

Entrevista: Las representaciones filosófica-sociales de la salud

Interview: The Philosophical-Social Representations of Health

Patricio Trujillo Montalvo¹  

¹ Pontificia Universidad Católica del Ecuador - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.378> | Páginas: 168-176

Fecha de envío: 11-12-2025 | Fecha de aceptación: 11-12-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

Entrevistados

Nelson Reascos y José Sola, profesores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

Las entrevistas realizadas con **Nelson Reascos** y **José Sola** ofrecen dos miradas complementarias sobre la salud, la formación médica y el lugar de la antropología en la universidad. Desde trayectorias distintas —una vinculada a la filosofía y la reflexión crítica, y otra desde la práctica médica y la docencia— ambos entrevistados coinciden en cuestionar los límites del modelo biomédico y en abrir la discusión hacia dimensiones más amplias de la vida y la sociedad.

Por un lado, **Nelson Reascos**, desde su experiencia filosófica, enfatiza la tensión entre *patogénesis* y *salutogénesis*, cuestionando el modo en que la formación médica privilegia la enfermedad y relega las posibilidades de construcción de salud. Su reflexión resalta las contradicciones de la sociedad contemporánea, donde el consumo y el mercado imponen obstáculos a los estilos de vida saludables, volviendo la salud un bien desigual y muchas veces inaccesible. Para él, pensar en la salud implica repensar los modos de vida, la socialización y las prácticas cotidianas, más allá de la lógica de la prescripción y la medicalización.

Por otro lado, **José Sola**, desde su vivencia como médico y docente, revisa la incorporación de la antropología médica en la Facultad de Medicina, señalando tanto sus aportes como sus limitaciones. Critica la estandarización con la que se clasifica al paciente y la centralidad de la prescripción como sello de la práctica médica. Al mismo tiempo, reconoce el interés creciente en medicinas complementarias y en propuestas como **One Health**, que vinculan la salud humana con la de los animales, el ambiente y el espacio urbano. Sin embargo, advierte que estas visiones permanecen marginales en la formación médica, donde persiste un modelo marcado por la patologización, la medicalización y una cultura de sacrificio que acompaña la identidad del médico.

En conjunto, las voces de Reascos y Sola muestran que la **salud no puede reducirse a la enfermedad ni a la receta médica**, sino que requiere comprenderse como un entramado complejo en el que intervienen factores sociales, culturales, ambientales y de modos de vida. Estas perspectivas invitan a repensar la enseñanza médica y a ampliar los marcos conceptuales hacia una visión más crítica,

integral e interdisciplinaria de la salud.

La conexión entre filosofía y salud

E: Solo quiero saber tu nombre y tu formación.

Yo soy Nelson Reascos. Estudié filosofía tanto en el grado como en el posgrado, pero la filosofía siempre te abre muchísimas opciones de conocimiento, de inquietudes, de compromisos y de incertidumbres. Eso me llevó a acercarme a otros ámbitos del saber, como la sociología, la antropología, la cultura y la salud. Además, siempre estuve de manera militante, cercano a los movimientos sociales, y de manera particular al movimiento indígena, que paradójicamente —o al revés de lo que podría pensarse— más que lo que yo pude haber colaborado con ellos, para mí fue una fuente de formación, de adquisición de nuevos conocimientos, de otras lógicas y de otras miradas, que evidentemente me favorecen más que lo que yo pude haber favorecido a ellos. Me parece de honestidad intelectual reconocerlo, ¿verdad? Porque uno dice: “Ah, es que tú colaboras con el movimiento indígena”. Sí, pero en realidad los beneficios que recibí, que no son de carácter económico, pero sí formativos, cambiaron mi concepción del mundo. Además, me llenaron de espiritualidad, no en el sentido religioso convencional, sino de manera profunda. Eso es invaluable y no se puede evaluar. Por ahí ha sido mi trayectoria.

E: En tu formación profesional, ¿cómo llegaste a vincular tu trabajo con la salud? Primero, ¿cuál es el concepto que crees tú que utilizamos como salud?

