

De la higiene a la medicina social en la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca

Ernesto Cañizares Aguilar, Msc.

Profesor Universitario. Ex Director de la Escuela de Cultura Física de la Universidad de Cuenca. Ex Director Académico de la Universidad de Cuenca. Autor de numerosos libros y artículos sobre la historia de la medicina, medicina social y administración e historia del deporte.

Universidad de Cuenca. Cuenca - Ecuador.

ernesto.canizares@ucuenca.edu.ec

Fecha de recepción: 5 de marzo de 2015 / Fecha de aprobación: 16 de abril de 2015

Resumen

En el currículo de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, a lo largo de la historia, se ha dado poca importancia a las asignaturas y contenidos relacionados con la Medicina Social (antes concebida como Higiene, Medicina Preventiva o Salud Pública). Los médicos se han formado con una visión individualista de la atención, principalmente clínica-quirúrgica y orientada a la práctica privada. El hospital ha sido el escenario fundamental de su formación. La educación médica se ha condicionado a la estructura social, el sistema de salud imperante y los requerimientos del mercado. Sin embargo, algunos hitos esperanzadores se registran en la historia de la Facultad, enmarcados en la práctica de la medicina social, tales como los programas de extensión universitaria, medicina comunitaria, salud rural y otros. Se destaca la labor del profesor universitario Edgar Rodas Andrade, propulsor fundamental de estos programas, en coherencia vital con su pensamiento.

Palabras clave: *higiene, salud pública, medicina social, currículo, sistema de salud.*

Abstract

In the curriculum of the School of Medicine of the University of Cuenca, throughout history, there has been little emphasis on subjects or disciplines and related contents with Social Medicine (formerly conceived as Hygiene, Preventive Medicine and Public Health). Physicians have been educated with an individualistic view of health care, mainly with a clinical-surgical vision, and motivated to private practice. A hospital-based background has been the main scenario of their training. Medical education has been based on the social structure, the prevailing health system and market requirements. However, some encouraging milestones are recorded in the history of the Faculty, framed in the practice of social medicine, such as university extension programs, community medicine, rural health and others. The work of the Professor Edgar Rodas Andrade, in line with his leadership and way of thinking, is emphasized.

Keywords: *hygiene, public health, social medicine, curriculum, health system.*



Introducción

El imaginario colectivo concibe al médico vestido con mandil blanco, estetoscopio colgando del cuello, recetando u operando, en todo caso “curando” enfermedades; preocupado fundamentalmente de la reparación de la salud afectada de un individuo particular. Sin embargo, la práctica social de la medicina tiene muchos otros escenarios disímiles: cuán distinto el del dermatólogo o del traumatólogo, del radiólogo o del laboratorista, del pediatra, del obstetra o del gerontólogo, del psiquiatra o del salubrista. La práctica médica tiene diversas formas de expresión, cada vez más especializadas. Las múltiples especialidades y sub especialidades médicas se clasifican de acuerdo al lugar del cuerpo afectado que atienden (gastroenterólogos, neurólogos, cardiólogos, etc.), al tipo de paciente (niño, mujer, mayor de edad), al tipo de enfermedad (oncólogos, diabetólogos, etc.), si su finalidad es el diagnóstico más que el tratamiento (radiólogos, laboratoristas clínicos, patólogos, etc.), si se practica con o sin intervención quirúrgica (medicina interna o cirugía), o mezclando los indicadores (ej. Neurocirugía pediátrica). Pero hay una clasificación más, generalmente poco conocida en la colectividad: la que diferencia si la atención va dirigida a una persona o a una población (tomando como símil, al árbol o al bosque). En esta segunda posibilidad se concibe a la Medicina Social (entendida como especialidad médica) y sus diversas expresiones (epidemiología, administración o gerencia, etc.).

Las universidades forman médicos en grado y en pos grado. En el caso de Cuenca se lo viene haciendo desde la fundación de la Universidad en 1867. Los pos grados se iniciaron en 1981 a manera de residencias hospitalarias priorizando las especialidades tradicionales (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología Obstetricia).

El desarrollo académico fue progresivo, aunque lento y con marcados altibajos, alcanzando un justificado prestigio por la capacitación técnica y humana de sus graduados. Sin embargo, en términos generales, se puede plantear la hipó-

tesis que la formación médica en la principal universidad azuaya ha sido fundamentalmente individualista, con escaso contenido de medicina social y orientada a la especialidad clínica o quirúrgica y a la práctica privada de la profesión. Esto, a despecho, sobretodo a partir de la década de los setenta del siglo pasado, del discurso oficial aparentemente contrario a estos objetivos. Los escenarios de la formación médica fueron casi exclusivamente el aula, el laboratorio y especialmente el hospital. Quedaron para la anécdota las prácticas comunitarias. Poco o nada se han usado para la docencia el nivel primario de atención, pese a ser la de mayor demanda social. La intención de este ensayo es reflexionar sobre la formación integral requerida para satisfacer la demanda social en el campo de la salud, describiendo la evolución de las cátedras relacionadas con higiene, medicina preventiva, salud pública y medicina social (según la evolución histórica de los conceptos) en el currículo de la Carrera y analizando los hitos de prácticas de medicina social en su desarrollo, contextualizando en el sistema de salud prevalente y sus prácticas sociales en territorio.

