

Juan Cesar Garcia y la Medicina social del Ecuador en el siglo xx

Estrella Ramiro

<https://orcid.org/0009-0008-9749-1534>

¹ Universidad Central del Ecuador

Estrella Carla

<https://orcid.org/0009-0003-0575-5955>

¹ Universidad Central del Ecuador

Correspondencia: Ramiro Estrella C; ramiroestrella5@gmail.com

Recibido: 16 de febrero de 2021

Aceptado: 05 de mayo de 2021

Resumen:

A partir del siglo XVIII, el concepto de que la salud es un hecho individual, sin aparente relación con el entorno, paulatinamente es sustituido por el concepto de salud como un hecho relacionado con el medio ambiente y por tanto con la sociedad.

A finales del siglo XIX en Europa toma cuerpo la idea de la naturaleza social de la enfermedad. Las nuevas concepciones cualitativas sobre la salud y la enfermedad y su relación con el medio social, definidas como Medicina Social, se consolidan a partir del decenio 1940 en Europa.

En la segunda mitad del siglo XX en Latinoamérica comienza a aceptarse la Medicina Social como una corriente de pensamiento. El propulsor y articulador principal de esta innovadora concepción de la salud en los países americanos y particularmente en Ecuador fue el médico Argentino Juan César García, pediatra y salubrista vinculado a la OMS, quien difundió estas ideas y permitió el apareamiento de grupos de profesionales y de trabajadores de la salud de distintas ciudades del Ecuador que impulsaron a la Medicina Social como teoría y práctica de salud.

El presente artículo estudia las relaciones entre la estructura socioeconómica y condiciones de salud y acciones sanitarias en distintos períodos del Ecuador en el siglo 20 a la luz de las ideas sanitaristas de Juan César García.

Palabras clave: Medicina social, salud colectiva, salud publica, determinantes sociales de la salud, salud y sociedad, historia de la medicina.

Juan Cesar Garcia and the social Medicine of Ecuador in the xx century

Abstract

Since the 18th century the concept that health is an individual fact without apparent relationship with the environment, is gradually replaced by the concept of health as a fact related to the environment and consequently to society.

At the end of the 19th century in Europe, began to appear the idea of the social nature of diseases. The new qualitative conceptions of health and disease and their relationship with the social environment defined as Social Medicine are consolidated since 1940 in Europe.

In the second half of the 20th century in Latin America, Social Medicine began to be accepted as a school of thought. The promoter and main articulator of this innovative conception of health in our American countries, and particularly in Ecuador, was Juan César García, an Argentine physician. He was a pediatrician and public health specialist, linked to the OMS, who spread these ideas and allowed the conformation of groups of professionals and health workers from different cities in Ecuador who promoted Social Medicine as a theory and practice of health.

This article studies the relationships between the socioeconomic structure and health conditions and health actions in different periods of Ecuador in the 20th century based on the conceptions of Juan César García.

Keywords: Social medicine, collective health, public health, social determinants of health, health and society, history of medicine

Cómo citar este artículo: Estrella R, Estrella C. Juan Cesar García y la medicina social del Ecuador en el siglo XX. Rev Fac Cien Med (Quito). 2021; 46(2): 37-50



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

<https://doi.org/10.29166/rfcmq.v46i2.3614>

Introducción:

El manejo del proceso salud–enfermedad depende de la visión epistemológica para abordar la salud, ya que direccionan los modelos de los sistemas de salud. Los conceptos de salud han variado con de las tendencias ideológicas de la sociedad. Actualmente se considera a la salud como un hecho socio económico¹ que determina una práctica social productora de maneras de enfermar y de morir², contradiciendo los anteriores conceptos de la salud como un hecho sobrenatural, un don o un designio divino, un acto de beneficencia. Sin embargo estas concepciones sociales no se han reflejado integralmente en la organización y funcionamiento de los sistemas de salud en la generalidad de los países³.

La concepción hegemónica vigente hasta las primeras décadas del siglo XX es la de la salud individual, en la cual la enfermedad es causada por circunstancias ambientales que afectan al ser individual, preconizándose de esta manera la uncausalidad de la enfermedad⁴. A finales del siglo XIX en Europa toma cuerpo la idea de la naturaleza social de la enfermedad⁵ y nace el concepto de Medicina Social como un campo de estudio y abordaje práctico sanitario, que se encarga de la salud de los grupos sociales y sus desigualdades, las conexiones entre la salud y el género de vida, y de las medidas sociales en pro de la salud^{6,7,8}. Cabe indicar que algunos autores, prefieren el término salud colectiva al considerar que salud tiene un significado más amplio que medicina y que la palabra colectiva implica una participación ciudadana activa, que no solo se limita a la acción de las instituciones públicas de la salud pública convencional⁹.

En el país en la década de los 80, el concepto de medicina social toma cuerpo y se afianza con las ideas del Juan César García, a quien se le debe la difusión de estos preceptos y la formación de grupos de trabajo en Ecuador, y otros países americanos como parte del movimiento médico social de América Latina, que han trabajado y siguen trabajando en defensa del concepto de la interrelación entre salud y sociedad¹⁰.

El Objetivo del Presente trabajo es analizar la relación entre las condicionantes sociales y el proceso salud enfermedad en el siglo XX en Ecuador a la luz de la teoría de Medicina Social impulsada en la región por Juan César García.

La Medicina Social

El año 2020 será recordado por la última pandemia que ha sufrido la humanidad que ha provocado una grave afectación a la salud, vida y economía a nivel mundial y ha desnudado las fallencias de los sistemas de salud del planeta, caracterizados por la desorganización y la incapacidad de dar respuestas correctas y oportunas, pues están concebidos, con una visión clínica-individual, propia del positivismo y la ausencia de la promoción de la salud y la aproximación individualista de la prevención de la enfermedad que ha puesto de manifiesto las deficiencias de la atención de la salud de las poblaciones desatendidas y vulnerables¹¹.

La pandemia de la Covid 19, ocasionada por el virus Sars Cov2, que se inició como una epidemia en una pequeña ciudad de China y se diseminó muy velozmente a pueblos y ciudades, ha causado una grave emergencia sanitaria en la inmensa mayoría de países, y una enorme afectación económica a todos los países del mundo y ha puesto de manifiesto una vez más la relación directa entre la salud, la economía y los condicionantes sociales¹².

El deterioro sanitario a nivel mundial, fruto de malas prácticas ambientales de una sociedad que descuida permanentemente al planeta,¹³ posibilita el apareamiento de nuevos gérmenes que conllevan el desarrollo de enfermedades como el Sida, Chikungunia, Sika, nuevos tipos de influenza, Covid 19 o la reemergencia de enfermedades infecciosas, al parecer ya controladas, como la tuberculosis post VIH-Sida, el dengue, etc.^{14,15}, procesos patológicos que no afectan de la misma manera a todos los individuos, grupos sociales o incluso países pues las diferencias socioeconómicas determinan claramente las diversas formas de presentarse, desarrollarse o controlarse los eventos que afectan a la salud o a la vida².