Después de haber colaborado en varias instituciones, tanto académicas como de servicios de salud, he descubierto que no hay un concepto unívoco de la salud, sino varias concepciones que responden no solo a identidades étnicas, sino también a determinados sectores sociales dentro de la misma identidad cultural. Por ello, el concepto de salud es polisémico y muy fértil en sus derivaciones e implicaciones. No me atrevería a dar una definición de salud, sino acercarme de manera exploratoria y experiencial a algunas nociones de la misma. Lo que sí es verdad es que la cultura occidental hegemónica, en su concepción cognitiva, administrativa y organizativa, ha colonizado no solo el concepto de salud, sino la oferta de servicios. Así, la salud se entiende más como lo físico y biológico, lo cual es rentable, y esto responde al interés del capital mundial que, a través de las farmacéuticas, posiciona la idea de que la salud se identifica más con la “enfermología” que con la búsqueda del bienestar humano.

Siempre es difícil encontrar conceptos universales o criterios universales. Aunque la filosofía occidental habla de una esencia humana y una naturaleza compartida, la antropología ha mostrado que no: el concepto de ser humano, de sociedad y de vida es diferencial y depende de las adecuaciones de cada sociedad al medio en que vive y a las formas de sobrevivencia que desarrolla.

E: Sin embargo, tratando de buscar bases comunes, ¿existen elementos universales en todas las culturas?

Sí. Todos los pueblos, más o menos de todas las épocas, tienen criterios que podrían considerarse

homologables. Por ejemplo:

No es bueno matar a menos que sea estrictamente necesario.

No es bueno mentir a menos que sea necesario para salvar la vida.

Buscar vivir en armonía con la sociedad y la naturaleza, ya que esta armonía genera bienestar y disminuye el sufrimiento.

Son algunos de los pocos elementos que se repiten en todas las culturas, con distintas fórmulas de expresión. De allí deriva el concepto de salud. En términos generales, podríamos decir que la salud es la búsqueda de un aceptable mínimo viable de bienestar vital, que incluye —en Occidente— la ausencia de enfermedad. Todos los humanos sabemos que la muerte es inevitable, pero, mientras vivamos, buscamos una vida con alguna calidad y bienestar

E: Pero si de todas formas vamos a morir, ¿no es importante que el tiempo que vivamos tenga alguna calidad de vida?

Exacto. Esa mínima calidad de vida —aunque no haya consenso sobre qué significa exactamente— podríamos considerarla como algún tipo de bienestar. Cada cultura define el bienestar y lo que implica “sufrir menos” de manera distinta. Sin embargo, a nivel teórico, podemos hablar de un concepto genérico de bienestar y calidad de vida, que está vinculado a la salud. Uno de los elementos más importantes para que la vida tenga alguna calidad es evitar o mitigar el sufrimiento que la enfermedad produce. Pero la sola ausencia de dolor o enfermedad no garantiza bienestar. La presencia de malestar, por el contrario, amenaza la calidad de vida. Por eso, la cultura occidental ha puesto mayor énfasis en la no enfermedad que en la búsqueda del bienestar. De ahí derivan los términos que usamos hoy en día: ministerios de salud, centros de salud, políticas de salud... aunque, en realidad, todas estas estructuras se enfocan más en la no enfermedad que en la promoción del bienestar integral.

E: Entonces, ¿por qué se llama Ministerio de Salud?

Esto ha sido explicado por varios autores, como Emilio Pollack y en el contexto del origen de la clínica Michel Foucault. A finales del siglo XIX, el capitalismo necesitaba consolidar niveles importantes de acumulación de riqueza. El negocio no era la salud como tal, sino la venta de protocolos, insumos y equipos clínico-biológicos que reparan la enfermedad. Por eso, los ministerios de salud tienen una imposibilidad estructural de generar salud real; lo que se busca es atender enfermedades, no crear bienestar. Hasta el siglo XIX, lo más importante para la salud eran los mecanismos de anticipación de la enfermedad —lo que hoy podríamos llamar prevención—, y esto debía ser colectivo, no individual. La medicina siempre fue, en esencia, un tema social: las bacterias por sí solas no causan enfermedad, sino que las condiciones sociales determinan quién se enferma. Por ejemplo, una persona con buena nutrición no desarrollará tuberculosis aun si entra en contacto con la bacteria de Koch, mientras que alguien desnutrido sí. Lo mismo ocurre con la mortalidad generada por desplazamientos, desastres o pobreza: no son factores biológicos aislados, sino sociales.