Al cambio de siglo

Poco a poco la profesión médica fue ganando espacio en la recoleta ciudad en la que habitaban unas veinte mil personas. Muy lentamente. La mayoría de la población recurría aún a las prácticas de la medicina tradicional, los médicos eran escasos y aún no se confiaba en su ciencia. En 1894, a 27 años de fundada la Universidad (por ende la Facultad) en un informe solicitado por la Gobernación de la provincia, Pío Bravo y Juan Bautista Vázquez concluyen que “la medicina en Cuenca no sólo no está en la infancia, parece que ni aún ha nacido todavía”, argumentando que “una buena parte de los enfermos prefiere dejarse asistir por el indígena Vicente Fáres, quien no sabe leer”, que “solamente tres de los cinco médicos que ejercen en Cuenca serían tales” y que “ninguno de ellos sería llamado a asistir a una mujer de parto, pues nuestro bello sexo no está acostumbrado a ser asistido de hombres en los momentos de su alumbramiento...”. Solicitaron al Gobernador “mandar al comisario de policía se abstenga de imponer pena



alguna a quien ejerciese cualquiera de las ramas de la medicina”¹.

Carlos Aguilar Vázquez, en su novela histórica “Los Idrovos”, corrobora con esta descripción de la práctica médica en el inicio del siglo XX. “Cierto que el Hospital se reducía a dos enormes salas oscuras y antihigiénicas, depósitos de toda clase de enfermedades; que la incipiente cirugía menor esperaba el advenimiento de la anestesia y de la asepsia; que las boticas eran escasas y pobres; que la dentistería estaba aún en manos de los barberos y la tocología en las de comadres viejas hábiles por la edad y la experiencia en esta clase de atenciones; ... que el curandero era señor de vidas ... todo esto era verdad, pero a pesar del medio ambiente exiguo y de la ignorancia de la época en materia de Ciencias Médicas, la Facultad del ramo contaba con profesores buenos, con clínicos de primer orden”

En cuanto a la práctica de la salud pública, Aguilar Vázquez nos pinta la realidad de aquel tiempo: “la Sanidad desinfectaba la ciudad quemando hojas de eucalipto en las calles y las habitaciones incinerando azufre y amontonando altamiza y ruda”².

El contexto: un sistema de salud fragmentado

Con el lento pasar de los años, el Hospital San Vicente de Paúl se constituyó en el centro principal de atención médica para los menesterosos, que acudían para curarse de disentería, sífilis, caquexia palúdica, neuralgias, enteritis, hepatitis, bronquitis..., diagnósticos más frecuentes en la época.

Por otro lado, los médicos atendían artesanalmente en sus consultorios instalados en sus casas de patio, traspatio y huerta o visitando a domicilio a las “buenas familias”. Virgilio Paredes Borja nos escenifica la situación: “... entraba a la casa donde era recibido con efusivas muestras de cariño por grandes y pequeños, señores y sirvientes; tomaba el pulso del enfermo, lo hacía sacar la lengua, lo colocaba el termómetro como médico progresista, aplicaba el fonendoscopio y palpaba el vientre, veía orinas y heces fecales

que obligaba a guardar, preguntaba que cómo se siente y qué le duele, y ya estaba preparada una palangana de agua con jabón y toalla, para manos, pasaba a la sala y ya estaba lista la copa de coñac o de jerez”³.

El liberalismo también trajo novedades en el campo de la atención médica. Los galenos viajaron a Europa a nutrirse de nuevos conocimientos y reproducirlos en lo posible en nuestras comarcas. Pero también regresaron cargados de nuevas ideologías. Así nacieron las clínicas privadas y se reforzó la concepción de la salud como mercancía a la venta en el libre mercado del consumo, para quien pueda comprarla, que para el resto estaba la beneficencia social y el curanderismo.

En 1926 se expidió la ley de Sanidad con la creación de las Jefaturas de Sanidad Fiscal, independientes de la Asistencia Pública. Se determinó, así, la separación de la medicina curativa y la medicina preventiva, la primera a cargo de la Asistencia Pública (que reemplazaban a las de Beneficencia) y la segunda de la Sanidad⁴. Quedaron bajo responsabilidad del estado las acciones preventivas: vacunaciones, lucha contra los vectores, higiene, descanización, saneamiento ambiental, sanitarismo en términos generales; compartiendo parcialmente esta función con la acción de la sanidad municipal, encargada de recolección de basura y control de mercados. La atención médica popular se centraba en los viejos hospitales de la caridad.

La zona sanitaria austral comprendía las provincias de Azuay, Cañar, Loja y Santiago-Zamora. Al frente de la dirección austral, en su creación en 1926, estuvo el doctor Luis Carlos Jaramillo León. Entre otras sus principales funciones eran el control de enfermedades transmisibles, el control de droguerías y farmacias, la profilaxis venérea, el control de alimentos, la comisaría de sanidad, etc.

1. Cañizares, Ernesto, et. al.- *Administración de Servicios de Salud en el Azuay, 1989-1992. Proyecto de Investigación.* CONUEP, Universidad de Cuenca.

2. Aguilar Vázquez, Carlos.- *Los Idrovos. En Obras Completas. Vol. 4.* p.323. Quito, 1973.

3. Paredes, Virgilio.- *Historia de la Medicina en el Ecuador.* CCE. Quito, 1963.

4. Hermida Piedra, César.- *La Medicina en el Azuay.* CCE. Cuenca, 1973.



Luis Carlos Jaramillo fue profesor universitario, decano, fundador de la Cruz Roja provincial, cofundador de la Cámara de Comercio, político liberal, concejal, diputado. Guillermo Aguilar Maldonado editó un libro que recoge su amplia biografía⁵.