A partir del siglo XVIII, el concepto medieval de la salud como un hecho individual sin aparente relación con el entorno,⁴ paulatinamente es sustituido por el concepto de salud como un hecho relacionado con el medio ambiente, con la sociedad que interrelaciona con su entorno, surgiendo así el paradigma de la salud y sociedad¹⁶, concepción que se afianza en Europa a fines del siglo XIX¹⁷.

Las nuevas concepciones cualitativas sobre la salud y la enfermedad y su relación con el medio social, definidas como Medicina Social se desarrollan con fuerza a partir del decenio 1840 en Inglaterra y luego en el resto de países europeos. Dicho en palabras de Juan Cesar García: “Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de medicina social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos”¹⁷. El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con los problemas sociales y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de medicina social se entrelaza con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados. Así, la medicina social aparece como una concepción moderna, adecuada a las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando en Europa¹⁷. Se habla ya de la relación de la enfermedad con los problemas sociales y la intervención activa del Estado en la solución de los problemas de salud de la población que tiene mucho que ver con proyectos de reforma sanitaria de las sociedades y códigos higienistas para el control de las enfermedades en la población¹⁸.

En la segunda mitad del siglo XX en Latinoamérica comienza a posicionarse la Medicina Social como una corriente de pensamiento que intenta renovar la forma de comprender y estudiar los procesos de salud-enfermedad¹⁹ y se da una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad; lo que se discute es si ésta es esencialmente biológica, o por el contrario social²⁰. Llegar a comprender la estrecha relación entre medicina y sociedad, como concepto de la Medicina Social, ha sido un camino contrahegemónico que ha debido romper los viejos paradigmas venidos a estereotipos y prejuicios, una vez que esta posición epistemológica ha sido acusada de una posición de nivel político²¹. El propulsor y articulador principal de esta revolucionaria concepción en nuestros países americanos y particularmente en El Salvador, Guatemala, México, Ecuador, Brasil, Chile y Argentina fue Juan César García²².

Juan César García y la Medicina Social en Latinoamérica

Juan César García nacido en Necochea, Argentina, en 1932, se gradúa como médico y se especializa en Pediatría en la Universidad de La Plata. Se gradúa luego como sociólogo en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales en Santiago de Chile. A los 31 años de edad es contratado como asistente de investigación en la Universidad de Harvard. Un año después ingresa a trabajar en la Organización Panamericana de la Salud, en el Programa de Recursos Humanos, donde realiza toda su producción intelectual durante 18 años hasta su prematura muerte ocurrida en 1984 a los 52 años de edad, como consecuencia de una enfermedad maligna¹⁸.

Juan César García dialéctico en su pensamiento y didáctico en su expresión, tuvo oportunidad de reflexionar sobre la práctica médica, la educación médica y la investigación en salud, como pocos lo habían hecho hasta entonces. Fué el fundador de la corriente de pensamiento moderno de la Medicina Social Latinoamericana que hoy tiene fuerte desarrollo académico en Brasil, México, Ecuador, Argentina, entre otros países²⁶, y que comenzó a renovar la forma de estudiar los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA). En verdad, dice Galeano f”ue algo más que una corriente de pensamiento, ya que tuvo muchos elementos de un verdadero movimiento político”¹⁸, y la medicina social latinoamericana se desarrolla por la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implementó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina⁹.

La propuesta de la Medicina Social encuentra sus orígenes en los movimientos sociales ocurridos en Francia y en Alemania, a mediados del siglo XIX. Esta tendencia se diferencia de la inspirada en Foucault²³ para el cual la conceptualización de la Medicina Social tiene orígenes distintos, sea a través de la medicina del Estado - policía médica - en Alemania, sea en el ámbito de las transformaciones urbanas - medicina urbana - en Francia, o de la medicina de la fuerza de trabajo, en Inglaterra^{24, 25}.

El movimiento latinoamericano de medicina social surgió a partir del análisis crítico a los procesos de salud enfermedad, marcando la necesidad de prestar atención a los "determinantes sociales de los PSEA, así como a las desigualdades en la distribución de los servicios de atención médica. Esta renovación estuvo estrechamente ligada a un creciente diálogo de la medicina con las ciencias sociales, en particular con la sociología y la historia¹⁸.

Gracias a su criterio avanzado sobre los determinantes sociales del proceso salud enfermedad, desde el Departamento de Recursos Humanos de la OPS, propuso una serie de investigaciones sobre la Educación Médica en América Latina y a la par fue desarrollando su propuesta de la Medicina Social. Convencido de la necesidad de difundir sus ideas en los países americanos impulsó reuniones de grupos de intelectuales en diferentes países y apoyó la creación de iniciativas de posgrado con la visión médico social, teniendo especial recepción en los grupos de México, Ecuador y Brasil, originándose una escuela de pensamiento que graduó a muchos profesionales de la salud pública que han venido cumpliendo sus funciones en los sistemas de salud de sus países desde las universidades públicas. Por lo que bien puede decirse que a Ecuador le cabe el honor, junto con México y Brasil, haber liderado desde los años 70 la transformación de las ciencias de la salud pública en América Latina. Transformación profunda que apuntó a la reformulación y replanteamiento de sus bases teórico-conceptuales, hasta entonces dominadas por una visión naturalista positivista de los procesos médico sociales²⁷.

Juan Cesar García encabezó un grupo generacional que enseñó a aterrizar en los asuntos de salud un discurso crítico de la modernidad capitalista, su Estado, sus formas de práctica y de saber; a través de ellos implantó la lucha centenaria de nuestros pueblos, que si bien no había surgido exclusivamente del pensamiento académico, lo implicaba y requería²⁸.

En 1972, año en que García publicó su obra La educación médica en América Latina, logró reunir a varios profesionales latinoamericanos en la ciudad de Cuenca, Ecuador, en donde por primera vez, el incipiente grupo toma una posición explícitamente crítica con relación al marco teó-

rico funcionalista que por entonces imperaba en los análisis sociológicos de la salud¹⁸ y manifestó que la aplicación del análisis funcionalista a los problemas de la salud, así como las visiones reduccionistas de los trabajos basados en el paradigma de la historia natural de la enfermedad y en los estudios de los determinantes de la conducta individual, contribuían todos a una concepción estática y a una descripción formalista de los procesos de salud²⁹.

En 1983 se realiza una segunda reunión en Cuenca, y la recopilación de todos los trabajos presentados en este segundo seminario dio lugar a la aparición del libro: Las ciencias sociales en salud en América Latina: tendencias y perspectivas, publicado tanto en español como en portugués²⁹.

