/as cumplen sus actividades en lo que se denomina establecimiento de salud ubicados en el territorio que delimita a la comunidad que va recibir atención en ese lugar y del equipo de salud. En cambio, las funciones administrativas son ejecutadas desde oficinas que suelen estar divididas por los procesos que lo componen (Notas Diario de Campo, 09 de marzo del 2020).

Ahora, la afirmación que operativos/as de primer nivel de salud están en territorio se la relaciona con la práctica médica integral hacia la comunidad (Granados y Ortiz 2003); (Ministerio de Salud Pública 2012). El enfoque biólogo predomina para diferenciar las funciones de estos grupos de servidores: “Bueno, las funciones en el centro de salud son todo lo que corresponde a atenciones directas con cada paciente, se realiza intervenciones y prevenciones. Como yo trabajo con niños y adolescentes, pero en la pandemia también trabajé con adultos” (Entrevista Servidora Operativa, 09 de diciembre del 2020). En cambio, las labores administrativas (Ministerio de Salud Pública 2013) se basan en gestionar y supervisar que las prácticas médicas cumplan con objetivos del modelo de salud. “Recuerdo que, en las reuniones de administrativos en salud, la autoridad máxima mencionaba que nuestro trabajo era supervisar en territorio, verificar que todo estuviera

en orden con nuestros procesos. Que, si debíamos salir de la oficina, que lo hagamos” (Notas Diario de Campo, 10 de marzo del 2020).

Otra diferencia, que suele ser percibida entre operativos/as y administrativos/as es la delimitación de actividades que ambos grupos cumplen. Es decir, el personal administrativo gestiona y supervisa dependiendo del componente que está ubicado. Para ilustrar, los integrantes de la Unidad de Promoción Distrital (Ministerio de Salud Pública 2013) tienen como prioridad controlar (Foucault 2003) que las estrategias se implementen adecuadamente por el operativo “En el área administrativa me dedicaba a revisar, gestionar y delegar para que se gestionen las quejas o situaciones específicas de salud de los pacientes” (Entrevista Ex-servidora Administrativa de Salud, 14 de diciembre del 2020). Entonces, las relaciones se legitiman en quien tiene la posibilidad de toma de decisiones (Schmitt 1983, Boron y González 2013).

Sin embargo, en las narrativas de los equipos de salud suelen identificarlos como “multifuncionales” (Entrevista Servidora Operativa, 09 de diciembre del 2020). Esto es por la carga laboral que el/la operativo/a percibe: “El operativo realiza también, tarea administrativa; informes, matrices. De hecho, colaboramos con gran parte de la actividad administrativa (...) Nosotros intervenimos en todos los procesos, extramural, atención, hasta de anotadora para vacunas. En cambio, el administrativo, solo debe hacer eso” (Entrevista Servidora Operativa, 09 de diciembre del 2020). Se podría decir, que el/la operativo hace el trabajo duro.

Una tercera diferencia que está presente entre estos dos grupos es el conocimiento de las políticas en salud: “Si se puede distinguir porque en las funciones administrativas te encargas de conocer las políticas públicas administrativas, mientras que a nivel operativo te encargas de ejecutar las políticas públicas para la satisfacción directa de las necesidades de los pacientes” (Entrevista Exservidora Administrativa de Salud, 14 de diciembre del 2020). En otras palabras, el conocimiento es validado por el rango jerárquico<sup>45</sup>. La teoría de Marcuse (1954[1993]) hace posible interpretar que el conocimiento puede ser consecutivo de las necesidades falsas impuestas por grupos hegemónicos. Pero también el saber permite una identificación, ergo, el

---

<sup>45</sup> Este punto puede ser objeto de contradicciones, por eso al hablar de conocimientos en efecto al saber de políticas sanitarias.

reconocimiento del otro (Foucault 1988). Es posible comprender por qué es tan importante que los profesionales de la salud continúen apostando a la educación continua, como un mecanismo de consentimiento ante el control (Brown 2015).

Recuerdo cuando dejé mis funciones administrativas y regresé a la atención de pacientes, me delegaron ir a una capacitación de Servicios Inclusivos<sup>46</sup>. En la charla, comenzaron a hacer preguntas acerca de las políticas en derechos humanos y salud sexual reproductiva. Yo sabía las respuestas y las contestaba; el expositor en un momento de la capacitación preguntó ¿eres administrativa? Mi respuesta rápida fue decir no, sin embargo, varias voces que se escucharon al mismo tiempo dijeron: pero ella lo era (Notas Diario de Campo, 10 de marzo del 2020).

Los y las profesionales de la salud deben de tener cualidades para ejercer sus labores<sup>47</sup> de manera óptima. En el caso de los operativos, el atributo que sobresale es la empatía con la comunidad y con los integrantes del equipo de salud “Nosotros debemos dar una atención buena y de calidad. Una atención humana” (Notas Diario de Campo, 8 de junio del 2020). En cambio, el carácter que debe ser parte de los/as administrativos/as está relacionado a la sensación de confianza que brindan para la institución o mejor dicho para el poder gubernamental: “Las personas de confianza suben al administrativo” (Notas Diario de Campo, 10 de marzo del 2020).

La manera de cómo el poder gubernamental se hace visible en las prácticas de los servidores públicos se vuelve muy interesante, no solo por identificar el aumento de capacidades en los distintos profesionales de la salud con el objetivo de mejorar la producción. También la formas de concertar las voluntades; la felicidad o disminución de falta para el sujeto, a más de mostrar un aspecto mágico e imaginario del Estado permite llegar acuerdos con la finalidad de tener la idea de libertad. Se puede decir que desde una mirada al concepto de Estado y racionalidad a la gubernamentalidad el poder circular sin centro y sin nadie quien lo detenga.

Entonces, se puede entender que las relaciones de poder entre administrativos y operativos se interpelan desde la estructura institucional, mismas que son determinadas por una cadena de

---

<sup>46</sup> Estrategia del proceso de promoción de la salud.

<sup>47</sup> A pesar que existen perfiles óptimos que detallan los requisitos para los cargos administrativos y operativos, las cualidades que se explican son tomadas de las narrativas de los/as servidores.

significados, o como menciona Ladin: “Las interpelaciones (...) constituyen las formas que los individuos son nombrados, designados en la órbita laboral, en la sociedad civil, en el sistema institucional estatal, en su condicional nacional, etcétera” (Landi 1985, 186). En otras palabras, el sujeto se construye sobre un modelo de empresa contemporánea y la salud se configura dentro de un sistema hegemónico ligado a la producción de los sujetos (Brown 2015), pero que mantiene una estructura social establecida en la raza, clase y género (Quijano 2014).

Finalmente, la institución como figura administrativa, valida el ejercicio de poder del servidor público, pero también introyecta una idea de privilegio ante los demás. El privilegio en este sentido se vuelve efímero y subjetivo ante las distintas realidades de los sujetos. Es una sensación que está presente y tiene como consecuencia una necesidad mutua. La institución requiere al profesional de la salud, por su fuerza de trabajo, y el servidor necesita a la institución para tener una idea de sostenibilidad económica. Necesidad mutua como forma de negociación (Agarwal 1999, Brown 2015, Scott 2004), sobre lo cual se expondrá a continuación.

### **3.2.2. Equipo de salud, tácticas de resistencia y negociación**

Foucault (2003) utilizó un escenario muy diferente para explicar la función de la disciplina del cuerpo y la mente de los sujetos. No obstante, es posible referir que los profesionales de la salud también han sido moldeados ante la necesidad institucional (Brown 2015). El sujeto productivo con un perfil dócil es el resultado de la inscripción del poder; es decir el ejercicio de control está produciendo (Foucault 2003, Piedra 2004). Los y las integrantes del equipo de salud son capaces de identificar las asimetrías y diferencias producidas por las dinámicas. Pero también son idóneos para negociar sin correr riesgo (Scott 2004).

Así mismo, ese poder invisible se encarga de legitimar las relaciones jerárquicas y posicionar quien tiene las facultades de toma de decisión (Foucault 1988). Los sujetos son categorizados y clasificados en grupos; esto refleja una estructura social establecida (Quijano 2014). Por lo tanto, los y las profesionales de salud asumen las cualidades y se identifican con ellas.

Esta forma de poder se ejerce sobre la vida cotidiana inmediata que clasifica los individuos en categorías, los designa por su propia individualidad, los ata a su propia identidad, les impone una ley de verdad que deben reconocer y que los otros deben reconocer en ellos (Foucault 1988, 7).

La COVID-19 trajo nuevos retos para el equipo de salud y curiosamente esta crisis sanitaria es comparada como un campo de guerra (Lynteris y Poleykett 2018) y los/as integrantes del equipo de salud son los soldados escogidos para enfrentarla (Schmitt 1984): “Son los héroes de esta guerra. Todo el apoyo para ellas y ellos” (Ministerio de Gobierno 2020, El Universo 2020). La categoría de soldado que explica Foucault (2003) al igual que el equipo de salud, debe contar con la valentía y conocimientos (saberes). Esto da como resultado estar prestos a servir a la institución.

El soldado es por principio de cuentas alguien a quien se reconoce de lejos. Lleva en sí unos signos: los signos naturales de su vigor y de su valentía, las marcas también de su altivez; su cuerpo es el blasón de su fuerza y de su ánimo; (...) el soldado se ha convertido en algo que se fabrica; de una pasta informe, de un cuerpo inepto, se ha hecho la máquina que se necesitaba; se han corregido poco a poco las posturas; lentamente, una coacción calculada recorre cada parte del cuerpo, lo domina, pliega el conjunto, lo vuelve perpetuamente disponible, y se prolonga, en silencio, en el automatismo de los hábitos; en suma, se ha "expulsado al campesino" y se le ha dado el "aire del soldado" (Foucault 2003, 124).

Scott (2004) inicia con el interrogante “¿Por qué la gente da la impresión de someterse cuando parece tener otras opciones?” (Scott 2004, 98). Bueno, esta pregunta puede aplicarse para los equipos de salud. Lechner (1978) explica que el aparente estado de pasividad por la mayoría es el resultado de un producto político. Por tal motivo, Scott (2004) acude al concepto de discursos ocultos, entendido como las manifestaciones en relación a la resistencia y de negociación permanente con el poder: Yo no salgo cuando viene alguien del distrito, prefiero quedarme en el consultorio. Espero que se vayan y ahí sí puedo salir. No vayan a salir que me quieren preguntar alguna cosa” (Notas Diario de Campo, 12 de marzo del 2020).

Utilizar discursos ocultos para el equipo de salud es la continuación de lo público a lo privado que “rara vez se manifiesta afirmativamente” (Scott 2004, 219). Sin embargo, se presenta como

agresión hacia los dominantes sin correr riesgos. Es decir, esta estrategia es identificada como lugar de enunciación (política) para la clase subordinada. Pero a pesar, de que esta forma de resistencia se encuentre presente en las relaciones sociales como un conjunto de estrategias tan visibles como discretas, no es una resistencia neta o total, es una forma de tener una idea del ejercicio de poder:

El discurso que refleja y sostiene, no es sino un mecanismo trivial que busca soportar la situación de poder sin alterarla prácticamente de una manera decisiva. Se podría seguir diciendo que no se trata de una resistencia real, así como una oposición simbólica velada no es una disidencia ideológica real (Scott 2004, 226).

Pero, ¿qué es resistencia de los equipos de salud? No creo que aún sea posible responder esta pregunta por ahora, pero he aproximado en entender cómo que los actos de resistencia son construidos por la historia y el contexto que se encuentran los y las profesionales de atención en salud. Lola Luna (2004) analiza la historiografía de las mujeres en la inserción de la cultura política como formas de organización y respuesta:” Ustedes pueden estar bien. Tranquilos, la doctora y yo vamos a estar. Ustedes no tienen por qué preocuparse. Ya todo se encuentra organizado para atender los casos COVID. Ustedes sigan apoyándonos en las demás actividades” (Notas Diario de Campo, 31 de marzo del 2020).

Prieto (2015) resalta la importancia del rol de las mujeres a pesar de las limitaciones generadas por medidas occidentales y hegemónicas. El cuerpo (en el campo de la salud) se vuelve una manera de resistir para las mujeres; este representa un espacio de construcción de histórica, la importancia de los valores y aptitudes que posibilitan una integración de la comunidad “constancia en el trabajo, fidelidad al esposo y al hogar, cariño a los hijos, veneración a los mayores, defensa de la tierra, entrega a sus deberes y abnegación y sentido moral” (Prieto 2015, 151), lo que quiere decir, cómo resistencia. Quiere decir, que las mujeres conforman un rol importante en cultura política como táctica de negociación con el poder, entendiendo este concepto como la inclusión de: “valores, creencias, ideología, memoria específica, textos, vocabulario, formas de sociabilidad” (Luna 2004, 4). Además, las luchas, y los logros de las mujeres son hechos políticos relacionados con la ideología, con las ideas políticas; en suma, con

problemas de exclusión y de subordinación, que pueden ser analizados en términos de poder a través del concepto de género y sus significados (Luna 2004, 2).

Retomando al discurso oculto, se puede identificar que parte de una acción de resistencia hacia la institución es la misma elaboración de este trabajo académico. Mantenerse en los márgenes del poder gubernamental puede ser interpretado también como una estrategia de resistencia y a su vez tener una idea de libertad o de negociación de ella. La adaptación de metodología y otros aspectos más de este estudio, permitió tener un reto interesante como investigadora.

Cumplir un doble rol no fue fácil y lo pude entender hasta terminar la elaboración de este escrito. No fue sencillo identificar las formas de resistencia en los equipos de salud e incluso en ciertos momentos de mi misma. En muchas ocasiones pude sentir cómo la teoría tomaba forma en los mecanismos de disciplinamiento. Pero también, en los momentos de la cotidianidad, durante los almuerzos y en la compañía del equipo de salud era posible resistir a los mecanismos del poder y las estrategias de control impuestas por tecnologías que se encuentran en el día a día. Estos momentos, no solo permitía la idea de protección y negociación del poder gubernamental; sino también generaba una contención para que se continúe con la atención del usuario del servicio. La idea de estar puertas adentro puede sonar muy tentadora e interesante para la investigación, esto me permitió identificar que los equipos de salud son mucho más que sujetos de disciplinamiento que obedecen a un poder gubernamental; son sujetos de deseo que dan cuenta de cómo el poder circular sin centro y sin que nadie lo detenga. Son capaces de reconocer un Estado ambivalente pero que también reconocen los privilegios que permiten estar más cerca de esa idea de libertad y felicidad.

Finalmente, los integrantes del equipo de salud se desempeñan como sujetos de resistencia en el cumplimiento de derechos para la comunidad, porque desde su gestión trabajan en los derechos de la salud para los usuarios del ministerio.

### **3.2.3. La comunidad ¿amigo o enemigo?**

Hasta este punto, las dinámicas entre operativos y administrativos se han llevado el protagonismo de este análisis. Por otra parte, el modelo de atención (MAIS-FC) ubica a otro actor dentro de

esta herramienta sanitaria, que son los usuarios y usuarias del servicio de salud. Es por eso, que esta sección está dedicada a la comunidad, entendida como grupo o conjunto de personas que suelen estar definidas por una zona geográfica (Ministerio de Salud Pública 2019).