Esta estructura administrativa perdurará hasta 1967 cuando se crea el Ministerio de Salud Pública y en 1972 se nacionalizan los servicios de las Juntas de Asistencia Social (a excepción de la poderosa Junta De Beneficencia de Guayaquil), haciéndose cargo de sus hospitales y otros centros de atención médica. A nivel local, las direcciones provinciales de salud administran la dotación de servicios estatales, tanto en los aspectos curativos como preventivos.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se remonta a 1937 cuando en la presidencia de Isidro Ayora se inauguró la Caja de Pensiones; la primera “clínica” se inició en Quito en 1946. En Cuenca en 1950. Teóricamente a fines del siglo pasado llegó a cubrir apenas al 10% de la población. El Seguro Campesino, se inició en 1968 como plan piloto, en 1974 se creó el Departamento del Seguro Social Campesino. Llegó a cubrir del 7% al 8% de la población. También se crearon sistemas de seguridad para grupos poblacionales específicos como los militares y los policías.

La medicina privada fue incrementando su oferta. Por ejemplo, en Cuenca mientras en 1980 existían 79 camas en clínicas privadas, en 1995 subieron a 354 camas.

Se establece así un sistema fragmentado de salud en el Ecuador (si merece el calificativo de sistema, tal vez sea más apropiado definirlo como un no-sistema), en el que conviven y se superponen varios tipos de prácticas: estatal, seguridad social, privada, tradicional, prácticas alternativas, etc. El acceso depende de la capacidad de pago de los estamentos sociales. En la “larga noche neoliberal” se pretendió dar una clara hegemonía a la práctica privada en desme-

dro del sector público. En la “Revolución Ciudadana” prevalece el sistema fragmentado, pero la hegemonía ha cambiado de signo, claramente a favor del sector público, gracias a un gran incremento presupuestario y la dotación significativa de más hospitales, centros de salud, número de médicos, etc.

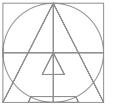
Vale destacar que en los aspectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades el papel del Ministerio de Salud ha sido preponderante. Los municipios (gobiernos autónomos descentralizados) siguen cumpliendo un rol fundamental en la dotación de agua potable, alcantarillado, tratamiento de basuras y desechos, gestión ambiental y otros servicios relacionados con la salud pública. En algunos casos, como en Cuenca, brinda servicios hospitalarios y de farmacias.

La salud pública en el currículo

De una u otra forma, como artesanos, como caritativos o como capitalistas, en cualquiera de los fragmentos del no-sistema, los médicos estaban principalmente para curar dolencias, para eso les formaban en las universidades. La prevención, la salud pública, la promoción, eran temas que no necesariamente les competía y para lo que bastaba uno que otro consejo en su conversación con los pacientes en la visita clínica. La medicina preventiva se la veía y se la sigue viendo como una obligación especialmente del estado. Con este criterio se formaban los médicos, pecado original que perdurará por mucho tiempo, más allá del milenio.

El 2 de enero de 1910 Eloy Alfaro dictó un decreto que ordenó que los profesores de la Facultad asuman la jefatura de las salas del Hospital San Vicente de Paúl. La Junta de Beneficencia, además, nombró internos de ternas de alumnos de los últimos años enviadas por la Facultad. Este año marca el inicio oficial de la influencia de la Facultad en la atención y en la administración de la principal casa de salud de la provincia. La formación médica en la Universidad de Cuenca se “hospitalizó” formalmente desde entonces.

5. Aguilar, Guillermo. Luis Carlos Jaramillo León un hombre de su tiempo. Sociedad de Historia de la Medicina Ecuatoriana Capítulo del Azuay. Cuenca. 2013.



En 1910 se menciona una cátedra de higiene en el quinto curso⁶, pero en 1929 las cátedras que se dictaban en la facultad eran: Anatomía e Histología, Fisiología, Fisioterapia, Oftalmología, Patología Interna, Terapéutica, Dermatología, Clínica Interna, Psiquiatría, Cirugía, Urología, Química General y Bioquímica, Bacteriología y Parasitología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Medicina Legal. Como se observa, no existía cátedra alguna en el área de la salud pública, esto no era para los médicos. Recién en 1938 nuevamente aparece, en el currículo la cátedra de Higiene a cargo del Dr. José R. Burbano. Vale destacar que algunos profesores tuvieron interés sobre el tema, por ejemplo, José Alvear, profesor de patología, dejó una obra inédita titulada "Higiene".

José R. Burbano también dictaba la cátedra de otorrinolaringología. Destacó como poeta.

De 1938 a 1941 se hace cargo de la cátedra de higiene y nutrición Carlos Aguilar Vázquez, otro poeta, destacado escritor, sus obras completas están recopiladas en 7 tomos, sin incluir su extensa producción periodística. Escribió varios artículos relacionados con la salud pública. Aguilar Vázquez sucedió a Carlos Jaramillo en la dirección de la Sanidad Fiscal. Fue también presidente de los concejos cantonales de Cuenca y Azogues.

Los doctores Gerardo Jaramillo, Ricardo Montanos y Honorato Carvallo, constan en la nómina de profesores de la cátedra entonces denominada Higiene y Salud Pública, que en 1950 el currículo la ubicaba en el quinto año⁷.

