

EL CUENTO DE LA CRIADA

Distopia deconstructiva de la reforma del estado y el sector salud



EDICIONES
CIESPAL

Libertad
y conocimiento

6



ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS
COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS
COURT OF HUMAN RIGHTS
ORGANIZATION OF AMERICAN STATES
INTER-AMERICAN COMMISSION ON HUMAN RIGHTS
INTER-AMERICAN COURT OF HUMAN RIGHTS

El cuento de la criada
Distopia deconstructiva de la reforma del estado y
el sector salud

El cuento de la criada

Distopia deconstructiva de la reforma del estado y el sector salud

Diego Herrera Ramírez



EDICIONES
CIESPAL



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura



Cátedra UNESCO
Límites de innovación y Sociedades del Conocimiento,
Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación
para América Latina (CIESPAL) - Quito - Ecuador

El cuento de la criada. Distopia deconstructiva de la reforma del estado y el sector salud

Diego Herrera Ramírez

Colección Liberad y conocimiento 5
Primera Edición

Cátedra Unesco. Libertad de expresión y sociedades del conocimiento

CIESPAL
Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina
Av. Diego de Almagro N32-133 y Andrade Marín • Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 254 8011
www.ciespal.org
<https://ediciones.ciespal.org/>

ISBN primera edición:

Ediciones Ciespal, 2022

Los textos publicados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.



Reconocimiento-SinObraDerivada
CC BY-ND

Esta licencia permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

Introducción

La medicina familiar y “el cuento de la criada”

“Un engaño que nos eleva es más querido que un montón de medias verdades.”

Aleksandr Pushkin

La utopía es la representación de una idea o sociedad en su forma perfecta, ideal y sin fallas, pero cuya realización se aleja de la realidad por su complejidad o imposibilidad de llevarla a la práctica por diversos factores.

Aplicando el concepto de utopía a las sociedades, que es para lo que fue creado, hablamos de una forma de organización perfecta donde se asimila que todos los factores funcionan correctamente; en resumen, la sociedad ideal.

La utopía condensa con exactitud el programa emancipatorio y las contradicciones de la modernidad, lo mismo podría sostenerse respecto a la distopía, atada a la utopía en tanto que es una reacción secundaria contra ella. Si la utopía estándar materializó el espíritu

ilustrado, cientificista, racionalista y esperanzado ante la modernización, la distopía estándar hizo lo propio con el espíritu romántico, poético, vitalista y por lo común agorero ante el mismo proceso. De ahí que es procedente atender a la dialéctica abierta entre ambas si se quiere tomar una panorámica meticulosa del proceso modernizador, en el caso de este trabajo, de la estrategia de la Atención Primaria de Salud¹ y la Medicina Familiar.

Entre los recursos de análisis usamos en el título, en forma metafórica, una obra literaria del género llamado distopía para deconstruir el proceso de reforma del Estado y del sector salud en el caso ecuatoriano. La obra en cuestión se denomina *El cuento de la criada* de la escritora Margaret Atwood; en la que se narra la manera como unos políticos teócratas se hacen con el poder, amparándose en la coartada del terrorismo islámico, y, como primera medida suprimen la libertad de prensa y los derechos de las mujeres, todo esto sucede en un lugar imaginario denominado republica de Gilead (Atwood, 1985).

En la República de Gilead, el cuerpo de Defred, la protagonista de la historia, sólo sirve para procrear,

1 Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

tal como lo imponen las férreas normas establecidas por la dictadura puritana que domina el país. Si Defred se rebela —o si, aceptando colaborar a regañadientes, no es capaz de concebir— le espera la muerte en ejecución pública o el destierro a unas Colonias en las que sucumbirá a la polución de los residuos tóxicos. Así, el régimen controla con mano de hierro hasta los más ínfimos detalles de la vida de las mujeres: su alimentación, su indumentaria, incluso su actividad sexual (Atwood, 1985).

Las mujeres se encuentran impotentes ante el poder de la utopía de su discurso. La resistencia en contra de los regímenes distópicos usualmente comienza con la negación del lenguaje ya que en la narrativa está normalmente prohibido, cuestionar el lenguaje “oficial” (Bartkowski, 1989).

En el *Cuento de la criada* las palabras “unwoman”, “unbabies”, “criada”, “tía”, “econoesposas” y demás, son símbolos del poder autocrático de la sociedad imaginaria, quien mediante la propaganda y la reeducación de sus individuos los obliga a ver el mundo de manera diferente mediante palabras inexistentes. Con el fin de evitar que aquellos que no lo tienen permitido, lean e interpreten los significados, es prudente detener el análisis sobre el uso “irresponsable” de palabras como: holístico, integral, integrado, red, sistémico, humanista; que son

las palabras que no se pueden cuestionar, aunque en la mayoría de los casos sean solo palabras huecas.

¿Cómo es posible saber si una utopía se está convirtiendo en una distopía? Una forma es a través del lenguaje, cuando el lenguaje oficial, el de las normativas, las políticas, las metas, sirven también para reeducar y someter a los sujetos en un sistema de poder, deja de ser una utopía. El lenguaje se presenta como un instrumento o símbolo de control y coerción, el cual tiene el poder para señalar, tiene el poder de influenciar la realidad (Moreno Trujillo, 2016).

Este ensayo es una referencia hacia la contradicción distópica de la estrategia denominada Atención Primaria de Salud (APS), de los pioneros que la establecieron, de las instituciones formadoras de recursos, de las instituciones prestadoras de servicios, y de las mujeres y hombres que escogen la medicina como profesión. La narrativa y las ilusiones de dos mujeres médicas, se convierte en el hilo conductor que permite el análisis del desarrollo de este discurso, de este lenguaje. Para esto se comparte las historias de vida y de lucha, de dos médicas de familia.

Estas biografías pueden compararse con la historia de Defred, quien se encuentra controlada por los políticos, las normativas institucionales y la burocracia que ejerce el poder, la metáfora no tiene un trasfondo retórico solamente, se diría que su uso plantea una

doble faz. Por un lado, constituye un recurso de la narrativa, y permite que los profesionales de la salud, se miren en un espejo; en palabras de Umberto Eco,

la magia de los espejos consiste en que su extensividad-intrusividad no sólo nos permite mirar mejor el mundo, sino también mirarnos a nosotros mismos tal como nos ven los demás: se trata de una experiencia única y aterradora”. (Eco, 2012)

Por otro lado, se propone la metáfora como una suerte de reencuadre para discutir más allá de la ideología.

Las historias de Rita Bedoya y Susana Alvear, las dos principales médicas de familia del Ecuador, sirven para señalar el camino que llevara esta narración. Sus vidas inician en los años 60 del siglo pasado, unos pocos años antes de que surgiese el inicio de la utopía de la reforma del sector salud, con el discurso de la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Dentro de este discurso, surge la medicina familiar como parte del ejército ejecutor de “salud para todos”, miles de profesionales de la salud dedicaron toda su vida al desarrollo de esta estrategia, luego de 40 años estas vidas y estos discursos pueden ser vistos desde una posición menos apasionada y sin el sesgo ideológico.

La historiografía se utiliza como una herramienta del trabajo político. Revisar el pasado es una forma

de militancia en la medida en que contribuye a clarificar nuestra práctica presente, de esta manera la historiografía, construcción bastante cuestionada, se convierte en un instrumento para la liberación, lejos del academicismo, pero lejos también de todo burdo pragmatismo (Feinmann, 2015).

Para desentrañar esta historia, caminaremos en una doble espiral, similar al genoma humano, como lo expresa Juliana González (2004)

El símbolo de la espiral “es la forma esquemática de la evolución del universo... la relación entre la unidad y la multiplicidad...”. La doble espiral combina en unidad los dos elementos... y simboliza... emanación, extensión, desarrollo, continuidad... rotación creacional” ...; que representa los ritmos de la vida ... Vida porque indica el movimiento en una cierta unidad de orden o, inversamente, la permanencia del ser bajo su movilidad... La espiral doble es considerada, en fin, “un ser doble... gemelo en sí mismo los dos en uno, dualidad-una que “enrollada en espiral alrededor de la tierra, la preserva de la desintegración”... usando un método holístico, definiendo y juzgando cada una de las variables indagadas vinculándola con el mayor número de variables presumiblemente diferentes que razonablemente pudimos recabar y remitiéndola a una unidad relacional superior (Gonzalez Valenzuela, 2004).

Nuestro objetivo es aportar a la creación de un tejido sináptico complejo, al desvelar conexiones ocultas y por tanto no teorizadas ni conscientemente pretendidas entre los diversos actores que promueven la llamada -Reforma del Sector Salud-.

En cada momento de esta obra se ofrece un breve marco contextual que permite ampliar la comprensión de aquello que Hegel² bautizó como “espíritu de la época”, usando como hilo conductor las historias de Rita y Susana, intentaremos identificar y criticar las contradicciones existentes en el lenguaje y los discursos oficiales.

2 Jorge Guillermo Federico Hegel (Stuttgart, 1770-1831) fue un filósofo del Idealismo alemán, el último de la Modernidad, llamado inclusive como la “conciencia de la modernidad”

Historia de la estructura de salud en el Ecuador

Francisco Xavier Eugenio de Santa Cruz y Espejo (1747-1795), describía al Quito de la colonia como “un oscuro rincón de la tierra”. Espejo, fue infamado con saña por su origen indio y mulato por las castas de sus antepasados. Su abuelo había sido un indio principal de Cajamarca, cuyo descendiente don Luis Chusig, su padre, era vilipendiado por haber venido a Quito como paje de un fraile llamado Luis del Rosario; este le recordaba en un juicio que no era sino indio vestido “con algodón de bayeta azul y calzón de la misma tela” (Caicedo Mantilla & Jurado Enríquez, 2017).

Para casarse los padres del Dr. Espejo adoptaron apellidos como Luis de la Cruz y Espejo y Catalina Aldaz y Carrascal, “chola, mulata hija de la esclava liberta”. Pero don Luis se hizo enfermero-sangrador³ y tenía

3 Al inicio del siglo XIX nos encontramos las figuras del sangrador y del cirujano de 3^a o “cirujano romancista”, que no tenían estudios universitarios, “que no sabía latín”. Términos contrapuestos al de “cirujano latino”, que era el sanitario (médico) con formación universitaria de cinco años. Mas, para obtener el título de sangrador se precisaba una formación práctica de tres años junto a un cirujano latino.

mucho trabajo. Con doña Catalina, se compraron en 1758 una casa en todo el “poyo” que comienza la “Calle del Mesón”, frente a Santo Domingo; casa de dos pisos y de teja, donde tuvieron 3 hijos, Pablo, Francisco y Manuela Espejo (Caicedo Mantilla & Jurado Enríquez, 2017).

Mientras Espejo estaba preso en Quito, el presidente Diguja⁴ reunía a peritos que propusieran remedio para la peste; escribieron “Florilegio medicinal⁵”, donde encontramos: Santa Teresa, abogada de las diarreas, rezar el Salve es “fresco”, el Credo es “cálido”, los Evangelios, son buenos para las “febrífugas”, “el caldo de polla ronca”, panacea para los disturbios menstruales, “la tela de cordero” curaba la hernia, el “espanto” o “mal paso” de las muchachas, la “bebida de las 7 flores y las 7 cintas de colores”, para sacar el arco-iris o “cuichi” que las había embarazado. En medio de estas supercherías populares adoctrinables,

4 Don José Diguja, Funcionario español y coronel de los ejércitos realistas, nacido en la villa de Benavente, en Castilla la Vieja. El 5 de mayo de 1764 le fue concedida la Cédula por medio de la cual se lo nombraba Presidente de la Real Audiencia de Quito, cargo del cual se posesionó tres años después, el 8 de julio de 1767.

5 Florilegio Medicinal, (abreviado Florilegio Medicinal),¹ es un libro con ilustraciones y descripciones botánicas que fue escrito por el jesuita alemán de Moravia; Juan de Esteyneffer y publicado en el año 1712. Compila una combinación de la medicina tradicional del Nuevo Mundo y la europea De materia médica y el diagnóstico médico europeo del siglo XVIII.²

Espejo un adelantado de su época, una luz en una sociedad oscura, ya había publicado su estudio sobre lo que serían los microbios, que él llamaba “atomillos vivientes, corpúsculos” origen de las viruelas” (Burgos, 2010).

Eugenio Espejo representó y representa al mestizo, intelectual, moderno, liberal, el científico que cambia la historia, imaginario que marcaría varios siglos del modelo ideal del médico ecuatoriano, pero la imagen historiográfica de este personaje, no deja de ser parte de una visión romántica del mundo (Caicedo Mantilla & Jurado Enríquez, 2017). Espejo no es recordado por la historiografía como indio, mestizo, activista político o conspirador, sino como científico, periodista, médico o hasta como duende porque estas construcciones de Espejo no atentan contra el poder y todo médico puede identificarse con un Espejo inteligente, investigador y que se superó por sus propios méritos, no con el Espejo político y conspirador.

Pasaría casi un siglo de la muerte de Espejo, para que el Congreso de la República del Ecuador mediante un decreto del 28 de agosto de 1869 disponga que los hospitales de la República sean administrados por las Hermanas de la Caridad. Los hospitales en el siglo XIX e inicios del XX fueron regentados por los cabildos municipales o las órdenes religiosas, eran instituciones de caridad, donde se mezclaban

enfermos agudos y crónicos con prostitutas y enfermos mentales castigados. Era una muestra del poco interés que los estados le daban a la atención de la salud de la población.

El pensamiento religioso dominante, determinó que los esfuerzos mayores debían dirigirse a la búsqueda del “don supremo” que fuese capaz de impedir que las enfermedades afectaran a la ciudad de una manera tan trágica. Las misas, procesiones, novenarios y otras manifestaciones religiosas eran frecuentes.

En los albores del siglo XX, los hospitales siguieron siendo casas de reposo de mendigos, enfermos y espacio de enclaustramiento definitivo de aquellos que poseían enfermedades mortales. Fueron lugares donde ayudaban al “buen morir” o se convirtieron en centros de albergue de los más desposeídos (Rodas Chaves, 2006).

Las principales enfermedades que azotaban a la población en esa época, estaban ligadas al pésimo sistema sanitario, la viruela, la peste bubónica, la polio, la fiebre amarilla, la tuberculosis y la sífilis. En las primeras décadas del siglo XX el paludismo y la fiebre amarilla eran parte de la vida de los guayaquileños. En las primeras décadas casi un 20% de las muertes en cada año desde 1912 a 1929, correspondían al paludismo. En 1924 la cifra de mortalidad por malaria ocupaba el cuarto lugar de la mortalidad general a nivel nacional

después de la pulmonía, la gripe y la bronquitis aguda (Kroeger, 1991).

La primera manifestación de interés del Estado para normatizar prácticas que ponían en riesgo la salud de la población, fueron implementadas por los cabildos o gobiernos locales de la época. Las normativas, estaban dirigidas a la dotación de agua, a través de la creación de piletas publicas primero y redes públicas después, también se inicia el manejo de desecho de las aguas servidas, además se emitieron normas para que los cuerpos de los habitantes fuesen, luego de su muerte, adecuadamente enterrados.

En Guayaquil a inicios del siglo XX, el cabildo creó, las “Juntas de Vacuna” y a partir de su papel de centro investigativo (en la búsqueda del fluido vacuno) y como centro operativo de vacunación (Rodas Chaves, 2006).