Algunos trabajos académicos (Rivera 2019); (Castellanos 2018) han constatado que la relación médico/paciente (Menéndez 1988) aún persiste en el ejercicio de la salud, a pesar del intento de implementar estrategias con un enfoque social (Giraldo Osorio, y otros 2010). Y, como he dicho en líneas anteriores la crisis sanitaria no facilitó para que las problemáticas dentro del sistema sanitario cesen. El modelo de salud (en teoría) tiene como objetivo que la relación entre el equipo de salud y comunidad se asienten en principios de eficacia, eficiencia y calidez (Ministerio de Salud Pública 2012). Lo cual tendría como resultado que la dicotómica médico/paciente se transforme en una práctica médica (Granados y Ortiz 2003) que legitima los determinantes sociales de la población y de los/as profesionales sanitarios.

No discrepo en el hecho que aún las relaciones jerárquicas médico/paciente siguen persistiendo en las dinámicas de atención (Rivera 2019, Castellanos 2018). Pero, también creo que los conocimientos (académicos o tradicionales) y los nuevos discursos de la salud (Pereyra 2016) han ayudado para que las prácticas médicas se vayan modificando con un enfoque más inclusivo y social.

Me preocupan ellos hermana (señala una hoja con el título de pacientes vulnerables). Todos están en la misma situación, por eso, una que trabaja aquí debe aprender ser más humana, darse la manera para ayudarlos. Ya muchas cosas tienen ellos que enfrentar ahora. Nuestro trabajo en estos tiempos es darles una mano y un poquito de tranquilidad (Notas Diario de Campo, 8 de junio del 2020).

La relación equipo de salud – comunidad puede traducirse desde el planteamiento como nexo social (Foucault 1988, 17). No solo se encarga de organizar a los sujetos y sus jerarquías, del mismo modo, distingue las características asimétricas que diferencian a estos dos grupos. Ahora, estas narrativas que reconocen e identifican a los sujetos, también dependerán del contexto que se encuentren. Es por eso, que desde el inicio de la pandemia la identidad de la comunidad fue

tomando otros aspectos. Es decir, en los discursos de los y las profesionales de la salud, la identidad de la comunidad comenzó a tener otra cara:

Parece que la gente no se quiere cuidar, anda saliendo no más de sus casas. No saben el peligro que se hacen al salir. Luego vienen al centro de salud a exigir la atención y con todo lo que está pasando en los hospitales, difícil poder darles ayudar. Está enfermedad si da miedo y las personas que no se cuidan, son un peligro (...) Por suerte, a nuestro centro de salud no han llegado muchos casos de COVID, incluso las personas ya vienen bien poquito. Pero mejor, que se queden no más en sus casas. Dentro del centro de salud estamos más cuidados (Notas Diario de Campo, 31 de marzo del 2020).

Llamé de nuevo a la señora Silvita, ya está mejor y se está recuperando. Ella es una paciente muy juiciosa en su salud, por eso si me dio pena que se haya enfermado. Aún no sabe dónde se contagió, parece que fue por su hija que salía al trabajo, lo importante es que ya está mejor. Ya le dije que cuando se mejoré, pasaré a visitarla a su casa (Notas Diario de Campo, 22 de abril del 2020).

Carl Schmitt (1982) propone la dicotomía amigo-enemigo para comprender la política y el sentido de “lo político” en rol del Estado. Es decir, la capacidad de toma de decisiones y la instauración de un orden. Para este autor (Schmitt 1982) el enemigo se vuelve el adversario, por encontrarse fuera de la ley “El enemigo es simplemente el otro, el extranjero y basta a su esencia que sea existencialmente, en un sentido particularmente intensivo, algo otro o extranjero” (Schmitt 1984, 23). En este sentido, las metáforas bélicas y militarizadas (Lynteris y Poleykett 2018) ubicadas en las narrativas de la COVID-19, se plasman en los actos y prácticas médicas entre la comunidad el equipo de salud.

Todos estamos luchando contra este virus, es importante que todos pongamos el hombro para no dejarnos vencer de esta enfermedad. Hay que darle batalla al COVID, respetando y obedeciendo las medidas del MSP. Los que no respetan las medidas, es porque no tienen corazón, no les importa nada (Notas Diario de Campo, 31 de marzo del 2020).

Como consecuencia, no solo se otorga una identidad a los sujetos, también se los reconoce en virtud de estas categorías. El identificar a la comunidad como amiga o enemiga (Schmitt 1984, es

el resultado de mecanismos de cohesión social; mantiene un orden en el sujeto productivo y reconoce quien es el adversario.

### **3.3. Conclusión**

Queda más que claro decir, que la resistencia es todo un arte estratégico. Este concepto es participe del terreno de lo político y los integrantes del equipo de salud de manera sigilosa reúnen recursos que equilibran al poder. La búsqueda de autonomía y disidencia para los/las profesionales sanitarios/as se vuelve una actividad de todos los días. Esta sección logra describir dinámicas de dominación contemporáneas dentro de las narrativas del sistema de salud hegemónico. El nexos social que se genera entre las dicotomías, valida la clasificación y categorización de los sujetos. Es decir, son sujetos productivos en función de las necesidades. Estas necesidades se instauran por una gobernanza en salud debilitada que simplemente no logra salir del principio de burocratización. El resultado es un ordenamiento con bases neoliberales y totalizadoras. Que, además debe responder a un evento con carácter transnacional y no solo local. Es por eso, que no fue sorpresa que el modelo de salud iba a tener varias complicaciones para controlar los efectos de la pandemia.

Uno de estos efectos fue que las relaciones entre servidores/as administrativos/as y operativos/as se tornaron un espacio de identidad política (Landi 1985), pero que acentuaron las desigualdades entre ellos. En ese sentido, se puede observar dos aspectos. Primero, por medio de las asimetrías en las dinámicas de poder, es posible legitimar las relaciones que están envueltas en el discurso de la promoción de la salud. Es el caso entre los actores del sistema de salud, cada uno de los grupos que forman parte de este aparato reconocen la estructura de dominación que antecede a la institución. Es decir, las relaciones de poder interpelan desde la estructura institucional.

En segundo lugar, las relaciones de poder generan enunciados los cuales son identificados e incorporados en el yo del sujeto. Lo que quiero decir, es que los servidores de la salud se constituyen en virtud de las calidades y diferencias que los clasifican. Estas mismas identidades, no solo reconocen como sujetos también define los recursos de negociación como actor político. Esto definirá hasta donde se puede resistir.

Este capítulo permite reconocer que por medio de la Antropología del Estado se puede comprender que los equipos de salud son conformados por sujetos que también son controlados, obedecen y negocian con un poder gubernamental que se antepone. Es por eso, que desde el discurso de la Promoción de la Salud se cuestiona el cómo se formulan las reglas, las normas y las construcciones en la subjetividad, es decir el sistema político y poder gubernamental.

Por medio del concepto de discurso oculto, describo algunas maneras de resistir por los equipos de salud durante la COVID-19, pero más que nada es posible reconocer que el andamiaje de tecnologías de control es identificado y concertado por los equipos de salud. La idea de libertad para el sujeto es reconocer que está se encuentra dentro de las relaciones de poder del sistema de salud. En este punto, me permito decir que esa observación está relaciona al doble rol que ejecuto en este estudio. Intento salir del planteamiento acerca del profesional de la salud como ese sujeto que disciplina los cuerpos, que es parte del poder gubernamental. Y más bien, como aquel que también es controlado/a y negocia con acuerdos que suelen ser precarios para el dominado, pero que son reconocidos como negociación, voluntades o resistencia.

## **Capítulo 4**

### **Un sistema de salud, con enfoque de género**

Este capítulo reflexiona acerca del discurso de la promoción de la salud, pero a diferencia de la sección anterior el papel protagónico lo llevan las profesionales sanitarias. El acápite responde al último objetivo de investigación; se basa en distinguir las categorías de cuidado y resistencia como contestación al ejercicio de poder en el discurso de promoción de la salud, todo esto dentro del contexto de la COVID-19.

De manera que, primero se realiza un análisis relacional con las categorías género y cuidado, esto dará paso para identificar los estereotipos de género. Seguido de esto con una aproximación teórica y etnográfica se responde cuándo el cuidado no forma parte de la estrategia de resistencia. El planteamiento teórico para este apartado seguirá liderado por el análisis de los estudios foucaultianos, sin embargo, el desarrollo conceptual de la categoría género será a partir de Joan Scott (1986), Salgado (2006), Sherry Ortner (1979), Bina Agarwal (1999) y Butler (2002). El trabajo de estas escritoras permite entender el rol (de producción) de la mujer dentro del equipo de salud.

#### **4.1. Género, cuidado y resistencia**

Hablar de género en este punto de la investigación es necesario, no solo porque esta categoría se vuelve una representación de las relaciones de poder: “Sería mejor decir que el género es un campo primario dentro del cual, o por medio del cual, se articula el poder” (Scott 1986, 68). También funciona como mecanismo constitutivo; Joan Scott (1986) identifica al género como “construcciones culturales, toda la creación social de las ideas acerca de los roles apropiados para las mujeres y para los hombres” (Scott 1986, 53). En otras palabras, son aquellas construcciones sociales que determinan la conducta de lo femenino y lo masculino.

El género a través de la historia se convirtió en una categoría relacional que explica los actos por medio de las relaciones de poder. Es por eso que Castro (1993) identifica a esta categoría “como una forma de dominación específica”. (Castro y Bronfman 1993, 379). Los roles sociales de hombres y mujeres pueden ser explicados desde varios autores y teorías, sin embargo, la

dicotomía naturaleza/cultura (Ortner y Whitehead 1979) expone procesos de subordinación en la mujer por un *aparente* orden biológico. Ortner (1979), habla de una relación directa entre el cuerpo, las tareas de reproducción, los roles sociales e incluso la psique femenina.

El cuerpo de la mujer parece condenarla a la mera reproducción de la vida; el macho, por el contrario, al carecer de funciones naturales creativas, debe (o tiene la posibilidad de) afirmar su creatividad de modo exterior, «artificialmente», a través del medio formado por la tecnología y los símbolos (Ortner y Whitehead 1979, 117).

A pesar de que existen estudios que identifican a la mujer como intermediara entre la cultura y naturaleza (Zimbalist Rosaldo 1979 ). Rubin (1986) visualiza un aparato social que ubica a las mujeres como cuidadoras. Quiere decir, que las cualidades son determinadas por una connotación biológica, ergo, narrativas que suelen ser interpretadas con actos de subordinación. Van Dijk (1999) lo explica desde “el control del texto y del contexto es el primer tipo de poder asentado en el discurso” (Dijk 1999, 28). En otras palabras, las estructuras discursivas contextualizaran las realidades de las mujeres.

Con un enfoque crítico, se debe tomar en cuenta que las autoras (Ortner y Whitehead 1979); (Rubin 1986) trabajan la premisa que la mujer se representa en el espacio de la otredad (Beauvoir 1949). Ahora, las luchas ganadas por los feminismos (Herrera 1998) están dentro del contexto narrativo (Dijk 1999). Es por eso, que los actos ejecutados por las mujeres no son interpretados como subordinados solamente. Más bien, son actividades naturalizadas que responden a una cultura hegemónica, esencialista y algunas veces excluyente.

Una de las tareas que cumple con las características mencionadas es el cuidado. Por mucho, este concepto recae en la responsabilidad del sexo femenino (Esteban 2006); y ser servidora de la salud no es justificativo para no realizar dicha labor. Más aún, cuando es una actividad cotidiana para muchas de las profesionales sanitarias que se enfrentaron a la pandemia. “El trabajo de cuidar es una responsabilidad social absolutamente generizada” (Esteban 2006, 16). Esta idea puede ser explicada desde diversas perspectivas, sin embargo, es interpretada como un acto que se ejecuta en función de afectos y emociones. A pesar de ciertas críticas a este planteamiento

(Torns 2008) es algo que suele encontrarse en las narrativas de algunas usuarias que buscan de las prestaciones en salud:

¿Me puedo atender con la doctorita? Con ella no me da vergüenza, a mí no me gusta que un médico me atienda para eso. La doctorita que me atendió la otra vez me gustó, ella fue bien buena conmigo porque me explicó todo despacito. No sea mala, ¿me puedo atender de nuevo con ella? (Notas Diario de Campo, 17 de abril del 2020).

Son las palabras de una mujer de aproximadamente 45 años de edad, que solicitaba la atención médica de una doctora del equipo de salud. En su narrativa (Dijk 1999), resalta cualidades de bondad y paciencia relacionadas al cuidado de la salud que le brindaron. De tal manera, que la importancia en las emociones y los afectos no puede ser desapercibidos en el acto de cuidar; se vuelven necesarios y fundamentales: “Es bien dulce esa doctorita, con ella me gusta atenderme. Los otros doctores parecen más bravos” (Notas de Diario de Campo, 20 de febrero del 2020). Conuerdo con Hernández (2009) cuando propone “un papel preponderante a las emociones en la responsabilidad por el otro que orienta las acciones de cuidado” (Hernández 2009, 178). Hablar del concepto cuidado quiere decir que es un acto que contribuye al sostenimiento de la vida; designa la relación con los otros y consigo mismo (Torns 2008).

El apoyo y el cuidado se conciben como un conjunto de actividades dirigidas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas, integrando (...) los siguientes aspectos: apoyo económico, suministro de vivienda, el cuidado o asistencia personal, el cuidado de los niños pequeños, y las diferentes formas de ayuda práctica y apoyo emocional (Gonzálvez 2013, 133).

La responsabilidad que reincide en las servidoras de la salud es evidente; la doble función que llegan a cumplir es algo que se puede identificar en el contexto de la investigación. No quiere decir que antes de la pandemia no existía inequidad en la responsabilidad del cuidado, pero, la crisis ha generado un incremento en las tareas de reproducción tanto por el sistema género, parentesco y edad (Esteban 2003).

Anoche me quedé hasta tarde haciendo los deberes de mi hija, casi ni dormí. Llegué y me puse a limpiar la casa; estaba un caos y no podía verla así. Saben, intenté explicarle los deberes de matemáticas a la mujercita, pero se me hizo imposible. Me empecé a desesperar, y le dije que se vaya a dormir y yo terminé haciendo esas multiplicaciones. Cuando me di cuenta era como la una y no había terminado el deber (Notas de Diario de Campo, 30 de abril del 2020).

Las palabras de una médica familiar relatan cómo ha tenido que modificar sus rutinas a consecuencia de la COVID-19. No significa que los profesionales sanitarios hombres no realicen el acto de cuidar en salud, claro que lo hacen. No obstante, estas actividades al ser generizada (Esteban 2003) (Hernández 2009) concede a los sistemas de dominación menor nitidez en divisar las desigualdades de género y la división sexual de trabajo.