En el marco de la pretendida unificación curricular a nivel nacional se crean nuevas asignaturas en el ámbito de la salud pública, en 1967 se incluyen bioestadística y epidemiología. Efraín Correa Díaz, con estudios en el extranjero, asume estas materias. Luego se suman Vicente Ruilova Sánchez, especializado en Brasil y Arturo Barros Chica; ambos llegaron a ser decanos de la facultad, Ruilova en repetidas ocasiones. Luego de la crisis de 1977 se incluyó como profesor del área Gerardo Cardoso Feicán, quien tenía una maestría en Salud Pública por la Universidad de Puerto Rico. Con similar maestría ingresa en ese

mismo año Ernesto Cañizares Aguilar. Luego Jaime Morales Sanmartín, con título de posgrado obtenido en Quito. Hay que añadir algunos otros profesores que se incluyeron en la nómina: José Ortiz, Nicolás Campoverde, Lorena Mosquera, José Andino etc.

El Centro Docente de Medicina Social, que así se denominaba en la estructura orgánica de la Escuela de Medicina, al cambio de siglo incluía las siguientes asignaturas: Salud y Sociedad, Bioestadística, Epidemiología y Administración en Salud, que se impartían a lo largo del primero al décimo ciclo (También formaban parte del Centro otras asignaturas no directamente relacionadas con la Medicina Social: Investigación, Historia de la Medicina, Medicina Legal, etc.). En el internado se incluía una rotación denominada internado periférico que pretendía el contacto del estudiante próximo a egresar con niveles de atención primarios y secundarios. Hasta la fecha esta estructura no ha tenido mayor variación. Se ofertaron cursos de postgrado a nivel de maestrías en Salud Familiar y Comunitaria, Salud Pública, Ecología (en la Facultad de Ciencias Médicas) y Economía para la Salud (en la Facultad de Economía).

La crisis del 77

El cambio de edificio de la Facultad en 1971 trajo nuevos aires de un mismo río, ilusiones y discusiones. La Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina –AFEME– organizó en Cuenca, con motivo de la ocasión, el III Seminario Nacional de Educación Médica. El secretario ejecutivo de la Asociación, Rodrigo Yépez, expuso que uno de los tres principales problemas que afectaba la formación médica en las universidades ecuatorianas era: "aislamiento total de las facultades y universidad ecuatoriana frente a la comunidad, determinando la formación de médicos individualistas". Tres temas básicos abordó el III Seminario: Organización y Administración de Facultades, Organización Docente Hospitalaria

6. Achig, David. *Hitos de la Ciencia y la Tecnología Médica durante el Siglo XX. En Ciencia, Tecnología y Desarrollo en el Azuay desde una perspectiva histórica. Siglos XIX y XX. Universidad de Cuenca. Cuenca. 2014.*

7. Hermida Piedra, César.- *La Medicina en el Azuay. CCE. Cuenca, 1973.*



y Medicina Comunitaria, dándose especial énfasis a este último. La discusión subió de tono.

Leoncio Cordero Jaramillo ejercía su último decanato, del largo tiempo que dirigió la Facultad (Es, con justicia, considerado como uno de los médicos más importantes en la historia de Cuenca). En 1972 fue electo para su primer decanato Rubén Darío Solís (fue varias veces decano y nombre clave en el desarrollo de la Facultad). Propuso en su oferta de campaña: "clarificar el tipo de profesional que la facultad debe formar; de sus roles en la docencia, el servicio y la investigación; su integración al trabajo comunitario". Le sucedió Claudio Arias, distinguido profesor de las filas tradicionales, hasta cuando llegó la gran crisis en el 77. Fueron electos Vicente Ruilova decano y Gladys Eskola sub decana.

En 1977 un grupo importante de profesores de medicina, 53, presentaron su renuncia como medida de presión en su reclamo por la elección de una enfermera como sub decana de la Facultad. Sorpresivamente el Consejo Universitario, presidido por el rector Gerardo Cordero y León, aceptó las renunciaciones. La división en dos grupos entre los profesores de Medicina tenía varias causas, políticas, generacionales, personales, de grupo, etc. El detonante, nada más, fue la mentada elección. Uno de los temas de desacuerdo se relacionaba con la medicina social, el III Seminario había metido leña al fuego, los renunciantes consideraban que la formación de los médicos debía ser mucho más clínica, mientras que los progresistas apuntaban a formar para una práctica más social, más comunitaria y más moderna. Tenían conceptos distintos sobre la educación médica. En ese mismo año se inauguró el Hospital Vicente Corral Moscoso y se convirtió en campo de batalla, pues los renunciantes ocupaban puestos claves en las direcciones departamentales y en el personal médico tratante del novísimo hospital. La Facultad reclamaba sus derechos centenariamente adquiridos.

Vale reiterar lo que se analizó en otro trabajo: "La Facultad superó la crisis, de alguna manera se vivificó, aunque las estructuras quedaron

intocadas, pese a un inicial intento de reforma curricular mediante la agrupación de materias, que a la larga resultó postiza y terminó por regresar a las cátedras desintegradas. Continuó encerrada en el ámbito hospitalario, ahora más que nunca, pues era su territorio inexpugnable de conquista. Tampoco mejoró la orientación a la práctica preventiva, pese a algunos ensayos que quedaron en tales. Más aún, los programas de medicina comunitaria ... poco a poco fueron quedando en el olvido"⁸. La Facultad se convirtió en la trinchera de un movimiento político y pocos nombres se reciclaron en sus estamentos directivos. Adentrado el siglo y gracias a una nueva Ley Orgánica de Educación Superior se cambió de mando.