Poco después de esta segunda reunión de Cuenca, García muere. Varios de los asistentes, Saúl Franco Agudelo, Ana Cristina Laurell, Hesio Corderio, Jaime Breilh, Sergio Arouca y Everardo Nunes, entre otros, se reunieron nuevamente a fines de ese año en la ciudad brasileña de Ouro Preto. En esa reunión, a la que también concurren Mario Testa y Susana Berlmartino, se constituyó la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). En las consideraciones finales del acta constitutiva, los firmantes deciden hacer una especial mención a Juan César García, reconociendo su trabajo pionero en la corriente médico-social en América Latina, su sólido aporte teórico a esta corriente y su liderazgo en dicha Asociación³⁰. Paradójicamente, lo que quizás sería la mayor aspiración de García se materializó el mismo año de su muerte¹⁸.

El pensamiento de la llamada medicina social tenía que romper los moldes de una medicina asistencial cerrada en los espacios curativos y ciega respecto a una realidad social que mostraba a gritos su relación con los problemas que llegaban a los consultorios y hospitales, era indispensable la ruptura del paradigma biomédico, superar la idea de la salud como ausencia de enfermedad, o aun la definición supuestamente más amplia de la OMS que la conceptúa como el completo bienestar físico, mental y social y no apenas la ausencia de enfermedad²⁸. Esas conceptualizaciones no posibilitaban la comprensión de la salud como un proceso complejo, multidimensional, no apenas individual, ni psico-perceptivo, reducido al estrecho límite de los trastornos y percepción del grado de bienestar individuales²⁸.

El pensamiento de Juan César García fue acogido con entusiasmo por intelectuales latinoamericanos que trataron de ponerlo en práctica en sus respectivos países. En Brasil, Colombia, Cuba y Venezuela, los cursos de formación, maestrías y doctorados se han realizado principalmente desde universidades públicas, lo cual ha permitido que la formación en medicina social se haya extendido considerablemente y que los profesionales así formados estén insertados en distintos niveles del sistema sanitario. La producción científica brasileña es en la actualidad una de las más importantes e innovadoras de América Latina. En Brasil, el esfuerzo de difusión a través de revistas científicas y libros es muy importante y se realiza desde ámbitos universitarios y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, tales como la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) o el Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). La cooperación entre diferentes organizaciones latinoamericanas posibilitó la creación de una red de intercambio y apoyo que permitió a muchos profesionales de la salud consolidar su formación, intercambiar experiencias con colegas de otros países y actuar como multiplicadores de este pensamiento. En los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones en colaboración con diversos países latinoamericanos, e incluso con los EE. UU⁹.

Varios programas de posgrado surgieron muy tempranamente en el proceso como las maestrías de medicina social de la Universidad Autónoma de Xochimilco en 1975 y de la Universidad del Estado de Río de Janeiro en 1976. Siguió igualmente la creación de centros pioneros de investigación crítica como el CEAS de Ecuador, que fueron el resultado histórico de este proceso de debate y avance conceptual, sin embargo, fue en el Brasil donde a fines de la década, se dio el mayor paso de institucionalización de la tendencia, con la creación en septiembre de 1979 de la Asociación Brasileira de Posgrado em Saúde Coletiva (ABRASCO)²⁸.

Así surgieron los primeros estudios y publicaciones de quienes luego conformarían ALAMES, en los que ocupó un lugar central la investigación de la relación entre las formas productivas y la clase social con la salud, la investigación de la esfera productiva y del trabajo como categorías funda-

mentales y la teorización general sobre los problemas del Estado, la práctica y el saber en salud²⁸.

En esos años, como se precisó anteriormente, se organizaron bajo la guía de Juan Cesar García las reuniones históricas de Cuenca I (1972) y Cuenca II (1974) en las que se denunció el paradigma positivista de la salud pública, se cuestionó el carácter de clase del Estado y se asimilaron esas nuevas categorías en la propuesta de un camino para el movimiento. Es en el marco de esa lógica y horizonte de visibilidad del período, que se pueden comprender los avances y limitaciones de entonces y ponderar, por ejemplo, las rupturas de la epidemiología de nuevo cuño que se estaba forjando. Así, desde 1976 se produjeron trabajos de una epidemiología distinta que comenzó a trabajar la determinación social enraizada en el análisis de la producción, el trabajo y la situación de la clase obrera y el campesinado como fue el caso de Cristina Laurell con su análisis sociológico de la morbilidad de dos pueblos mexicanos³¹; Cecilia Donnangelo con su Salud y Sociedad³²; Ana María Tambellini con su Trabajo y Enfermedad³³ y Jaime Breilh con trabajos que sistematizaron por primera vez una propuesta de la determinación social de la salud basada en una crítica sistemática del positivismo causal y del ecologismo empírico desde la perspectiva del realismo crítico y la economía política^{34, 35}.

En Ecuador fue importante la presencia de Juan César García para el desarrollo de esta nueva visión de la Medicina y si bien en las primeras décadas del siglo XX en nuestro país destacados médicos como Juan Tanca Marengo, Pablo Arturo Suárez, Leopoldo Izquieta Pérez, Juan José Samaniego, Virgilio Paredes Borja, Isidro Ayora, Gualberto Arcos, Enrique Garcés entre otros, hablaban ya de la relación entre sociedad y salud, con una visión de la triada ecológica, sin embargo es a partir de la década de los 60 que se estructura la idea de la medicina social como teoría y práctica sanitarias que propician el estudio de los determinantes sociales del proceso salud enfermedad y de los servicios de salud y se consolida a través de grupos científicos focales de alta calidad en los que participan ilustres médicos, todos ellos vinculados con la docencia universitaria como Miguel Márquez, César Hermida Bustos, Eduardo Estrella, Jaime Breilh, Edmundo Granda, Oscar Betancourt, Rodrigo Yépez, Dimitri Barreto,

Fernando Sempertegui, quienes conformaron el movimiento médico social en el país y difundieron a través de una amplia producción bibliográfica e investigaciones en el área las hipótesis de la influencia directa de las condiciones sociales sobre la salud, enfermedad, y muerte; teorías que no se han desarrollado y de a poco han ido desapareciendo de las Facultades de Medicina del país.

Dentro de los procesos generados a partir de las ideas de Juan César García, es importante resaltar el funcionamiento del Área de medicina Popular en la Facultad de Ciencias Médicas e la Universidad Central del Ecuador entre 1973 y 1980 y el Curso de Especialización en Investigación y Administración en salud (CEIAS) entre 1978 y 1990 coordinado por Jaime Breilh y Edmundo Granda.

Así mismo es destacable el desarrollo el Proyecto Alimentación y Nutrición en el Ecuador (ANDES), proyecto de Investigación-acción llevado adelante por la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Ciencias Agronómicas de la Universidad Central del Ecuador en parroquias rurales del noroccidente de Pichincha y la creación de organismos no gubernamentales como el Centro de Estudios y Asesoría en Salud CEAS y la Fundación Juan César García²⁷ orientados al desarrollo de estudios e investigaciones relacionados con la Medicina Social.