Agarwal (1999) comprende al cuidado como unidad doméstica y resalta la capacidad de negociación “La interacción dentro de la unidad doméstica contiene elementos tanto de cooperación como de conflicto. Los miembros de la unidad doméstica cooperan en la medida en que los acuerdos de cooperación hacen su situación más cómoda que la no cooperación” (Agarwal 1999, 16). Las palabras de la autora resuenan en el relato de la enfermera, parte del equipo de salud:

Por suerte, a mi esposo le gusta cocinar y él se encarga de eso. Cuando yo llego a la casa él ya está cocinando y yo después de bañarme, me hago cargo de revisar los deberes a mi hija. Mi esposo si le tiene paciente a mi hija, pero ella le gusta hacer los deberes conmigo. Lo que más me preocupa es que ella pase sola en casa, estoy pensando con mi esposo ir uno ideas a la casa de mi mamá para que vea a mi hija y estar más tranquila (Notas de Diario de Campo, 31 de marzo del 2020).

Esto no quiere decir, que las consecuencias siempre van a ser equitativas “los resultados de la negociación doméstica estarán condicionados por los resultados de la negociación extradoméstica con la comunidad y el Estado” (Agarwal 1999, 20). Dicho de otra manera, a pesar de existir acuerdos, esta no suele ser en función de cuestionar quien está a cargo del acto de cuidar. Como resultado, las mujeres realizan transacciones no mercantiles que se vuelven estructuras de apoyo y ayuda para ellas (Agarwal 1999, 23). Pero a más de eso, ofrece una mirada crítica al papel del

Estado (Torns 2008) en relación a políticas que no valoran las necesidades y realidades del género femenino.

Reflexionar acerca de la obligatoriedad en las tareas de cuidado se vuelve necesario, ya que al igual que el poder (Morey 1981[200], 9) cuidar también produce. El cuestionamiento debe ser dado por parte del Estado en la elaboración de políticas; en las instituciones con el objetivo de respetar dichas propuestas y de manera individual. De esta forma, se podrá reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidado:

Reconocer significa visibilizar el trabajo que hacen las mujeres en sus distintos roles (...) Reducir el tiempo que se invierte en tareas de cuidado implicaría modificar las condiciones materiales que hacen que se deba invertir más tiempo en estas labores (...) Por su parte la redistribución implica pasar a las prácticas concretas de negociación de las tareas domésticas (...) También se debe reflexionar acerca de estrategias laborales que permitan conciliar trabajo-familia y no solo se dirijan a las mujeres, sino también a los hombres (Arias-Rodríguez 2020, 109).

Aún es muy pronto para identificar las diferencias entre los conceptos de cuidado y resistencia. Ambas categorías se constituyen por la historia y las experiencias de las mujeres, encontrándose siempre en la cotidianidad. Una se hace cargo de la sostenibilidad de la vida (Esteban 2006). En cambio, la resistencia lucha por la vida (Giraldo 2006). Es por eso, que la obligatoriedad en las tareas de cuidado debe ser analizada con mayor profundidad. Ahora, para distinguir mejor estas categorías, se intenta aproximar a la respuesta de: ¿qué significa tener enfoque de género en el sistema de salud?

#### **4.1.1. El género en el sistema de salud**

Las investigaciones en el área de la salud suelen estar divididas en tres tipos de estudio (Castro y Bronfman 1993); el primero hace referencia a los procesos de salud-enfermedad en relación a los determinantes sociales de la comunidad; en segundo lugar, los grupos de estudios comparten datos de la práctica médica y la respuesta a la enfermedad. Por último, el tercer está relacionado al saber médico y cómo la enfermedad es introyectada por el sujeto. Al posicionar a esta investigación desde un enfoque feminista da la posibilidad que estas diferencias se difuminen ya que: “la perspectiva de género es una herramienta analítica que enriquece la comprensión del

proceso de salud-enfermedad-atención y la eficacia de programas diseñados para remediar problemas determinados” (Rubin-Kurtzman y Denman 2006, 7).

El sistema de salud con enfoque de género “forzaría a re-interpretar todo nuestro conocimiento actual, en otros términos, y nos permitiría cuestionarnos y dirigir nuestra atención hacia dominios del todo inexplorados desde el punto de vista de la ciencia masculina” (Castro y Bronfman 1993, 384). Quiere decir, la construcción de nuevos saberes puede abrir paso a nuevos paradigmas en el campo de la salud.

Ahora, ¿qué significa el género en el sistema de salud? Primero hay que señalar que la perspectiva de género ha ganado un importante campo en investigación del área de la salud y concibe a la mujer.

En su condición de sujeto sexuado y sexual, deseante, sociocultural, histórico, político y en tanto ciudadanas (es decir sujetos con derecho a tener, ejercer y exigir derechos), demanda cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud, así como en las propias prácticas de las profesiones involucradas (López Gómez y Couto 2017, 4).

Es así que el Estado y la ejecución de programas de promoción de la salud, identifica la importancia del enfoque de género (Ministerio de Salud Pública 2019). Por ejemplo, la creación de la *Norma Técnica en Atención Integral en Violencia de Género* en el año 2014 y actualizada en el año 2019<sup>48</sup>. De igual manera, se encuentra el *Manual de atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)* publicado en el año 2016. En un contexto más biológico, las Guías de Prácticas Clínicas (GPC)<sup>49</sup> que en su mayoría son dedicadas a la atención de salud sexual y reproductiva con enfoque de género (Ministerio de Salud Pública 2018).

Estos ejemplos identifican al Estado como garante de derechos “protector de la integridad social.” (Giraldo 2006). Varios artículos (Arias 2008, INREDH 2016, Vance Mafla 2012)

---

<sup>48</sup> Esta Norma Técnica amplia la cartera de servicios incluye graves violaciones de derechos humanos.

<sup>49</sup> Como su nombre lo indica tienen el objetivo de normar ciertas prácticas médicas y disminuir el riesgo de una mala praxis.

infieren críticas positivas acerca de la Constitución Ecuatoriana del 2008. Su estructura promueve una organización basada en la equidad y la inclusión “entre las garantías de los principales derechos del buen vivir se incluyen al acceso universal y gratuito a la salud y la educación; la universalización de la seguridad social” (Arias 2008).

Políticas que promocionan la creación de salas de lactancia o la elaboración de una ley que previene la violencia de género contra las mujeres es algo que se encuentra presente como formas de resguardar los derechos de las/os ciudadanas/os en general. Es así, que el Estado es una unidad de decisión que llega a depender del enfoque político que lo domine:

(...) el Estado se basa como unidad política en una vinculación de dos contrapuestos principios de formación, el principio de la identidad (del pueblo presente consigo mismo como unidad política, cuando, por virtud de propia conciencia política y voluntad nacional, tiene aptitud para distinguir entre amigo y enemigo), y el principio de la representación, en virtud del cual la unidad política es representada por el Gobierno (Schmitt 1982, 213).

No es el objetivo de este estudio profundizar en el concepto de Estado; pero al hablar de esta categoría se la interpreta como una unidad política de organización “que, dentro de determinado territorio, reclama para sí” (Vera 2014, 58). Suele ser articulador de la vida social y el análisis se lo realiza en base a las relaciones específicas que lo anteceden. En otras palabras, es la cristalización de las relaciones sociales que se legitiman y buscan un consenso activo (Lechner 1978).

Y, uno de los métodos para llegar a ese fin, es la tecnología. Este concepto es trabajado por Marcuse (1954[1993]), lo identifica como formas de generar un control social (Lechner 1978), pero de manera más agradable y menos coercitiva. Considero, que el Estado Ecuatoriano en sus dos últimos gobiernos ha sido participe de esta técnica, volviéndose de alguna manera su mayor aliada: “La tecnología como tal no puede ser separada del empleo que se hace de ella; la sociedad tecnológica es un sistema de dominación que opera ya en el concepto y la construcción de técnicas” (Marcuse 1954[1993], 26). Quiere decir, que la tecnología es el resultado de procesos sociales integrados por aparatos técnicos de control.

Es por eso, que el proceso de Rendición de Cuentas<sup>50</sup> puede ser interpretado como tecnología (Marcuse 1954[1993]) que utiliza el Estado. Las instituciones del sector público, medios de comunicación, entidades que reciben fondos estatales y autoridades elegidas brindan información acerca de las metas cumplidas del año fiscal. La presentación de datos y resultados obtenidos divisan una gubernamentalidad (Foucault 1981) en el Estado Ecuatoriano. Pero a más de eso, nos topamos con discurso institucional que mantiene el principio de legitimidad y para eso se debe comprender que: “Una relación de poder conseguirá ser reconocida cuando durante un tiempo mantenga un orden, o sea cuando orden y duración adquieran significación en la formación de la conciencia. Mantener el orden significa ante todo ofrecer una seguridad de orden” (Lechner 1978).

Uno de los primeros indicadores del informe de rendición del MSP del año 2019 (Ministerio de Salud Pública 2020) es la implementación de políticas en temas de igualdad y género. Entre los resultados se detalla número de atención a víctimas de violencia, cuantos profesionales de la salud fueron sensibilizados con un enfoque de género. No se puede negar, que los datos son interesantes a primera vista y suelen ser presentados a la sociedad civil como logros institucionales. A su vez, esta información es reportada a los organismos internacionales como compromiso al ser Estados Parte de convenios, uno de ellos es la CEDAW<sup>51</sup> que tiene una temática en derechos y enfoque de género (Ministerio de Salud Pública 2012).

En este sentido, el rol que proyecta el Estado busca satisfacer las necesidades determinadas por la historia y el contexto cultural. Sin embargo, siguiendo la teoría de Marcuse (1954[1993]), estas suelen denominarse como necesidades falsas que promueven prácticas heteronormadas. “La «verdad» y la «falsedad» de las necesidades designan condiciones objetivas en la medida en que la satisfacción universal de las necesidades vitales y, más allá de ella, la progresiva mitigación del trabajo y la miseria, son normas universalmente válidas” (Marcuse 1954[1993], 36).

---

<sup>50</sup> El Consejo de Participación Ciudadana y Control Social define a la rendición de cuentas como: “un proceso mediante el cual quienes toman decisiones sobre la gestión de lo público, cumplen su deber y responsabilidad de explicar, dar a conocer o responder a la ciudadanía sobre el manejo de lo público y sus resultados” (CPCCS 2020).

<sup>51</sup> CEDAW, por sus siglas en inglés es el “comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (...) es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (Naciones Unidas).

Esto no quiere decir que las políticas de igualdad sean innecesarias, o peor aún que no hayan tenido un resultado positivo para las comunidades. La presentación de un Estado pluricultural, garante de derechos y con un intento de fortalecer el enfoque de género son rasgos presentes en la Constitución, pero ¿Qué pasa con la implementación de estas políticas en lo local, dentro del territorio y con la comunidad (profesionales públicos de la salud y usuarios del sistema de salud)? El MAIS-FC pronuncia en varias ocasiones la categoría de género (24 veces exactamente) (Notas de Diario de Campo, febrero 10) y dependiendo del tema inicial es interpretado como: una variable cuantitativa *femenino/masculino* (Ministerio de Salud Pública 2012, 24), un determinante social de la salud y un condicionante de estilo de vida. De igual forma, es traducido como un modo de atención *empático*. Pero el manual no define esta categoría, no indica qué significa “Incorporar el enfoque de género, intercultural y generacional en las prestaciones y acciones de salud” (Ministerio de Salud Pública 2012, 112). Hago referencia a este punto, ya que justamente esta cita se encuentra ubicada en la sección de *Responsabilidad del cuidado de la salud individual, familiar y de la comunidad* por parte del primer nivel de atención.<sup>52</sup>

Considero que este dato puede ser un referente para comprender los trabajos de Rubin (1986) acerca del sistema sexo/género o incluso la publicación realizada por Esteban (2006) en el análisis crítico del uso de estos conceptos dentro de las áreas de investigación de la salud. El género es interpretado (Dijk 1999) en base a las experiencias e ideologías del profesional de la salud.

Los servidores y servidoras de la salud reciben periódicamente charlas y talleres con enfoque de género, con el objetivo de concientizar y aportar en una atención adecuada. Estas suelen ser presenciales o por plataformas virtuales; así lo detallan los resultados que el MSP comparte en su informe de rendición de cuentas del año 2019: “Actividades de sensibilización para prevenir la violencia basada en género en 1786 establecimientos, alcanzando un número de 66378 participantes” (Ministerio de Salud Pública 2020).

---

<sup>52</sup> Es verdad que se mencionaron otros documentos que trabajan un enfoque de género a profundidad, pero es importante recordar que el MAIS es una guía para el servidor de la salud que permite comprender el discurso de promoción de la salud en un contexto institucional.

Pero también es cierto, que aún persiste una ambivalencia en el significado de una atención con enfoque de género; muchos manifiestan que se basa netamente en una atención médica exclusivamente para las mujeres o para la comunidad LGBTI “Ya debemos hacer el curso de género de nuevo, ese que habla de violencia y para los gays” (Notas Diario de Campo, 22 de enero del 2020). Otros simplemente, no perciben más allá de los binarismos y las construcciones culturales: “Yo no entiendo todavía eso, género, feminismo, machismo. Dígame qué es eso. Es verdad que nos han capacitado, antes poco a poco hablaban de esos temas y nos decían que ya debemos atender a diferentes poblaciones”. (Notas Diario de Campo, 22 de enero del 2020) Entonces, al responder qué quiere decir el género en el modelo de salud, es posible identificar algunas características. Primero es notable que su uso se ha vuelto indiscriminado y la interpretación de este concepto recae en el binarismo hombre/mujer. Sin embargo, se ha intentado romper con la lógica de la medicalización de la salud con ayuda del discurso de promoción y cuidado de la salud.

El segundo punto es su utilidad como propuesta implementada por el Estado; esta se ha planteado como una necesidad (Marcuse 1954[1993]). Pero, continua funcionando a favor de los poderes de control (Foucault 2003) y el proyectarse como un Estado benevolente e inclusivo, parte de la estrategia de dominación (Lechner 1978). A pesar que esta característica puede recaer en diferentes debates, considero que el dato relevante, es que esta necesidad ha *producido* herramientas que amplían el espectro de la medicalización occidental y han logrado procesos sensibilización para una atención con enfoque de género. Y, creo que es un paso ganado (aunque faltan muchos más), haber llegado a un porcentaje de esos profesionales de la salud.

Por último, la incursión del género en el sistema de salud no suele contemplar las tareas de reproducción y cuidado realizado por las mujeres profesionales de la salud; la COVID-19 no facilitó la problemática de la doble función que estas sujetos mujeres realizan cotidianamente. Y, no suelen ser parte del discurso (Dijk 1999) que promueve la salud. En la siguiente sección, intento plasmar las voces de las servidoras sanitarias e identificar quién está a cargo del cuidado.

#### **4.1.2. ¿Quién se encarga del cuidado?**

El objetivo de este acápite no es debatir quién cuida más o quién lo hace menos; es identificar lo que significa cuidar del otro/a para las profesionales de la salud, tanto en lo público como en lo privado. El reconocimiento de estos dos espacios para las mujeres del equipo la salud, da la posibilidad de disolver la dicotomía médica/paciente (Giraldo, y otros 2010). Muchos artículos no indagan este punto en las investigaciones, ignorando el lugar de las desigualdades de género en el ejercicio de la profesión médica.