Hitos en la práctica de la medicina social

A continuación se presentan algunas de los principales programas que ha desarrollado la Carrera de Medicina, que bien podrían ser considerados hitos en la práctica de la medicina social. Muchos quedaron para la mera narración histórica, algunos para la anécdota, quizá hasta para la leyenda, a lo mejor se puede pretender simplemente alargar la vida a través del recuerdo. Sin embargo, son marcas que dejaron huellas y que a lo mejor sus semillas fructifiquen.

1. **Extensión universitaria:** Impulsada especialmente por grupos estudiantiles, entre los que destacaba la participación de estudiantes de medicina. En períodos vacacionales prestaba atención en lugares generalmente lejanos de la provincia. Algunos profesores comprometidos acompañaron la iniciativa. La Universidad brindaba apoyo. Se incluía una que otra prédica revolucionaria, el cambio de sistema estaba a la vuelta de la esquina. En la presidencia de la FEUE del estudiante de medicina Alberto Quezada Ramón, alcanzó especiales dimensiones. Nos situamos en los años finales de los sesenta e inicios de los setenta.

Se destaca también las extensiones a la provincia oriental de Morona Santiago que incluían intervenciones quirúrgicas

8. Cañizares, Ernesto y Aguilar, Marcelo. *Organización de las Salud en el Azuay durante el Siglo XX. Consejo de Salud de Cuenca. Cuenca. 1998.*

en los hospitales de la zona, dirigidas por el cirujano y profesor de la Facultad Edgar Rodas Andrade, pionero e impulsor de este tipo de programas. También se apoyó la formación de promotores de salud comunitarios (colaboradoras voluntarias rurales, parteras tradicionales captadas al sistema formal) en Déleg y Bomboiza.

2. Medicina comunitaria: programa motivado por el III Seminario de Educación Médica. Se inició en 1972. Incluido formalmente en las actividades de la Facultad, impulsado particularmente por los profesores Edgar Rodas y Vicente Ruilova. Con el programa de Medicina Comunitaria se pretendía una vinculación más permanente y orgánica de la Facultad con la comunidad. Edgar Rodas, uno de los pioneros de este programa analizó así sus objetivos: "Pretendemos que no sea solamente el hospital el lugar donde se enseña, sino además en la COMUNIDAD con todos sus problemas. En esta comunidad, al mismo tiempo que se hace docencia, se prestará servicio, a fin de mejorar el nivel de salud y en general el nivel de vida y se hará investigación, pero una investigación de nuestros problemas y de acuerdo a nuestras posibilidades"⁹. Se implementaron programas específicos en Vergel-Chilcapamba-Gapal y Perezpata-Totoracocha-Monay.

3. Medicina rural: se inició en 1970 con este nombre, luego se amplió a "Plan de Salud Rural". Fue impulsado por las facultades de Medicina y AFEME. Bien vale recordar el papel de Miguel Márquez Tapia desde la Secretaría Ejecutiva de la Asociación (Miguel Márquez fue poco tiempo decano de la Facultad, estuvo en AFEME, funcionario de la OPS y su representante en Cuba. Su misión fue trascendental). Si bien la Facultad, nunca tuvo una participación orgánica en el plan, a través de los programas de extensión universitaria o por iniciativa de algunos profesores, tomó parte sustancial en la actividad de determinados subcentros de salud rura-



les. Algunos profesores realizaban visitas periódicas, acompañados de estudiantes; se practicaban intervenciones quirúrgicas posibles en el medio; se promovían reuniones con las comunidades; intercambio de experiencias entre los médicos rurales y los líderes comunitarios; actividades culturales y sociales; se desarrollaban programas vacacionales con participación de docentes y estudiantes; se apoyaba reivindicaciones sentidas de los pobladores logrando obras concretas, no centradas exclusivamente en el campo de la salud. Algunos médicos rurales publicaron sus memorias. Finalmente el Plan perdió el romanticismo y la mística para enredarse en la cotidiana burocracia. La Facultad se desatendió del tema. Nuevamente, vale destacar el nombre de Edgar Rodas como uno de los profesores que más acompañó la medicina rural.

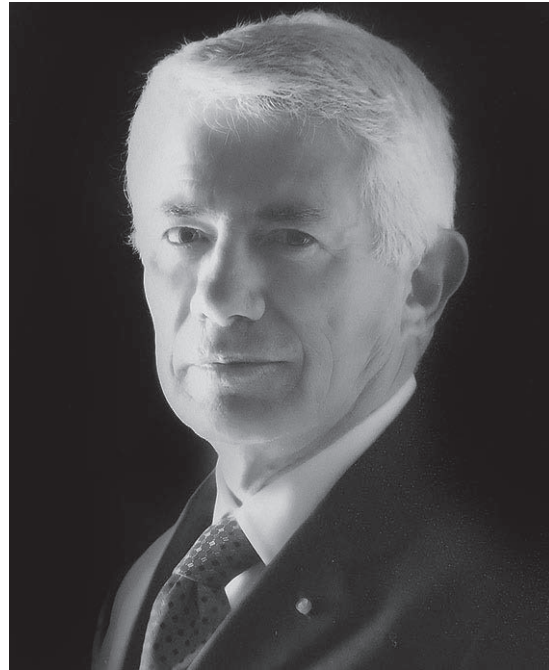
4. Integración en organismos interinstitucionales: históricamente la Universidad y en casos específicos la Facultad, se han integrado a organismos interinstitucionales con fines determinados. Así, por ejemplo, el rector Carlos Cueva Tamariz, fue el primer presidente del Directorio de LEA, en la ciudad, en 1947. Caso más cercano es el Consejo Cantonal de Salud

9. Cañizares Aguilar, Ernesto.- *La Facultad de Medicina sale de sus Muros. Hoy. Año 2, N° 3, enero 1972.*



creado con participación de la Universidad. Hay muchos ejemplos más. Se destaca el proyecto SILOS en Paute, surgido para remediar la grave situación producida por el desborde del río Paute después de su represamiento en La Josefina, integró las acciones hasta entonces dispersas de diversas organizaciones que confluían en el cantón colaborando en la reconstrucción. Coordinó el representante de la Facultad de Ciencias Médicas, José Bustamante. Se integraron en este programa el Ministerio de Salud, el Seguro Social Campesino, la Facultad de Ciencias Médicas, Ministerio de Educación, el INNFA, ORI, la Iglesia, los municipios y algunas ONGs como DONUM, CISAR-CECA y Plan Internacional. Se contó con el apoyo de la OPS/OMS¹⁰.