La producción intelectual de Juan César García

Vastos son los componentes de la Medicina Social abordados por Juan César García con fundamento científico y con solvencia académica; sus teorías y los resultados de sus investigaciones fueron impresos y difundidos en documentos de fácil comprensión: La Medicina en el Capitalismo; La Organización Sanitaria en los Países Latinoamericanos; Las Ciencias Sociales en Medicina; La categoría Trabajo en Medicina; La Articulación de la Medicina y la Educación en la Estructura Social; son, entre otras, contribuciones significativas en las cuales se identifica nítidamente su enfoque creativo y su rigurosidad metodológica con una visión dialéctica^{36, 37}.

Implementación de la medicina estatal en América latina en la visión de Juan César García.

La relación entre estructura económica y salud preconizado por Juan César García se visualiza claramente con el proceso de implementación de la Medicina estatal en América Latina, y en nuestro caso particular en Ecuador, en los inicios del capitalismo a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX .descrito por Juan César García^{1,26,38,39}.

Tradicionalmente, tanto desde la perspectiva médica como la de otras ciencias sociales, se había considerado a la enfermedad únicamente como un elemento disfuncional del sistema social y a la salud y a la práctica médica como componentes necesarios de una sociedad abstracta. Juan César García cuestiona estos asertos precisando que "dado que la práctica médica y el instrumental conceptual con que trabaja ha variado históricamente, cabe preguntarse qué determinantes han producido esta variación"⁴⁰ y, luego de analizar los determinantes históricos del comportamiento de los componentes económicos, sociales y sanitarios de las sociedades llega a la proposición de que "la salud, la enfermedad y la práctica médica están ligadas a la transformación histórica del proceso de producción económica, y como en una estructura socio económica dada, la instancia económica es la que prevalece y determina el lugar, el rango y la importancia de los elementos que constituyen el todo social (como las instancias jurídico políticas e ideológicas), la estructura económica es pues la que determina el lugar y la forma de articulación de la medicina en la estructura social"⁴⁰. Sin embargo, es importante reconocer también que si bien la instancia económica es normalmente la preponderante, ésta permite una autonomía relativa de las otras instancias donde entran en juego diversas causas y efectos que posibilitan modificaciones en ella².

Por lo tanto, las características de la situación de salud, la atención médica y la formación sanitaria son plenamente identificables en cada uno de los períodos históricos que le ha tocado vivir a la humanidad y de acuerdo a la teoría de Juan César García, han respondido a la situación socio-económica prevalente, pero han podido influir también en mayor o menor medida sobre ella pues, si bien reconoció que la práctica médica responde

a una determinada estructura socioeconómica, aplicó con mucha claridad el concepto de autonomía relativa, tanto para la y atención de salud como para la educación médica. Combatió así las posiciones mecanicistas que señalan que hasta que no existan cambios sociales radicales no podrá transformarse la Universidad ni el conjunto de los servicios de salud⁴¹ dejando en claro sin embargo, que ninguna de estas transformaciones es posible de una manera totalmente autónoma pues responden siempre al contexto sociohistórico y cultural en el cual se desarrollan.

Durante las últimas décadas de Siglo XIX y XX se inicia en América Latina el proceso de implantación del Capitalismo realizado por la burguesía surgida de la producción de materias primas y productos alimenticios destinados al mercado del Exterior^{38,39}.

En los estados precapitalistas en América nacido con la independencia (el Estado) no interviene centralmente en el campo de la salud salvo en forma normativa o a través de los Consejos consultivos de los Ministerios del Interior que asesoraban sobre las acciones a tomar en acciones relativas a la salud del común de los habitantes de la nación y sobre todo en situaciones de emergencias como en el caso de epidemias³⁸.

En el modo de producción capitalista la medicina se desplaza del espacio religioso y político donde se encuentra en los modos de producción precapitalista para articularse con el proceso de producción económica³⁸. La introducción del capitalismo en las grandes plantaciones que generaban los productos agrícolas para la exportación presuponía un hombre libre que vendía su fuerza de trabajo, a pesar de que en Latinoamérica la ruptura entre el hombre y su tierra no era total. La medicina estatal nace en la mayoría de países de Latinoamérica debido a la preocupación que las burguesías capitalistas tienen por evitar la introducción de enfermedades del exterior³⁹.

La creación de espacios administrativos estatales dedicados a los asuntos de sanidad, según Juan César García es posible en aquellos países que lograron primero crear una producción capitalista alrededor de un producto de importancia para la exportación y en que los grupos dominantes que emergieron de esta producción lograron controlar

los organismos del Estado⁴². Circunstancias que se dieron en Argentina, Uruguay, Brasil, Perú, Bolivia y Ecuador²⁵.

La centralización de los servicios de sanidad se explicaría como parte de un proceso más amplio pues "la salud por si misma no forma parte del proyecto colonial y sólo puede ser registrado en el momento en que "la medicina se vuelca sobre la ciudad, disputando un lugar entre los organismos de control de la vida social".⁴³

El nexo de la medicina con la estructura económica en el capitalismo se establece a raíz del interés por aumentar la cantidad de trabajo suministrado por el mismo número de obreros sin que se modifique la jornada de trabajo y en América Latina en los inicios del capitalismo se logra mediante la lucha contra las enfermedades llamadas debilitantes como la anquilostomiasis y la malaria en el sector primario exportador³⁸ y para lo que se crean en estos países órganos de sanidad de carácter nacional para controlar estas enfermedades.

En América Latina en el primer tercio de este siglo con los problemas originados en la producción para la exportación, en el campo de la salud se referían a las enfermedades cuarentenables que limitaban el comercio y a las enfermedades reductoras de la productividad en el sector agroexportador. Estos problemas son planteados tanto por grupos económicos de los países importadores como por sectores de los países exportadores, en especial los que controlan el comercio y la producción de estos productos. Las preguntas se referían a cómo reducir las cuarentenas y erradicar las enfermedades que incidían sobre la producción agrícola^{38,39}.

Los cambios en las instituciones de la salud reflejan los cambios en la estructura social y lo mismo parece ocurrir con la investigación científica en salud. De 1880 a 1930 surge la investigación bacteriológica y parasitológica ligada a los problemas de la producción agroexportadora⁴¹.

Durante el decenio de 1910 se impone definitivamente en América Latina la teoría del germen como único determinante de las enfermedades transmisibles. El entusiasmo producido por los progresos de la bacteriología como fundamento científico de la higiene pública ocultó hasta el de-

cenio de 1960 los factores sociales y ecológicos de los problemas de salud pública. La bacteriología de Pasteur, Koch y seguidores y el descubrimiento del papel de los vectores en la transmisión proporcionó una explicación científica y armas biológicas eficaces, como vacunas y sueros, para prevenir las enfermedades infecciosas³⁸.