La salud como política estatal nació como caridad estatal y como complemento a las necesidades del capital.

Como ejemplo del enunciado anterior, en 1906 en la época del boom del cacao ecuatoriano, los puertos debían ser saneados para evitar la propagación de pestes, tanto humanas como vegetales, Eloy Alfaro crea la sanidad marítima, quien tenía, como único fin sanear los productos de agroexportación —el cacao primero y luego el banano—, para no poner en riesgo los ejes de la acumulación capitalista de comienzos del

siglo XX. Siendo así, el elemento preventivo de la salud nació para atender los requerimientos del modelo agroexportador y no los de la población (Chávez Medina, 2020).

El 24 de mayo de 1933 se inaugura el Hospital Eugenio Espejo, construcción que inició desde 1901, en terrenos adquiridos por el presidente Eloy Alfaro.

Quito inmerso en la modernidad crecía hacia el Norte, y de acuerdo a las previsiones establecidas en el Plan regulador del arquitecto uruguayo Guillermo Jones Odriozola (1943) la expansión hacia lo que se llama la Alameda daría cabida a grandes obras como el Palacio Legislativo, la Facultad de Medicina y su Anfiteatro Anatómico. Gilberto Gatto Sobral, compatriota de Jones, continúa con el Plan y también es el constructor del nuevo Anfiteatro y la nueva ciudad universitaria (Estevez, Villota, Zapata, & Echeverría, 2018).

Solo a partir de 1947, el Estado ampliará su visión preventiva hacia las personas y desarrollará la noción de protección de la higiene de las ciudades, fundando la Sanidad Nacional, que asume esta función antes otorgada solo a los municipios.

Para la atención de la enfermedad de los pobres y menesterosos, se construyó, desde 1927, una red provincial con hospitales públicos localizados en las principales ciudades del país, articulada bajo

una institución denominada Asistencia Pública. La atención a la salud de la población del campo fue la gran ausente, a pesar de que el 75% de la población vivía en las zonas rurales dedicados a la agricultura.

La salud, como parte del Ministerio de Previsión Social, operó desde una subsecretaría entre 1945 y 1967. Esto define la poca importancia que este sector tuvo en la conformación del Estado de estos años. La Caja de Pensiones se inició en 1928. Se funda Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) en 1928 y el Instituto Nacional de Higiene en 1937. La Clínica del Seguro de Quito se inaugura en 1946. La Cruz Roja Ecuatoriana, 1947. Y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, (SOLCA) en 1951.

El 16 de junio de 1967 se publica el Decreto 084 de la Asamblea Constituyente que crea el Ministerio de Salud Pública (MSP) (Estevez, Villota, Zapata, & Echeverría, 2018), El Ministerio de Salud Pública (MSP) fue creado cuando Ecuador contaba con 4,5 millones de habitantes, en palabras de Sacoto:

Ecuador fue el último país del continente en crear la institución rectora de la política de salud. Habían transcurrido 137 años desde que naciera la república y, para entonces, la población ecuatoriana contaba tan solo con el Servicio Médico del Seguro Social, pero no había ninguna entidad sólida que se encargara de diseñar y aplicar políticas de salud”. (Sacoto, 2021)

Las desigualdades sociales y la ruralidad

Yo nací en un pueblo que se llama Perucho, es parte del cantón Quito, una parroquia rural que hace parte de lo que le llaman “La Ruta Escondida”, estamos a 2000 metros y ahora mismo vivo en la cima de una loma. Yo nací y crecí en el pueblo, fui a la escuela en Perucho a una escuela unidocente en una época en la que no había luz, en condiciones bastante precarias de comunicación. Es fantástico después de tantos años haber sido testigos del cambio tecnológico y ahora tener la oportunidad de hacer esta entrevista online con imagen, desde aquí, desde la cima de la loma donde vivo.

En los años 60, en el sector rural, la única referencia que había del sistema formal de salud era una auxiliar de enfermería que era parte de la sanidad municipal, la mayor parte de la gente se curaba con una abuela mía que era la partera y curandera del pueblo, ella se llamaba María Vaca. Es interesante ver que en Perucho yo soy la primera médica y soy nieta de la curandera y partera del pueblo.

Nací en el 56 en esa época todos los niños que nacían en esta comarca nacían con *La Abuela María* por eso tuve la oportunidad de presenciar partos desde muy, muy chiquitita, tal vez a los 7 u 8 años. Para mí

era bien novedoso ver como mi abuela curaba a los quemados con hojas de higuierilla y ver cómo les atendía con baños, recuerdo mucho de unas tinajas de madera que tenía, en las que les hacía bañar a la gente con agüita de flores y hierbas.

La casa de mi abuela era una casa grande que tenía un corredor muy grande y ahí recibía a los pacientes, ellos pernoctaban en la casa de la abuela porque venían de lejos, entonces no podían llegar y regresar en el mismo día.

Para los partos la abuelita se iba en caballo para atenderles en las casas a las mujeres, que también venían al control; por eso me acuerdo mucho de las manos de mi abuela, lavándose para poder examinar a las pacientes, era como si fuese un hospital y estoy hablando de los años 60.

Mi abuela era una persona que apenas lograba leer, no tenía conocimientos formales, pero tenía muchísimo conocimiento informal de experiencias y de conocimiento herbolario, de las plantas, para qué sirven cada una de las plantas. Ella recolectaba las plantas y siempre estaba pendiente de que está creciendo en las acequias. Tenía, como si fuese una farmacia, visto donde estaba el culantrillo del bosque, el caballo chupa... Para mí ha sido muy interesante volver al campo donde ejercí estos doce últimos años a nivel rural, entender desde la práctica el uso de las plantas medicinales. La gente en este pueblo, cuando le pasaba algo tomaba una agüita de manzanilla o de

hierba mora, inhalaciones para curarse la gripe y sus limonadas, clásicas limonadas con miel de abeja. (Bedoya, 2022)

Las causas que provocaban la muerte de infantes en la mayoría de países latinoamericanos en las décadas de 1960 o 1970, eran relacionadas con el parto y el puerperio, prematuridad, peso bajo, anoxias o hipoxias (relacionadas con la nutrición de la madre, el cuidado del embarazo o la calidad de atención del parto), sumadas a las enfermedades infecciosas (EDA⁶, IRA⁷ y en algunos casos malaria) y la desnutrición. Infecciones inmunoprevenibles como el tétanos, la tosferina o el sarampión arrasaban con la población infantil (CEPAL, 2011).

Las enfermedades infecciosas en infantes y los problemas nutricionales graves (como la emaciación-marasmo o el Kwashiorkor⁸) eran comunes en los hospitales públicos de la época, los médicos los llamaban desnutrición, pero la población sabía que lo que tenían era “hambre”, las profundas inequidades sociales en acceso a alimentos y condiciones básicas de vida, así como las prestaciones y servicios de salud eran por decir menos deficientes (Noboa Cruz, 2020).

6 Enfermedad diarreica aguda

7 Infecciones respiratorias agudas

8 forma de desnutrición que ocurre cuando no hay suficiente proteína en la dieta

En los años 50 del siglo XX, la atención del parto en hospitales o clínicas privadas, era un lujo que solo una pequeña minoría de privilegiados en el Ecuador (8,27 %) podían darse. En la zona urbana el parto asistido por profesional, era más del doble (17,41%) de la de todo el país y en la zona rural (0,26 %) fue 67 veces menor que en la urbana (Camacho & Vildosola, 1960).

Puede decirse que no existían partos hospitalarios en la zona rural, pues no existían hospitales, y los pocos servicios eran deficientes. Casi el 90 % de los partos en el Ecuador en 1954, no recibieron ninguna atención profesional (Camacho & Vildosola, 1960).

En 1956 se registraron 178.520 nacimientos (90.738 hombres y 87.782 mujeres), a pesar del subregistro las defunciones fetales fueron 7.003 (3.554 hombres y 3.449 mujeres) y para defunciones generales un total de 56.390 fallecimientos (INEC, 2020).

Las grandes desigualdades, han sido un tema históricamente persistente y enraizado, en donde “pese a los esfuerzos que se han emprendido, a través de políticas públicas de combate contra las formas más extremas de desigualdad, la situación no parece estar cambiando de manera positiva” (Mora Salas, Pérez Sáinz, & Cortés, 2004) Según el Informe de Desarrollo Humano de América Latina y el Caribe (Idhalc) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), América Latina y el Caribe conforman la región

más desigual del mundo: diez de los quince países con mayores niveles de desigualdad se encuentran en la región. Esta desigualdad es alta, persistente, se reproduce en un contexto de baja movilidad social y de persistente inestabilidad política (PNUD, 2010).

La presencia de desigualdades en zonas rurales ha recibido un tratamiento retórico en lugar de práctico. Una explicación plausible es la profunda relación de las condiciones de vida con la situación de salud. La coyuntura económica, política y social de los años 70 estuvo caracterizada por recortes en el gasto público, sobre todo en el ámbito social, y la reorganización de servicios de salud bajo una perspectiva economicista, pragmática y restrictiva.

El balance de la situación económica y social latinoamericana en esta época fue negativo, e incluso los esfuerzos para recuperarse de los estragos de los años 80 no tuvieron mucho éxito en los 90. En algunos países se implementaron reformas con el anhelo de una agenda común, adaptada a las condiciones nacionales, el resultado de este nuevo modelo reformista fue un impacto negativo en términos de equidad. Algunos resultados positivos de estos procesos se diluyen en los nuevos problemas suscitados por las propias reformas. La superación de las desigualdades sigue siendo una meta que no puede alcanzarse. (Almeida, 2002)

En 1970 el gobierno de Ecuador inició al Programa Nacional de Medicatura Rural, un proyecto que había tenido apoyo por parte del sector universitario antes de la creación del Ministerio de Salud Pública. Este programa se impuso con carácter obligatorio para los egresados de la carrera de medicina y se acompañó de cambios en la capacidad de provisión de servicios de salud, por citar un ejemplo: en 1972 había 64 subcentros de salud en el país, luego de 3 años ya eran 246, y para el año de 1977 se contaba con 453 subcentros de salud.

Desde su creación este programa ha brindado el servicio de asistencia a las comunidades rurales del país. La implementación de la medicina rural ha resultado esencial para el desarrollo social y económico de muchas comunidades. Pero su ejecución no significa la superación de las brechas presentes en la ruralidad. De hecho, la persistencia de las brechas de inequidad en la ruralidad son aspectos que influyen en la continuidad de los profesionales de la salud en estas geografías.

Las lecturas que se hacen acerca de la persistencia de las inequidades parecen incorporarlas como parte del paisaje nacional. Trabajos como la Encuesta Demográfica y de Salud Materno-Infantil (ENDEMAIN 2004) muestran que las inequidades sociales, económicas y geográficas limitan el acceso a servicios de salud en el Ecuador. Para ese momento los hogares

de bajos recursos, indígenas y aquellos que viven en áreas rurales (muchos con las tres características a la vez) tenían menos posibilidades de utilizar servicios de salud. A esto se suma la marcada concentración de proveedores de salud en zonas urbanas lo que incrementa la posibilidad de utilización de servicios preventivos y curativos (López-Cevallos, Chi, & Ortega, 2014).

Los actores y la vida urbana

Crecí toda mi niñez y mi juventud aquí en la ciudad de Quito, con periodos de vacaciones en una región sumamente hermosa en una propiedad en la provincia de Los Ríos, cerca de la ciudad de Quevedo en la hacienda de mi abuelo.

Eran las vacaciones deseadas porque era como un premio para todos porque ahí nos reuníamos todos los niños, no solo de la familia, sino también de los amigos, los vecinos, entonces cuando viajábamos a Quevedo, éramos todo un ejército conviviendo en la hacienda.

Cómo niña fui la hija más enfermiza de la de la familia, no sé por qué siempre tuve alergias. Acudíamos al menos una vez al mes donde el médico, entonces mi mami o la señora que nos crio, que es nuestra segunda mamá, nos llevaba al médico, un pediatra que tenía el consultorio en la plaza de San Francisco un profesional de renombre del Hospital Baca Ortiz. Él siempre te trataba con cariño, me acuerdo que a veces me tenía que inyectar penicilina, por eso creo que odio las inyecciones y por eso nunca las receto.

Él siempre era muy amable, Yo no entendía mucho, pero nos demorábamos en las explicaciones, creo que era una niña crónica con problemas de

alergias, siempre estaba con secreción nasal, con comezón en todo el cuerpo y tenía frecuentemente faringoamigdalitis, entonces era una visitante asidua del doctor. Cuando por a o b circunstancias no podíamos ir al consultorio de él, por el tiempo o por el dinero, porque somos una familia grande; mi mami me llevaba al hospital Baca Ortiz era un lindo hospital y el doctor siempre nos trataba con un gran cariño con gran respeto, siempre muy amable por eso no tenía miedo en entrar a su consulta. (Alvear, 2022)

Los hospitales a inicios del siglo XX seguían siendo obra de caridad de benefactores o filántropos de la época mas no una preocupación del Estado, por ejemplo, en Guayaquil en 1888 se institucionalizó la Junta de Beneficencia de Guayaquil, el prestador externo más grande del Sistema de Salud Ecuatoriano. El Consejo cantonal de la época, nombró a 35 miembros, quienes eligieron al directorio de la Junta, a ellos se les entrego 45 000 sucres. La Junta tomó a su cargo los hospitales de Guayaquil y comenzaron las donaciones de los personajes pudientes, como los esposos Galecio Ligeró, Agustín Coronel, Pedro Sánchez entre otros. La Junta inauguró el Asilo para Niñas en 1890. En 1892, el Hospicio del Sagrado Corazón de Jesús, para la atención a ancianos e indigentes.

En 1892 aconteció el primer conflicto con el Estado Central, cuando el Ministerio de Hacienda, con base en una nueva ley creada por el Tribunal de Cuentas (Contraloría), obtuvo la facultad de revisar las finanzas de las propiedades de las Juntas de Beneficencia municipales. El director Eduardo Arosemena se opuso, defendiendo la autonomía de la Junta y argumentando que la institución era municipal y no estatal.

Como resultado de la oposición de las elites guayaquileñas, el Tribunal de Cuentas se abstuvo de intervenir y se gestionó ante el Congreso la defensa de la autonomía de la Junta de Beneficencia, logrando que se excluya a la Junta de la fiscalización en 1894. Es más, el Congreso otorgó exclusividad a la Junta para la explotación de las loterías, la entrega de los impuestos a la producción de azúcar y la importación de licores. El ingreso de las loterías se distribuiría también a las otras beneficencias de la ciudad y a los bomberos.

En 1896, el gobierno de Eloy Alfaro quiso ampliar la cobertura de la atención, creando Juntas de Beneficencia estatales; se intentó incluir en ese proyecto a la de Guayaquil, la cual se opuso firmemente. Esas Juntas estatales existieron hasta 1925, cuando la Revolución Juliana las disolvió para dar paso a las Direcciones de Asistencia Pública.

En 1910, se aprobó una ley que dictaminaba que todos los servicios asistenciales de la ciudad serían

asumidos por la Junta de Beneficiencia de Guayaquil, y que el Estado debía transferir fondos para ese propósito. El antiguo Manicomio Vélez fue demolido en 1901 y se construyó otro que llevó el nombre del filántropo Lorenzo Ponce, miembro de la Junta.