El modelo de atención en salud comprende al cuidado como “eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir” (Ministerio de Salud Pública 2012, 39). En otras palabras, esta acción es parte de las responsabilidades de los y las profesionales de la salud: cuidar desde lo individual, familiar y comunitario se vuelve una actividad de todos los días para los equipos (Ministerio de Salud Pública 2012, 64).

Pero, como se ha mencionado el cuidar va más allá y a pesar del dominio en los saberes médicos occidentales, existe un conocimiento basado en los procesos culturales. Hernández (Tezoquipa et al. 2001), explica los cuidados de la salud dentro de lo domésticos. Sin embargo, también se manifiesta en las prácticas profesionales de cuidado que realizan las mujeres en el equipo de salud: “la experiencia de las mujeres en la interacción con distintos espacios y agentes sociales, los cuales van aportando toda una gama de conocimientos relacionados con el cuidado-curación” (Tezoquipa et al. 2001, 446). El relato de la especialista en medicina familiar acerca de sus 20 años de trabajo en primer de nivel de atención en salud hace posible relacionar esta idea:

Yo, he pasado por diferentes situaciones y diferentes puestos. En lo administrativo hacia la gestión, me movía, iba a hablar con los dirigentes. Pasaba de reunión en reunión. Pero en los centros de salud me dieron otro tipo de experiencia, aprendí como se trata a la comunidad, la ayuda que ellos requieren. Ellos también me enseñaron y hago de todo un poco. Por eso me gusta tratar bien a los pacientes, atenderlos y cuidarlos bien. Ellos pasan cosas duras y tú lo sabes hermana. Uno debe escucharlos, estar ahí, por eso digo hasta hago de psicóloga (se ríe al terminar esta frase) (Notas Diario de Campo, 8 de junio del 2020).

Lo interesante de este dato es que los mismos profesionales de la salud justifican que el cuidado es mejor al ser realizado por una mujer: “Cuando hay una técnica en el centro de salud, si es distinto, ellas están más preocupadas, más pendientes” (Notas Diario de Campo, 14 de junio del 2020). Esto expresó un médico general en unidad de atención tipo A. El profesional resalta cualidades de escucha y organización en las mujeres que cumplen dicha función. Además, de reforzar la idea que las mujeres entienden mejor. Una doctora especialista en medicina familiar, relata la experiencia de su segundo embarazo, concluyendo su anécdota con las siguientes palabras: “Una, como mujer entiende mejor a la paciente, la experiencia sí me ayudó” (Notas Diario de Campo, 15 de abril del 2020).

Otro ejemplo cotidiano en los servicios de atención en salud implica la solicitud de la comunidad que la consulta sea brindada por una profesional femenina, “la doctorita es más buena, ella me trata mejor” (Notas Diario de Campo, 15 de abril del 2020). Tal vez aún sea precipitado realizar esta conclusión, sin embargo, los atributos que resaltan en las servidoras de la salud son condicionados por la afectividad, las emociones y su capacidad en la reproducción social (Kofman 2016). Así, la servidora en salud representa el acto de cuidar y de sostenimiento de la vida.

Ahora con todo esto (la pandemia), las cosas se complicaron. Antes era más fácil ir a las casas de los pacientes y visitarlos para los controles, tú me has visto. Hermana, estoy preocupada por varios de ellos, no he podido controlarlos. A la señora Lucy y a Mayerli no las he podido ver, pero lo importante es que pude gestionar el oxígeno para ella y sí le dieron. Y mira todos estos (la médica señala una hoja con datos de contacto de usuarios de servicio de salud), todos estos pacientes están en la misma situación. Me preocupan ellos (Notas Diario de Campo, 8 de junio del 2020).

Esto lo comentaba la médica familiar que lleva más de 20 años en el servicio de atención en salud al preguntarle cómo se sentía. Sin duda, estas narrativas se repiten a lo largo de las experiencias que ellas van recopilando (Dijk 1999). Por ejemplo, están las palabras de una técnica de atención en la salud (TAPS) y de una médica familiar que representan en sus narrativas el significado de cuidado.

Me preocupa la señora Silvita, es una señora muy buena. Hace caso a todas las indicaciones que se le manda. A ella da gusto llamarla y ver cómo está. Por eso cuando me enteré que se enfermó sí me preocupé por ella. Llamé a los hijos y les di indicaciones para los cuidados en la casa (Notas Diario de Campo, 15 de abril del 2020).

Ayer llamé a la familia Pérez y me enteré que la señora (se refiere a la madre de la familia) había fallecido. Me dio mucha pena enterarme de eso y escuchar a los hijos llorar. A ella, la traté desde el 2016 que estoy en este centro de salud. Ella se preocupaba mucho de su hipertensión, venía siempre a las consultas con sus hijas. Y le gustaba mucho asistir a las charlas y talleres del grupo de adultos mayores. Era la que más preguntaba ¿se acuerda? (Notas Diario de Campo, 30 de julio del 2020).

Las cuidadoras de la salud cumplen un rol en el espacio privado con las usuarias del servicio. El cuidado no se limita a las unidades de atención, lo realizan con las familias enfocado al trabajo de reproducción social (Kofman 2016). Lo interesante de este punto, es la naturalización (Esteban 2006) del rol en las profesionales sanitarias. A pesar, de que muchas veces traiga consecuencias negativas para las servidoras de la salud (Larrañaga et al. 2008), esta actividad se vuelve una función básica (Hernández 2009) y la responsabilidad recae en ellas.

Dejamos claro que esto no se debe interpretar que el profesional sanitario hombre no cuida o no es apto para hacerlo. Sin embargo, en beneficio del orden y de la legitimidad (Lechner 1978) de los discursos hegemónicos; cuidar (Hernández 2009) es un concepto que mantiene una estructura de desigualdad y división sexual del trabajo (Esteban 2003). Suelen ser ellas, quienes también se hacen cargo de las tareas de reproducción dentro de su propio espacio privado: “Me esmeré en hacer la carpeta para mi hijo, hice una caratulas hermosas. Fui al colegio a presentarle todo a la profesora. Por suerte, el año de clases ya acabó”. (Notas Diario de Campo, 14 de julio del 2020) El espacio privado de las profesionales sanitarias, no suele ser un tema prioritario. Pero, es un lugar que suele regirse en función de actividades heteronormadas. Como diría González (2013) son “características propias de la situación vital de la mujer en su papel de madre, esposa o hija, lo cual llevaba implícito realizar tareas de servicio personal o doméstico” (González 2013, 137). Quiere decir, que las mujeres del equipo de atención no solo cuidan de la comunidad donde trabajan; al salir de sus funciones llegan a cuidar de quienes conforman su hogar.

Anoche me puse a cocinar saben, quise intentar hacer un estofado. Como mi esposo es de la costa le gusta la comida así; pero no me salió, creo que le puse mucha agua, porque parecía sopa (se ríe de manera nerviosa). ¿Ustedes cómo hacen el estofado? Voy anotar la receta (Notas Diario de Campo, 20 de febrero del 2020).

Esta conversación se originó durante el tiempo del almuerzo entre algunas integrantes del equipo de salud un mes antes del inicio de la pandemia en el país. Con lo cual se obtiene dos datos. Primero, la COVID-19 no originó las desigualdades en las responsabilidades de cuidado, pero sin duda, las incrementó: “Pareciera que ahora una llega más cansada a la casa. Y con los deberes y los niños solos en la casa, hay más cosas que hacer. Eso parece que cansa más, solo saber las cosas que toca hacer”. (Notas Diario de Campo, 22 de abril del 2020) Segundo, el cuidar suele ser un acto deseado con el objetivo de brindar un bienestar físico y emocional (Kofman 2016).

Antes de la pandemia, yo llegaba revisaba los deberes. Hacía con mi nena lo que faltaba y no nos demorábamos mucho, era mucho más sencillo. Ahora, siento que tengo más trabajo que hacer. No quiero acumularme con las tareas que ella debe presentar, por eso me quedo hasta de noche viendo los videos de los profesores y al día siguiente después del trabajo, le explico. Pero se me hace muy difícil enseñarle, yo no soy profesora (Notas Diario de Campo, 22 de abril del 2020).

La COVID-19 al instaurarse como crisis a escala mundial (Alonso 2020) genera nuevos retos para las mujeres que conforman el equipo de salud. La idea de ofrecer un bienestar para los demás se vuelve más exigente para aquellas encargadas de las tareas de cuidado. No solo se evidencia el cuestionamiento a la obligatoriedad que recae en las profesionales sanitarias acerca del cuidado: “Si yo no hago, ¿quién hace en la casa?” (Notas Diario de Campo, 30 de abril del 2020). Además, el cuidar del otro es identificado como una forma de responder ante las necesidades que provoca la emergencia sanitaria. Las cualidades de organización y de afectividad son ideales para justificar quien se debe hacer cargo de esta actividad (Torns 2008).

#### **4.1.3. La historia se repite ¿y ahora, quien sostiene la crisis?**

El año 2020 será un periodo muy recordado en diferentes escalas, tanto en lo local como internacional. Los sentimientos de incertidumbre, miedo (Lynteris 2016) y enojo como

consecuencia de la pandemia, nos hacen comprender el significado de crisis. Sin embargo, tampoco es la primera que afrontamos<sup>53</sup>. Investigaciones como la de Rosero y Pérez (2009) describen la crisis de los años 90 después del boom petrolero, resaltando el rol de las mujeres en distintos espacios y la sobrecarga de responsabilidades que son naturalizadas.

A la semana, las mujeres a nivel nacional trabajan 77 horas, mientras que los hombres trabajan 62 horas. Las mujeres rurales trabajan 83 horas, mientras los hombres 60 horas. Las mujeres urbanas trabajan en promedio 77 horas semanales en todos sus trabajos, mientras que los hombres trabajan 62 horas (Rosero y Pérez 2009, 18).

En esta crisis la realidad no es muy diferente. El artículo de la escritora independiente Rachel Jones (2020) habla de un enfoque práctico realizado por las mujeres que da frente a la pandemia.

Ya sea como trabajadoras de la salud de primera línea, enfermeras en hogares de ancianos o activistas comunitarias, las mujeres están dedicando largas horas para lidiar con las consecuencias de la COVID-19, mientras hacen malabares con sus propias responsabilidades familiares durante la pandemia (Jones 2020, 1).

En el Ecuador de cada 100 mujeres 45 de ellas, asumen responsabilidades de cuidado (PNUD Ecuador 2020). Ahora, en el área de la salud el artículo de Edición Médica (2018) arroja el dato que “según cifras del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el 60 por ciento de los profesionales de la salud son mujeres. De un total de 37.930 médicos generales, 19.014 son féminas y de 19.444 especialistas, 9.351 son mujeres” (Edición Médica 2018).

Y, en el contexto de mi investigación los equipos de salud eran provistos en su mayoría por mujeres. Uno de ellos era con formado por 11 mujeres profesionales sanitarias y tres hombres; en el otro existía una relación de 10 mujeres y 2 varones (Notas Diario de Campo, 10 de febrero del 2020). Retomar las palabras de Jones (2019) acerca que las mujeres terminan haciendo malabares para encargarse de las responsabilidades de cuidado y reproducción, relaciona las vivencias de las

---

<sup>53</sup> En el primer capítulo de mi investigación, se detalla las principales crisis sanitarias del Ecuador. Sin embargo, en la memoria de los ciudadanos se proyecta que esta categoría está relacionada a la imagen de una recesión económica. Los sentimientos suelen ser los mismos, es por eso que la comparación es aplicable. no obstante, la pandemia se identifica como algo completamente nuevo.

profesionales sanitarias que son parte equipos de atención: “Cuando se llega del trabajo, toca llegar a cocinar, ayudar a los niños con las clases virtuales. Por suerte yo no tengo hijos pequeños, que duro que sería” (Notas Diario de Campo, 14 de julio del 2020).

Dentro del espacio público, las profesionales sanitarias se pusieron en primera línea para la atención de casos de coronavirus. Asumieron el rol de cuidar al equipo; dos enfermeras y dos médicas familiares tomaron posiciones para enfrentarse a una nueva enfermedad: “Tranquilos, la doctora y yo vamos a estar a cargo. Ustedes no tienen por qué preocuparse” (Notas Diario de Campo, 31 de marzo del 2020); son las palabras que la encargada del centro de salud mencionó, cuando se activaron las alarmas que aparecían los casos por el sector. En este punto, considero que se refuerza el planteamiento de González (20013) acerca del mito de la madre y sus actos de proteger la vida. Es así, la narrativa (Dijk 1999) de la naturaleza femenina se ve provista con valores como la paciencia y ternura, pero además la abnegación y sacrificios también se encuentran presentes (Ramacciotti 2020).

En acápite anteriores se habla acerca del deseo de cuidar y este punto no debe ser desapercibido. La idea de mantener y reparar al mundo, por ende, a la comunidad que somos parte, es un principio constituido en el sujeto; dentro del equipo de atención es algo que también está instaurado en las narrativas de las profesionales de la salud. La posibilidad de cuidar, se da gracias a las “redes de apoyo familiares y/o comunitarias” (Bermúdez-Barrera 2020 , 79); que desde un análisis crítico se volvió una respuesta necesaria contra la COVID-19. Y, acompañar se volvió sinónimo de cuidar.

Los momentos de catarsis se volvieron parte de la dinámica de las mujeres que conformaban el equipo de salud. Desde acompañar en los sentimientos de miedo y angustia (Lynteris 2016), propios de la pandemia: “Yo si tengo miedo, pero no le digo nada a mi esposo para que esté tranquilo. Él está más nervioso que yo.” (Notas Diario de Campo, 22 de abril del 2020) “Usted no sabe, cuando dicen que hay un paciente COVID afuera; a una se le va la sangre al piso y ese rato se olvida todo, hasta como poner las prendas de protección” (Notas Diario de Campo, 15 de abril del 2020). Hasta brindar ideas de negociación, para el espacio de lo privado se volvió necesario para resistir la crisis sanitaria en el espacio laboral.

Lo interesante de esto y como menciona Gloria Bermúdez (2020); el trabajo de cuidado no es considerado como una labor, más bien resalta que “el Estado, se hace cargo de ellos, solo de manera parcial, dado que ha privatizado la mayoría de los servicios del cuidado, o simplemente no los provee” (Bermúdez-Barrera 2020 , 79). Se puede decir, que los beneficios de que exista alguien designado para ese trabajo (Foucault 2003) se los lleva el Estado, persiste las características mercantiles y de producción como Kofman (2016) refiere. El bienestar emocional y físico depende de quién está a cargo del cuidado, sin tomar en cuenta las necesidades y desgastes que eso significa.

El día de ayer, llegó el primer caso de coronavirus a la unidad, la médico y enfermera que recibieron a la paciente, comenta que solo comieron una sola vez en todo el día y para ir al baño solo fue por una ocasión en horas de la tarde. La mirada de preocupación e incertidumbre estaba en todas las presentes. Después de eso, comenzaron a pensar y dar ideas de cómo hacer los trajes más sencillos para retirárselos para ir al baño; esa era la preocupación que predominaba, en eso se centró la conversación este día (Notas Diario de Campo, 8 de abril del 2020).