En los países de América Latina en el período 1880 a 1930 se crean órganos burocráticos con el nombre de Direcciones, Departamentos o Servicios Nacionales encargados de llevar a cabo actividades en el campo de la salud, lo que representa un cambio sustancial con respecto al papel jugado anteriormente por el Estado³⁸. De tal manera que la salud se articula de esta manera con la estructura social abandonando por el momento las vinculaciones con la instancia ideológica y política, características del Estado precapitalista en el campo de la salud³⁸.

De 1930 a 1950 se desarrolla la investigación básica y clínica conectada con el crecimiento hospitalario impulsado por la industrialización⁴⁴. A partir de 1960 y especialmente de 1970 se observa un renacimiento de la medicina tropical consonante con el nuevo interés por la producción agropecuaria y los estudios sobre los servicios de salud impulsados por la necesidad de racionalizar el sector, frente a la disminución de los gastos estatales en salud⁴⁴.

Al revisar la literatura científica en el campo de la salud en América Latina durante el primer tercio de este siglo se observa un predominio de la investigación sobre las enfermedades tropicales y la prevalencia de institutos de investigación de bacteriología⁴⁴. Esto contrasta con el surgimiento, a partir del decenio de 1940, de las ciencias básicas y, especialmente, de la investigación clínica

La medicina estatal en Ecuador de acuerdo a la visión de Juan César García

La historia de la medicina ecuatoriana es rica en eventos que demuestran la interrelación dinámica entre salud y sociedad preconizada por Juan César García. Los ejemplos que se presentan a continuación, de los muchos que es posible encontrar en los diversos períodos de la historia ecuatoriana del siglo XX, cada uno de ellos con características, logros, problemas y conflictos propios⁴⁵ y es

en base a este criterio de formaciones sociales que se intentará realizar un análisis.

Con la revolución liberal accede al poder la burguesía libre cambista y bancaria que impone la modalidad de desarrollo capitalista predominante en una estrategia de desarrollo basada en la demanda externa, con lo que el Ecuador se inscribe en un tipo de capitalismo dependiente del funcionamiento del capitalismo mundial⁴⁶.

Economía primario-exportadora. Ecuador 1900-1930

La formación económico-social del Ecuador en los primeros treinta años del siglo XX es definida como una economía primario exportadora⁴⁷ y se caracteriza porque la economía nacional dependía de la exportación de productos agrícolas, inicialmente de un número reducido de ellos debido a las características de monocultivo de la época. Hacia fines del siglo XIX el rol primario exportador de la costa que venía perfilándose desde los albores de la república es ya un hecho definitivo. El nuevo modelo primario exportador, con eje en las actividades del litoral, paulatinamente va ganando terreno⁴⁷ y de esta manera el Ecuador ingresa lentamente al capitalismo, modo de producción en el que el trabajador pierde el control y la propiedad de los medios de trabajo para sobrevivir y debe vender su fuerza de trabajo como única alternativa vital³⁸ y por lo tanto hay que proteger esta fuerza de trabajo para mantener la economía.

La inversión masiva de capitales norteamericanos en Latinoamérica que se produce en este período posibilita el desarrollo de la agronomía particularmente aquella destinada a la exportación y esto, en cuanto a salud se refiere, cambia el sentido de las presiones provenientes de los países centrales que ahora se dirigen a la sanidad interna, especialmente a los enclaves productores de materias primas y alimentos³⁸ para garantizar una mano de obra apta para el trabajo. En Ecuador, en concordancia con estas orientaciones externas, muchas de las acciones de la práctica médica estatal estaban destinadas a brindar saneamiento a sitios de producción por ejemplo, las cacaoteras. Existía preocupación por expedir normas de higiene destinadas a limitar la presencia de enfermedades infectocontagiosas y así, en 1903 durante el gobierno liberal de Eloy Alfaro, representante de

los grupos agroexportadores ubicados en Guayaquil, se crea por decreto ejecutivo el Consejo Supremo de Sanidad e Higiene encargado de las acciones de salud pública a nivel nacional⁴⁸ como dependencia del Ministerio del Interior. El Dr. Bolívar Lloy, un médico norteamericano que trabajaba para el servicio de Salud de los Estados Unidos es designado Director y se instala en Guayaquil, cuyo puerto era el centro de interés de los capitales norteamericanos³⁸.

La revolución de julio de 1915 que lleva al poder a los grupos de terratenientes de la sierra inicia una serie de medidas dirigidas contra el sector agroexportador de la costa. La organización sanitaria sufre las consecuencias de este cambio y es así como en 1925 se crea el Ministerio de Previsión Social que incluye los ramos de trabajo, sanidad y Asistencia Social. La sanidad se reorganiza en dos distritos, norte y sur y se crea un Consejo Superior de Sanidad que se instala en Quito. En 1937, en momentos en que se observa un repunte de las exportaciones de la producción costera, la Dirección de Sanidad vuelve a ser trasladada a Guayaquil³⁸.

En 1916 llega la primera Comisión Sanitaria Norteamericana (sección internacional de la fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller) para cooperar en el saneamiento del puerto y de las zonas productivas; se combate también la peste bubónica, tifoidea, viruela, y otras enfermedades infectocontagiosas vinculadas con las actividades agroexportadoras⁴⁹.

En Ecuador, Perú y Bolivia, la investigación médica sufre los mismos problemas que había experimentado la medicina estatal en estos países. La inestabilidad de las instituciones de investigación del Ecuador son un buen ejemplo. Los estudios sobre la peste realizados en 1908 por Lloyd y Tarmayo fueron hechos en el laboratorio químico del Colegio Vicente Rocafuerte de Guayaquil, fundado en 1905, y en 1911 se instala un laboratorio anexo al Lazareto de Peste. Es en este Laboratorio donde Noguchi realizará en 1918 sus estudios sobre la fiebre amarilla, como parte de la Comisión enviada por la Fundación Rockefeller y que aportó con material y técnicas de investigación. Sin embargo, no se logra crear un cuerpo de investigaciones y el laboratorio permanece sin mayores actividades hasta que en 1937 se crea el Instituto Nacional de Higiene, coincidente con un auge de

la producción costera y un nuevo giro de la política que vuelve a estar en manos de los productores de Guayaquil. El Instituto Nacional de Higiene se había creado para el control, análisis y estudio de productos farmacéuticos y anexo al Instituto Nacional de Previsión Social de acuerdo con la hegemonía que estaba logrando la atención médica, pero el poder de los grupos costeros logra cambiar el sentido al reorientarla hacia la investigación relacionada con las enfermedades que incidían en la producción para la exportación. En el decenio del 60 y a mediados del 70 se observa una disminución de la actividad de investigación del Instituto⁴⁴.