En 1920, el Dr. José Luis Tamayo, presidente de la República y miembro de la Junta, creó una serie de impuestos específicos para contribuir en la financiación de la Junta de Beneficiencia de Guayaquil. Bajo la dirección de Luis Vernaza, en 1924, se inauguró en el Hospital General el primer pabellón edificado con cemento, siendo el más avanzado del país (Althaus Guarderas, 2021).

La Junta de Beneficiencia de Guayaquil mantiene hasta el día de hoy una privacidad, de aquello que solo es exclusivo de un pequeño grupo, que le hace impenetrable para otros. Es un lugar solo de “ellos”, que permanece oculto a fin de no perder profundidad. Es como que existiera la noción de una propiedad privada no jurídica, pero si vital, existencial; es como que tuviera una segunda vida, guardada con estricta privacidad (de la Torre, 1996).

En las múltiples respuestas pensadas, este lado oculto debía tener causas profundas, no jurídicas, pues lo jurídico es la legitimación formal de un código de ordenamiento del Estado a la cual la sociedad se somete, y que termina colocando a la institución en

la esfera pública; es tan solo un instrumento que legitima intereses, que en sí no son estrictamente económicos, sino de otra naturaleza, pero ¿cuál es esa otra naturaleza? Entender esa otra naturaleza significa adoptar una dimensión analítica diferente: la naturaleza de la privacidad de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (de la Torre, 1996).

Estas instituciones de salud históricas, dirigidas por notables, hasta el día de hoy funcionan como la privacidad de lo privado usando el concepto de Hanna Arent:

son cuatro paredes de la propiedad particular de una persona, ofrece el único refugio seguro contra un mundo público común, no solo contra todo lo que en él ocurre sino también contra su propia publicidad, contra el hecho de ser visto u oído. Una existencia vivida enteramente en público en la presencia de los otros, se toma superficial, retiene su visibilidad, pierde la cualidad resultante de vivir a tono a partir de un terreno más sombrío. (de la Torre, 1996)

La Junta, vista como una individualidad institucional tiene un “aire sombrío”, ha conseguido mantener dentro de las cuatro paredes de la sala de sesiones de los notables, de la oficina del director y de las relaciones entre sus más altas autoridades, un

refugio seguro contra el mundo público. Ella expresa una dualidad, pues por un lado tiene presencia pública no solo local, sino nacional a través de la lotería, pero al mismo tiempo es impenetrable en una parte medular: su Ideología, lo único que se puede inferir es que esta influenciada por la aristocracia guayaquileña, el pensamiento liberal, la beneficencia y la masonería (de la Torre, 1996).

En Quito, el Hospital Pediátrico Baca Ortiz también se construyó gracias a benefactores en el antiguo palacete de los esposos Sr. Héctor Baca y la Sra. Dolores Ortiz, ubicado en la Av. Mariano Aguilera y transversal con la Av. Cristóbal Colón constituyéndose en el primer hospital para niños de la ciudad. La atención médica era tarea de las almas caritativas que empezaron a donar bienes y crear instituciones para este menesteroso fin.

En 1948 la junta de gobierno de este nuevo hospital y el director de Asistencia Pública, Dr. Alfonso Zambrano, nombran como presidente de la misma al médico quiteño Dr. Carlos Andrade Marín, quien determina los fines fundamentales de hospital: “Velar por el cuidado de los enfermos y mantener un alto nivel técnico y profesional”.

La modernización económica acarrearía un reajuste en el sistema de estratificación social, que provoca cambios en el sistema de dominación tradicional

y de los comportamientos sociales (actitudes y motivaciones) que presentarían los distintos grupos sociales frente al proceso de desarrollo económico.

Con la consolidación de la República y desde los años setenta, los hospitales fueron motivo de atención de los poderes centrales, se modificó la estructura de atención de los enfermos. Así mismo la práctica médica fue transformándose, por esa época, era común el uso de cadáveres, que fueron utilizados por los médicos para su aprendizaje y para investigar sobre los daños que podían provocar las enfermedades.

El acceso a la Universidad y la profesionalización, era una forma de ascenso social o de mantenimiento de un status social, así como una estrategia para la consolidación de alianzas familiares entre “iguales”, orígenes sociales similares, niveles educativos y ocupacionales afines e iguales afiliaciones religiosas y étnicas, situación que contribuye a la reproducción intergeneracional de la desigualdad socioeconómica, y perpetúa las desigualdades estructurales que afectan las condiciones de vida, salud y enfermedad de las personas.

La medicina, como una profesión liberal

Tenía un tío abuelo que fue uno de los primeros médicos de Quito el doctor Abel Alvear y dos tíos políticos de segundo grado que eran médicos obstetras a quienes les decían los “Pericos Alvear”, mi tío abuelo si era muy cercano, era médico, que ya tenía sus 65 o 70 años, estaba jubilado, me dice ¿quieres estudiar medicina? y yo le quedé viendo y le digo tal vez. Para ese entonces mi hermana mayor, estaba estudiando medicina y estaba ya en cuarto o quinto año, entonces yo le veía a ella lo que estudia, lo terrible que era; con los horribles huesos y cadáveres.

Recuerdo me regaló un escalpelo de los que él había realizado disección, que después se me perdió, me dijo esto es para que te formes, y claro yo tenía ya el ejemplo de mi hermana Germanía de estudiar medicina, entonces yo solo cogía los libros de ella y estudiaba, además me dediqué a completar mis estudios de idiomas, francés e inglés.

La Universidad Central tenían la única facultad de Medicina en esa época, existía el libre ingreso y miles de bachilleres, aspirábamos a estudiar medicina. (Alvear, 2022)

El congreso de Cundinamarca en 1826, presidido por Simón Bolívar, dicta la Ley para que se establezcan Universidades en los departamentos de Cundinamarca, Venezuela y Ecuador. En 1827 se crea la Universidad Central del Ecuador, siendo su primer rector el canónigo Doctor José Miguel Carrión y Valdivieso. En ese mismo se organiza la facultada de Medicina siendo el primer director, el Doctor Jorge Moreno.

En el segundo período del presidente Alfaro, el Congreso Liberal decreta en 1908, la Ley de Nacionalización de Bienes de Manos Muertas, según la cual, todos los bienes raíces de la de las comunidades religiosas de la Sierra pasaban a propiedad del Estado.

Estos recursos sirvieron para el sostenimiento de los hospitales y casas asistenciales administradas por la Junta de Beneficencia, fundada también por el General Alfaro. Estas acciones de la administración liberal permitieron mejorar las rentas de los hospitales y dotarlos de medios para el cumplimiento adecuado de su misión, que no sólo tiene que ver con lo asistencial sino también con la enseñanza y formación de médicos que ahí se educan y aprenden. En los gobiernos de Alfaro y Plaza ocurren cambios relevantes en la educación médica al incorporar nuevas cátedras: Otorrinolaringología, Urología, Ortopedia, Radiología, Dermatología y Sifilografía. Además, auspicia que médicos ecuatorianos estudiaran en Europa y

Norteamérica para que, al retornar al país, innovaran la enseñanza y la práctica médica.

En 1917 se crea la escuela de Enfermeras y en 1942 la Nacional de Enfermeras. En 1941 el Ecuador contó con 700 médicos para 3 millones de habitantes y en 1963 con 4000 para 4 millones de habitantes.

El 9 de noviembre de 1929 la Universidad Central del Ecuador, sufre un flagelo, que virtualmente destruye todas sus instalaciones (biblioteca, laboratorios y museos). La Facultad de Medicina funcionaba en la antigua casona de las calles García Moreno y Espejo en la ciudad de Quito, luego en los espacios que hoy ocupa el nuevo Hospital Eugenio Espejo y desde mediados de los años setenta en el lugar actual de las calles Sodiro e Iquique (El Dorado).

El viernes 18 de septiembre de 1953, el Rector de la Universidad Central del Ecuador doctor Alfredo Pérez Guerrero, firma el contrato de edificación del Anfiteatro Anatómico. Posteriormente y a partir de los años setenta se desarrolla un verdadero Plan de construcciones que conforma la actual Facultad de Ciencias Médicas o Campus de Medicina de la Central (Decanato del Dr. Carlos Mosquera Sánchez). El antiguo Hospital de Infectología, forma parte hoy de la Facultad, luego de que se hiciera una permuta con el MSP a cambio de los pabellones en remodelación del viejo Hospital Eugenio Espejo (Esteves y Vilota, 2018).

En el siglo XX se crean 15 universidades públicas y 2 Escuelas Politécnicas. De las 21 universidades y escuelas politécnicas, existentes en la época, 15 son públicas y 6 privadas. En 1964, se crea AFEME, con las Facultades de Ciencias Médicas de las Universidades Central, Guayaquil y Cuenca (Esteves y Vilota, 2018).

El modelo médico de la época, era ingenuamente romántico, se miraba la práctica clínica como un “arte liberal”

...las artes liberales representan la expresión de un concepto medieval, proveniente de la antigüedad clásica, que hace referencia a las artes, sean estas disciplinas académicas o profesiones, cultivadas por hombres libres, por oposición a las llamadas artes serviles propias de los siervos o esclavos. Por lo tanto, la medicina que es un arte liberal en esencia, representa a la libertad. (Ramírez, 2018)

Alejada de la política y de los intereses económicos, guiada por la ciencia y el afán de servicio a los más necesitados, así se describían los médicos en el siglo pasado.

El programa de medicatura rural

Fui a la rural en el año 81, ya tenía mi hijo y estaba embarazada de mi segunda hija, fui a hacer la rural en Cumbayá, pero cuando Cumbayá era atravesada por una sequía que llevaba las aguas servidas, era toda una situación impresionante. Viví en el centro de salud en Cumbayá y atendí 93 partos durante mi rural. Era un pueblo que estaba empezando a moverse, empezaba a construirse la urbanización de Jacarandá y estaba lleno de albañiles que eran nuestros clientes y la gente del mercado. El trabajo fue tratar de lograr que se canalice la acequia insalubre, hicimos toda una gestión con el presidente de la junta parroquial que hasta ahora es mi amigo, un señor Salazar.

Después de la rural en Cumbayá fui acompañando a mi esposo a ser su año de medicina rural en la costa en Manabí y viví todo este contraste que es vivir en la zona rural de Manabí en dónde las hijas eran “iniciadas sexualmente” por sus padres cosa que a mí me impresionó muchísimo, era como vivir en otro planeta realmente. Raúl hizo su servicio en el año 82 en un pueblito que se llamaba Pichincha que era el primer poblado de la ribera norte. Asistíamos a curar a todos los pacientes

con mordeduras de serpiente que era la primera causa de enfermedad y de mortalidad, atendíamos muchísimos casos de tétanos, también de paludismo. Eran impresionantes las condiciones de insalubridad en que se vivía, la gente tenía un montón de hijos porque del 40 al 50 por ciento se morían, entonces fue una época que me cuestione mucho que hacer. (Bedoya, 2022)

El primer gran esfuerzo de la consolidación de la propuesta sanitaria estatal en Ecuador se dio en 1972 con el Gobierno nacionalista y revolucionario de Guillermo Rodríguez Lara. Allí se terminó la dicotomía institucional preventiva-curativa de los primeros años del siglo XX. En el recién creado Ministerio de Salud Pública (MSP) se integró la Sanidad, la Asistencia Pública, la Misión Andina y la atención municipal. La política de extensión de cobertura —eje central de la propuesta de Rodríguez Lara— fue planteada en la perspectiva de crear un sistema de salud al que debería acceder toda la población del país, sin ninguna distinción de edad, etnia, sexo o condición socioeconómica.

Para lograr la extensión de cobertura, el Gobierno emprendió la construcción de una importante infraestructura de servicios de salud. El incremento de ingresos estatales por el boom petrolero de los

primeros años de la década del setenta fue utilizado para financiar este emprendimiento (Bonilla, 2011).

Efectivamente, de 72 centros comunitarios que inventarió el recién creado MSP en 1967, se edificaron 1.760 más hasta la década del ochenta. Esta tendencia continuó con los otros Gobiernos, y solo se detuvo en la década del noventa con el nuevo modelo neoliberal que restringió el gasto en salud. Para 1994, la cifra de establecimientos llegó a 2.693 (Velasco, 1991), y en los siguientes 12 años solo se incrementarán 305 unidades, elevándose en 2006 a 2.998 unidades ambulatorias de salud.

¿Cómo se operó esta amplia oferta de infraestructura física si no había profesionales para atender a la población? La estrategia más efectiva para extender la cobertura de salud ideada en el Gobierno de Rodríguez Lara, y vigente hasta la actualidad, fue la creación del año de Salud Rural Obligatorio para los profesionales médicos, enfermeras, obstétricas y odontólogos que egresaban de las universidades, como requisito para legalizar posteriormente su derecho al ejercicio profesional. Con esta medida se obtuvo un ingreso periódico anual de recursos humanos para atender en la red de servicios estatales (Velasco, 2011).

La práctica de salud rural, tiene diferencias y retos únicos, históricamente ha existido un déficit en la formación profesional, y la poca importancia que dan

las universidades, a la práctica médica rural en todo el mundo.

Las relaciones con los pacientes, el personal de salud rural y las comunidades, son un desafío particular en las áreas rurales del primer mundo, donde solo un 20% de los profesionales van a tener una experiencia en zonas rurales. Este reto es mayor para las universidades que forman profesionales en países en vías de desarrollo, en donde un servicio rural obligatorio, una experiencia “no formativa”, como es el año de medicatura rural obligatoria. en el cual todos sus egresados enfrentaran al inicio de su carrera, es la solución por parte del Estado. (Frenk, 2010)

Los contextos rurales del tercer mundo, presentan detrás de cualquier caso biológico, problemas enormes de marginación social y justicia que subyacen a esta historia. Pero estamos a menudo tan ocupados resolviendo enfermedades o problemas administrativos sanitarios, que ignoramos los problemas más grandes, las cuestiones contextuales, que no forman parte del aprendizaje como médicos (Herrera, 2021).

Nuestras facultades más actualizadas, solo lograron incluir didácticas constructivistas, que enseñan a mirar la punta del *iceberg*, permiten desarrollar habilidades para resolver los problemas clínicos, pero dejan de lado la mayor parte del problema, la parte psicológica, la social y cultural, ante las cuales el médico se siente

impotente y lo niega, regresando a su zona de confort, las enfermedades.

Por estos años surge la “Medicina Social Moderna”, ella sostiene que la salud de una determinada población está influenciada en un grado mucho mayor por el contexto económico y político, que por la atención médica o de salud. La meta de esta corriente era, formar profesionales transformadores; graduados que entienden el privilegio de su posición, y que sean capaces de comprometerse y participar en la lucha por la equidad y la justicia, tanto dentro de sus prácticas, así como en la sociedad en general (Iriart et all, 2002).

En 1960, el número de médicos por 10.000 habitantes llegó a 11, y el de enfermeras a 3, las poblaciones rurales mayoritarias en el país, seguían usando la medicina tradicional, la religiosidad o personal empírico en búsqueda de la curación.

En 1978 la población del Ecuador ascendió a 7`814.000 habitantes. Las enfermedades más frecuentes reportadas, incluían la enteritis, enfermedades diarreicas, bronquitis, enfisema, asma, neumonías, senilidad, enfermedades cardiovasculares, accidentes de tránsito, tifoidea, polio, peste, difteria, tos ferina, tuberculosis, tétanos, malaria y sarampión que alcanzaba niveles epidémicos (Estrella, Crespo y Herrera, 1997).