Estas situaciones no han sido habladas ni identificadas como una debilidad del sistema sanitario. Jones (2020) toma las palabras de la economista y especialista de la OMS en programas de género Michelle McIsaac que denuncia el riesgo que las mujeres se exponen ante la crisis sanitaria.

(...) "Se ha dicho que las mujeres son las más perjudicadas ante la escasez de equipos de protección personal o la falta de capacitación sobre cómo usar el equipo de protección individual", expresa McIsaac. Y lo peor es que la mayor parte de los equipos disponibles, incluido el equipo para todo el cuerpo, está diseñado por hombres y no suele adaptarse al cuerpo de las mujeres, ni tiene en cuenta las condiciones menstruales (Jones 2020, 1).

Después de las horas extras “la ambulancia no venía y tuvimos que quedarnos hasta las 7 de la noche con el paciente” (Notas Diario de Campo, 8 de abril del 2020); la tarea de cuidar se continúa ejecutando dentro de lo privado. Es decir, hay trabajos que deben seguir haciéndose. En este punto, algo que se puede rescatar es que las mujeres que conforman el equipo de salud

desean cuidar del otro; los rasgos de paciencia, organización y escucha (Gonzálvez 2013) predominaban, no solo al usuario externo sino también hacia los mismos integrantes del equipo. Sin embargo, cuando no se toma en cuenta la sobrecarga de actividades de reproducción y las negociaciones (Agarwal 1999) no contempla una equidad en las tareas, el acto de cuidar se vuelve una relación entre el cuerpo, las funciones biológicas y fisiológicas de la mujer (Ortner y Whitehead 1979, 117). O, como menciona Karina Ramacciotti: “esta crisis sanitaria visibiliza la ausencia de programas de cuidados y de medidas que coordinan de manera equitativa la vida laboral y personal; regresa, aun con más fuerza, una mirada moralizadora de quienes portan condiciones “naturales” para cuidar” (Ramacciotti 2020).

Entonces, el cuidar continúa regulándose por normas hegemónicas y binarias; que suelen recaer sobre todo en los hombros de las mujeres, manteniendo las desigualdades que minimizan las experiencias y realidades. Las tecnologías que usa el Estado (Marcuse 1954[1993]) hace que su mirada se mantenga como benefactor y protector, pero en realidad contribuye en mantener la “globalización de la reproducción social” (Kofman 2016, 32). Es aquí, donde se puede empezar a distinguir entre cuidado y resistencia.

#### **4.2. Cuidado y resistencia ¿no es lo mismo?**

En este punto la discusión va en torno a responder las siguientes preguntas ¿qué hay en el cuidado que no sea resistencia? y ¿qué hay en la resistencia que no sea cuidado? La elaboración crítica de ambas categorías posibilita que mi propuesta de investigación, presente un análisis en el contexto de la pandemia y que se diferencie de otros estudios del área del género y la salud. Entonces, al relacionar los conceptos de cuidado y resistencia es posible identificar primero ciertas similitudes. Para iniciar, se podría mencionar que ambos conceptos cuentan con un significado difuso (Piedra 2004) y puede ser fácil confundirlos. Ahora, desde la teoría foucaultiana (Del Valle Orellana 2012, Foucault 1988) ambas categorías permiten una comprensión en las dinámicas del poder. Es decir, identifica en ambos conceptos el accionar de las prácticas de dominación. Sin embargo, la finalidad de cada uno es lo que hace la diferencia. Pero, continuando en la temática del poder, tanto la resistencia (Del Valle Orellana 2012) como el cuidado (Kofman 2016) generan una producción.

Otra similitud que tienen ambas categorías es que su actuar depende de los conocimientos tradicionales de las personas. Es decir, las narrativas (Dijk 1999) de experiencias e historia (Del Valle Orellana 2012) tienen una gran importancia para estos conceptos, ya que de eso depende como los sujetos los utilicen (Lechner 1978). Por último, ambos tienen el objetivo de mejorar la vida. Ya sea bajo la premisa de luchar (Foucault 2012) o reparar (Hernández 2009, 176); las dos categorías muestran un interés en crear un ambiente que posibilite un vivir mejor. Considero, que estos son los puntos que suelen crear una confusión entre los conceptos de resistencia y cuidado. Sin embargo, de aquí en adelante se planteará las diferencias que permiten tener una comprensión más amplia de estas categorías.

La primera que se puede identificar es que, a pesar de que ambos conceptos son considerados como categorías de análisis, el cuidado es visto como un concepto generizado (Hernández 2009); (Esteban 2006). Es decir, una actividad que socialmente se vuelve determinada para la mujer (Ortner y Whitehead 1979). O, en palabras de los profesionales sanitarios: “Uno (varón) es cómo más relajado. En cambio, cuando hay una técnica, si es distinto. Son más organizadas, cuidan más a la unidad (centro de salud)” (Notas Diario de Campo, 14 de julio del 2020).

Otra distinción que se puede mencionar es que el cuidado suele ser un acto invisibilizado (Esteban 2003) y se percibirse su importancia, cuando esta tarea no se la realiza. En cambio, la resistencia se caracteriza por su forma activa de responder a las relaciones de poder (Piedra 2004). Lo cual lleva a la tercera diferencia, el cuidado es identificado como una actividad cotidiana (Hernández 2009), que llegar ser parte del trabajo en la reproducción social (Kofman 2016). En cambio, la resistencia es una estrategia y su actuar es considerado un arte que permite un equilibrio en las relaciones de poder (Scott 2004).

Se podría decir, que el cuidado por sí solo no es un acto de resistencia, aunque, su función es la de proteger de la vida (González 2013), sus prácticas por lo general son determinadas por normas androcéntricas (Torns 2008) o necesidades falsas (Marcuse 1954[1993]). En otras palabras, el cuidado dentro del área de la salud es una forma de disciplinamiento social (Foucault 2003, Lechner 1978). A su vez, esta categoría puede ser identificada como “elemento activo en la producción económica” (Moro y González-Torre 2003, 221).

Ahora, el acto solo de cuidar no es resistencia. Sin embargo, si esta es reconocida como *una* de las acciones que conforma la estrategia contra los poderes hegemónicos, la función del concepto de cuidado se transforma. Quiero decir, si el cuidado genera procesos de negociación (Agarwal 1999, Scott 2004) que tengan como consecuencia la transformación de los sujetos (Giraldo 2006). Además, de la posibilidad de crear nuevos planteamientos ideológicos con enfoque de género, permitirá insertar las necesidades reales (Marcuse 1954[1993]) de las mujeres en el área de la salud. De esta manera, la posibilidad de liberarse de referentes hegemónicos (Mahmood 2008), da la capacidad que el cuidado sea una forma de resistencia.

Estas diferencias permiten identificar como las profesionales de la salud juegan con el doble rol en la constitución de la vida. Las experiencias y discursos de las mujeres que conforman los equipos de atención en salud ayudaran a responder cuándo el cuidado no es una forma de resistencia.

#### **4.2.1. Cuando el cuidado no es igual a la resistencia**

Es evidente que en la sección anterior predomina un análisis relacional y teórico de las categorías cuidado y resistencia. Ahora, es turno de los datos obtenidos en la observación con los equipos de salud. Esto explicará mejor, cuándo el cuidado no forma parte de la estrategia de resistir y comprender las distinciones en el discurso de la promoción de la salud.

Con la premisa que la naturalización social (Esteban 2006) de las tareas de cuidado recae en las mujeres. Las propiedades de esta actividad serán calificadas (Dijk 1999) en función de conductas generizadas (Esteban 2003) “Será que me puede ayudar con la doctorita del consultorio 2, ella me gusta como explica lo que tengo que hacer. Ella se toma el tiempo para explicarme todito” (Notas Diario de Campo, 8 de abril del 2020. Es por eso, que a pesar de los recursos que las profesionales de la salud han adquirido, sea desde el discurso académico (Brown 2015) o plasmado por los conocimientos tradicionales (Tezoquipa et al. 2001); el mito de la madre resalta en esta categoría (González 2013).

Cuando se trata de cuidar del otro, es interpretado como un acto de protección y reconocimiento, que, según las narrativas suelen ser destacado por las mujeres “La doctorita que me atendió la otra vez me gustó, ella fue bien buena conmigo porque me explicó todo despacito. No sea mala, ¿me puedo atender de nuevo con ella? (Notas Diario de Campo, 17 de abril del 2020). Ahora, recordemos que las profesionales de la salud cumplen funciones de cuidado tanto en el espacio público, como en el privado “Tengo que protegerme mucho ahora, por mis papás. Ya son mayores, por eso tengo un ritual de desinfección desde la puerta de mi casa” (Notas Diario de Campo, 15 de abril del 2020). Pero algo que persiste en lo privado, es la inequidad en la redistribución de las tareas no remuneradas.

Es decir, las profesionales sanitarias en el espacio público han tenido más posibilidades de negociación (Agarwal 1999) a diferencia de la unidad doméstica familiar. La hora del almuerzo se volvió distinta para quienes integrábamos en el equipo (Notas Diario de Campo, 30 de abril del 2020). A pesar de la sensación de miedo por consecuencia de la pandemia (Lynteris 2016), el cuidar del grupo se volvía una tarea de todas y todos. En cambio, no es muy claro en el ámbito de lo privado la distribución de los actos de cuidar, entre sus miembros.

Médica: Ahora con todo esto (pandemia), toca hacer malabares para tratar de completar todo lo que hay que hacer en casa. Entre limpiar, la comida, ver que los niños hayan hecho los deberes. No sé, parece que ya no hay tiempo para nada. Es muy frustrante.

Enfermera: Mi esposo, no me voy a quejar. El me ayuda mucho en la casa. Pero también, estoy de acuerdo, desde toda esta pandemia las tareas de la casa parece que nunca terminan.

Médica: Que nosotras estemos aquí (centro de salud) y los niños en casa solitos, de por sí, es muy preocupante. La suerte es que vivo cerca, si ellos necesitan algo, corro a la casa y los ayudo (Notas Diario de Campo, 30 de abril del 2020).

El asegurar que no existe cuestionamientos ante la responsabilidad de las tareas de cuidado, en este punto, me parece inexacto. Lechner (1978) realiza un análisis entre las relaciones de poder y el orden como categorías de legitimización. Se puede inferir que narrativas acerca de las tareas de cuidado provienen de un poder invisible que posiciona “lo que se cree legítimo” (Lechner 1978, 1203). Con esto no solo se produce una clasificación de grupos (Quijano 2014), que en este caso es basado en el género. También hace referencia a un aparente estado de pasividad: “La pasividad

de la mayoría es un producto político, es la consecuencia del ‘Estado Burocrático-Autoritario’ (Lechner 1978, 1257).

Cabe indicar que pasividad no es sinónimo de inacción. Las integrantes del equipo de salud son capaces de identificar (Scott 2004) la sobrecarga de la responsabilidad de las tareas de cuidado “Anoche me quedé hasta tarde haciendo los deberes de mi hija, casi ni dormí. Llegué y me puse a limpiar la casa; estaba un caos y no podía verla así. Si yo no hago, ¿quién hace en la casa?” (Notas Diario de Campo, 30 de abril del 2020). “Antes de la pandemia, yo llegaba revisaba los deberes. Hacía con mi nena lo que faltaba y no nos demorábamos mucho, era mucho más sencillo. Ahora, siento que tengo más trabajo que hacer” (Notas Diario de Campo, 22 de abril del 2020).

Los discursos ocultos que propone Scott (2004) se hacen presentes en las narrativas de las profesionales de la salud como formas de mediación. Sin embargo, los mecanismos de negociación (Agarwal 1999) que se implementan en el espacio privado, no dejan muchas alternativas para modificar un contrato social, que ordena una realidad homogénea y autoritaria (Lechner 1978). Es decir, dentro de la unidad doméstica el cuidado se ha instaurado como una norma social, que limita al poder de negociación: “Las normas también influyen en el poder de negociación al definir el alcance que tiene la voz de una persona dentro de la unidad doméstica” (Agarwal 1999, 31).

Lo que intento explicar es que la naturalización del rol de la mujer como cuidadora, no solo contesta a las características biológicas (Ortner y Whitehead 1979) o cualidades que son designadas por las construcciones de género (Esteban 2003). El cuidar también responde a estructuras de dominación que su objetivo está en legitimar (Foucault 1988) las relaciones de poder: “Cuando se llega del trabajo, toca llegar a cocinar, ayudar a los niños con las clases virtuales. Por suerte yo no tengo hijos pequeños, que duro que sería” (Notas Diario de Campo, 14 de julio del 2020). En este caso, para la unidad doméstica el acto de cuidar es interpretado como *norma social* “La fuerza normativa de lo factico radica en eso: un ordenamiento de la realidad sin interpelación de la conciencia” (Lechner 1978, 1216). Es decir, negociar la equidad de

responsabilidades se vuelve más complejo; no imposible, pero resta la importancia de visualizar que las profesionales sanitarias ejecutan un rol de cuidadoras en el ámbito doméstico.

Ahora es más difícil hablar con las profesoras. Parece que ellas no comprenden lo que es trabajar en estas situaciones (pandemia). Más ahora, que no tengo la señora que me ayudaba, tuve que dejarla ir porque si me daba miedo por los contagios. Y con mi esposo, si es difícil contar para eso. Por eso siento que las tareas se me han acumulado. Se ha vuelto difícil hasta pedir la comida, pero bueno, así toca. Hoy espero ya igualarme (acerca de los deberes) con la mujer (Notas Diario de Campo, 31 de marzo del 2020).

Otro efecto que surge del cuidado es la técnica de disciplinamiento (Piedra 2004, 130). Y, sus impactos también son para quienes ejecutan el acto de cuidar, que en este caso son las integrantes del equipo de salud. El control del cuerpo y la mente tiene como consecuencia una sujeto productivo para aparato hegemónico (Moro y González-Torre 2003). El resultado, son perfiles de profesionales dóciles que mantienen el respeto por la jerarquía y que se vuelven productivas para la institución y el Estado coercitivo. De igual manera, se limita la capacidad de negociación (Agarwal 1999, Lechner 1978). Por lo cual, las mujeres del equipo de salud recurren a discursos ocultos (J. Scott 2004) para visibilizar de manera discreta las características de lucha y equilibrio de las jerarquías.

Uno debe de llegar al trabajo como sea. Debe de buscar la manera, porque el sistema no se paraliza, no importa si no tienes los recursos para movilizarte o si toda la ciudad se volvió un escenario desierto. Tú debes buscar la manera de llegar al trabajo; porque no puedes quedar mal a la institución y a la comunidad. Lo irónico es cuando tú necesitas de la institución la sensación de abandono se hace presente (Notas Diario de Campo, 26 de marzo del 2020).