La medicina social surgió a finales del siglo XVIII con la Revolución Industrial, cuando las ciudades

crecieron y aparecieron problemas sanitarios como pandemias y falta de servicios básicos. Sin embargo, hacia finales del siglo XIX, con la consolidación del capitalismo, el negocio pasó a ser la farmacéutica y la atención individual, desplazando la perspectiva social de la salud.

E: ¿Cuál es la consecuencia de esta perspectiva individualizada?

La terapia se centra en el cuerpo individual. Por ejemplo, José Mahler, médico y salubrista involucrado en la Atención Primaria de la Salud, relató su experiencia en África: atendía pacientes de manera clínica, resolviendo patologías individuales con éxito. Sin embargo, las mismas personas volvían enfermas al cabo de un mes. Curar no resolvía el problema social que generaba la enfermedad. Para prevenirla, era necesario intervenir en las condiciones sociales: nutrición, saneamiento, recreación, trabajo y salario. En consecuencia, la salud no puede centrarse exclusivamente en la atención individual o la farmacoterapia. Pero el paradigma médico actual —establecido desde finales del siglo XIX— mantiene tres características: medicina individual, medicina biológica y dependencia de insumos farmacéuticos y tecnológicos, que generan un negocio millonario. Hoy, las farmacéuticas están entre las empresas más rentables del mundo, solo detrás de la industria militar y la producción de drogas. Por lo tanto, resolver la salud integral no es el interés de estas estructuras; el interés está en mantener la enfermedad y la dependencia de la farmacología.

Como señaló Foucault, la individualización de la medicina también responde a un mecanismo de control: el poder se ha ejercido históricamente sobre los cuerpos individuales.

E: Incluso más que la mente, ¿el cuerpo es el principal objetivo del control?

Exacto. Si controlan el cuerpo, aunque dejen libre la mente, te dejan “libre pero encarcelado”. Eres libre en la mente, pero no representas ningún obstáculo para el poder. Foucault señala que el objetivo del poder es controlar el cuerpo. ¿Cómo se controla? A través de sistemas de represión, el sistema carcelario, el sistema educativo y, por supuesto, el sistema sanitario. El gran paraguas que justifica este control es que “te van a reparar una patología”. Pero, además de reparar la patología, controlan el cuerpo. La medicina occidental es invasiva y violenta en el sentido de que el paciente no decide nada. Desde el inicio, te encuentras dentro de relaciones de poder. Por eso, es políticamente necesario tener un control sobre los cuerpos a propósito de la enfermedad. No es solo un tema económico o capitalista, sino también político: se controla el cuerpo quitando autonomía.

E: ¿Y cómo se evidencia esto en la práctica clínica?

Foucault muestra claramente que la relación médico-paciente es una relación de poder. El paciente llega en su peor momento físico y psíquico, con temor al riesgo de muerte, y se enfrenta a alguien que tiene el saber y el poder de decidir sobre su cuerpo y su terapia. Incluso el espacio físico refleja esta jerarquía: el paciente recostado y el médico de pie. Esto no es casual: el médico de pie representa conocimiento y autoridad; el paciente acostado, dependencia y sumisión. Es una relación de dominador-dominado de carácter político. En la práctica, el médico decide sobre el cuerpo: “tome esto”, “haga esto”, aunque el paciente no pueda opinar. El hospital funciona casi como un sistema carcelario: no puedes salir si no te dan de alta. La violencia está normalizada y justificada por la

supuesta necesidad terapéutica.

E: ¿Y este poder se refleja en la política?

Sí. Muchos políticos a nivel mundial provienen del ámbito médico. En Ecuador, varios presidentes, alcaldes y asambleístas han sido médicos. Esto muestra cómo el saber médico es también un capital cultural y simbólico que se traduce en poder político. Tener dinero no garantiza poder; necesitas saber, conocimiento, capital cultural. El saber médico es hegemónico, positivista, casi deificado. Cuestionarlo requiere un alto nivel de conocimiento. Solo recientemente se ha empezado a permitir al paciente opciones clínicas, quirúrgicas o cambios en el estilo de vida, pero en la práctica hospitalaria tradicional sigue imperando el criterio del médico: “esto es así, tómelo”.

E: No te dan opción. ¿Está clara esta parte?

Sí, súper clara. De hecho, el ejemplo que mencioné sobre la prevención y la atención es muy gráfico: eso es Occidente.