El año de medicatura rural, puede verse en una forma romántica, como un pago de los médicos a su país a través del trabajo con las poblaciones menos favorecidas, pero también puede leerse como perpetuación de las inequidades existentes.

Para los pacientes y los líderes comunitarios “un médico que trabaja en zonas rurales no cuenta con los equipos ni las personas que se tienen en la ciudad”. Esta condición demanda del médico “excelencia profesional” y “un gran conocimiento de la medicina”.

Los médicos recién graduados, no tenían, ni tienen, desarrolladas la competencias clínicas ni socio culturales necesarias, y por eso no gozan de la confianza de las poblaciones rurales

Aparte del desarrollo de la autonomía un médico rural debe contar con competencias políticas y culturales de poco interés para las universidades, “El médico no entiende la nosología popular que utilizan los pacientes para describir sus dolencias, ni las ideas sobre el origen sobrenatural de sus padecimientos, ni los conceptos que consideran apropiados para tratarlos”.

El programa de medicina rural, es parte de la estrategia de modernización de la población, es un programa vertical, pragmático, poco inteligente, que no considera los aspectos multidimensionales implicados en la experiencia de la enfermedad;

marcadamente etnocéntrico lo que es puesto en evidencia en el uso de un lenguaje técnico alejado de la experiencia cotidiana de los pacientes (validación objetivista / autoridad racional). Además, existe una primacía del supuesto de la homogeneidad cultural y el correlativo no-reconocimiento de las diferencias culturales (asimilación cultural), este programa y sus jóvenes ejecutores, acabaron implementado en las poblaciones rurales, prácticas dogmáticas, autoritarias e impositivas.

El ejercicio de la medicina rural requiere que el profesional conozca y desarrolle estrategias prácticas realistas para su desempeño. Muchas de las competencias culturales y políticas, o inclusive las competencias de comunicación, están descritas en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ministerios de Salud Pública del Ecuador (MSP), pero a pesar de la fundamentación legal y curricular existe un abismo entre lo que está escrito en las leyes y los modelos teóricos y la práctica (Herrera, 2018).

Las instituciones de salud como reflejos de la sociedad

Al regreso de la medicatura rural teníamos los concursos médicos para entrar a las residencias, el Colegio Médico era el que hacía los concursos de acuerdo a las plazas designadas por el Ministerio de Salud o de los hospitales de la Seguridad Social, era una competencia bien fuerte porque siempre había más médicos que optaban por puestos de especialidades o de residencias que eran menores. En 1986, gané la residencia de cirugía en el Eugenio Espejo. En ese tiempo ser cirujana con toda la carga machista que existía en el hospital era imposible, yo no me quiero acordar de esa parte, fui y a la semana le llamé a mi tío que era casi el jefe del servicio y le dije, no, yo no voy a hacer eso.

Yo no sirvo para eso, no quiero pasar mal, porque yo era la primera mujer, la más joven, y había médicos que estaban de residentes ya diez años, porque antes hacían eso, se quedaban eternamente en los servicios haciendo residencia.

Luego gané el concurso para terapia intensiva en el hospital Enrique Garcés, era una terapia intensiva que tenía dos o tres años abierta y ahí hice dos años, y yo dije, ya; aquí me quedo y me voy a hacer

cardiología que era la otra especialidad que siempre me gustó. Tenía un jefe de terapia intensiva que me dijo -yo te consigo la residencia en Argentina con Favaloro en el Hospital Italiano-...

Mientras tanto, en la terapia intensiva moría mucha gente y cada turno yo decía porque llegaron en ese estado esos pacientes, debe haber algo más... Manejar terapia intensiva es súper chévere porque tienes un montón de máquinas y puede ser muy preciso, pero, tienes 10 patologías o 15 patologías en las que son expertos, y así debe ser; y un montón de manualidades como colocar catéteres centrales, poner balón de contrapulsación, intubar, poner el respirador, el monitoreo, los electro; o sea es muy activo, pero todo los recursos los consume un paciente, entonces esa siempre fue mi pregunta ¿qué no habrá algo más que esto, donde puedas prevenir que lleguen a la unidad de cuidados intensivos? entonces mi disyuntiva era partos y la vida, la terapia intensiva y la recuperación o la muerte. (Alvear, 2022)

Estoy aprendiendo a ver. No sé a qué se debe, pero todo penetra en mí más hondamente, y no se queda en el lugar en el que siempre solía terminar. Tengo un interior del que no sabía. Ahora todo va ahí. No sé qué es lo que ahí sucede

Rilke en los Apuntes de Malte Laurids Brigge

El cientismo, el estructuralismo, el neopositivismo y el tecnicismo, llevan implícito una determinada concepción del hombre y tienen en común el hecho de reducir el ser humano a puro dato, hecho o fenómeno. El hombre es aquello que las ciencias pueden saber de él y aquello que las tecnologías pueden hacer con él: “El ser humano carece de intimidad o, cuando menos, el sujeto, o conciencia, no cuenta” (Fullat, 2000: 279).

El cientismo o valor absoluto de la ciencia es un corolario del positivismo. El conocimiento positivo denuncia la invalidez de los discursos filosóficos, religiosos y por extensión políticos. Constituye fundamento de la tecnología que busca la eficacia por la eficacia, sin considerar los enfoques axiológicos o las fundamentaciones filosóficas. Considera que únicamente la ciencia puede satisfacer todas las aspiraciones humanas. Todo se reduce a la ciencia y a lo empírico.

Los cambios derivados de esta revolución tecnológica: monitores, tomógrafos, realidad virtual, escopios, tics; consolidan una visión mecánica del mundo y de la práctica médica.

La medicina es vista desde tres facetas: cibernética, mercadológica y contextual, que coexisten bajo una jerarquía de valores, premisas y objetivos establecidos por aquella visión de mundo (De Souza, 2004) El médico vive atrapado en la tecnología, en su vida privada y en

su trabajo. Vida positiva, exitosa, y muerte en vida, parecen entremezclarse peligrosamente.

Byung Chul Han considera que se esbozan, en nuestra maravillosa época tecnológica, entre otros aspectos, cierta tendencia al aislamiento existencial, una inclinación a huir del mundo real e instalarse en el virtual, nuevas vigilancias y controles y mortales fatigas.

Cada época tiene su forma de interpretar el humanismo, el humanismo moderno es una “ideología” (una trama de creencias, en la que están mezcladas y amalgamadas cosas bien dispares). Una ideología destilada por la metafísica del sujeto, es decir, por la tesis de que el “Hombre” es el Fundamento del mundo, su alfa y su omega.

El humanismo moderno no enfrenta al mundo tecnificado y por ello, se dice, “deshumanizado”. Porque la técnica apoya al hombre en el dominio de la naturaleza por el sujeto de la técnica.

La biotecnología revoluciona la práctica médica humanista, transformándola en una nueva medicina, una medicina posthumanista, durante el siglo XX, el objetivo de los médicos y de la medicina era restaurar nuestra salud a los niveles considerados biológicamente normales. Sin embargo, hoy, el objetivo de la biomedicina no es el estado normal o natural del sujeto, sino traspasar los límites biológicos para llevar

a la persona a unos estándares más allá de sus límites naturales, es decir, estándares posthumanos (Royo, 2012) (Schaeffer, 2009).

.

La medicina familiar y sus inicios en Ecuador

Terminé el posgrado en Monterrey (México) y se hace un concurso en la universidad de McGill. Yo gano el concurso para hacer profesora de medicina de familia en Aguas Calientes en México porque ellos querían extender la formación de los médicos de familia en Latinoamérica y me dan el trabajo. Tenía 29 años, era jovencita, pero percibí claramente que soy una planta que no se puede trasplantar. Mi marido decía quedémonos porque a él le gusta el arte, me decía vamos allá tú trabajas mantienes la familia yo entro a la facultad de artes y dejó la medicina. Yo le dije, mira si dicen que puedo ser maestra y que puedo generar algo aquí, seguramente lo voy a poder hacer el Ecuador, en Ecuador no hay medicina familiar y creo que el país necesita la medicina familiar yo quiero volver al Ecuador, fue mucha mi insistencia y no hubo quien me convenza de que nos quedemos, a pesar de que tenían trabajo con la Universidad de McGill. Nos regresamos a una crisis. Nos regresamos y nos regresamos a la desocupación, en el Ecuador nadie entendía que era la medicina familiar, creían que era planificación familiar. Nadie sabía que era y no

teníamos trabajo, pasamos seis meses sin trabajo y Raúl contrae tuberculosis porque él en México atendió mucha gente con tuberculosis y le da una tuberculosis horrible con un derrame pleural impresionante. Fue realmente una situación muy compleja porque Yo, sin trabajo, Raúl enfermo, la gente no entendía que era medicina familiar y yo había rechazado un trabajo con la Universidad de McGill.

Pero finalmente aparece en el periódico un trabajo, mi primer empleo fue en Ceplaes esta es una ONG que se encarga de hacer estudios sociales, mi primer jefe fue Francisco Carrión, me dieron el trabajo y empecé trabajando justamente en el área de donde era mi abuela, en la comunidad del Prado con los indígenas de Zuleta. Fue bien interesante porque venía de un hospital en donde había 200 ingresos por guardia, 17 ambulancias en la emergencia, éramos unos soldaditos trabajando y el enfoque de la formación era totalmente norteamericano, y me voy a trabajar con los indios en estas circunstancias. Raúl todavía no se componía y no encontraba trabajo. Los indígenas hacen una asamblea a los dos meses que yo empiezo el trabajo, y dicen que para que han contratado una doctora que no sabe nada, querían mandarme del trabajo. Entonces hablé con el presidente, Ignacio se llamaba y le pregunté por qué dicen que no hago nada y dice que prescribo las pastillas frías para enfermedades frías y calientes no diferencias lo

frío de lo caliente no te das cuenta que estamos con la enfermedad de frío y nos tratas como si fuera enfermedad caliente. Yo me quedé impresionada porque en verdad venía de esta formación de McGill en México, en donde la antropología, la visión de lo frío caliente no la sospecha entonces tenía una mirada completamente anglosajona. Me puse a llorar, dije no yo no puedo perder el trabajo, hablé con Francisco Carrión y le digo que fui la mejor egresada de mi posgrado, como van a decir que no se nada, que me manden cercando porque no se curar, entonces el Francisco dice mira lo que no sabes es Antropología.

Maravilloso, tengo una gratitud enorme para el Francisco porque él le contrata a Carlos Crespo, famoso antropólogo, para que me ayude a entender lo que está pasando en la comunidad y tengo la oportunidad de leer a Gramsci, de empezar a entender a Paulo Freire en profundidad. Aprendí antropología no en el posgrado, sino con Carlos Crespo, con la reflexión de estos economistas del Ceplaes, de estos sociólogos, y con este grupo de científicos sociales entiendo yo esta área de la medicina familiar que era ubicarnos en el contexto para entender con quién estoy trabajando. Tuve un año la oportunidad de todos los jueves conversar acerca de las lecturas que me mandaba el Carlos ese fue un regalo de la vida.

En ese tiempo, iniciaron el posgrado de medicina de familia en el “Hospital Vozandes” y me voy a

preguntar si es así. Ahí estaban Susana Alvear y el Pepe Eras, empezando el experimento gringo con una formación similar a la que yo había recibido en México centrada en un hospital. (Bedoya, 2022)

En la década del 70 del siglo XX, las condiciones económicas cambian por el boom petrolero, impulsando el desarrollo nacional. La contraparte técnica en establecimientos de salud en el campo de la medicina estuvo disponible para la formación académica, así, la Universidad Central del Ecuador crea el primer programa en especialización médica en Ginecología y Obstetricia, como respuesta a la alta prevalencia de la morbimortalidad materno infantil. Este programa fue aprobado el 31 de enero de 1972, luego se abrirían los postgrados de medicina interna, ortopedia y traumatología en 1973 y, radiodiagnóstico, pediatría y, patología y laboratorio clínico en 1974.

En el año 2005 la Universidad Central, llegaría a ofertar 31 programas de posgrado en el año que incluyen especializaciones médicas, maestrías y diplomados en el campo específico de la salud. (Barros et al, 2018)

La formación de médicos de familia o comunitaria comenzó a desarrollarse en los continentes europeo (Gran Bretaña) y americano (Canadá y Estados Unidos de Norteamérica) a finales de la década de los 60, por la imperiosa necesidad de transformar la práctica

médica existente hasta entonces en una prestación de servicios de salud menos fragmentada y más integral a la persona desde el punto de vista biopsicosocial, como una estrategia para humanizar la práctica médica (Lemos, Borroto y Aneiros, 1998) (Hernández, Álvarez y Larrea, 2008).

En los Estados Unidos, la medicina familiar se constituyó en especialidad en 1969 y desde entonces ha crecido hasta que en los años 90 ya contaba con más de 400 programas de residencia. Cerca de 14% de los egresados de escuelas de medicina en 1994 entraron en esos programas. Los médicos de familia representaban el 12,7% de todos los médicos no empleados por el gobierno federal que practicaban medicina en los Estados Unidos (Family practice, 1994)

A mediados de los años 70 se inició en Cuba el Modelo de Atención Primaria con la creación del policlínico integral, donde se aplicaban programas básicos de salud personal y ambiental, con asistencia clínica brindada por médicos generales sin formación académica de posgrado y especialistas del nivel secundario que ofrecían consultas externas en esas nuevas instituciones, a fin de que los pobladores de las áreas donde estaban ubicadas, no tuviesen que dirigirse a los hospitales para ser atendidos por los facultativos que laboraban en estos; pero no era suficiente, de manera que en la década de los 70 se

desarrolló otro modelo más avanzado: el de la Medicina en la Comunidad, que comenzó a aplicarse en el Policlínico Docente Alamar de Ciudad de La Habana en 1974 y luego comenzó a extenderse al resto del país, pues a través de sus lineamientos se esperaba que los policlínicos se transformaran en centros de docencia médica superior (Fernández, 2004) (Minsap, 2000).

El doctor Halfdan T. Mahler, ex director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1973 y 1988, y sus colaboradores impulsaron y defendieron el nuevo concepto de Asistencia Primaria en Salud (Primary Health Care). El proyecto que se estableció con los programas APS como centro de las políticas de salud pública de la OMS que se legitimó en la conferencia internacional sobre Atención Primaria (Alma-Ata del 6 al 12 de septiembre de 1978), de donde se destacan tres ideas claves: utilización de tecnología apropiada, crítica al elitismo de los profesionales médicos y el propósito de utilizar los conocimientos y cooperar con los representantes de la medicina tradicional.

El proyecto APS, sin embargo, fue cuestionado desde su inicio como demasiado idealista. Dos cuestionamientos siempre la rodearon: ¿cómo financiarlo? y ¿cómo llevarlo a la práctica? Ya en 1979, representantes de las fundaciones Rockefeller y Ford, del Banco Mundial, USAID y el Desarrollo Canadiense,

lanzaron una contra iniciativa: Atención Primaria de Selectiva Salud (APSS). Este programa se concentraba en cuatro actividades: monitoreo al crecimiento, rehidratación oral, leche materna y vacunación infantil.