- 5. Investigación:** varios temas relacionados con la Medicina Social se han investigado en la Facultad. En tiempos del IDICSA(1983-1995) destacan: “La práctica médica tradicional” (Alberto Quezada y colaboradores)¹¹; varios estudios sobre cisticercosis (Arturo Carpio); “Síndrome alcohólico-fetal” (Hugo Calle); “Administración de los servicios de salud en el Azuay” (Ernesto Cañizares y colaboradores); un estudio sobre el control de la tuberculosis en los sectores rurales (José Andino); entre otros. En el marco del Programa VLIR-IUC, con colaboración de las universidades flamencas: alimentación, nutrición y salud; medicina social en sexualidad humana y reproducción.
- 6. Otros:** diversos programas, en el marco de la medicina social y otras especialidades, se han realizado con intervención de la Universidad de Cuenca, por ejemplo, el “Centro de Epilepsias Ciudad de Cuenca”(inicialmente denominado Clínica de Epilepsias) que funcionó por 20 años, gracias a un convenio entre el MSP y la Universidad de Cuenca. En este cen-



tro no sólo se cubría la parte asistencial, puesto que su objetivo esencial era el manejo de la epilepsia como un problema bio-psico-social e incluía programas de prevención mediante campañas de educación a profesores de escuela, apoyo a los pacientes con epilepsia en asuntos laborales, asociación de familiares de pacientes con epilepsia, etc., laboraba un equipo multidisciplinario integrado por neurólogos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores de la salud, etc. De hecho era una visión de la medicina social desde la especialidad. En este Centro se realizaron varios proyectos de investigación en epilepsia que fueron posteriormente publicados en la revista de la OPS, con la participación de estudiantes de Medicina.

Los enumerados no son más que hitos referenciales que han quedado especialmente grabados en la memoria histórica de la vida universitaria de Cuenca y particularmente de la carrera de Medicina.

Se destaca la participación constante de uno de los profesores que más empeño entregó en el servicio comunitario y en el vínculo de la Universidad con los sectores desposeídos de la

10. Bustamante, José, et. al.- *Red Institucional de Servicios de Salud. U. de Cuenca. Cuenca, 1996.*

11. Quezada, Alberto, et. al.- *La Práctica Médica Tradicional. Segunda edición. IDICSA. Cuenca, 1992.*



sociedad, Edgar Rodas Andrade, quien fue sub decano y vicerrector en la Universidad de Cuenca, decano en la del Azuay, Ministro de Salud, Presidente del Colegio de Médicos, con innumerables reconocimientos por su labor científica y humana. Impulsó la medicina familiar, desde la academia (en la Universidad del Azuay) y desde la práctica (por ejemplo, en las parroquias rurales Santa Ana y Sinincay). Fue su obra CINTERANDES (inicio de su actividad en 1992), organización no gubernamental que mantiene convenio con la Universidad de Cuenca, se destacó por llevar a miles de habitantes de lugares más desatendidos de la geografía regional y nacional intervenciones quirúrgicas en su ya tradicional quirófano móvil. En una entrevista (para Alternativa) manifestó: “para la formación de un médico es más importante una comunidad que un hospital, sin desconocer que el hospital es absolutamente necesario”...“no deben realizarse con los estudiantes ejercicios ficticios sino en la realidad, resolviendo problemas reales”¹². A eso dedicó su vida.

Análisis

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina) analiza: “La manera en que habitualmente se distingue a la medicina individual de la medicina social, es definiendo a la primera como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en individuos y a la segunda como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en la comunidad. La medicina social en esta definición incluye la epidemiología, por un lado, y la organización de servicios de salud, por el otro”¹³.

Según Sidney & Emily Kark: “La Medicina Social puede ser considerada como una práctica de la medicina y de las ciencias sociales que se ocupa de la salud y de la enfermedad en relación con la vida grupal. Se interesa por la salud de la gente en relación a su comportamiento en grupos sociales y como tal se ocupa del cuidado del paciente individual como miembro de una familia y de otros grupos significativos en su vida diaria. También se ocupa de la salud de estos grupos como tales y de toda la comunidad como comunidad”¹⁴.

La concepción de la medicina social supera epistemológicamente a los conceptos previos de Higiene, Medicina Preventiva y Salud Pública. Celia Iriart, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estrada y Emerson Elías Merhy, en el artículo “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos” aclaran que: “la salud pública... considera como unidad de análisis a la población, a la que define como una suma de individuos que pueden ser clasificados en grupos según ciertas características (sexo, edad, educación, ingreso, raza o etnia)... En cambio, los trabajos de la medicina social consideran a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen”¹⁵.