E: Para ir cerrando esta parte, ¿cómo ves algo que no sea Occidente? Por ejemplo, toda esta propuesta de salud intercultural. ¿Existe la medicina intercultural?

I: Yo prefiero hablar de *salud intercultural* en lugar de medicina intercultural, porque la primera evita las limitaciones de la medicina occidental. La salud intercultural no existe como una práctica consolidada, pero sí como un “deber ser”. La medicina occidental —clínica, biológica, individual, atravesada por relaciones de dominación racista— es tremendamente violenta para la población originaria. Por eso mucha gente no entiende por qué la población indígena resiste al hospital. Pero ¿cómo no resistir? En algunos casos todavía mandan a los pacientes indígenas a bañarse antes de auscultarlos, no por necesidad clínica, sino por prejuicio racial: que “huele mal” y que el médico no se atreve a tocar si no se baña. Incluso hace pocos años participé en un taller en un hospital de Guamote para que el personal abandonara esta práctica.

El ejemplo más emblemático es el parto. ¿Cómo puede una mujer indígena ir al hospital si el parto allí violenta prácticas culturales fundamentales? Se le hace un tacto manual, se le exige desnudez, se le aísla de la familia. En el mundo indígena, el parto es colectivo: participan esposo, familiares cercanos, se puja en conjunto. Además, no se devuelve la placenta y la postura del parto es horizontal, mientras que en la tradición indígena puede ser otra. Esto muestra la necesidad de avanzar hacia una *salud intercultural*, que permita la convivencia y la decisión compartida del paciente para usar más de un sistema de salud. El problema es que el personal de salud no está capacitado ni interesado en conocer los saberes, terapias o causalidades del mundo indígena. Muchos los consideran superstición o conocimiento inferior. Hoy, sin embargo, hay una reivindicación de los conocimientos tradicionales desde la filosofía y la epistemología occidental. Después de Foucault, ¿quién puede decir que un conocimiento que no sigue los procedimientos de la episteme occidental es descalificable? Hoy se reconoce la validez de las epistemes indígenas, es decir, conocimientos que no siguen los métodos de la cultura occidental, pero que son útiles y coherentes dentro de su contexto.

Gracias a la Declaración de Alma-Ata, se reconoce que los pueblos tienen derecho a usar saberes de distintos orígenes. Esto permite volver la mirada a las concepciones de salud de los pueblos originarios, que poseen múltiples conocimientos y metodologías con usos prácticos validados por su cultura.

La salud versus la medicalización

E: Primero, por favor, dinos tu nombre, tu profesión y tu espacio académico.

Me llamo José Sola Villena, soy médico, representante del Ecuador, nacido en San Miguel y con raíces en Guayaquil. Estudié medicina en la Universidad Central, algo de antropología en el Centro Bartolomé de las Casas en Perú y también cursé estudios en México, aunque nada de gran relevancia. Mi entrada a la antropología médica y a la salud pública se dio por una experiencia personal: la muerte de un compañero médico que tenía interés en antropología y que daba clases, le reemplacé. Esto me llevó a reflexionar sobre la salud de manera diferente y a involucrarme en la investigación y docencia en salud.

E: ¿Cómo llegaste a vincularte con la salud desde esta perspectiva?

Inicialmente, como es habitual en medicina, se hablaba poco de salud y más de prevención. La promoción de la salud solía reducirse a charlas en dispensarios, lo cual, aunque útil, es limitado. Empecé a leer sobre enfoques integrales, como *One Health*, desarrollado a finales del siglo pasado en la Universidad de Milán y promovido por el CDC de Atlanta. Esta perspectiva plantea una sola salud, considerando la interconexión entre seres humanos, animales y medio ambiente. Mientras todos hablaban de enfermedad, yo comencé a enfocarme en la salud: qué hace falta para mantenerla y cómo se estructura socialmente. Esto me llevó a cuestionar la medicalización predominante: se prioriza detectar la enfermedad sobre reconocer lo que está bien en la vida de las personas.

E: ¿Por qué crees que el concepto de enfermedad tiene tanto predominio sobre el de salud?