El liderazgo original de la OMS lo consideraba como un parche frente a la idea original de asistencia primaria, pero la iniciativa APPS, una intervención tecnológica disfrazada como asistencia primaria, era delimitada, práctica y financiable, por lo que recibió el apoyo de UNICEF y de las agencias de ayuda que trabajaban en países de desarrollo. Los ideales de Mahler y los planteados en Alma-Ata fueron bloqueados por actitudes conservadoras de profesionales de países del hemisferio sur como Perú,

La victoria de políticas de intervenciones pragmáticas como el APSS se asentó en los nuevos tiempos de difusión del neoliberalismo (1981) y en intervenciones de instituciones financieras internacionales, como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, que exigieron “ajustes estructurales” de los países en desarrollo. La OMS no tenía capacidad o voluntad de responder a la nueva economía política internacional hasta que Mahler fue desplazado por directores que si se apegaron a las voluntades de las naciones donantes más ricas y de las agencias multilaterales.

La OMS perdió terreno en la salud pública

internacional y el liderazgo pasó al Banco Mundial. Este organismo que nació en la influyente conferencia de Bretton Woods (1944) en 1970 el Banco apenas registraba un proyecto de Salud, Nutrición y Población (SNP), pero hacia 1997, Mc Namara su nuevo líder, había alcanzado 154 proyectos de salud con un valor total de 13.5 mil millones de dólares, como por ejemplo el de la lucha mundial contra la oncocercosis (Cueto y Zamora, S/F).

En la década de los 80 el discurso de la Atención Primaria de Salud, fascino a los intelectuales de derecha y de izquierda, este discurso en la práctica, se convirtió en programas verticales nacionales, programas comunitarios de salud local, programas de autocuidado de salud, que intentaban superar el biologismo, buscando los determinantes del proceso salud-enfermedad, asumiendo que la salud de la colectividad está determinada por sus condiciones de consumo, y por lo tanto, el cambio de estos evitaría todas las enfermedades, pero lo no dicho era que todos esos actores, no buscaban la transformación de la vida y la salud, sino crear en la población una “falsa conciencia” que no ponía en peligro el sistema económico imperante.

Los salubristas y académicos, fueron influenciadas por el positivismo y la nueva fenomenología; la formación del pensamiento crítico se relegó. Se

crearon sendos programas nacionales para control de malaria, dengue oncocercosis, tuberculosis, entrega de micronutrientes sin ninguna criticidad, buscando metas terapéuticas del primer mundo en el tercer mundo, dejando nuestras condiciones socioeconómicas, nuestra herencia histórica y nuestra débil institucionalidad.

Todas las iniciativas de la época se diluían en la lógica ya sea del economismo mecanicista o del idealismo voluntaristas, negando la debilidad de las estructuras del Estado, incapaces de generar los cambios que proponían los condicionantes ideológicos y culturales que fueron sustantivizados, conduciendo a profesionales y a líderes comunitarios a emprender por separado y en todo el territorio nacional, una serie de aventuras utópicas y finalmente estériles (Herrera, 2018)

La institucionalidad al margen del estado

Fepafem la Asociación de Facultades de Medicina de América Latina empieza un movimiento para formar médicos de familia a nivel latinoamericano. De aquí del Ecuador se van algunos personajes de la Facultad de Medicina de la Universidad Central a recorrer programas que ya se habían desarrollado, en ese entonces ya estaban en Venezuela, en México y se había iniciado un programa en Argentina. Hacen el recorrido estos decanos y profesores de medicina y llegan a mi programa (en McGill) y en mi programa les dicen una alumna de nuestro postgrado era ecuatoriana, está en Quito, se llama Rita Bedoya.

Los que visitaron mi programa me encuentran porque Raúl Ayala y yo fuimos los primeros médicos de familia que nos registramos en el Colegio Médico y nos registramos en el Ministerio de Salud como médicos especialistas en medicina familiar. Ahí encuentran el teléfono y nos llaman, a mi marido y a mi, pero mi marido ya se apartó, había tomado otro rumbo, él se decidió por la salud pública porque no encontraba trabajo como médico de familia y él empezó a trabajar en una

ONG Americana, yo era quien estaba en Ceplades, me localizan ahí, van y hablan con Francisco Carrión porque yo estaba en el campo, estaba en las lomas del Mojanda en Cajas. Hablan con mi jefe, me invitan, en ese momento el ministro de salud Plutarco Naranjo, comentó con Fernando Sacoto, quien se las sabía todas en esa época, ahora él es presidente de la sociedad de salud pública, se formó en el Cauca en Colombia, un salubrista bien pilas, voy para pensar en el primer programa de salud familiar que era el SAFyC , famoso en el ministerio de salud, pero, empiezo una pugna con Fernando Sacoto porque él creía que por decreto se tenía que formar los médicos familiares, entonces desde mi punto de vista, yo creía que debe involucrarse a la universidad, que la medicina familiar era una especialidad, que había que formarse académicamente, entonces fue irreconciliable está disputa y yo renuncie yo le dije al doctor Naranjo que están equivocados, no se puede hacer por decreto no es cuestión de solamente armar en el ministerio se tiene que involucrar las Universidades, entonces renunció al cargo en el Ministerio de Salud Pública y me quedo sin trabajo.

Me fui a vivir en Solanda y en mi propia casa arme un Centro de Medicina de Familia, hice el centro de salud abajo y yo dormía arriba llevé a mis guaguas llevé a todos/as a vivir en Solanda y sin que nadie me pague hice 830 visitas domiciliarias

para entender cómo pensaban sobre la salud la gente del sector, les llene una ficha familiar que yo me invente, acorde a lo que había aprendido en la comunidad en México. Encontré a Charito Proaño era una médica jovencita en ese entonces que no había hecho medicina familiar, pero había ido al Japón por un año a ver cómo empezaba el programa de atención primaria y a Edison Aguilar que se había formado en los Estados Unidos y era médico de la embajada americana, con ellos iniciamos la Sociedad de Médicos de Familia en una casa en las 6 de diciembre, en la casa del doctor Aguilar. La Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar que funciona hasta ahora, nosotros la fundamos ahí, en 1989, firmamos el acta constitutiva. Pero yo te estoy hablando desde que les fui reconociendo, Fernando Vicuña el único médico de familia que había en Guayaquil y le encuentro también a un doctor que se llama Fabio Enríquez quien es Riobambeño y él se había formado en el instituto del seguro social de México en el distrito federal y él estaba trabajando en Riobamba tenía muchas conexiones y después era el director provincial en Riobamba. (Bedoya, 2022)

Las principales instituciones de la modernidad cumplen primordialmente una función de control y vigilancia y, en el marco de relaciones específicas de poder, producen discursos (éticos, científicos,

jurídicos) que dominan la vida social y la moldean. (Foucault, 1995). Desde esta perspectiva, el poder no es sólo, ni principalmente, la fuerza represiva que emana del Estado y que le permite a éste preservar el statu quo; sino que es ante todo una fuerza creativa presente en todas las esferas de la vida social, más allá de los aparatos del Estado, que “produce cosas, induce placer, forma conocimiento, produce discursos; y es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault, 1979).

En otras palabras, al nivel de las interacciones micro-sociales es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que ocupan en la producción y reproducción de las relaciones de dominación Goffman afirma que la interacción social constituye sujetos y que el “sí mismo” o self de los individuos emerge de la interacción de unos con otros, y no es, como se podría suponer, el reflejo de alguna esencia psicológica, asocial o ahistórica (Goffman, 1989).

Para establecer una adecuada vinculación entre ellos, las categorías de *campo* y *habitus* de Bourdieu son de extrema utilidad. En términos sociológicos, un campo “puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones”.

Tales posiciones pueden identificarse materialmente, así como clasificarse en función de las relaciones que guardan entre sí, de dominación, subordinación, homología, por ejemplo, en el caso de los gremios. Al mismo tiempo, es posible rastrear las determinaciones que las posiciones imponen a los actores o agentes que forman dicho campo. El campo médico abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes (Bourdieu, 1999).

Los gremios médicos sirven para ganar fuerza o poder dentro del campo de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. El campo médico está formado por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población (Castro, S/F).

Que buscan los gremios médicos dentro de este campo de poder, la lucha a nivel mundial se ha reducido a horarios y salarios, en el campo científico los tours a congresos internacionales que son parte de los beneficios de formar parte de la directiva.

Las asociaciones profesionales forman parte de las nuevas relaciones sociales de trabajo. El neoliberalismo no se aplica solamente en la macroeconomía o en la política-económica, sino convierte en sana la idea de que si trabajo debo ganar lo más que se pueda y olvidarse de lo que se llama la equidad, la práctica de la medicina altruista se terminó en el siglo XX.

La práctica médica en consultorios, hospitales son una empresa comercial. Pero para los empresarios y con mayor razón para los médicos y los hospitales, la avidez del dinero es la norma. Antes era un axioma que, de los gremios profesionales el de médicos era el más honrado; era fácil la comparación con la conducta de abogados, ingenieros y arquitectos que, lo menos grave que hacían, era considerar correcto el cobrar comisiones en compras y servicios, hoy en día, los grupos de profesionales de la salud ven la acumulación de capital como un derecho.

Son parte del discurso individualista de la llamada ‘meritocracia’, donde el que estudio se sacrificio obtuvo los títulos y reconocimientos tiene derecho a mayores beneficios que los que no estudiaron, discurso aparentemente novedoso, utilizado por revolucionarios del siglo XXI, que niega las estructuras de inequidad y oportunidades, existentes en el mundo.

Las contribuciones de la academia

A finales de los años 90. le conocí a la Nila Vallejo, en ese momento era la Decana de la Facultad de Enfermería de la Católica, yo le contaba lo que es la medicina familiar y bla, bla, bla; yo siempre discutía con el Calvin y el Roy sobre el perfil de médico de familia, que no es ese que ellos estaban formando y que el porqué, los residentes no saben nada de cómo tratar ni manejarse en la comunidad al pobre Pepe le mordían los perros en el barrio, la Susi venía en un carro elegantísimo no me acuerdo de qué marca de su papá a la comunidad de Solanda, no se ubicaba, yo que vivía en el barrio me daba cuenta cómo eran las cosas, la medicina familiar es otra cosa hay que estar en la comunidad, entender cómo se forman, cómo se sanan, cómo se enferman las familias; la mayor parte de los programas tienen que ver con enfermedades psicosomáticas, no con la sofisticación de la medicina, sino con un contacto humano es importante ser buen médico clínico, pero no es suficiente. (Bedoya, 2022)

En el 2008 la OPS escribía las nuevas estrategias para los sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud, Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen

a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad), el discurso oficial afirmaba, que si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los equipos de APS en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición.

Los llamados equipos de atención primaria, se conformaban dependiendo de los recursos existentes, los equipos más pequeños podían ser un promotor comunitario de salud, o un equipo conformado por un médico (rural, general, o de familia, etc.), enfermera y un técnico de nivel medio con funciones de auxiliar, o de técnico comunitario, en función de la importancia política que le daban los gobernantes de turno, podían sumarse odontólogos, nutricionista, técnicos de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

En el primer mundo las cosas no iban mejor, los grandes presupuestos para el sector salud acababan en la enorme, lucrativa y derrochadora, industria de los seguros de salud. El irrefrenable aumento de los costos de los servicios de salud hace que éstos sean inalcanzables para millones de familias de bajos y medianos ingresos en los Estados Unidos, que no cuentan con un seguro médico y decenas de millones

subasegurados que presentan mayores tasas de morbilidad, hospitalizaciones y muertes prevenibles. Por último las reformas del sistema de salud americano, basado en el mercado continuarán fracasando hasta que se tenga la voluntad política de establecer uno nuevo modelo basado en el acceso universal, integridad, calidad, sostenimiento, y responsabilidad. (Ceitlin, 2008)

El divorcio entre los planificadores de la salud, las universidades y los ministerios de salud han sido la constante en todos nuestros países, donde la medicina familiar surgió por voluntades de médicos visionarios y entusiastas, y no por políticas serias emprendidas por la salud pública.

Muchos médicos y cuentistas sociales miraban en Cuba, el ejemplo de esa voluntad política que necesitaba el continente, la apuesta política a la larga terminaría convirtiendo al médico integral en una estrategia partidista antes que sanitaria.

En Cuba, derivado de la visión política Castrista, al médico integral, se le denominaba “guardián de la salud”, dicho término se había utilizado con anterioridad para designar a personas no pertenecientes al sector de la salud y que hacían labores de vigilancia en la ciudad de Nueva York (Pickett, 1973)

El médico de familia, al residir en la propia comunidad y compartir con sus habitantes la vida

cotidiana, en el programa de formación elaborado en los 90 se consideró como un “agente de cambio social”, aunque existían reservas respecto al rol político que este adquiriría para el sistema político cubano, como promotor político social. Esta visión del médico revolucionario, era completamente romántica de la política, dejando de lado de idea de la medicina como profesión, y por lo tanto de las diferentes aspiraciones de los profesionales (Ministerio de Salud Pública, 1990)

Este profesional no alcanzó el prestigio científico-técnico, ni la aceptación por la población y por el resto de los profesionales de las ciencias de la salud, esto se demostró cuando se les facilitó la realización de la denominada “segunda especialidad”, lo que propició que un porcentaje elevado de estos especialistas dejaran a un lado la Medicina General Integral en la Isla (Martínez Calvo 2013).

La historia de nuestras sociedades nos enseña que la fuerza política, que es la que de algún modo es responsable de controlar a las fuerzas de seguridad, tienen que estar siempre al servicio de un direccionamiento político, que es el que surge de la soberanía popular. Lo preocupante es que el Estado policiaco se convierta ya no en un atributo de las fuerzas de seguridad, sino en una forma de pensar en prácticas y rituales de vida por parte de los sistemas sanitarios.

El momento que llega el doctor Oswaldo Chávez a liderar la nueva facultad de Medicina de la Universidad Católica, él se topa con que la Católica contaba con una Facultad de Enfermería y un posgrado de Salud Familiar, que ya tenía un año, de esta promoción es el Carlos Acurio que fue Decano de Medicina de la Católica, un montón de profesores que están en la Católica son de esta promoción que yo formé, como salud familiar en dos años, graduados en la propia Católica.

Por esa época, el Calvin Wilson que era una persona muy conectada a nivel internacional, decide hacer una evaluación del posgrado de Medicina Familiar con personas que venían del Centro Internacional de la Medicina Familiar, ellos, evaluaron a los estudiantes del posgrado del Vozandes y a mis residentes de primer año y fue bien interesante el resultado. Se encontró que estaban mucho mejor clínicamente los del Vozandes, pero que no sabían que era ser médico de familia y al final algunos del tercer año del posgrado estaban pensando en hacer otra especialidad o sea no se habían empoderado de ser médicos de familia algunos querían salirse, dejar de ser médicos de familia para entrar a otra especialidad, los míos estaban completamente metidos en la idea de ser médicos de familia pero les faltaba algunas destrezas clínicas que no lograban desarrollarlas, entonces viene el Calvin y me dice, necesitamos casarlos hacer un matrimonio, unimos los dos posgrados les fusionamos a los dos,

mantengamos las rotaciones del Vozandes, hagamos algunas cosas pero les saquemos sólo les dejemos un año de hospital y dos años de comunidad, entonces nos sentamos, y desde la segunda promoción ya fue uno sólo, Católica de Quito posgrado y el Vozandes.
(Bedoya, 2022)

La formación de médicos de familia en Latinoamérica inicia con la disyuntiva de convertir médicos generales en médicos integrales siguiendo el ejemplo cubano para formar especialistas en Atención Integral en programas de 1 o 2 años con rotaciones exclusivas en el primer nivel de atención, o fortalecer programas universitarios de 3 años de duración con rotaciones y adquiredores de destrezas clínicas en áreas hospitalarias. Como ejemplo en el Perú en 1989, se inició la formación de médicos con el nombre de “Medicina General Integral” en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), y con la denominación de “Medicina Familiar” y “Medicina Integral Familiar”, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y Universidad Federico Villarreal (UNFV), respectivamente. En todas estas experiencias, poco después de iniciada la especialización, adquirió la denominación uniforme de Medicina General Integral (Abril-Collado & Cuba-Fuentes, 2013).