Pero a pesar de maniobrar con el poder y con las tareas de cuidado, no se cuestiona los efectos de cuidar. Es decir, se mantienen necesidades unidimensionales (Marcuse 1954[1993]) que responden a un aparato que busca un crecimiento en la productividad de la sociedad. La crisis sanitaria solo abrió paso para incrementar las inequidades y justificarlas desde una racionalidad que beneficia a un orden androcéntrico. “Antes de la pandemia, yo llegaba revisaba los deberes.

Hacía con mi nena lo que faltaba y no nos demorábamos mucho, era mucho más sencillo. Ahora, siento que tengo más trabajo que hacer" (Notas Diario de Campo, 22 de abril del 2020).

Entonces, se puede decir que necesidades políticas se vuelven necesidades individuales (Marcuse 1954[1993]).

Utilizar la analogía que el cuidado llega a ser las dos caras de una moneda, puede ser útil para resumir cuando esta acción no forma parte de la estrategia de resistencia. Por un lado, esta actividad tiene la función de ser un acto de lucha ante los poderes hegemónicos. El equipo de salud se encarga de buscar la manera de hacer transacciones no mercantiles como fortalecimiento en las redes de apoyo (Agarwal 1999). O, puede ser un acto que responde a normas androcéntricas (Lechner 1978) que favorecen al crecimiento de la “globalización de la reproducción social” (Kofman 2016, 32).

Desde el campo de observación mi propuesta deduce que el cuidado actúa en función al contexto donde se ejecuta la actividad. El espacio permite que el poder de negociación (Agarwal 1999) sea capaz o no, de producir una narrativa inclusiva en donde las responsabilidades de las tareas de cuidado sean equitativas. En el caso de las integrantes de los equipos de atención, dentro la unidad domestica el acto de cuidar responde a normas que mantienen la división sexual del trabajo. A pesar de los recursos (Brown 2015) que han adquirido, las profesionales sanitarias no cuentan con las suficientes tácticas (Lechner 1978) para enfrentarse a poderes estructurales que “parece condenarla a la mera reproducción de la vida” (Ortner y Whitehead 1979, 117). Ahora, lo que queda es abrir el debate para indagar la responsabilidad de un Estado que debe ser libre de objetivos políticos y debería actuar como protector.

#### **4.3. Conclusiones**

Distinguir entre las categorías de resistencia y cuidado, no ha sido una tarea sencilla. No obstante, utilizar el enfoque de género como herramienta de análisis reconoce la gran diversidad del punto de vista femenino. Ahora, al responder ¿de qué sirve la perspectiva de género en el área de salud? Puedo decir, que se desempeña con la finalidad de conocer algo nuevo, que antes no concebíamos y explicarlo desde la experiencia femenina (Castro y Bronfman 1993).

El enfoque de género en las ciencias positivistas ha ganado representatividad, sin embargo, el camino investigativo es largo. Esta propuesta de tesis no solo evidencia el rol de la mujer en el servicio de salud. Asimismo, identifica las prácticas discursivas que están alrededor de las tareas de cuidado y reproducción. A pesar de que el modelo de salud vigente se identifica como inclusivo en derechos y que profesa una equidad en políticas de salud (Ministerio de Salud Pública 2012); las realidades que se enfrentan las mujeres profesionales sanitarias mantienen estructuras de dominación y desigualdad en relación al género.

Lo que deseo resaltar en este capítulo, es la relevancia de un análisis con enfoque de género. Es verdad, que varias teorías pueden explicar la diferencia entre los conceptos de resistencia y cuidado; empero, el feminismo es capaz poner en discusión puntos de vista que son de relevancia para las mujeres y el género femenino (Esteban 2006). Este posicionamiento, da la posibilidad de identificar los espacios por donde transitan las dinámicas de poder. Para los estudios de género, la categoría de cuidado se proyecta como parte de una estrategia que puede cumplir una función de control y disciplinamiento, o su vez, de protección a la vida. Esto depende del poder de negociación que el espacio y las estructuras de dominación permiten utilizar.

En conclusión, el cuidado al ser identificado como una norma social tiene limitada su capacidad de negociación. Es así, que los recursos y respuestas contra las dinámicas de poder no siempre son suficientes y como consecuencia se mantiene la desigualdad en las relaciones de género. Tampoco quiere decir que ya no se haya hecho nada. Con el tiempo, muchas más mujeres siguen acumulando recursos que permitan que su poder de negociación siga creciendo y ganando en diferentes espacios.

## Capítulo 5

### Conclusiones

Esta propuesta de investigación inició con la pregunta de ¿cuál es el rol de los equipos de la salud de las parroquias del sur de Quito, en las relaciones de poder que atraviesan los discursos de la promoción de la salud? Para garantizar la respuesta a este interrogante se realiza una contextualización del espacio simbólico y estructural que envuelve a los equipos de atención y legitima las prácticas discursivas del cuidado de la salud.

Durante el proceso etnográfico de este estudio, se recopiló varios documentos oficiales del sistema de salud que describen un posicionamiento político de la institución y de sus gobernantes. El carácter transnacional de las políticas en salud muestra dos enunciados; por un lado, se presenta una estructura institucional que se identifica como parte del Estado Protector garante de reconocer los determinantes sociales de la población. Es decir, la premisa de recuperar la confianza en el sistema de gobernanza es sinónimo de mejorar la organización estatal y la toma de decisiones para el cuidado de la salud.

Por otro lado, la implementación del modelo es identificado como ambiguo y centrado en posicionamientos políticos y hegemónicos, que no van acorde a las realidades de la comunidad. Además de complejizar el principio de burocratización, la estructura institucional está encargada en mantener el orden jerárquico presente en las narrativas del personal de salud.

Es significativo que se destaque los hitos más relevantes de la salud a escala internacional, nacional y local. La historia, las experiencias y el contexto son los que determinan la estructura discursiva de lo que se entiende por salud y cuidado. Es por eso que, después de la llegada del coronavirus los significados de promoción y prevención en políticas sanitarias se han ido transformando y modificándose en virtud de las necesidades de proteger a la comunidad y sus gobernantes.

La descripción densa y detallada del orgánico organizacional de la promoción de la salud permite identificar lo enredoso que puede llegar a ser la estructura institucional. Pero, también consigue

reconocer los procesos de clasificación y disciplinamiento en su personal. Es decir, la institución ubica al sujeto productivo donde corresponde. El sistema controla y delimita las funciones y jerarquías. Las prácticas neoliberales siguen presentes y continúan interpelando a los sujetos. Metodológicamente se realizó la observación participante en una de las unidades de atención que corresponde al sector de la Administración Zonal Quitumbe (AZQ). Esto dio la posibilidad de reconocer al equipo de atención como la columna vertebral del sistema sanitario, pero también, como rostro que representa a la institución estatal ante la comunidad y está encargado de hacer cumplir las políticas de salud.

La pandemia se vuelve un escenario desconocido para los y las profesionales sanitarios. Este evento pone en crisis a un sistema ya debilitado, que lo que ocasiona es aumentar la desconfianza en la institución, en sus representantes y las estructuras estatales que lo gobiernan. El saber y el conocimiento de quienes toman las decisiones se pone en duda en consecuencia de los resultados que han tenido las políticas implementadas.

Pero la pandemia no fue limitante para observar al poder en su máxima expresión. La categoría de poder a más de encontrarse en todas partes de las relaciones, ubica y clasifica a los/as sujetos. Este concepto se vuelve la columna vertebral de esta investigación ya que en el discurso de disciplinamiento que utiliza no solo cumple con su objetivo de producir. También los profesionales de la salud terminan introyectando e identificándose con ese prototipo de sujeto productivo para el sistema.

Empero, el poder tiene fisuras que son reconocidas por los/as profesionales de la salud, lo cual da la oportunidad de negociar y equilibrar la relación jerárquica en la institución. Es decir, que a pesar de que el equipo de salud contribuye cumpliendo las funciones que le indica la estructura de poder, también aprende el arte de resistir y oponerse de manera activa.

Los hallazgos del tercer capítulo se enlazan con el campo y sujetos de observación para identificar los mecanismos de resistencia ante el ejercicio de poder. En primer lugar, se describe las dinámicas que legitiman las relaciones dicotómicas en las prácticas discursivas de la promoción de la salud. Lo cual da como resultado que el sujeto incorpore en su yo características

que la institución le impone como sujeto de orden. Por eso, las narrativas de los equipos de salud se relacionan con el control y disciplinamiento del discurso de la promoción de la salud.

La respuesta de ¿cómo se legitiman las relaciones de poder en el equipo de salud? permite identificar las diferencias entre personal sanitario operativo y administrativo. Entre los hallazgos, está el lugar de enunciación del/la servidor/a. Es decir, su ubicación en la pirámide jerárquica de la institución. Se encontró que el lugar de enunciación puede ser determinado por el lugar donde ejerce su trabajo; las funciones o actividades que debe cumplir para la institución. O, a su vez por los saberes en políticas públicas de salud, estos por mencionar algunos. Pero sea cual sea su función, el principio que primará en el personal de salud ser un sujeto de producción para la estructura de poder.

Es verdad cuando dicen que la resistencia es todo un arte. Los equipos de salud al ser capaces de reconocer las diferencias impuestas por la estructura jerárquica; también pueden percibir los procesos de disciplinamiento y control que se instauran en su cuerpo y mente. No obstante, el personal operativo interpreta a esta conducta como parte de la cotidianidad y prefiere equilibrar el poder con actos que no caiga en represarías para los integrantes del equipo de salud.

La COVID-19 construyó un escenario donde resaltó que la estrategia de resistencia incluía la actividad de cuidado del otro. Los equipos de salud se encargaron de luchar por la vida cuidando de la comunidad y de ellos mismos. Las transacciones no mercantiles que se dieron para sostener la crisis generaron recursos de contención para los y las profesionales de atención primaria. Pero sobre todo mecanismos de negociación con las dinámicas de poder; o por lo menos reconocer cómo aumentar estos recursos. Entre la inversión académica y los discursos ocultos hacen frente para equilibrar el poder.

El cuarto y último capítulo cumplió en distinguir entre resistencia y cuidado. El análisis relacional es liderado por una perspectiva de género que permite validar las experiencias y discursos de las mujeres integrantes del equipo de salud.

El cuidado no forma parte de la resistencia cuando la negociación se ve limitada por las estructuras de dominación. Esto da como resultado que no se cuestione la responsabilidad en el acto de cuidar y las consecuencias que trae consigo tal actividad. Entre ellas la inequidad de cargas en tareas de cuidado para las mujeres dentro del espacio doméstico.

Ahora, la pregunta que queda abierta es ¿qué más se puede hacer para aumentar el poder de negociación en los espacios que no lo permiten? y en repensar en un sistema de salud con enfoque de género. Creo, que el primer paso está en visualizar las realidades y experiencias que validen como sujetos de derechos a las integrantes del equipo de salud. Lo que sigue, es mantener este diálogo con la finalidad de crear nuevos conocimientos que no sean ciegos a las necesidades de género.

Por otro lado, nos podemos cuestionar sobre la jerarquización del sistema de salud y las consecuencias del mismo, y redirigir la visión hacia un modelo de gestión circular y horizontal donde se suprima la cadena de mando y se trabaja desde el diálogo con los diferentes actores. También con la mira de agilizar los procesos, reduciendo las trabas burocráticas. Y además se ubica al paciente como el centro.

## **Glosario**

AZQ: Administración Zonal Quitumbe

GAD: Gobiernos Autónomos Descentralizados

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

APS: Atención Primaria en Salud

SNS: Sistema Nacional en Salud

TAPS: Técnicas De Atención Primarias

GPC: Guía de Práctica clínica

MMH: Modelo Médico Hegemónico

CPCCS: Consejo de Participación Ciudadana y Control Social

## Lista de referencias

- Agarwal, Bina. 1999 «Negociación y relaciones de género: dentro y fuera de la unidad doméstica.» *Historia Agraria* 17,: 13-58.
- Alcántara Moreno, Gustavo. 2008 «La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad.» *Revista Universitaria de Investigación*, vol. 9, núm. 1, 93-107.
- Alonso, Laura. 2020 «Narrativas y discursos en tiempos de pandemia: como explicar la crisis del COVID-19 desde el feminismo pacifista.» En *Riesgos globales y multilateralismo: el impacto de la COVID-19*, de Manuela (coord.) Mesa, 77-93. Madrid: CEIPAZ.
- Amezcu, Manuel. 2000 «El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la Observación Participante.» *Artículos Especiales*, 31-35.
- Amigot, Patricia. 2005. *Relaciones de poder, espacio subjetivo y prácticas de libertad: análisis genealógico de un proceso de transformación de género*. Tesis doctoral, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultat de Psicologia.
- Arias-Rodríguez, Gina Marcela. 2020 «Notas para pensar la pandemia y el futuro próximo en clave feminista.» En *Psicología en contextos de COVID-19, desafíos poscuarentena en Colombia*, de Nelson Molina Valencia, 103-115. Colombia : Ascofapsi.
- Asamblea Constituyente del Ecuador 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Quito.
- Banco Mundial . *La COVID-19 (coronavirus) hunde a la economía mundial en la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial*. 08 de 06 de 2020.  
<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii> (último acceso: 05 de 07 de 2020).
- Barragán, Rossana. 2009 «Etnografías del Estado en América Latina.» *Íconos*, 21-25.
- Basabe-Serrano, Santiago. 2001 «Rafael Correa: el antes y el después de la política ecuatoriana.» *Iberoamericana*, Año 13, No. 50, 168-173.
- BBC News Mundo. 2020. *Coronavirus: los 2 grandes escenarios mundiales que plantean algunos expertos para después de la pandemia*. 05 de 05 de 2020.  
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52526090> (último acceso: 05 de 07 de 2020).

- Beauvoir, Simone. 1949. Segundo sexo. Buenos Aires: Sudamericana,.
- Bermúdez-Barrera, Gloria. 2020 «Las luchas feministas por el reconocimiento de los trabajos de cuidado en tiempos de pandemia.» Descifrando , 78-84.
- Blacik, Victoria. 2009 «De la desinfección al saneamiento: críticas al Estado español durante la epidemia de gripe de 1918.» Ayer, No. 75, La ofensiva cultural norteamericana durante la Guerra Fría, 247-273.
- Bohigas, Pedro Arias. 2009 «La ética durante la crisis sanitaria: A Propósito de la pandemia por el virus H1N1.» Rev Esp Salud Pública Nr. 4, 489-491.
- Boron, Atilio, y Sabrina González. 2013 «Al rescate del enemigo? Carl Schmitt y los debates contemporáneos de la teoría del estado y la democracia.» Filosofía política contemporánea. Controversias sobre civilización, imperio y ciudadanía, 135-159.
- Braidotti, Rosi. Sujetos nómadas. 2000. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista y contemporánea . México : Paidós.
- Breilh, Jaime. 1993 «Género, poder y salud.» Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS, 92 p.
- Brown, Wendy. 2015 «La destrucción de la democracia: la reconstrucción neoliberal del Estado y el sujeto.» En El pueblo sin atributos. La secreta revolución del neoliberalismo , de Wendy Brown, 13-56. Mexico: Malpasso.
- Butler, Judith. 2002. Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". México : Paidós.
- Butler, Judith. 2020 «El capitalismo tiene sus límites.» En Sopa de Wuhan, 59-66. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- . El género en disputa. 2007. México: Paidós.
- Butler, Judith. 2012 «La alianza de los cuerpos y la política de la calle.» Debate Feminista, Vol. 46, 91-113.
- Camarelles Guillem, Francisco. 2020 «Oportunidades y amenazas para la prevención y promoción de la salud y el PAPPS en el contexto de la pandemia Covid-19.» Aten Primaria. 52(7),449-451.
- Castellanos, Silvia Lorena. 2018. Género. Salud y cuidados. Dinámicas de género en la utilización del Centro de Salud de Llano Chico. Tesis de maestría, Quito: FLACSO.