Si bien, como se dijo anteriormente, la instancia económica es la determinante en el comportamiento de la estructura social, también la instancia ideológica posibilita modificaciones estructurales importantes y así, en este período la influencia positiva de las ideas socialistas de la revolución rusa de octubre de 1918 contribuyen a que en 1928 se cree la Caja de Pensiones como una entidad aseguradora con patrimonio propio destinado a conceder a los empleados públicos y civiles del país los beneficios de jubilación, montepío y fondo mortuario⁵⁰.

Crisis y reactivación de la economía agroexportadora. Ecuador 1930-1960.

La formación económico social definida para este período es la de la crisis y reactivación de la economía agroexportadora⁴⁷ caracterizada en sus inicios porque la producción agrícola de la cual dependía la economía ecuatoriana fue afectada notablemente debido a la crisis provocada por la depresión económica mundial por tanto la década de los 30 presenta una de las coyunturas más difíciles para la economía nacional; posteriormente la agricultura será reactivada en parte por la exportación de productos como azúcar y café. En esta época aparece ya el sector industrial aunque con un desarrollo incipiente en sus inicios puesto que el ingreso del país dependía aún del sector agroexportador.

En este periodo los problemas sanitarios se correspondían con el periodo anterior, es decir persistían las enfermedades infectocontagiosas, de acuerdo al boletín estadístico del INEC de 1954, los accidentes y traumatismos, particularmente

los relacionados con patología laboral, comienzan a constituirse en una importante causa de enfermedad y muerte³.

En este periodo se priorizan programas de control de enfermedades como la viruela, paludismo, tuberculosis o fiebre amarilla las cuales están relacionadas con la expansión del capitalismo y con la necesidad de reproducir la fuerza de trabajo y se articulan con las historias de cultivos de café y cacao, banano, caña de azúcar y otras³.

Igualmente, para proteger la salud de los trabajadores de la naciente industria nacional, en 1935 se dicta la Ley del Seguro Social Obligatorio que crea el Instituto Nacional de Previsión que es un órgano superior del Seguro Social, cuya finalidad fue establecer el Seguro General Obligatorio, el Seguro Voluntario y ejercer el Patronato del Indio y del Montubio⁵⁰.

En 1937 se reforma la Ley del Seguro Social Obligatorio que incorpora el seguro de enfermedad; y se crea el Departamento Médico del Seguro Social destinado a empleados públicos y en 1944 para todos los obreros del país³ destinado a restaurar la salud de trabajadores o más bien a restaurar la fuerza de trabajo de los obreros.

El crecimiento o progresivo del capitalismo en el país determina que la medicina privada se desarrolle en las grandes ciudades tanto a nivel de consultorios particulares, como a través de consorcios privados, iniciándose ya las organizaciones empresariales en salud a través de las nacientes clínicas^{45,52}.

Modelo de industrialización por sustitución de importaciones. Ecuador 1960-1980.

La crisis del modelo de acumulación de agroexportador sobreviene en la década de los 50 y la caída de los precios internacionales del café y del cacao. Frente a una disponibilidad de recursos económicos en grandes cantidades que hizo posible la explotación petrolera iniciada en julio de 1972 que fue el mayor Impulso a la industrialización en esta época⁵³.

La Formación económico social de esta época es definido como un Modelo de industrialización por sustitución de importaciones⁵⁴ y se caracteriza

por que la economía ya no depende solamente de la agroexportación pues ésta es sustituida por exportaciones de productos industrializados. Este naciente esfuerzo de industrialización fue asociado y subordinado a la lógica del capital externo, favoreciendo la producción de bienes de consumo sobre la producción de bienes intermedios y de bienes de capital, supeditando su funcionamiento al abastecimiento de materias primas importadas, así como a la asistencia técnica de empresas extranjeras, marcas de fábrica, patentes y otras formas de vinculación⁵⁵.

En la década de los 60 comienza un proceso fuerte de explotación y exportación de petróleo que llevó al país a obtener los más altos ingresos de su historia. Los ingresos petroleros se orientaron hacia varios sectores de la economía entre ellos al fomento de la industria, particularmente la agroindustria. En este período el Ecuador se caracteriza por la presencia de una clase media en franca expansión y de un grupo marginal cada vez más pauperizado, debido a migraciones internas especialmente hacia la costa. Existe un acelerado crecimiento de las ciudades y polarización latifundio-minifundio, que favorece el éxodo de campesinos a las grandes ciudades. El sector fabril es aún poco desarrollado y el país soporta una espiral inflacionaria incontenible⁵⁶.

El panorama epidemiológico muestra un país con alta prevalencia de enfermedades prevenibles como tuberculosis, paludismo, malnutrición, hipotiroidismo, ligadas al crecimiento urbano. Comienzan a aparecer enfermedades propias del desarrollo como afecciones cardíacas, senilidad, trastornos de la conducta, violencia, alcoholismo, trastornos de salud mental, accidentes de trabajo y otras patologías relacionadas con el proceso de un capitalismo más agresivo en el país³.

Las enfermedades industriales comienzan a ser un problema de salud en este período y que según explica Juan César García "la patología industrial no emerge objetivamente hasta el desarrollo del capitalismo y por lo tanto no puede ser concebida científicamente antes de esto"⁵⁷. El gobierno se ve obligado a intensificar acciones de salud tendientes a proteger a esta fuerza de trabajo tan especial y lo hace particularmente a través de la creación de instituciones como la Caja Nacional del Seguro Social en 1963, la cual posteriormente en 1970 se

transformaría en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social⁵⁰, como un organismo destinado a la protección de la salud de obreros y empleados públicos. La inauguración del Hospital Carlos Andrade Marín dependiente del Seguro Social en 1970, se enmarca también en esta óptica³.

Conviene indicar que en este período a fin de lograr la coordinación del trabajo de las diferentes instituciones encargadas de la salud en el país, a partir de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Provisión Social y Trabajo se crea el Ministerio de Salud publica el 16 de junio de 1967³.

La medicina no escapa a las determinaciones impuestas por el modo de producción dominante al constituirse en un sector de realización del valor de ciertas mercancías tales como el medicamento o al ser determinados los precios del servicio médico por los costos de producción³⁸ lo que en el país se demuestra por la influencia cada vez mayor del capitalismo en la salud en esta época posibilita el inicio de los Sistemas de Atención Privados de Salud o Seguros Médicos, que poco a poco irán tomando cuerpo en nuestra sociedad. Igualmente la medicina privada se asimila rápidamente al capitalismo y se fortalece la empresa médica a través de la creación de grandes clínicas y hospitales³.

Modelo neoliberal; la reforma del Estado. Ecuador 1980-2000

La reforma del Estado se orientó hacia un Modelo Neoliberal⁵⁴ que en materia de salud, se puede explicar por el pensamiento social y sanitario de Juan César García^{58,59}. En la última década del siglo, como el modelo económico ecuatoriano entra en crisis, se efectiviza la política neoliberal, propuesta ideológica que alcanza niveles de globalidad⁵⁴ que impulsa la modernización del Estado, proceso que tiende a reformular el papel estatal en el manejo de la economía y lograr la privatización de las áreas consideradas estratégicas como petróleo, electricidad y telecomunicaciones y por otra parte, vender las acciones de otras empresas con inversiones estatales⁵⁴.