En el interior del país, la Universidad Nacional de Trujillo (UNT) estableció la especialidad de Medicina Familiar en 1990. Desafortunadamente, el mercado laboral que esperaba a los egresados de dichas especialidades no era favorable y, dado que no se crearon plazas diferenciadas para médicos familiares o integrales, las únicas posiciones asistenciales para ellos eran como médicos generales y sin mayores incentivos para ser especialistas.

Por ello, desde los años 90 hasta la primera mitad de esta década del nuevo milenio, la mayoría de egresados fueron absorbidos para actividades gerenciales en el Ministerio de Salud y EsSALUD (Seguro Social), no ejerciendo actividades asistenciales según el perfil profesional para el que fueron formados (Abril-Collado & Cuba-Fuentes, 2013).

El modelo norteamericano porotrolado, influenciado por el positivismo y la nueva fenomenología; se esforzaba en enseñar a sus estudiantes, el cómo proceder frente a un “problema”, asegurando que “el problema” se resuelve de una determinada forma, los médicos debían memorizar guías, protocolos y consensos, que se elaboran sin tomar en cuenta el contexto ni las particularidades del paciente, el sistema de salud ponía todo el peso de la estrategia de atención primaria de salud sobre el médico de familia, a de quien aspiraba que resuelva el 90% de los problemas

que presentara la familia, utilizando de 7 a 15 minutos en cada paciente. Para formar este super médico, se desarrollaron currículos y estrategias pedagógicas en las Universidades del primer mundo, que luego serían trasladadas con gran entusiasmo a las universidades en Latinoamérica (Herrera, 2017).

Para finales del siglo XX, mientras en Latinoamérica se luchaba por masificar los programas de formación, en el mundo desarrollado, la Atención Primaria de Salud y la Medicina Familiar ya estaban en crisis. Un grupo de expertos convocados por la Fundación R.W. Johnson (octubre de 2001) concluyeron que la Atención Primaria está en una encrucijada que la puede llevar a una declinación continua o a un nuevo renacimiento. Un editorial de *Annals of Internal Medicine* dice: -A menos que ocurran cambios fundamentales en la formación, aculturación y desarrollo profesional de quienes ejercen su práctica en atención primaria, la atención primaria como concepto será barrida por las fuerzas económicas, demográficas y sociales-. Un artículo de *The Lancet* comienza así: -La atención primaria ha fracasado en mantenerse entre las especialidades médicas-. Tejada de Rivero (ex subdirector general de la OMS y organizador de la Conferencia de Alma Ata) escribió: -Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de Salud para Todos y a la estrategia de la atención primaria de

salud no sólo subsisten, sino que se han profundizado; el impacto de su aplicación ha sido mayor en aquellos países con menor desigualdad en la distribución de su ingreso y mucho menor en países pobres con alta desigualdad en la distribución del ingreso-.

En el Reino Unido, el nuevo contrato de los médicos generalistas con el Servicio Nacional de Salud (NHS) cambió drásticamente sus condiciones de trabajo. El NHS, ejemplo paradigmático de sistema de salud, en cuya base estaba el *General Practice*, prototipo de médico de atención primaria y antecesor inmediato del médico de familia, padece una crisis de gran impacto para los pacientes. (The Guardian, 2003)

En Canadá, un país modelo en su sistema de salud, donde los médicos de familia son un componente esencial, se escuchaban fuertes críticas a la medicina familiar y la atención primaria. En un informe, el Colegio de Médicos de Familia (CFPC) describe así la situación:

...el acceso oportuno a los servicios empeora progresivamente. La principal razón es una gran escasez de profesionales de salud, especialmente, médicos de familia. Más de cuatro millones de canadienses no encuentran médicos de familia para su atención y quienes no lo tienen son más vulnerables a los tiempos de espera prolongados y están más insatisfechos con el sistema.

La gran mayoría de los pacientes aseguraban, que los médicos de familia son sus más importantes cuidadores, pero el apoyo por parte del gobierno no se mantuvo paralelo al del público. Las mayores responsabilidades asumidas por los médicos de familia al atender a pacientes más agudos y complejos tuvieron escasa comprensión y reconocimiento por parte del sistema. Se deterioró su papel en escuelas de medicina y hospitales, y para los estudiantes la imagen de la medicina familiar se fue opacando como elección de carrera.

El caso de España es muy significativo. En el 2006 un cuarto de siglo después de sancionada la creación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad médica y columna vertebral de la Atención Primaria, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) reconoce en un documento que

...[llevan] más de una década de continuo retroceso, con estancamiento de presupuestos, demanda asistencial creciente, excesiva burocracia, sueldos bajos, incentivos perversos, proliferación de contratos basura, excesiva preponderancia de la gestión política sobre la clínica, pérdida de control, prestigio y autoestima; lo que ha generado desmotivación y hastío profesional y una emigración importante de compañeros a otros países con mejores condiciones....

Desde principios de este siglo, en España la Medicina de Familia está en crisis, se afirma que su capital humano está desmotivado, los médicos jóvenes rehúyen la especialidad cuando pujan por plazas MIR⁹, algunos huyen de ella una vez iniciada o completada la residencia.

Goldacre MJ, Laxton L, Lambert TW (2010) y Fujisawa R, Lafortune G. (2008), mencionan que un estudio realizado en el año 2011, sobre percepciones, preferencias y expectativas de 978 estudiantes de medicina de 27 facultades españolas, determinó las dimensiones o atributos que definen el ejercicio de la profesión médica

- Retribución económica
- Reconocimiento de la labor profesional por los pacientes
- Horario, vacaciones y posibilidades de compatibilizar la profesión con la vida personal y familiar
- Posibilidades de promoción y desarrollo profesional futuro dentro de la especialidad (nuevos campos, nuevas técnicas, avances científicos, etc.)

9 En España se conoce como MIR al examen para acceder a un puesto de médico interno residente en un hospital, que permite especializarse en una rama de la medicina.

- Prestigio, reconocimiento por compañeros y reconocimiento social
- Posibilidad de investigar
- Seguridad en el empleo

Expectativas económicas, de promoción y desarrollo que no ofrece la medicina familiar.

El gran descenso del número de aspirantes a los programas de medicina familiar también descendía en Estados Unidos, desde inicios de este siglo, la frustración de los médicos de familia y la confusión del público, motivaron que las siete organizaciones vinculadas a la medicina familiar aprobaran un plan destinado a transformar la especialidad y reponer su liderazgo. Aunque la mayoría de los encuestados calificaba a los médicos de familia como muy buenos en los atributos vinculados a lo relacional, los médicos de familia no eran claramente reconocidos por el público; existía escepticismo con respecto a un profesional que abarca un amplio espectro de problemas de salud... el público estaba enamorado de la ciencia y la tecnología, estas dos últimas no se las asociaba a los médicos de familia (Rosas Prieto, A., Narciso Zarate, V. y Cuba Fuentes, M., 2013).

El estado benefactor y la medicina familiar

Existe un hito en el desarrollo de la Medicina Familiar en el Ecuador, que a mí parecer fue lograr sacar de Quito la formación de médicos de familia medicina familiar, esto no sería posible, si no se hubiese logrado que la medicina de familia ser reconocida como especialidad.

En el 2008, entré al Ministerio de Salud, me fui a ser médica de un centro de salud y entre siendo médica general, en el 2012 , la ministra de salud Carina Vance me mandó a llamar y me propusieron ser Directora de Normalización del Talento Humano del Ministerio de Salud, vi la oportunidad del siglo más aquí es en donde voy a lograr que sea la medicina de familia reconocida como especialidad, como política pública. Escribo un proyecto que se llama Fortalecimiento Del Talento Humano Para El Ecuador y logro que la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) de Ecuador, asigne 240 millones para este proyecto, este proyecto lo escribí con un grupo de economistas jovencitas, unas guaguas, inteligentísimas que me ayudaron, pero no tienes idea de cómo trabaje, me quedaba hasta la una de la mañana me fui, ya teníamos esta hacienda donde yo vivo me fui a Quito

a vivir en Quito para hacer esto y ahí me pasaba hasta la una de la mañana el ministerio de salud con estas guaguas trabajando y logro el proyecto, logro que el René Ramírez que en ese momento era el Director de Senplades nos ponga el ok y nos dan 242 millones date cuenta, un proyecto hasta el 2022 además por esa época la ministra de salud Carina Vans firmó el decreto 6 22, ese es el decreto que permitió que los médicos de familia fueron recategorizados como SP 12 y a partir de eso de ese reconocimiento que se registró el ministerio de trabajo a primera hora del otro día llevando eso todos los médicos del ministerio del seguro social ganan como SP12 ganan igual que un neurólogo, como un pediatra que un ginecólogo después de una semana renuncié y me vine a la casa, Fui al Centro de Salud, renuncié al cargo de Directora de Normatización y dije me regreso a mi pueblo pero tengo esa satisfacción profunda de haber escrito el proyecto que le ha permitido por 10 años formar especialistas al Ecuador y de haber logrado que el decreto 06 22 se firme para reconocer a la medicina de familia como especialista. (Bedoya, 2022)

En América Latina, la medicina familiar en general, no ha logrado grandes avances, aunque se pueden señalar algunos logros. Entre 1980 y 1990 se pasó de 21 programas de formación en tres países, a 160 programas en 17 países.

Este crecimiento no se debió a políticas estatales comprometidas, sino al impulso y el liderazgo internacional de los entes financieros, Banco Mundial, BID¹⁰, quienes impulsaban para el sector salud, dos tendencias: la reforma de los sistemas de salud y el concepto de medicina gerenciada, estos conceptos tuvieron un fuerte impacto sobre la atención primaria en los años noventa. El apoyo gubernamental a la atención primaria, en la región, fue más declamatorio que efectivo y está en crisis aun antes de haberse desarrollado plenamente. La Resolución de los ministros de Salud de las Américas del año 2005 reconoce esa debilidad.

Un estudio realizado en doce países latinoamericanos muestra que sólo tres alcanzaron una proporción aceptable de la relación médicos de familia/población y, aun con insuficiente número de médicos de familia, en varios países la disciplina logró estatus académico.

Las organizaciones internacionales que representan a la medicina familiar en el mundo (WONCA¹¹, CIMF¹²)

10 Banco Interamericano de Desarrollo

11 La World Organization of Family Doctors es el nombre corto de la World Organization of National Colleges, Academies (WONCA) and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Es la organización internacional que reúne las universidades, academias y asociaciones interesadas en la práctica de la medicina general (o de familia).

12 Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunita-

y sus equivalentes a nivel nacional, no tienen la fuerza ni la influencia necesarias para generar decisiones políticas donde los organismos internacionales gubernamentales (OMS¹³, OPS¹⁴) han confesado su fracaso, 25 años después de Alma Ata¹⁵ (Ceitlin, 2008).

Boaventura de Sousa, como la búsqueda de construir las utopías vs las distopías y aún más, la consolidación de lo que el mismo autor define como los sur-derechos como manifestaciones de lo que se puede configurar en las llamadas Epistemologías del Sur, que no son más que las representaciones del rescate identitario de las naciones y su ciudadanía. Lograr este camino, implica: “Reflexionar creativamente sobre la realidad para ofrecer un diagnóstico crítico del presente que,

ria (CIMF). Fundada en Caracas el 15 de agosto de 1981 transforman lo que por entonces era el Centro Internacional para la Medicina Familiar, en una federación de sociedades, colegios y asociaciones de Iberoamérica

13 Organización Mundial de la Salud

14 Organización Panamericana de la Salud

15 La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, realizada en Kazajistán (entonces integrante de la URSS), del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y Unicef, y patrocinada por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000».

obviamente, tiene como su elemento constitutivo la posibilidad de reconstruir, formular y legitimar alternativas para una sociedad más justa y libre”.

No es fácil hacer transformaciones en las búsquedas de las utopías identitarias de las naciones del hemisferio, debido a que incluso los criterios de “verdad” establecidos por la modernidad están siendo puestos en tela de juicio, por nuevos conceptos como el de postverdad, quedando así, anulada, descalificada y deshonrada toda la certeza de la modernidad en cuanto a las distintas dimensiones de interpretación de las realidades.

Según Boaventura de Sousa, la crisis social y epistémica que vivimos en latinoamérica se puede resumir en cuatro contextos:

- preguntas fuertes y respuestas débiles
- contradicción entre medidas urgentes y cambio civilizatorio
- pérdida de los sustantivos
- relación fantasmal entre la teoría y la práctica

Durante la década en la que gobernó Rafael Correa, se invirtieron 13 500 millones de dólares en la salud, de acuerdo con las cifras que registra el Ministerio de Finanzas. En 2016, a punto de finalizar el período, la ruidosa propaganda gobiernista difundió a su

favor que, de 9 médicos por cada 10 000 habitantes registrados en el 2000, se había alcanzado la cifra de 20 médicos por el mismo número de habitantes. Además, se construyeron hospitales y se dotó de equipamiento a buena parte del país. Poco más de 2 427 millones de dólares fueron presupuestados para salud en 2016, mientras que en 2006 habían sido apenas 504 millones.

Carina Vance, quien fue ministra de salud de ese gobierno entre enero de 2012 y noviembre de 2015, dijo en una entrevista telefónica que uno de los logros de su gestión fue haber ampliado la capacidad de formación de “médicos de familia”, para fortalecer el primer nivel de atención, y destacó también la creación de la carrera de técnicos en atención primaria (TAPS). “Se dio un reclutamiento a nivel nacional con postulaciones de las propias comunidades”, recordó.

Desde 2013, ese gobierno inició la formación de los TAPS como parte de lo que se llamó Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). En 2015, la primera promoción tuvo a 1 518 graduados en todo el país. El plan buscaba el acercamiento a la comunidad mediante actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Sin embargo, los datos que promocionaron los discursos políticos no tienen relación con los resultados obtenidos.

Existen múltiples factores que explicarían el poco

éxito de estos programas, en primer lugar la estructura, la institución de salud es burocrática, corrupta y resistente a los cambios, en segundo lugar esta la pobre calidad de la formación de profesionales en masa, con presupuestos asignados, donde universidades sin ninguna experiencia, crearon programas de medicina familiar a demanda, contratando profesionales recién graduados o profesionales extranjeros, que por primera vez trabajan en zonas e instituciones de salud de carencia, sin espacios reales de atención y sin evaluación estandarizada e independiente de sus egresados.