- Castillo Morocho, Silvia. 2015. Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador. Tesis doctoral, Universidad de Murcia,.
- Castro, Roberto P., y Mario P. Bronfman. 1993 «Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión.» *Cadernos de Saúde Pública*, 375-394.
- CEPAL. 2020 «Dimensionar los efectos del COVID-19 para pensar en la reactivación.» Informe Especial COVID-19,
- Cid, Patricia, José Manuel Merino, y Jasna Stieповich. 2006 «Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud.» *Rev Méd Chile* 134, 1491-1499.
- CNN. ¿Qué es una pandemia? . 11 de Marzo de 2020.  
<https://cnnespanol.cnn.com/2020/03/11/que-es-una-pandemia/> (último acceso: 1 de Junio de 2020).
- Concejo Metropolitano de Quito. 2014 «Ordenanza Metropolitana Nr. 0494.» Ordenanza Municipal, Quito.
- Del Valle Orellana, Nicolás. 2012 «Entre poder y resistencia. Tras los rastros de la política en Foucault .» *Revista Enfoques* Vol. X N° 17, 147-168.
- Dijk, Teun van. 1999 «El análisis crítico del discurso.» *Anthropos* (Barcelona), 23-36.
- Distrito 17D07 - Salud. 2018 «Análisis situacional integral de salud. .» Informe técnico , Quito.
- Distrito 17D07 - Salud. 2019 «Rendición de cuentas 2018 - 2019 .» Informe de gestión , Quito.
- Distrito Metropolitano de Quito. 2020. «Ordenanza Municipal N°048 TENENCIA, PROTECCIÓN Y CONTROL DE LA FAUNA URBANA.» Secretaría de la Salud. 18 de Septiembre de 2014.  
[https://www.quito.gob.ec/documents/fauna\\_urbana\\_ordenanza\\_municipal\\_048.pdf](https://www.quito.gob.ec/documents/fauna_urbana_ordenanza_municipal_048.pdf) (último acceso: 25 de Mayo de 2020).
- Edición Médica. ediciónmédica. 08 de Marzo de 2018.  
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/-en-realidad-las-mujeres-dominan-en-el-sector-de-la-salud--91849> (último acceso: 1 de Mayo de 2020).
- El Comercio. 2020. «Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Ecuador.» *El Comercio*. Guayaquil, 29 de Febrero de 2020.
- El Telegrafo . «24 trabajadores de la salud han sido diagnosticados con covid-19 en Ecuador.» *El Telegrafo* , 20 de Marzo de 2020:  
<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/trabajadores-salud-covid19-ecuador>.

- El Universo. «A las 20:00, se pide un aplauso para los héroes que en Ecuador luchan contra el coronavirus.» El Universo, 20 de Marzo de 2020.
- . «Ministra Catalina Andramuño aseguró que profesionales de la salud cuentan con prendas de protección.» El Universo, 20 de Marzo de 2020.
- Elizalde, Silvia. 2008 «Debates sobre la experiencia. Un recorrido por la teoría y la praxis feminista.» *Oficios Terrestres*, 18-30.
- Epp, Jake. [1986] 1996. «Un marco para la promoción de la salud.» En *Promoción de la salud: una antología*, de Organización Mundial de la Salud, 25-16. Washington: Scientific Publication No. 557.
- Escutia, León Ignacio. 2017 «Cuidado de sí, cuidado del otro. Alteridad y sentido en gilles deleuze (I).» En *Hermenéuticas del Cuidado de Sí*, de Oñate Teresa, Nieto Marco Antonio Hernández, Zubía Paloma O., Arroyo José Luis Díaz, and Bravo Sebastián Lomelí Escutia León Ignacio, 201-231. Madrid: Dykinson.
- Espinosa, Verónica, Cecilia Acuña, Daniel De la Torre, y Gina Tambini. 2017 «La reforma en salud del Ecuador.» *Rev Panam Salud Pública*, 1-3.
- Esteban, Mari Luz. 2003 «Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales.» *Emakunde*: 1-17.
- Esteban, Mari Luz. 2006 «Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista.» *Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 1, 9-20.
- Facebook . 2020. «Atención| Catalina Andramuno, Ministra de Salud supervisa activación de protocolos en aeropuertos para detección oportuna de casos sospechosos. #coronavirus.» Ministerio de Salud. 27 de Enero de 2020.  
<https://www.facebook.com/SaludEcuador/posts/3148965021784470> (último acceso: 11 de Junio de 2020).
- Facebook. 2020. Ministerio de Salud Pública . 28 de Enero de 2020. <http://www.facebook.com/SaludEcuador/posts/3151266771554295> (último acceso: 11 de Junio de 2020).
- Feinstein, Alvan R. 2005 «"Health Promotion" Really Promote Health?» *The American Journal of Economics and Sociology*, Vol. 64, No. 1, Special Invited Issue: Celebrating Irving Fisher: The Legacy of a Great Economist, 427-434.

- Foucault, Michael. 1988 «El sujeto y el poder.» *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 50, No. 3,3-20.
- 2012. *Historia de la Sexualidad*. Buenos Aires: siglo XXI.
- Foucault, Michael. 1981 «La gubernamentalidad .» En *Espacios de poder*, 9-26. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michael. 1981[2000] «No al sexo rey. Entrevista por Bernard Henry-Levey.» En *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, de Michel Foucault, 146-164. Madrid: Alianza Editorial.
- . *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003.
- Freud, Sigmund. 1900[1953] *Interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, Sigmund. 1921 «Psicología de las masas y análisis del yo.» En Tomo XVIII, de Sigmund Freud, 63-137. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gazzotti, Luciana. 2007 «Notas Sobre La Práctica: Dilemas Y Desafíos a La Luz De Una Antropología Del Presente.» *Boletín De Antropología Americana*, no. 43: 133-46.
- Gestión Digital . Ecuador frente al COVID 19: ¿cómo enfrentamos la crisis económica? 14 de Abril de 2020. <https://www.revistagestion.ec/economia-y-finanzas-analisis/ecuador-frente-al-covid-19-como-enfrentamos-la-crisis-economica> (último acceso: 11 de Diciembre de 2020).
- Giraldo, Alexandra, María Yadira Toro, Adriana María Macías, Carlos Andrés Valencia, y Sebastián Palacio. 2010 «La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables.» *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 15, núm. 1,128-143.
- Giraldo, Reinaldo. 2006 «Poder y resistencia en Michael Foucault.» *Tabula Rasa* No.4,103-122.
- Instituto de la Ciudad. 2020. «Conociendo Quito. Estadísticas del Distrito Metropolitano.» Instituto de la Ciudad. s.f. <http://www.institutodelaciudad.com.ec/> (último acceso: 20 de Diciembre de 2020).
- Jiménez-Barbosa, WG, y otros. 2017 «Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano.» *Universidad y Salud*, 126-139.
- Jones, Rahel. 2020 «Mujeres al frente de la crisis del COVID-19.» *National Geographic*. 28 de Julio de 2020. <https://www.nationalgeographicla.com/historia/2020/07/mujeres-al-frente-de-la-crisis-del-covid-19> (último acceso: 3 de Noviembre de 2020).

- Kickbusch, Ilona. [1986] 1996 «Promoción de la salud: Una perspectiva mundial.» En Promoción de la salud: una antología, de Organización Panamericana de la Salud, 15-24. Washington: Scientific Publication No. 557.
- Kofman, Eleonore. 2016 «Repensar los cuidados a la luz de la reproducción social: una propuesta para vincular los circuitos migratorios.» Investigaciones Feministas Vol. 7 Núm 1: 35-56.
- Lacan, Jacques. 2008 Seminario XVII. El reverso del psicoanálisis 1969 - 1970. Buenos Aires: Paidós ,.
- Landi, Oscar. 1985 «Sobre lenguajes, identidades y ciudadanías políticas.» En Estado y política en América Latina, de Norbert Lechner (edit), 172-198. México: Siglo XXI.
- Larrañaga et al., Isabel. 2008 «Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género.» Gac Sanit, 443-450.
- Lechner, Norbert. 1978 «Poder y orden. La estrategia de la minoría consistente.» Revista Mexicana de Sociología, Vol. 40, No. 4, Estado y Clases Sociales en América Latina, 1201-1258.
- Leyton, Daniela, y América Valenzuela. 2017 «Trayectorias del cuidado de la salud infantil. El caso de la comunidad atacameña de toconao.» Estudios Atacameños , No. 55, 251-270.
- López Gómez, Alejandra, y Martín Couto. 2017 «Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay.» Descentrada, 1-16.
- López Peña, María Alejandra. 2011 La desconcentración institucional como mecanismo de acercamiento del estado al territorio y a la sociedad a nivel local. El caso del sector salud en el periodo 1992-2009. Tesis doctoral , Quito: FLACSO - Ecuador.
- Lorente Molina, Belén. 2004 «Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social.» Scripta Ethnologica, núm. 26,39-53.
- Lucio, Ruth , Nilhda Villacrés, y Rodrigo Henríquez. 2011 «Sistema de salud de Ecuador.» Salud pública de México / vol. 53, suplemento, 177-187.
- Luna, Lola. 2004 «Introducción a la discusión de género en la historia política.» En Los movimientos de mujeres en América Latina y la renovación de la historia, de Lola Luna, 1-19. México: Fem-e-libros.
- Lynteris, Christos , y Branwen Poleykett. 2018 «The Anthropology of Epidemic Control: Technologies and Materialities.» Medical Anthropology, 37:6, 433–441.

- Lynteris, Christos. 2016 «The Prophetic Faculty of Epidemic Photography: Chinese Wet Markets and the Imagination of the Next Pandemic.» *Visual Anthropology*, 29, 118-132.
- Machado, Jonathan. Primicias: 2020. Contagios de coronavirus se disparan en zonas populosas de Quito. 14 de Mayo de 2020. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/coronavirus-quito-parroquias-populares/> (último acceso: 13 de Junio de 2020).
- Mahmood, Saba. 2008. «Teoría feminista y el agente social dócil: algunas reflexiones sobre el renacimiento islámico en Egipto.» En *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*, de Liliana Suarez y Aída Hernández , 162 - 213. Valencia: Ediciones Cátedra .
- Malo-Serrano, Miguel, y Nicolas Malo-Corral. 2014 «Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio.» *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*: 754-761.
- Marcuse, Herbert. *El Hombre Unidimensional*. 1954[1993] Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada. Buenos Aires: Editorial Planeta Argentina.
- Martín Zurro, Amando, y Gloria Jodar Solà. 2011 «Atención familiar y salud comunitaria.» En *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*, 1-14. Madrid: Elsevier.
- Martínez, Bárbara. 2017 «Enfermeros y agentes sanitarios como impulsores de la adherencia terapéutica: una investigación etnográfica en Catamarca, Argentina.» *Artículos de investigación en estudios sociales de la salud.*: 144-154.
- Meersohn, Cynthia. 2005 «Introducción a Teun Van Dijk: Análisis de Discurso.» *Cinta de Moebio*, Núm. 24,1-16.
- Menéndez, Eduardo L. 1988 «Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.» *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*,451- 464.
- Mercedes Carrasco-Portiño, María Teresa Ruiz-Cantero , Diana Gil-González Carlos Álvarez-Dardet Díaz y Jordi Torrubiano-Domínguez. 2008 «Epidemiología de las desigualdades del desarrollo de género en España (1990-2000).» *Rev. Esp. Salud Pública* Nro. 3,283 - 299.
- Ministerio de Gobierno. 2020. Ministra de Gobierno, María Paula Romo, responde a preguntas a través de su cuenta de Twitter. 2020. <https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/ministra-de-gobierno-maria-paula-romo-responde-a-preguntas-a-traves-de-su-cuenta-de-twitter/> (último acceso: 21 de Junio de 2020).

- Ministerio de Relaciones Laborales. 2014 «Acuerdo Interministerial No.-2014-0001.» Acuerdo Interministerial, Quito.
- Ministerio de Salud. «Dirección Nacional de Promoción de la Salud.» ¿Qué hace la Dirección Nacional de Promoción de la Salud?.  
[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/DIRECCI%C3%93N\\_NACIONAL\\_DE\\_PROMOCI%C3%93N\\_DE\\_LA\\_SALUD.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/DIRECCI%C3%93N_NACIONAL_DE_PROMOCI%C3%93N_DE_LA_SALUD.pdf) (último acceso: 12 de Enero de 2020).
- Ministerio de Salud Pública. 2019. Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/que-es-un-servicio-amigable-para-adolescentes/> (último acceso: 12 de Julio de 2019).
- Ministerio de Salud Pública. «¿Qué hace la Dirección Nacional de Promoción de la Salud?» Somo Salud . 2018. <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-promocion-de-la-salud/> (último acceso: 21 de Diciembre de 2019).
- . «¿Qué hace la Dirección Zonal de Promoción de la Salud e Igualdad?» Somos Salud. 8 de Febrero de 2018.  
[http://somossalud.msp.gob.ec/images/DIRECCI%C3%93N\\_ZONAL\\_DE\\_PROMOCI%C3%93N\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_E\\_IGUALDAD.pdf](http://somossalud.msp.gob.ec/images/DIRECCI%C3%93N_ZONAL_DE_PROMOCI%C3%93N_DE_LA_SALUD_E_IGUALDAD.pdf) (último acceso: 20 de Junio de 2020).
- . «¿Qué hace la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad? .» Somos Salud. 26 de Febrero de 2018.  
[http://somossalud.msp.gob.ec/images/SUBSECRETAR%C3%8DA\\_NACIONAL\\_DE\\_PROMOCI%C3%93N\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_E\\_IGUALDAD.pdf](http://somossalud.msp.gob.ec/images/SUBSECRETAR%C3%8DA_NACIONAL_DE_PROMOCI%C3%93N_DE_LA_SALUD_E_IGUALDAD.pdf) (último acceso: 2' de Junio de 2020).
- . «¿Qué hace la Unidad Distrital de Promoción de la Salud e Igualdad?» Somos Salud. 8 de Febrero de 2018.  
[http://somossalud.msp.gob.ec/images/UNIDAD\\_DISTRITAL\\_DE\\_PROMOCI%C3%93N\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_E\\_IGUALDAD.pdf](http://somossalud.msp.gob.ec/images/UNIDAD_DISTRITAL_DE_PROMOCI%C3%93N_DE_LA_SALUD_E_IGUALDAD.pdf) (último acceso: 20 de Junio de 2020).
- Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 00004520. ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Quito: Ministerio de Salud, 2013.
- Ministerio de Salud Pública. Educación y Comunicación para Promoción de la Salud. Manual , Quito: Dirección Nacional de Normatización.MSP, 2019.
- . Guías de Práctica Clínica publicadas. 2018. <https://www.salud.gob.ec/b-guias-de-practica-clinica-publicadas/> (último acceso: 26 de 08 de 2020).