Bajo el argumento de un Estado incoordinado, desregulado, incontrolado, el Ecuador, y otros países latinoamericanos, reciben las recomendaciones de organismos financieros internacionales

para implementar políticas económicas que permitan la industrialización latinoamericana como elemento central para impulsar el desarrollo, ya que esto permitiría que su economía deje de depender de la oferta internacional de bienes de capital y de insumos tecnológicamente complejos⁶⁰, por lo que se propone una reforma del Estado que dé solución a estos problemas, buscando se delegue responsabilidades a otras instancias de poder y a la empresa privada. Como siempre, esta nueva iniciativa se expresa también a través de la reducción de gastos sociales (salud, educación, bienestar social) considerándolos improductivos, para canalizarlos a sectores productivos lo que a la postre, a decir de los defensores de la reforma, mejora las condiciones sociales. En definitiva, la Reforma del Estado en este período buscó de manera prioritaria el crecimiento y la estabilidad económica, dejando de lado la reconstrucción democrática del sistema político⁵⁹.

Consecuente con la propuesta de reforma del estado, el Ministerio de Salud Pública promueve la reforma del sector de la salud, la cual busca hacer, más eficientes y equitativos los servicios de la salud⁶¹. Entre los objetivos de esta reforma se definen: mejorar la eficiencia del sistema de salud aplicando un nuevo esquema organizativo, financiero y de gestión descentralizada para optimizar los recursos y lograr niveles de excelencia y efectividad en las prestaciones de gestión y se propone un seguro universal de salud con financiamiento mixto en cuyo modelo participarían todas las entidades del sector, sea como aseguradoras, financieras o proveedoras de servicios⁶. Estos objetivos tienen una clara direccionalidad a favorecer financieras y aseguradoras privadas de salud. Lo cual se logra pues a mediados de la década de los 90 se produce un crecimiento rápido de las compañías de aseguramiento privado de salud, incluso surge una asociación de estas empresas (AEEMIP). Empresas con finalidad netamente comercial que han medrado del descrédito real o fabricado de los servicios de salud del Ministerios de Salud Pública e Instituto de Seguridad Social⁴⁸. Por lo que bien puede decirse que la reforma en salud fue una “avasallante difusión de paradigmas privatizadores embozados de modernidad (un ejemplo claro fueron los millonarios proyectos FASBASE Y MODERSA)”²⁷. Grupos profesionales vinculados con la Medicina Social cuestionaron esta reforma y produjeron

documentos que dejaban en claro las verdaderas intenciones de la reforma en salud entre los que vale destacar, entre otras: Reproducción social y salud: la lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras; Reforma en Salud, lo privado o lo solidario²⁷.

La Universidad ecuatoriana también decide renovarse y así se inician planes de reforma integral cuya meta se orientó a mejorar las condiciones del proceso enseñanza-aprendizaje, a fin de formar profesionales con excelencia académica técnica y humanística compatible con las necesidades del país, mejorar la capacidad de generación de ciencia, tecnología y arte⁶³, reconociendo con esto la necesidad de que la Universidad marche a tono de los cambios sociales pero siempre con una posición propositiva, alternativa, pues como lo manifestaba Juan César García "es necesario que los universitarios tomen conciencia del papel de la universidad en la transformación social, que sepan revitalizar el espíritu solidario y contribuir a la construcción de una ideología alternativa"⁶⁴.

Conclusiones y recomendaciones

Una teoría para convertirse en científica debe sustentarse en hechos comprobables y resistir a las críticas y al tiempo. La teoría social de Juan César García, de que "la práctica médica, la formación del personal de salud y la producción, selección y distribución de conocimientos están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica"⁵⁷ es una teoría actual y robusta que explica hechos pasados pero que con igual solvencia se aplica a hechos actuales y le permite, por lo bien logrado de sus tesis, avizorar las recíprocas relaciones que la medicina y la sociedad mantendrán permanentemente.

Juan César García, con su trabajo responsable y transparente fue un catalizador para el desarrollo de estas ideas innovadoras y su influencia permitió el desarrollo y la consolidación de la medicina social en el país.

La globalización, proceso iniciado a fines del siglo XX ha determinado cambios en la estructura social y económica que también han afectado al sector salud, en donde son notorios los cambios en el perfil epidemiológico de ciudades y países, son evidentes los adelantos científicos importantes en cuanto a métodos diagnóstico y de tratamiento, pero continúa el problema del acceso inequitativo a la salud y el apoyo limitado a los programas de salud pública, fundamentales para garantizar salud y vida de calidad.

La medicina social, como teoría y práctica en esta nueva era debe dar cuenta de estos cambios y orientar las acciones sanitarias más adecuadas para el mantenimiento de la salud y vida, pues de acuerdo con Edmundo Granda, discípulo de Juan Cesar García: "La actual medicina social latinoamericana se forja en un momento en el que el nuevo mundo (el de la globalización) se configura y nos desafía a crear nuevas ideas-acciones y generar nuevas metáforas seductoras de salud y vida que nos permita ser locales y nacionales, pero también apoyar la creación de poderes y políticas que posibiliten una globalización más humana"⁶⁵.

Conflictos de interés

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés en el presente artículo.

Contribución de los autores

Los autores realizaron por igual la planificación, revisión de la literatura y redacción del presente artículo por igual.

Financiamiento

Los autores manifiestan no haber tenido financiamiento de alguna institución para la preparación de este manuscrito.