Evaluaciones posteriores del impacto de estas millonarias inversiones dentro de los sistemas de salud, son poco alentadores, la mayoría de médicos de familia formados en ese periodo, no han logrado el liderazgo ni la aceptación en sus equipos de salud, ni en la población donde actualmente trabajan. (Tufiño, A., Acevedo, D., 2022)

El problema de la calidad de formación, no es solo del Ecuador, en los Estados Unidos en el año 2010 se evaluó la formación de médicos de familia. La comisión para la Educación Médica en los Estados Unidos concluyó, que la educación que los médicos recibieron, no se mantiene al día con los retos de salud a nivel global, principalmente por un currículo médico fragmentado, no actualizado, y estático que produce profesionales

en salud sin las competencias necesarias para cumplir todas las demandas de la atención primaria de salud (Frenk J, et al., 2010).

Kruk y Muhammed, afirman que sin calidad los sistemas de salud son ineficaces y el objetivo de desarrollo sostenible que dice garantizar la salud y promover el bienestar para todos, en todas las edades, no podrá ser logrado.

Los diagnósticos que los médicos realizan en el primer nivel de atención, son frecuentemente incorrectos y la toma de decisiones es apresurada. La falta de respeto hacia los pacientes es un lugar común. La comunicación con los pacientes suele ser deficiente y abusiva, las lesiones derivadas de la mala práctica son frecuentes, Los tratamientos médicos que los pacientes reciben no están basados en la evidencia, no solo por falta de capacitación de médicos y enfermeras sino también por cuestiones financieras (Kruk, Pate & Mullan, 2017).

La Medicina Familiar no es precisamente virtuosa en la innovación, la educación médica no se mantiene al día con los retos de salud a nivel global, principalmente por un currículo médico fragmentado, no actualizado, y estático que produce profesionales en salud sin las competencias necesarias para cumplir todas las demandas que el discurso exige o para poder innovar o desarrollar la disciplina.

Los instrumentos a los que se aferra la medicina familiar, son antiguos y descontextualizados, por ejemplo, el genograma fue propuesto por Bowen en 1978, el cual al inicio de su trabajo la introdujo como una herramienta de evaluación de su teoría. “Los síntomas son el resultado de conflictos no resueltos con la familia de origen y son transmitidos hacia un individuo a través de las generaciones”. (Bowen, 1989). o peor aún, el ciclo vital familiar propuesto por Erik Erikson a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Sigmund Freud en los años 1960, cuyas fases parten del desarrollo del Yo, en el prototipo clásico de familia, que respondía a esquemas sociales del siglo XIX, en estos momentos anacrónica y descontextualizada. (Erikson,1972).

Una especialidad médica que no encaja en el sistema de salud

Siempre hubo un problema con el sistema sea público o privado porque decían que no somos especialistas que somos “todólogos” y no especialistas de nada.

En el país tenemos el otro problema, hay una gran diversidad de formación de médicos de familia porque vino de Cuba un grupo grande de médicos. Posiblemente son médicos más comunitarios que médicos familiares, no conozco mucho sobre eso tampoco porque esto ya fue después cuando les mandaron a formarse a muchos médicos de Cuba, con Rafael Correa y regresar al país. Entonces hay como esa división de la formación de médicos de familia que no se han integrado.

Hay una asociación de estos médicos formados en Cuba y en Venezuela y la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar de la cual soy fundadora, que no se han no se ha podido integrarse hasta este momento. Entonces no te puedo decir realmente cómo estamos, creo que falta hacer estudios, creo que se debe fortalecerse el primer nivel de atención con médicos familiares bien formados, o sea que no sean sólo referenciólogos (con poca capacidad

para resolver problemas de salud).

Creo que hay que hacer estudios de cómo está ahora la situación, creo que existe un avance, que es que se llegó a conocer el médico familiar como médico especialista generalista, somos, soy especialista generalista soy el especialista ideal para el primer nivel de atención porque es la puerta más cercana de atención médica a la comunidad pero eso no excluye, que si yo tengo capacidad pueda trabajar en un hospital o sea esa es la gran diferencia con un médico general en la parte técnica médica o sea si yo si yo necesito tratar un paciente con una crisis hipertensiva que es una emergencia yo estoy capacitado para hacerlo y no necesito a un emergenciólogo que lo haga

Por eso te digo que el médico de familia es el médico que debe saber mucho y hacer muchas cosas y por eso yo creo que la formación de tres años de un postgrado es muy poco para la capacidad de resolución que el médico de familia tiene que atender el 80% de los problemas de salud entonces si yo tengo un paciente embarazada con signos de riesgo no le voy a dejar en un centro de salud de primer nivel, porque sé que esa paciente se va a complicar, no necesito esperar a llegar al hospital para iniciar el tratamiento, pero esa principio de continuidad lo rompe la normativa del sistema de salud que no contextualiza sino generaliza.

Entonces ahí está la ruptura del sistema de salud donde se sigue trabajando por niveles, se sigue

trabajando por especialidades existen vacíos que la norma no logra entender que no está bien hecha y que además a los médicos de primer nivel le tiene llenando un montón de documentos que no sé cuándo se usan.

Mi política de ser médico de familia es hacer la mejor medicina de servicio a la gente que menos tiene porque sé que esa gente que viene ese día a visitarme por un problema de salud deja de trabajar posiblemente deja de comer y no es posible que no la atendamos bien. (Alvear, 2022)

Las instituciones de salud están atadas al modelo económico imperante. La calidad en la atención médica y la universalidad de la atención no se pueden sostener con presupuestos mínimos. Las políticas de salud son casi imposibles de aplicar en el nivel práctico de la atención.

Existe evidencia que el aumento de coberturas de servicios de salud no necesariamente produce disminución de la mortalidad. Un estudio analizó el impacto de la cobertura universal de salud en varios países, comparando la mortalidad por 61 patologías o condiciones de salud tanto en países del primer mundo como países de bajos recursos económicos descubrió, que la mortalidad sigue siendo peor en la pobreza que en el primer mundo a pesar del incremento de las coberturas de salud. Los autores, cuestionan las

políticas enfocadas en la cobertura universal, sin tomar en cuenta la calidad de los servicios (Kruk, et al, 2018), (Das, Hammer & Leonard, 2008).

La atención primaria de salud solo puede medirse a través de su influencia en las políticas en salud, sustentado en la problemática emergente de cada país, la atención primaria en salud difiere de un país a otro. Como cualquier programa social, la atención primaria en salud sufrirá cambios por influencias internas y externas, ideológicas, políticas, económicas (neoliberalismo) e intereses multinacionales. Todo esto debe condicionarle adaptación, evolución y teorización (Casas Patiño, Rodríguez Torres & Casas Patiño, 2013).

Las herramientas que la mayoría de los rectores de los sistemas de salud, utilizan para garantizar la calidad de la atención usan fórmulas de la administración capitalista.

La monitorización de la calidad, con fórmulas de “dirección por objetivos” o “*pay for performance*”, se oponen a la evolución lógica de la gestión mediante sistemas de información, que dejan de lado, el aspecto valioso del tiempo necesario para la práctica clínica.

Muchos líderes le apuestan al cambio de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), modelos y herramientas de trabajo que permitirían no solamente grandes aumentos de productividad, sino el

desarrollo de nuevas formas de inteligencia colectiva. El desarrollo y la implementación de las nuevas tecnologías, como la historia clínica electrónica o las experiencias de digitalización de imágenes, el uso de las redes sociales y el desarrollo de sistemas de información compartidos para la toma de decisiones, son elementos a los cuales la modernidad le apuesta y nadie se opone porque no enfrenta el modelo clásico de atención, lo promueve. La excesiva expectativa actual, sobre los avances tecnológicos como solución a los problemas del sistema de salud, demuestra nuestra poca creatividad y la tendencia actual demostrada en la Ley de Amara¹⁶ (Amara, 2003).

Las estructuras que sostienen la “arquitectura” conceptual de los sistemas de salud, como son”, el pragmatismo médico y el utilitarismo político, que desvirtuaron las propuestas iniciales del APS y la Medicina Familiar, transformando un proceso que empezó siendo revolucionario, en un discurso más de la medicina hegemónica y de la tradición del pensamiento lineal y positivista de la medicina.

Ante esta realidad la tarea consiste en dudar de todo, “deconstruir” la llamada Atención Primaria de

16 La ley de Amara sostiene que, en la mayoría de los casos, los seres humanos tendemos a sobrestimar los efectos de una nueva tecnología a corto plazo, mientras que subestimamos su efecto a largo plazo

Salud (Borges de Meneses, 2013), entendiendo esta deconstrucción como desestructurar, descomponer, o dislocar las estructuras que sostienen la arquitectura conceptual de la APS y de su secuencia histórica; explicitando los cimientos del pragmatismo médico y el utilitarismo político que desvirtuaron esta propuesta, adaptando un proceso que empezó siendo revolucionario, en un discurso más de la medicina hegemónica y de la tradición del pensamiento lineal y positivista de la medicina (Herrera, 2018).

Psicoanálisis de la medicina familiar

Los médicos familiares tienen la obligación moral y ética de poner a su paciente por encima de todo y ayudarlo en todas sus posibilidades. Además, deben tomar una postura e intervenir sobre los problemas de salud de los ciudadanos.

Los médicos de familia, en Latinoamérica y Ecuador, deben desarrollar “grandes dosis” de voluntarismo, entusiasmo, motivación y de resistencia a la adversidad para convertirse en “imprescindibles” para la población.

No hace falta convertirse en ningún héroe o trabajar más de las horas de las que se deben. El médico familiar tiene una gran ventaja con respecto a cualquier otro especialista, y es que, si bien es cierto que tiene muy poco tiempo de consulta por cada paciente, a lo largo del tiempo lo ve muchas veces, lo que le puede permitir hacer muchas cosas en diferentes momentos.

En todos los países desarrollados la Medicina Familiar es muy importante dentro del Sistema Sanitario, por lo que, nadie discute su importancia y su rol. Sin embargo, en Latinoamérica, incluido Ecuador, estos profesionales no tienen el apoyo necesario por parte de las autoridades, políticos, colegas, y en muchos casos ni de los propios gremios, lo que es “una situación muy adversa.

Por lo tanto, la prioridad de los médicos de familia es “hacer bien su trabajo y resolver los problemas

de salud de los ciudadanos”, para de esta manera reivindicarse y volverse imprescindibles ante la población. Además, deben influir en los sectores sociales que tienen capacidad de decidir, ha agregado.

La Medicina Familiar es la especialidad más apasionante y más importante dentro del Sistema Sanitario porque facilita el trabajo a los diferentes especialistas. Por este motivo, ningún país del mundo que tiene un Sistema Sanitario desarrollado, cuestiona la necesidad de tener una formación importante en Medicina Familiar.

Sergio Minué, coordinador del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Atención Integrada de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Este discurso reiterativo que construye el ser del médico de familia en el sistema de salud, se ha convertido en una representación social, o más bien es una de esas construcciones ideales supuestas llamadas “representaciones colectivas”, esquemas supuestos que organizan el pensamiento y la acción, marcas simbólicas que, a partir de ciertos núcleos de significados compartidos, orientan y justifican conductas. Al respecto, Jean Claude Abric afirma:

La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad, que rige las

relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos o sus prácticas. Es una guía para la acción, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre-decodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas. (Abric, 1994:13).

El discurso es un lazo social, no significa que los sujetos simplemente hablan, sino que están inscriptos en estructuras discursivas y significantes diversas que no producen el mismo efecto. En ese sentido esta obra incluye el enfrentamiento entre la utopía y la distopia, porque este discurso de la salud pública en relación a la medicina familiar es el discurso del amo que fue descrita magistralmente por Lacan, donde un significante (Discurso de la Salud Pública), dirigiéndose a otro significante (Medicina Familiar), que representa al esclavo, el que sabe o el que trabaja, y como resultado de esa ligazón, el surgimiento de un producto. Pero en el lugar del objeto producido Lacan ubica la letra “a”, para significar un faltante; es decir, por más que el esclavo desde su saber trabaje y produzca nunca podrá complacer al amo, o bien el amo siempre demandará algo más, el amo desea ser reconocido como amo, pero encuentra del otro lado a alguien dependiente y no libre, por lo tanto, su pedido dirigido hacia el esclavo

siempre quedará insatisfecho por más que éste lo llene de dones (Roudinesco, 1994).

Las relaciones de fuerzas y tendencias entre sujetos no pueden ser reducidas a procesos lógicos de compensaciones, conciliaciones y superaciones, sino que hay que ubicarlas dentro de un devenir existencial, de potencias, de saltos, de cortes, de imposibilidades y de restos incompletos.

Podemos usar una tragedia griega, el relato de Sofocles (2005) “Antígona”, para ejemplificar el agotamiento de la Medicina Familiar, La trama gira entorno a Antígona, quien desafía la ley a su hermano Creonte, para rendir la muerte de su hermano Polinices, considerado traidor de la patria. El tema principal de esta tragedia es la contraposición entre el orden cívico y el divino. Sin embargo, plantea otros dilemas como: la libertad, los derechos del individuo frente a la obediencia de las leyes del Estado, el papel de la mujer en la sociedad.

Para Lacan, no existe conflicto a superar entre Creonte y Antígona; por el contrario, la transgresión de Antígona no puede quedar limitada a la desobediencia a una ley y su correspondiente castigo (Lacan, J. 1988). Habrá que comprender su zona, su lugar, su puesto, que revela otra cosa. Las preguntas que orientan el conflicto son: ¿dónde está? y ¿qué le pasa?

Dado el peso agobiante de la obra esta cuestión decisiva se empieza a dirimir cuando Antígona está exhausta, sola y queda en evidencia que su problema no se resuelve en un mero pensar, sino en toda su existencia. El lugar de Antígona es un lugar de borde. Cuando Lacan se refiere al borde se acerca a la connotación que Freud dio al “ombbligo del sueño”: ese lugar incierto que se revela como abismo y que lo único que se puede hacer es bordearlo. Según Lacan, eso es lo que hace el significante, bordea el agujero y tacha ese vacío. En varias ocasiones Lacan utiliza la metáfora de recipiente o vasija; mediante ésta subraya la importancia del vacío que lo constituye al recipiente como tal, en tanto por más colmado que se encuentre de cualquier sustancia su esencia como recipiente es ser vacío. Lo que hace Antígona como todo ser deseante es tachar ese vacío, tarea que se efectúa siempre desde el riesgo que causa el espacio del borde (Lacan, 2002).

Mientras más llenaban los médicos salubristas, los políticos, los pacientes, la “vasija” del discursos y expectativas sociales, inalcanzables, más vacía se encontraba la medicina familiar.

En las relaciones con otros sujetos la pretensión de cancelación de la demanda no significa cancelación del deseo. Por el contrario, si el deseo no se resuelve en una demanda, resulta lógico interrogar qué significa entonces “reconocimiento”. Por eso Lacan prefiere se-

ñalar que no se trata de “deseo de reconocimiento” sino de “reconocimiento del deseo”. Alguien puede responder a las demandas de otro, pero nadie puede cancelar el deseo del otro, aunque sí anularlo o fagocitarlo.