Por la influencia de las transnacionales farmacéuticas. Nuestro modelo de salud está basado en la prescripción de fármacos. Un médico que no prescribe no es considerado un médico "completo". Incluso cuando se promueven hábitos saludables como ejercicio o alimentación adecuada, se perciben como fenómenos secundarios frente a la enfermedad. Antes, los visitantes médicos distribuían fármacos directamente en los hospitales; hoy hay regulaciones, pero la impronta persiste. Las facultades de medicina siguen siendo, de alguna manera, templos hipocráticos donde la prescripción define al médico. Esto limita la comprensión integral de la salud, incluyendo la intersección entre la salud de las personas, los animales y el ambiente.

E: ¿Qué papel tuvo la formación en antropología en tu vida como médico y profesor?

La antropología me permitió cuestionar el modelo tradicional centrado en la enfermedad. Me ayudó a comprender que la construcción de la salud requiere considerar aspectos sociales, culturales y ambientales, y no solo protocolos clínicos o farmacológicos. Esta visión me orientó a enseñar y

promover un enfoque más integral, donde la salud se entiende como un equilibrio social, cultural y biológico, no solo como ausencia de enfermedad.

Bueno, es decir, la antropología que yo recibí de unos ilustres profesores, bastante buenos, era básicamente para entender la diferencia, no la unidad. Estudiábamos a los negros, a los indígenas de aquí, a los demás, etc. Cuando yo estudiaba, estaba de moda la antropología de la pobreza, como la de Oscar Lewis, pero esa antropología no buscaba comprender la vida humana, sino “ver al otro”. Probablemente para algunos esto era suficiente, pero para mí representaba un reto: primero entender al ser humano en sus potencialidades y no solo en su capacidad de enfermar.

E: ¿Eso es, de hecho, *salutogénesis*?

Sí, *salutogénesis*, que además tiene un origen bastante judío. Sin embargo, la *salutogénesis* también se ha vuelto un pautaje: unas condiciones que inmediatamente te transforman en enfermo. La *patogénesis* suele vencer a la *salutogénesis*, probablemente debido al modelo de consumo. Construir salud de manera auténtica parece casi una tarea reservada a quienes siguen ciertas reglas de pureza o castidad, lo que resulta difícil de pensar en una universidad donde en los bares se venden snacks, y si no venden eso, no venden nada. Hace un par de décadas surgió la moda de los espacios saludables, que tenía una intención decente, pero era más costoso que la vida misma: productos selectos, diferentes, profundos, sensibles. Ser sano se volvía difícil en un mundo de consumo, donde el entretenimiento y la socialización predominan frente a la vida saludable. Hoy, la salud se construye muy poco en la casa. Antes, íbamos a almorzar a casa y se preparaban comidas caseras; ahora casi nadie lo hace. El modelo de vida ya no es hogareño, sino externo. No se trata de elogiar la familia tradicional, sino de preguntarse: ¿dónde se ejercita o se aprende la costumbre de vida? Hoy se aprende afuera, y eso tiene implicaciones en la nutrición y la salud: en Ecuador y México, la obesidad infantil ha reemplazado problemas históricos como la desnutrición, con consecuencias graves para la salud futura.

E: ¿Por qué a los médicos no se les enseña esto?

Además de la influencia de la industria farmacéutica, existe una cuestión metodológica y de modo de vida. No se puede cobrar a una persona por decirle que se bañe o coma sano; lo que vende es la prescripción. Este modelo de medicalización —el que dicta la “magia de la prescripción”— sigue predominando: desde que yo era interno, las madres pedían vitaminas o medicamentos para los parásitos. Hoy, los productos cambian de nombre, pero el modelo permanece. A los estudiantes les visten de mandil como farmacéuticos.

E: ¿Cómo consideras, por ejemplo, en nuestra facultad, el ingreso de asignaturas como antropología de la salud o antropología médica? Tú eras profesor de antropología médica al principio, sí, en cuarto año. ¿Por qué en cuarto?

Ese currículo... no recuerdo si tuve algo que ver, quizá sí, pero no lo recuerdo bien. Lo cierto es que me di cuenta de que había una estandarización terrible: lo que hacía la medicina era primero identificar quién era el paciente para decidir qué prescribir. Era ridículo: vitaminas para ricos, vitaminas para

pobres. En algunos casos, el colmo de la pobreza obligaba a “chuparse un limón” para conseguir vitaminas. Esto representa una especie de lectura social previa: todo el mundo quiere vigorex, todo el mundo quiere estimulantes.