En los años setenta del siglo pasado, en Latinoamérica se discutió con profundidad la determinación social de la salud-enfermedad, basándose en los principios del marxismo. Uno de los foros emblemáticos que abordó esta temática se realizó en la Universidad de Cuenca (1972) con la denominación “Reunión sobre la enseñanza de las ciencias sociales en las facultades de Ciencias de la Salud”¹⁶ o simplemente conocida como “Cuenca I”. Hubo una “Cuenca II”, en 1983 se cumplió una reunión similar. El asesor de la OPS, de nacionalidad argentina, Juan César García, fue su principal promotor. Estas reuniones sirvieron de semilla para el surgimiento de la ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social, producto de la confluencia del pensamiento crítico en salud)¹⁷.

Jaime Breilh en uno de sus trabajos sostiene: “Durante muchos años la Medicina Ecuatoriana ha sufrido de una lamentable separación entre la esfera de lo Clínico-Quirúrgico y la de lo Médico Social. Ese divorcio no sólo es el producto de

12. Alternativa. Edgar Rodas: Servicio Comunitario y Docente. N° 1, Año 1.

13. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-007.pdf>

14. Una Práctica de Medicina Social. Medicina Social (www.medicinasocial.info). Volumen 1, No. 2, Octubre 2006. <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/38/51>

15. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf>

16. Rodríguez, María Isabel. Reseña Histórica de los Treinta Años de ALAMES. Ponencia presentada en el XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, San Salvador, 26 de noviembre de 2014.

17. http://www.alames.org/?page_id=58

18. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3563/1/Breilh,%20J-CON-199-La%20medicina%20social.pdf>



que los dos tipos de acciones suelen prepararse y ofrecerse en escenarios distintos, es sobre todo y como lo hemos visto, el resultado de una conceptualización errónea de la salud humana, de la predominancia de patrones de enseñanza obsoletos y del predominio de un enfoque individual, tanto por parte de la población demandante, como por el lado de los profesionales ofertantes¹⁸”.

Conforme a esta dualidad se plantea que en la formación de los médicos en la Universidad de Cuenca lo médico social no tuvo prioridad a despecho de las proclamas y los discursos en su nombre.

Los resultados se miden por los productos y no por las intenciones. Los graduados en la carrera de medicina, en su gran mayoría, engrosaron las filas de los médicos tratantes, de atención individual para la reparación de la salud deteriorada, pusieron a la venta la mercancía salud, en sus consultorios o en sus “clínicas”. Su ideal de práctica fue la especializada y lucrativa, preferentemente privada. Se formaron médicos con este tipo de visión profesional y también para la exportación. Se escuchó ufanarse que los graduados en la facultad cuencana accedían sin mayor dificultad a residencias o empleos clínicos en determinados mercados médicos en países extranjeros. Paradójicamente, amplios sectores populares en el área rural y suburbana del país sufrían escasez de servicios médicos y las instituciones de salud públicas carecían de especialistas.

La educación médica se centraba en las prácticas hospitalarias. Los esfuerzos individuales por llevar la formación médica a la comunidad no tuvieron el respaldo necesario y no prosperaron. Las asignaturas de medicina social en el currículo eran, por muchos estudiantes, consideradas “de relleno” y no se les daba la importancia que debían tener. Además se dictaban en el aula, fueron escasas o nulas las prácticas comunitarias.

La prioridad de la atención primaria de la salud, de la promoción de la salud, de la prevención de las enfermedades, la medicina familiar, el enfoque comunitario, la salud para todos, etc. quedaron en planes más o menos bien elaborados. Los médicos, en su mayoría, siguieron prioritariamente recetando y haciendo más ricas a las multinacionales del negocio farmacéutico.

Vale reconocer la importante contribución teórica de ciertos proyectos de investigación y de pos grado en el ámbito de la medicina social. Sin embargo no siempre se tradujo a la resolución de los problemas de salud sociales. Edmundo Granda (cuencano, uno de los referentes emblemáticos de la medicina social en el Ecuador-Cesar Hermida Bustos merece de igual manera esta opinión-) escribió: “enamorado del deber ser no logró entender el poder hacer; enamorado de la soñada igualdad socialista del futuro, no pudo reflexionar sobre el abigarrado accionar del ahora”¹⁹. Ciertamente que Granda hablaba de CEIAS de Quito, pero la reflexión puede ser generalizada a otros intentos universitarios. César Hermida se pregunta: “¿Cuánta contribución ha significado, realmente, el enfoque de la medicina social, para el Ecuador de inicios del nuevo siglo?”²⁰

El pensamiento y la acción de los antiguos y los nuevos higienistas, salubristas y médicos sociales no pueden quedar en vano. Por citar un solo caso: la coherencia vital de Edgar Rodas es un ejemplo perdurable.

En la nueva época hay que volver a pensar la formación y la práctica de los médicos, potenciando su formación en valores y su visión humanitaria y social, sin descuidar los avances tecnológicos y científicos de punta. Diversificando los objetivos y los escenarios formativos a los niveles de atención de salud, superando el centenario encierro hospitalario.