Referencias

1. García JC. Juan César García entrevista a Juan César García. *Revista del Instituto Juan César García*. 1994;4(1-2):1-9
2. Estrella E. *Medicina y estructura socioeconómica*. Quito: Editorial Belén; 1980
3. Estrella R. *Breve Historia de la Medicina del Ecuador*. Quito: Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana; 2013
4. Vergara M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007;12:41-50.
5. García JC. Juan César García entrevista a Juan César García. *Medicina Social*. 2007; 2(3):153-159.
6. Morris, J. *Medicina social*. *Journal of Medical Education*. 1959;1:338-341.
7. Fajardo OG. La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI?. *Rev Fac Med UNAM*. 2004;47(6):256-257
8. Breilh, J. *Medicina social (salud colectiva) y medio ambiente: entrevista a Jaime Breilh realizada por Miguel Ortega Cerdá*. *Ecología Política*. 2009;47-57.
9. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(2):128-136.
10. Hermida C. Juan César García y la Medicina Social en América Latina. *Revista del Instituto Juan César García*. 2009;11(1-2):12-17.
11. Benjamin G. Asegurar la equidad en la salud durante la pandemia de COVID-19: el papel de la infraestructura de salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.70>
12. Enríquez A, Sáenz C. Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA. *Serie Estudios y Perspectivas*. Sede Subregional de la CEPAL en México. 2021;189. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.70>
13. Quan A. *La Salud Ambiental*. En: *La equidad en la mira. La salud pública en Ecuador en las últimas décadas*. Quito: OPS/OMS/CONASA; 2007.
14. Suárez CL, Berdasquera D. *Enfermedades emergentes y reemergentes: factores causales y vigilancia*. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16(6): 593- 597
15. Sempértegui R, Moreano M, Carvajal A. *Evolución Epidemiológica en el Ecuador en el siglo XX*. En *El cóndor, la serpiente y el colibrí*. Quito: OPS/OMS; 2002.
16. Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud. *Revisión histórica Fermentum*. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. 2008 sep;18(53):610-633
17. García JC. Juan César García entrevista a Juan César García. *Revista del Instituto Juan César García*. 2009;11(1-2):3-11.
18. Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud colectiva*. 2011;7:285-315.
19. Morris J. *Medicina Social*. *Journal of Medical Education*. 1959; 338-341
20. Laurell AC. *La Salud-Enfermedad como proceso social*. *Cuadernos médico-sociales*. 1982;19:1-11.
21. Breilh, J. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2013;31:13-27.
22. Hermida C. Juan César García y la Medicina Social en América Latina. *Revista del Instituto Juan César García*. 2009;11(1-2).
23. Focault M. *El nacimiento de la medicina social*. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 1977;6:89-108.
24. Paim J, de Almeida-Filho N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. *Trab. Educ. Saúde*. 2016;14(1):311-315.
25. Duarte E. *Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración*. En *Debates en medicina social*. Organización Panamericana de la Salud – Alamos. 1991;17-137.
26. Portillo J. *Pensamiento social en salud en América Latina*. Juan César García. *Rev Med Uruguay*. 1994;10:205-206.
27. Breil J, editor. *La Medicina Ecuatoriana en el siglo XXI*. Tomo 3 *Ciencias en la salud colectiva y terapias integrativas*. Quito: Corporación editora nacional; 2018. 1206 p.
28. Breilh J. *Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte*. Ponencia presentada en el XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva; XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud; VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales de Salud. Montevideo; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/3570>.
29. Nunes E. *Las ciencias sociales en salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. Montevideo: OPS- CIESU; 1986.
30. *Acta de Ouro Preto. Constitución de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. *Revista Medicina Social*. 2009;4(4):263-264. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/380/748>.

31. Laurell C. Enfermedad y Desarrollo: análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*. 1976;22(84): 131-158
32. Donnangelo C. Saude e sociedade [Tesis de doutorado]. Sao Paulo: FM/USP; 1976.
33. Tambellini AM. O trabalho e a doença. Em: Saude e medicina no Brasil: contribuicao para um debate. Rio de Janeiro. Graal; 1978.
34. Breilh J. Crítica al modelo ecológico funcionalista de la epidemiología [Tesis de Maestría]. México. UAM-Xochimilco; 1976 .
35. Breilh J. Epidemiología: economía política y salud. Quito: Ed Universitaria, 1979.
36. Yopez R. Mensaje: Diez años de trabajo. *Revista del Instituto Juan César García*. 1994;4(1-2):i-ii.
37. Instituto Juan César García. La producción intelectual de Juan César García. *Revista del Instituto Juan César García*. 2009;11(1-2):18-20.
38. García JC. La medicina estatal en América Latina. *Revista del Instituto Juan César García*. 1991;1(1):1-27.
39. García JC. Crecimiento y transformación de la medicina estatal en América Latina. *Revista del Instituto Juan César García*. 1991;1(2):1-8.
40. García JC. La Educación Médica en la América Latina. OPS. Publicación Científica. 1972;225.
41. Nunes ED. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(9):1752-1762.
42. García JC. La medicina estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016;42(1):0-0.
43. Machado R. Danagao da Norma: Medicina Social e constituicao da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro. Graal; 1978.
44. García JC. Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930. *Educ Med Salud*. 1981;15(1):71-88.
45. Estrella R. Concepciones y prácticas de salud en las formaciones sociales ecuatorianas. Quito: Editorial creativo; 2010.
46. Carrasco A, Moncayo P, Menéndes Carrión P, Quintero R et al. Estado, política y democracia en el Ecuador. Quito: Editorial El Conejo; 1988.
47. Baéz R. Dialéctica de la economía ecuatoriana. Quito: Editorial Alberto Crespo Encalada; 1982.
48. Estrella R. Sociedad, salud y formación médica. Quito: Departamento de Cultura de la Universidad Central; 2004.
49. Crespo A. El estado Ecuatoriano y la Salud Pública hasta comienzos del siglo XX. En: Fierro-Benitez R, et al.El cóndor, la serpiente y el colibrí. Quito: OPS-OMS; 2002.
50. Velasco AP. La seguridad social en Ecuador: un necesario cambio de paradigmas. *Foro, Revista de Derecho*. 2015; 24: 89-116.
51. Miño W. La economía ecuatoriana de la recesión a la gran crisis bananera. Ayala E. editor, Nueva historia del Ecuador. Quito: Corporación Editora Nacional; 1988.
52. Astudillo C. Páginas Históricas de la Medicina Ecuatoriana. Quito: Instituto Panamericano de Geografía e Historia; 1981.
53. Pacheco L. El desarrollo capitalista y el Estado en el Ecuador 1960-1975. Cuenca: IDIS; 1980.
54. Acosta A. Breve historia económica del Ecuador. Quito: Corporación Editora Nacional; 2005.
55. Moncada J. El desarrollo económico y la distribución del ingreso en el Ecuador. Quito: Junta de Planificación; 1973.
56. Breilh J. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Santo Domingo R.D.: Impresos de Calidad S.A.; 1981.
57. García JC. La enfermedad de la pereza. *Revista del Instituto Juan César García*. 1993;3(1):1-21.
58. Hemida C. Juan César García y la Previsión del futuro. *Revista del Instituto Juan César García*. 1994;4(1-2):10-14.
59. Luna M. El Siglo XX. *Enciclopedia del Ecuador*. Barcelona: Océano; 2000.
60. Endara X. Modernización del Estado y reforma jurídica, Ecuador 1992-1996. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar/Corporación Editora Nacional; 1999.
61. Ochoa H, et al. Economía de la Salud. México: Editorial Pax México; 1999.
62. CNS (Consejo Nacional de Salud). Propuesta de Reforma del Sector Salud. Documento borrador para la discusión. Quito: CONASA; Marzo 1996.
63. Universidad Central del Ecuador) Plan de reforma integral. Quito: Editorial Universitaria; 1995.
64. García JC. Consideraciones sobre el marco teórico de la educación médica. *Revista del Instituto Juan César García*. 1993;3(2):1-10.
65. Granda, Edmundo ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2004;30(2).