- «Informe de Rendición de Cuenta No 4383. Periodo 2019.» Consejo de Participación Ciudadana y Control Social. 15 de Octubre de 2020.  
<http://informes.cpmccs.gob.ec:81/ReportesConsejo/Pages/ReportViewer.aspx?%2fReportesNuevos%2fFunciones&Codigo=4383&anio=2019> (último acceso: 5 de Noviembre de 2020).
- Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS-FC. 2012 QUITO: Ministerio de salud Pública del Ecuador .
- Ministerio de Salud Pública. s.f. <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-promocion-de-la-salud/> (último acceso: 02 de Julio de 2019).
- «Ministra Catalina Andramuño verificó la ejecución del plan de contingencia en aeropuerto y terminal terrestre de Quito.» Ministerio de Salud Pública. 30 de Enero de 2020.  
<https://www.salud.gob.ec/ministra-catalina-andramuno-verifico-la-ejecucion-del-plan-de-contingencia-en-aeropuerto-y-terminal-terrestre-de-quito/?fbclid=IwAR1ozLDImTakbrJ3C7MLTGZ31GEQXkzpaNh5wcKvE0AS14p8JnNwqxDqmVU> (último acceso: 11 de Junio de 2020).
- Ministerio de Salud. Somos Salud. 27 de Abril de 2018.  
<http://somossalud.msp.gob.ec/index.php/info-salud/803-bienvenido-al-msp> (último acceso: 20 de Junio de 2020).
- Naciones Unidas . Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. s.f.  
<https://www.ohchr.org/sp/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx> (último acceso: 8 de Noviembre de 2020).
- Naranjo Ferregut, Jorge Augusto , Amarily Delgado Cruz, Roberto Rodríguez Cruz,, y Yarelys Sánchez Pérez. 2014 «Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador.» Revista Cubana de Medicina General Integral,; 375-381.
- National Geographi. National Geographi. 2014 de Septiembre de 2014.  
<https://www.nationalgeographic.es/historia/la-mujer-en-la-primera-guerra-mundial-un-nuevo-camino-hacia-la-igualdad> (último acceso: 26 de Diciembre de 2018).
- Noboa, Hugo , Bernarda Salas, Tatiana Neira, y Zaida Betancourt. 2007 «Investigacion operativa: el rol de los-as usuarios-as organizados-as en la mejora de la atencion de salud en el ecuador.» Informe de consultoría , Quito.

- OMS. Organización Mundial de la Salud. 2017. [https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1) (último acceso: 14 de Junio de 2020).
- . Organización Mundial de la Salud. Diciembre de 2013. [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/) (último acceso: 11 de Octubre de 2019).
- ONU Mujeres. «Estudio Diagnóstico Preliminar.» Quito, Ciudad Segura para las mujeres y las niñas. Noviembre de 2011. <https://www.ungm.org/UNUser/Documents/DownloadPublicDocument?docId=727483> (último acceso: 12 de Diciembre de 2020).
- Organización Mundial de la Salud . Organia. Agosto de 2016. <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/> (último acceso: 21 de Diciembre de 2019).
- Organización Mundial de la Salud. Alerta y Respuesta Mundiales (GAR) ¿Qué es una pandemia? 24 de Febrero de 2010. [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/es/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/) (último acceso: 1 de Junio de 2020).
- . Documentos básicos. – 48.<sup>a</sup> ed. Ginebra: Biblioteca de la OMS, 2014.
- . Organización Mundial de la Salud. 29 de Diciembre de 2017. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (último acceso: 5 de Octubre de 2019).
- Organización Panamericana de la Salud . La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. 11 de Marzo de 2020. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es) (último acceso: 11 de Junio de 2020).
- Organización Panamericana de la Salud. OPS. Acerca de OPS. 2008. [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24:acerca-ops&Itemid=122](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=24:acerca-ops&Itemid=122) (último acceso: 2 de Octubre de 2019).
- Ortner, Sherry, y Harriet Whitehead. 1979 «¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?» En *Antropología y Feminismo*, de Olivia Harris y Kate Young, 247 - 266. Barcelona: Anagrama.

- Osterholm, Michael T. 2006 «En previsión de la próxima pandemia / vol.48, no.3.» Michael T. Osterholm, 279-285.
- Pardo, Neyla. 2012 «Análisis crítico del discurso: Conceptualización y desarrollo.» Cuadernos de Lingüística Hispánica N.º 19,41-62.
- Partpart, Jane. 2016 «¿Quién es la otra? Una crítica feminista postmoderna de la teoría y la práctica de mujer y desarrollo.» Debate Feminista,327 - 256.
- Paul Rabinow. 1984 «Espacio, saber y poder.» The Foucault Reader,1 - 12 .
- Perea Quesada, R. 2012 «La educación para la salud, reto de nuestro tiempo.» Educación XXI, 4(1),: 15-40.
- Pereyra, Horacio. 2016 «Etnografía barrial en salud. Prolegómeno para el trabajo de campo en espacios sociosanitarios.» IX Jornadas de Sociología de la UNLP,1 - 20 .
- Piedra, Nancy. 2004 «Relaciones de poder: leyendo a foucault Desde la perspectiva de género.» Relaciones de poder: leyendo a foucault Desde la perspectiva de género,123-141.
- PNUD América Latina y el Caribe. COVID-19: 2020 La pandemia. La humanidad necesita liderazgo y solidaridad para vencer a COVID-19.  
<https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/coronavirus.html> (último acceso: 28 de Septiembre de 2020).
- PNUD Ecuador. «Reflexiones en torno al impacto de la emergencia sanitaria por COVID-19 sobre las mujeres en Ecuador.» PNUD Ecuador. 13 de Abril de 2020.  
<https://www.ec.undp.org/content/ecuador/es/home/blog/2020/reflexiones-en-torno-al-impacto-de-la-emergencia-sanitaria-por-c.html> (último acceso: 24 de Noviembre de 2020).
- PNUD. Índices e indicadores de desarrollo humano. Nueva York: Propiedad del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2018.
- Prieto, Mercedes. 2015 «Agencia.» En Estado y colonialidad: Mujeres y familias quichuas de la Sierra del Ecuador, de Mercedes Prieto, 149-153. Quito: FLACSO Ecuador.
- Prieto, Mercedes. 2017 «Estado, integración-desarrollo y mujeres: una mirada coectada del Programa Indigenista Andina 1951-1973.» En Las mujeres en los ensables estatales del desarrollo , de Mercedes Prieto, 265-292. Quito: FLACSO.

- Primicias. Crisis cambia el mapa social de Ecuador, clase media la más golpeada. 21 de Octubre de 2020. <https://www.primicias.ec/noticias/economia/crisis-cambia-mapa-social-ecuador/> (último acceso: 11 de Diciembre de 2020).
- Puertas, Benjamín, Marco Herrera, y Gabriela Aguinaga. 2004 «La promoción de salud en el Ecuador.» La Promoción de Salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica. Centers for Disease Control, 1-18.
- Quijano, Aníbal. 2014 «Colonialidad del poder y clasificación social.» En Cuestiones y horizontes : de la dependencia histórico-estructural a la independencia histórico-estructural a la, 278 - 327. Buenos Aires: CLACSO.
- Quisaguano, A. P. 2012 Politización de lo étnico y el género : el parto culturalmente adecuado y la construcción de sujetos (Tesis de Maestría en Economía con mención en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo). Quito: FLACSO Sede Ecuador.
- Ramacciotti, Karina Inés. «Cuidar en tiempos de pandemia.» Descentrada, 1-8.
- Ravelo, Patricia. 2020 «Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México.» En Las mujeres y la salud, de Soledad González Montes, editado por Soledad González Montes, 199 - 258. México: Colegio de Mexico, 1995.
- Redacción Sociedad. 2020. «Ecuador cumplió un mes con la medida del aislamiento social.» El Telégrafo, 19 de Abril de 2020:  
<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/ecuador-medidas-aislamiento-social>.
- Restrepo, Helena. 1996 «La promoción de la salud y la nueva práctica de la salud pública .» Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Volumen 14 (1),37-47.
- Rieiro, Anabel. 2010 «El sujeto: entre relaciones de dominación y resistencia.» El Uruguay desde la sociología, no. VIII,271-289.
- Rivera, Solange Poleth. 2019 Virus del Papiloma Humano en mujeres: entre discursos y sexualidades. Tesis de maestría, Quito: FLACSO.
- Rosero, Mariela. «Catalina Andramuño renuncia al Ministerio de Salud de Ecuador en medio de la emergencia del covid-19.» El Comercio, 21 de Marzo de 2020:  
<https://www.elcomercio.com/actualidad/catalina-andramuno-renuncia-ministra-salud.html>.
- Rosero, Rosario, y Alba Pérez. 2009 «El impacto de la crisis económica desde la perspectiva de género.» Friedrich Ebert Stiftung Ecuador, 1-29.

- Rosselli, Diego. «Epidemiología de la Pandemias.» ISSN: 0120-5498 Med. 42 , 2020: 168-174.
- Rubin, Gayle. 1986 «El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo .» Revista Nueva Antropología ,95-145.
- Rubin-Kurtzman, Jane R., y Catalina A. Denman. 2006 «Género, Salud y Ambiente en América Latina: na propuesta de análisis y su pertinencia para la Red.» California Center for Population Research,1-48.
- Rubio, Sònia Parella. 2003 «Repensado la particiación de las mujeres en el desarrollo desde una perspectiva de género.» Papers 69,31.57.
- Salgado, Judith. 2006 «Género y derechos humanos.» Revista de derecho, No. 5, UASB-Ecuador,163-173.
- Santamaría, Ulises. 1972 «¿Es la teoría social de Marcuse una teoría crítica?» Revista de Ciencias Sociales,317-334.
- Santillán, Alfredo Miguel. 2017 «El sentir frente a la estimatización territorial. Travesías de topofilia en el sur de Quito.» Revista Invi 32(91), 189-210.
- . La construcción imaginaria del Sur de Quito. Quito: FLACSO- Ecuador, 2019.
- Scheper-Hughes, Nancy. La Muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. España: Ariel .
- Scott, James. 2004 Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos . México: ERA.
- Scott, Joan W. 2001 «Experiencia.» La Ventana Nro. 13,42 -73.
- Scott, Joan W. 1986 «El género: una categoría útil para el análisis histórico.» En Género e Historia, de Joan Wallach Scott, 48 – 74. México: Universidad Autónoma de la Cuidad de México..
- Scott, Joan W. 2010 «Género: ¿Todavía una categoría util para el análisis?» La manzana de la discordia,95-101.
- Secretaría General de Comunicación de la Presidencia. El presidente Lenín Moreno decreta Estado de Excepción para evitar la propagación del COVID-19. 13 de Marzo de 2020. <https://www.comunicacion.gob.ec/el-presidente-lenin-moreno-decreta-estado-de-excepcion-para-evitar-la-propagacion-del-covid-19/> (último acceso: 13 de Junio de 2020).
- Sen, Amartya K. 2000 [1990] «Género y conflictos cooperativos.» En Cambios sociales, económicos y culturales: Un nuevo saber, los estudios de mujeres, de Maryssa Navarro y C. Stimpson (comp.), 50 - 110. Buenos Aires: FCE de Argentina .

- Tejerina Silva, Herland, Werner Soors, Pierre de Paepe, Edison Aguilar Santacruz, Marie-Christine Clos, y Jean-Pierre Unger. 2009 «Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud.» *Medicina Social* volumen 4, número 4, 273-282.
- Tezoquipa et al., Isabel Hernández. 2001 «El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana.» *Rev Saúde Pública*, 43-50.
- Torns, Teresa. «El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico metodológicas desde la perspectiva de género.» *Empira. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, núm. 15, 2008: 53-57.
- Valle Oñate, Geovanna Lucia. 2019 «Los dominados y el arte de la resistencia. Una reseña de James C. Soctt.» *Revista Chakiñan*, 94-103.
- Vance, Carina. 2012 «La salud pública es un derecho (Política Pública).» *La Tendencia. Revista de Análisis Político. Movimientos sociales, mujeres, gobierno*, Quito, 102-105.
- Vásquez, María Eugenia. 2000 «Escritos para no morir: Memoria desde la exclusión.» En *Memorias hegemónicas, memorias disidentes. El pasado como política de la historia*, de Marta Zambrano y Cristóbal Gneco , 317-330. Bogota: ARFO EDITORES LTDA.
- Veletanga, Jonathan. Covid-19: Enfermería pide al MSP adecuados equipos de protección para todo el personal de salud. 18 de Marzo de 2020.  
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/covid-19-enfermeria-pide-al-msp-adecuados-equipos-de-proteccion-para-todo-el-personal-de-salud-95491> (último acceso: 13 de Junio de 2020).
- . Ecuador adopta medidas preventivas frente al nuevo tipo de coronavirus identificado en China. 21 de Enero de 2020. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-adopta-medidas-preventivas-frente-al-nuevo-tipo-de-coronavirus-identificado-en-china-95211> (último acceso: 11 de Junio de 2020).
- Vélez, Roger. «Juicio político termina sin censura para exministra Verónica Espinosa.» *El Comercio*, 13 de Agosto de 2019.
- Vistazo. Vistazo . 03 de Abril de 2020. <https://www.vistazo.com/seccion/pais/politica-nacional/tres-bancadas-legislativas-promoveran-juicio-politico-contra> (último acceso: 20 de Junio de 2020).

- Wallerstein, Immanuel. 1988 «Universalismo, racismo y sexismo, tensiones ideológicas del capitalismo.» En Raza, nación y clase, de Immanuel Wallerstein y Etienne Balibar, 49 - 62. Madrid: IEPALA.
- Wimmer, Andrea, y Nina Glick Schiller. 2002 «Methodological Nationalism and Beyond: Nation-State Building, Migration and the Social Science.» Global Network, 301-334.
- Zambrano, Freddy Avilés. EL UNIVERSO Epidemias en la historia del Ecuador: desde la fiebre amarilla del siglo XIX hasta el coronavirus de la era digital. 21 de Marzo de 2020. <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/03/21/nota/7789680/epidemias-historia-ecuador-fiebre-amarilla-siglo-xix-hasta>.
- Zibell, Matías. Coronavirus en Ecuador: el drama de Guayaquil, que tiene más muertos por covid-19 que países enteros y lucha a contrarreloj para darles un entierro digno. 1 de Abril de 2020. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52116100> (último acceso: 5 de Abril de 2020).
- Zimbalist Rosaldo , Michelle. 1979 «Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica.» En Antropología y Feminismo , de Olivia Harris y Kate Young , 153 - 180. Barcelona: Anagrama.