Bien puede analizarse un sistema curricular basado en un tronco común compuesto por unas sólidas ciencias básicas, las ciencias que permitan el diagnóstico de salud individual y social y las clínicas-quirúrgicas requeridas para la atención primaria de la salud; y luego una diversificación flexible para quienes escojan las

19. Granda, Edmundo y colaboradores. *La Formación en Salud Pública en el Ecuador. En El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí. OPS.2002.*

20. Hermida Bustos, César y Granda, Edmundo. *Aparición y Presencia de la Medicina Social. En El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí. OPS.2002.*

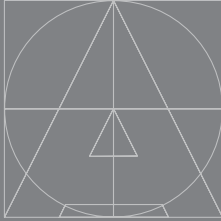


especialidades clínico-quirúrgicas o para los que prefieran la medicina familiar. El currículo debe ser pertinente e ir de la mano de los requerimientos de la organización social, por ejemplo, no volver a caer en el desperdicio de formar médicos familiares que no tengan cabida en la estructura de la atención médica nacional. En fin de cuentas la estructura del sistema de salud determina en última instancia la formación real de los cuadros profesionales del sector.

El país tiene la obligación de construir un sistema de salud que responda a las necesidades de la comunidad, con una visión holística de la salud, sustentado en una base de práctica médica familiar con importantes componentes de la medicina social. Que cumpla con la obligación del Estado de proteger integralmente la salud de la población. Sin perder de vista que el buen vivir, más que los fármacos, determinará la mejoría del nivel de salud de los ecuatorianos. Que las buenas intenciones no queden nuevamente en el discurso.

Referencias bibliográficas

- Achig, David. (2012). Socioantropología de la Salud. Casa de la Cultura Ecuatoriana núcleo del Azuay. Cuenca.
- Aguilar Vázquez, Carlos. (1997). Los Idrovos. Casa de la Cultura Ecuatoriana núcleo del Azuay. Cuenca.
- Aguilar, Guillermo. (2013). Luis Carlos Jaramillo, un hombre de su tiempo. Sociedad de Historia de la Medicina Ecuatoriana Capítulo del Azuay. Cuenca.
- Alternativa. Edgar Rodas: Servicio Comunitario y Docente. N°1, Año 1.
- Bustamante, José, et. al. (1996). Red Institucional de Servicios de Salud. U. de Cuenca. Cuenca.
- Cañizares Aguilar, Ernesto. (1972). La Facultad de Medicina sale de sus Muros. Hoy. Año 2, N° 3.
- Cañizares, Ernesto y col. Administración de Servicios de Salud en el Azuay, 1989-1992. Proyecto de Investigación. CONUEP, Universidad de Cuenca.
- Cárdenas, María Cristina. (2014). Ciencia, Tecnología y Desarrollo en el Azuay desde una Perspectiva Histórica. Universidad de Cuenca. Cuenca.
- Consejo Cantonal de Salud. (1998). La Salud en Cuenca. Cuenca.
- Estrella, Eduardo. (1980). Medicina y Estructura Socio-Económica. Editorial Belén. Quito.
- Hermida Piedra, César. (2008). Historia de la Medicina. Obras Completas, tomo V. Universidad de Cuenca. Cuenca.
- OPS/OMS. (2002). El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí. Quito.
- Paredes, Virgilio. (1963). Historia de la Medicina en el Ecuador. CCE. Quito.
- Quezada, Alberto y col. (1992). La Práctica Médica Tradicional. IDICSA.
- Rodríguez, María Isabel. (2014). Reseña Histórica de los Treinta Años de ALAMES. Ponencia presentada en el XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, San Salvador.



Normas Editoriales [Normas de Publicación] Instrucciones para los Autores Forma y preparación de manuscritos

1.- Todos los escritos que se envíen para su publicación en ANALES, tanto artículos como reseñas, deben tener el carácter de inédito. El Artículo no debe ser sometido simultáneamente a otro arbitraje ni estar en proceso de publicación.

Una vez hayan sido publicados, los autores podrán utilizar sus textos con total libertad, aunque citando siempre su publicación original en ANALES.

2.- El proceso de arbitraje anónimo contempla que pares evalúen el trabajo. Por pertenecer a distintas instituciones y universidades, se prevé un plazo de 20 días para que los especialistas informen los juicios y valoración. Dependiendo de las opiniones de los árbitros, el Director de Cultura informará al autor la factibilidad de publicación de su trabajo.

3.- La aceptación de un Artículo será comunicada por correo electrónico a su/s Autor/es. La Revista no se obliga a mantener comunicación con los autores de artículos no seleccionados para su publicación.

4.- El Consejo Editorial se reserva el derecho de incluir los artículos aceptados en el número que considere más conveniente. Los Autores son responsables por el contenido y los puntos de vista expresados en el Artículo correspondiente, los cuales no necesariamente coinciden con la línea editorial. Cada Autor recibirá tres ejemplares de la Revista.

5.- Los artículos deberán estar en un archivo (adjunto) de texto word (formatos doc - odt - rtf - docx). El formato del trabajo será en hoja tamaño A4, letra Times New Roman, tamaño 12; a espacio y medio. La extensión no debe superar las 20 páginas incluidas Referencias Bibliográficas y Notas.

Los trabajos deben ser enviados a la Dirección de Cultura de la Universidad de Cuenca a:

- cultura@ucuenca.edu.ec
- maria.aguilarg@ucuenca.edu.ec
- rosana.enclada@ucuenca.edu.ec

6.- Las citas de referencia en el texto y la lista final de referencias se deben presentar en formato American Psychological Association (A.P.A.).

a) Cuando el apellido del Autor forma parte de la narrativa, se incluye solamente el año de publicación del artículo entre paréntesis. Ejemplo: González (2001) estudió las relaciones entre...

b) Cuando el apellido y la fecha de publicación no forman parte de la narrativa del texto, se incluye, entre paréntesis, ambos elementos separados por una coma. Ejemplo: El estudio de las relaciones entre política y lenguaje (González, 2001) abrió una nueva perspectiva...