E: ¿Crees que hubo influencia de esto en el debate entre lo clínico y las ciencias básicas versus las ciencias clínicas?

Sí, quizás alguna influencia, aunque anecdótica. El peso de la enfermedad es grande: la patología está presente desde el primer día, cuando los estudiantes se ponen el mandil, descubriendo enfermedades en todos los factores. Todos intentamos tener ojo clínico para identificar una enfermedad que lleve nuestro nombre, una construcción histórica que probablemente viene de la Edad Media, cuando había escuelas de teología y medicina al lado, y la enfermedad se concebía como castigo que requería purificación. El panorama no ha cambiado, se ha vuelto más feroz. Lo curioso es que prácticas chinas, hindúes, amazónicas y andinas son muy bien vistas aquí porque se perciben como saludables: van con el *fitness*, la macrobiótica, la microbiótica, etc. Homeopatía, acupuntura, reflexología son para quienes pueden pagar. En cambio, el pueblo llano demanda algo que le permita trabajar, y el acceso a vitaminas, reconstituyentes, hemocitona, sigue siendo limitado, tabú desde la aparición de la farmacia. En el siglo XXI, la medicina ha evolucionado hacia lo complementario. Aquí entra *One Health* como una propuesta práctica y efectiva dentro de un nuevo contexto epistemológico o paradigma de la medicina. No se puede negar, por ejemplo, la efectividad de la acupuntura. La medicina complementaria es efectiva, pero el problema es el acceso, que depende de la economía. Reflexionando, *One Health* es una propuesta muy valiosa, cada vez más grande y epistemológica, porque no solo aborda mascotas y maceteros (una metáfora), sino también el cuidado del entorno urbano: árboles, hábitat, espacio público. La conciencia ambiental va en aumento, aunque los espacios para *One Health* siguen siendo marginales. Cambian los profesores, pero el único que sobrevive eres tú, y cada cual sigue su camino.

One Health, aunque actualmente se estudia principalmente en medicina, debería extenderse a enfermería, ingeniería, arquitectura, leyes; no se trata solo de medicina, sino de vida y hábitat. Creo que *One Health* no debería enseñarse solo en primer año, sino a lo largo de toda la carrera, porque su potencial está en prevenir la patologización y la medicalización: siempre habrá enfermedades, pero el cambio del modelo de vida ocurre antes de enfermar, no después de que la enfermedad es irresoluble.

E: Es un debate, más que una pelea. Vos, como uno de los pilares de la facultad que ha estado presente durante estos últimos veinte o veinticinco años, ¿cómo evalúas la evolución de este enfoque? ¿Crees que ha cambiado para bien?

Sí, sí. Ha dejado de ser tan rígida y “apergaminada” como cuando yo estudié. Hoy hay muchos profesores jóvenes que quizás no piensan específicamente en *One Health*, pero sí consideran otras alternativas: piensan más en la familia, más en la sociedad. Es decir, sí está cambiando, pero aún no hay una perspectiva futura clara.

E: ¿Por qué?

Porque se siguen nombrando autoridades no por su amplitud de pensamiento, sino por su militancia profesional. Eso es coherente dentro del sistema, pero deberían considerarse también otros criterios. El hecho es que ocurre lo mismo aquí que en todas partes: se llama Facultad de Medicina, pero lo que está arriba se denomina Ciencias de la Salud. Vas a Psicología y ves el mismo problema, vas a Medicina y ocurre igual. No hay todavía una perspectiva sólida sobre cómo construir salud integral, salud mental, salud comunitaria. Sobre todo, aún no comprendemos la manera de vivir de las personas. El médico dice “tienen que cuidarse” y da indicaciones, pero cuando el paciente regresa, volvemos a lo de siempre: el gordo sigue siendo gordo, el diabético sigue siendo diabético. Es un calvario: sufrimos la cruz de la enfermedad.

E: ¿Por qué no enseñamos cambios en las maneras de vivir, que son conductas más amplias?

Los médicos seguimos atrapados en un modelo histórico de sufrimiento: desvelarse, sacrificarse para ser buen médico, un modelo colonial que viene del “gordo español” que atendía a todos.

Te agradezco muchísimo, Pepe. Lindísimo.