Antígona no cuestiona simplemente desde el lugar de los dioses (ley divina), sino también desde la política terrenal misma (ley humana). Antígona quiere dar por válido ese infortunio simbólico de su memoria, por más pasado trágico que arrastre, y sabiendo de las faltas familiares, no puede subsumirlas o disolverlas en un todo. Por eso está dispuesta a resistir cualquier fuerza que la retenga o cualquier devenir dialéctico que pretenda desviarla o conciliarla. En definitiva, estando en ese límite desde mucho tiempo atrás, Antígona no hace más que asumir el lugar que centellea tan solo por la fascinación velada del conflicto. Se presenta como una artista que tiene que vérselas con lo siniestro, nombrar lo innombrable y ser soporte de lo insoportable (Casanova, 2003).

El médico de familia también está al límite, dentro del sistema de salud, realiza las tareas que nadie quiere realizar, es administrador, auditor, gestor de calidad, docente, dirige todos los comités, llena las plantillas, las encuestas, las guías, los protocolos, que el resto de especialistas nunca van a realizar. ¿Por qué lo hace? Porque tiene la obligación moral y ética de darle una cara humana al sistema de salud.

La verdad que nadie reconoce, es que la ética siempre está al servicio del poder. El poder en los términos de Foucault, no es algo o alguien que podemos señalar, es un discurso aceptado, normatizado, normalizado; para lograr esto se generan consensos de determinadas ideas que construyen un discurso irrefutable que se convierten en las verdades sociales, todo el mundo sabe que son solo frases o declaraciones imposibles de cumplir, pero todo el mundo quiere creer en eso porque le da estabilidad y confort. El poder ha ido construyendo nuestra forma de pensar la salud, como también nuestro accionar, la salud pública como ciencia ha ido construyendo formatos de pensamiento para determinar que deben hacer los médicos de familia, ha diseñado estructuras para pensar la salud, la familia primero, luego la comunidad y por último su rol, su acción dentro del sistema, generando una serie de expectativas sociales falsas que son parte del vacío y la angustia de la Medicina Familiar (Foucault, 1999).

El discurso de ser el portero del sistema de salud, o la defensa del paciente, consigue la exaltación de los estados de ánimo de todos, el médico familiar cree que es el superhéroe de una película, y que es capaz de cambiar el sistema de salud y los hábitos insanos de la población, este estado lo podemos llamar un dispositivo, porque dispone para servir más eficientemente al discurso del poder.

Para Foucault la normalización tiene que ver con que una norma sea vista como normal, no existe nada en el mundo que sea normal, si algo es normal, es porque existe una norma y si existe una norma, es porque alguien la puso

Donde hay poder hay resistencia, pero que pasa si el poder necesita construirse sobre una resistencia que el mismo promueve, basados en ese supuesto podemos decir que con el esfuerzo de los médicos de familia se mejora el sistema de salud y su prestigio, no rompemos la norma, no cuestionamos la corrupción, ni la inequidad del sistema, más bien lo perpetuamos, estamos construyendo y fortaleciendo el sistema conservador biologista deshumanizado. Deconstruir más que construir, la repolitación de la realidad, en los lugares donde la política no tiene lugar es donde más se debemos politizar, la relación médico paciente, el hospital como institución, la administración en salud, el sexismo y el racismo institucional, el discurso de las evidencias, la medicina como ciencia, también el discurso de la ética médica. (Herrera, 2018), (Casas, 2013)

Referencias bibliográficas

- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*(18), 905-925.
- Abril-Collado, R., Cuba-Fuentes, M. (2013) Introducción a la Medicina Familiar. *Acta méd. peruana* 30(1): 31-36. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006&lng=es.
- Althaus Guarderas, J. (20 de abril de 2021). *Reseña del libro de historia de la Junta de Beneficencia de Guayaquil*. Obtenido de Dialoguemos: <https://dialoguemos.ec/2021/04/resena-del-libro-de-historia-de-la-junta-de-beneficencia-de-guayaquil/>
- Alvear, S. (26 de enero de 2022). *Medicina Familiar en Ecuador*. (D. Acevedo, Entrevistador)
- Amara, Roy; Institute for the future (2003). *Health and health care 2010: the forecast, the challenge* (2nd edición). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Atwood, M. (1985). *El cuento de la criada*. Canadá: McClelland & Stewart.
- Barros Astudillo, T. et al. (2018) Evolución normativa e histórica de la enseñanza de las especialidades médicas en la Facultad de Ciencias Médicas *Rev. Fac Cien Med* 43(1)
- Bartkowski, F. (1989). *Feminist Utopias*. University of Nebraska Press.
- Bedoya, R. (17 de febrero de 2022). *Historia de la Medicina Familiar en Ecuador*. (D. Acevedo, Entrevistador)
- Bonilla, A. Luna, M. (2011). *Informe cero. Ecuador 1950-2010*. Quito. FLACSO

- Borges de Meneses, R. D. (2013). La deconstrucción en Jacques Derrida: Qué es y qué no es como estrategia. *Universitas Philosophica*, 30(60). Recuperado a partir de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vniphilosofica/article/view/1078>
- Bowen M. (1989). *La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Vols. 1 y 2. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Burgos, H. (20 de enero de 2010). Espejo: Primicias de una vida inquietante. *El comercio*.
- Caicedo Mantilla, G., & Jurado Enríquez, J. (2017). *Pensamiento emancipador de Eugenio Espejo en el proceso de independencia de la Real Audiencia de Quito 1780-1822*. Quito: UCE.
- Caicedo Mantilla, G. Jurado Enríquez, J. (2017). *Pensamiento emancipador de Eugenio Espejo en el proceso de independencia de la Real Audiencia de Quito 1780-1822*. Quito: UCE
- Camacho, L., & Vildosola, J. (1960). *Algunos aspectos de la natalidad en el Ecuador*. PAHO.
- Casanova, B. (2003) Lacan y la esencia de Antígona. *Trama y fondo: revista de cultura*. 15(1)
- Casas Patiño, D. Rodríguez Torres, A. Casas Patiño, I. (2013). Atención primaria en salud: concepto o utopía. *Med-wave* (4):5667
- Castro, Roberto (Castro Pérez), autor. *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* / Roberto Castro, Joaquina Erviti. Primera edición 320 páginas. isbn: 978-607-02-7098-7
- Cavender A, Albán M. Compulsory medical service in Ecuador: the physician's perspective. *Soc Sci Med*. 1998; 47.
- Ceitlin, J. (2008) Atención primaria y medicina familiar: ¿en un callejón sin salida? *Aten Primaria*. 40(1):5-6|
- Ceitlin, J. (2008). Atención primaria y medicina familiar: ¿en un callejón sin salida? *Atención Primaria*, 5-6.

- CEPAL. (2011). *Mortalidad en la niñez: una base de datos de América Latina desde 1960*. UNICEF.
- Cynthia Háq, William Ventres, Vincent Hunt, Dermis Mull, Robert Thompson, Mirra Rivo y Philip Johnson “Where there is no family doctor: the development of family practice around the world”. *Academic Medicine*, Val. 70, No. 5, 1995, pp. 370-380.
- Das J., Hammer J, Leonard K. (2008), The quality of medical advice in low-income countries. *Journal Economic Perspective*. 22(2) 93-114
- de la Torre, P. (1996). El poder simbólico de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. *Procesos. Revista ecuatoriana de historia*, 119-138.
- Eco, U. (2012). *De los espejos y otros ensayos*. Debolsillo.
- Erikson, Erik. (1968, 1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Erikson, Erik. (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Estevez, E., Villota, I., Zapata, M., & Echeverría, C. (2018). La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. *Rev Fac Cien Med*, 145-163.
- Estrella, Eduardo; Crespo, Antonio; Herrera, Doris. *Desarrollo histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador (1967-1995)*. Quito: CEPAR, 1997.
- Family practice. (1994) Kansas City, MO: American Academy of Family Physicians.
- Feinmann, J. (2015). *Gershwin, ensayo sobre su obra y su tiempo*. Editorial Octubre.
- Fernández Sacasas JA. *Reingeniería de la residencia en medicina general integral*. Plan de estudios. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 2004.
- Foucault, Michel (1979), *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta
- Foucault Michael, : (1999c). *Estrategias de poder*. Traducción al castellano por Fernando Alvarez Uría y Julia

- VareJa. Ediciones Paidós Ibérica S. A. Colección Obras Esenciales, volumen 11. Argentina
- Frehywot S, Mullan F, Payne P, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work?. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010; 88(5).
- Frenk J, et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 376. 1923-1958
- Frenk J, Lincoln C, Zulfiqar AB, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.. *The Lancet*. 2010; 376(9756).
- Frenk, J. e. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756).
- Fujisawa R, Lafortune G. (2008) The remuneration of general practitioners in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? *OECD Health Working Papers* 41. París: OECD
- Goffman, Erving (1989), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bourdieu, Pierre (1999), *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid, Akal.
- Goldacre MJ, Laxton L, Lambert TW. (2010). Medical graduates' early career choices of specialty and their eventual specialty destinations: UK prospective cohort studies. *BMJ*. 341:c3199.
- González Valenzuela, J. El ADN y la filosofía. *Gac. Méd. Méx* [online]. 2004, vol.140, n.2 [citado 2022-08-30], pp.255-256. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000200031&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2696-1288.
- Gonzalez Valenzuela, J. (2004). El ADN y la filosofía. *Gaceta*

- médica de México*, 2(140), 255-256. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000200031&lng=es&tlng=es.
- Hernández Cabrera GV, Álvarez Sintés R, Larrea Salazar JM. Formación académica en la especialidad de medicina general integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina general integral. Vol. I. Salud y medicina. Parte 12. Docencia, investigación e información en la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008; vol 1:1-9.
- Herrera D, Troya C. (2021). La formación del médico rural, el modelo de competencias y la teoría crítica. *Práctica Familiar Rural* [Internet]. 1(2).
- Herrera D. La práctica médica rural al margen del modelo biomédico. *Práctica Familiar Rural*. 2018 noviembre; 2(3).
- Herrera D. La práctica médica rural al margen del modelo biomédico. *Práctica Familiar Rural*. 2018 noviembre; 2(3).
- Herrera Ramírez D. (2018) APS: la revolución fue controlada. *Práctica Familiar Rural*. 3(3).
- Herrera, D. (2016) Editorial. *Práctica Familiar Rural*. 1(2).
- Herrera, D. (2017) La práctica médica rural al margen del modelo biomédico, editorial en *Práctica familiar rural* 2(3)
- Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health*. 2002; 12(2).
- Kroeger, A. (1991). *Malaria y Leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio*. Quito.
- Kruk M, Gage A, Joseph N, et al. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet* 392 (10160)
- Kruk, M., Pate, M. & Mullan, Z. (2017). *The Lancet Global*

- Health Commission on High-Quality Health Systems. *The Lancet* 5(5)
- Lacan, J. (1988). El Seminario 7. La Ética del Psicoanálisis, Paidós, Barcelona, 1988, p. 289.)
- Lacan, J. (2002). El seminario. Libro 10: La angustia (El Seminario de Jacques Lacan)
- Lemus ER, Borroto ER, Aneiros Riba R. (1998). Atención primaria de salud y medicina familiar. *Atención primaria de salud, medicina familiar y educación médica*. 1(34).
- López-Cevallos, D., Chi, C., & Ortega, F. (2014). Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. *Salud Pública*, 16(3), 346-359.
- Marcos Cueto y Víctor Zamora, editores, Historia, salud y globalización Revista Iconos Flacso
- Martínez Calvo, S. (2013). Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 39(4):759-60.
- Mclaren P. El Che Guevara, Paulo Freire y la Pedagogía de la revolución México: Siglo XXI; 2001.
- Ministerio de Salud Pública. (1990) Programa de Especialización en Medicina General Integral. Tomo 1. Edición provisional. La Habana: Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Salud Pública. (2000) Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión metodológica del MINSAP. La Habana: Ministerio de Salud Pública
- Mora Salas, M., Pérez Sáinz, J., & Cortés, F. (2004). *Desigualdad social en América Latina. Viejos problemas nuevos debates*. Costa Rica: FLACSO.
- Moreno Trujillo, M. (2016). El cuento de la criada, los símbolos y las mujeres en la narración distópica. *Escritos*, 52(24), 185-211.
- Noboa Cruz, H. (2020). *Mortalidad infantil en el Ecuador*. Quito: ECOGRAF.

- Organización Panamericana de la Salud (2008) Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS
- Peña, A. Medicina y filosofía: abordaje filosófico de algunos problemas de la medicina actual. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2004; 65(1).
- Pickett, G. (1973) Las 3 fases de la Medicina Preventiva en E.U.A.: Bol Of San Pan
- PNUD. (2010). *Informe de Desarrollo Humano de América Latina y el Caribe*. Costa Rica: Editorama, S.A.
- Ramírez, H. (2018). 325 años de aporte social y humanístico de la Facultad de Ciencias Médicas, un modelo de las artes liberales , *Rev. Fac Cien Med* 43(1)
- Rodas Chaves, G. (2006). *Las enfermedades más importantes en Quito y Guayaquil durante los*. Quito: UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR.
- Rosas Prieto, A., Narciso Zarate, V. y Cuba Fuentes, M. (2013) Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta méd. peruana* vol.30, n.1 pp.42-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.
- Roudinesco, E. (1994) Lacan, esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento, FCE, Buenos Aires.
- Royo Hernández, S. (2012) Pasajes al posthumanismo, editorial Dykinson.
- Sacoto, F. (2021) Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud, Mundos Plurales, *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública* 8(1)
- Schaeffer, J. (2009). El fin de la excepción humana, editorial Marbot, 2009
- Silberman MS, Silberman P, Pozzio M. Evaluación de una

- propuesta pedagógica de enseñanza de la Medicina. *Salud colectiva* [online]. 2012; 8(2).
- Sófocles. (200) Antígona. Montevideo, Uruguay: Ediciones Cruz del Sur, 2005
- Tufiño, A., Acevedo, D.. (2022) Percepción y confianza de los equipos de salud en los médicos de familia que laboran en el sistema de salud público ecuatoriano. *Práctica Familiar Rural*. 7(1). Disponible en: <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/226>
- Velasco, M. (1991). Ecuador: una periodización política de la salud. *Cuadernos Médico Sociales* 55 (1).
- Velasco, M. (2011). La salud de la población: medio siglo de cambios. En A. Bonilla, & M. Luna, *Estado del país. Informe cero. Ecuador 1950-2010* (págs. 323-342). Quito: Activa.
- World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education [Henry Walton, ed.]. *Med Educ* 1994;28:Suppl.

¿Cómo es posible saber si una utopía se está convirtiendo en una distopía? Una forma es a través del lenguaje, cuando el lenguaje oficial, el de las normativas, las políticas, las metas, sirven también para reeducar y someter a los sujetos en un sistema de poder, deja de ser una utopía. El lenguaje se presenta como un instrumento o símbolo de control y coerción, el cual tiene el poder para señalar, tiene el poder de influenciar la realidad (Moreno Trujillo, 2016).

Este ensayo es una referencia hacia la contradicción distópica de la estrategia denominada Atención Primaria de Salud (APS), de los pioneros que la establecieron, de las instituciones formadoras de recursos, de las instituciones prestadoras de servicios, y de las mujeres y hombres que escogen la medicina como profesión. La narrativa y las ilusiones de dos mujeres médicas, se convierte en el hilo conductor que permite el análisis del desarrollo de este discurso, de este lenguaje. Para esto se comparte las historias de vida y de lucha, de dos médicas de familia.

