

**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
SEDE ECUADOR**

**COMITÉ DE INVESTIGACIONES**

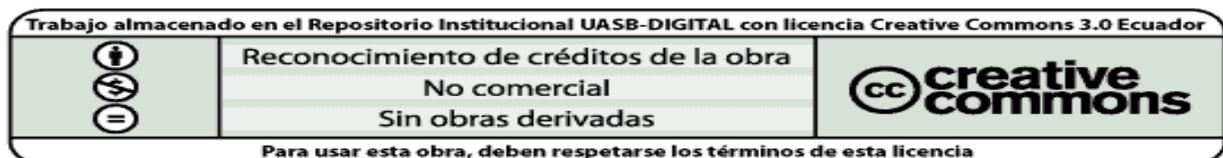
**INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**Las enfermedades más importantes en Quito y Guayaquil durante los siglos XIX y XX**

Germán Alfredo Rodas Chaves

Quito-Ecuador

2006



## **Introducción**

Las siguientes páginas recogen la revisión bibliográfica y documental referente a las enfermedades más importantes que se produjeron en las ciudades de Quito y Guayaquil durante los siglos XIX y XX, lapso correspondiente al inicio y construcción de la época republicana.

Se trabajó en este espacio temporal por dos razones: primero para dar continuidad a la investigación previa, que, sobre el mismo tema, fuera realizada para el siglo XVIII; segundo porque en estos siglos -XIX y XX- los conflictos de salud y los intentos por atender este problema, tuvieron particular importancia en la constitución social y política de los habitantes de los territorios que en la actualidad corresponden al Ecuador. De esta manera, además, nos encontramos en un intento de esbozar la situación de salud de los habitantes de nuestros territorios durante dos momentos: la época colonial, y la republicana.

Como limitaciones del trabajo debemos mencionar:

1.- A pesar del mapeo realizado no se encontró información suficiente y detallada en los archivos municipales, de salud y otros de las enfermedades, pero la información encontrada nos ayudó a conocer cuales fueron las decisiones y acciones tomadas para contrarrestar los problemas de salud de la población.

2.- El trabajo pone de manifiesto ciertas deficiencias en la información de los tipos de enfermedades que ocurrieron en Quito, a diferencia de Guayaquil en donde fue posible hallar una mayor información.

3.- Con respecto a los datos estadísticos, no se ha podido contar con información estadística respecto al número de afectados y a las enfermedades de mayor incidencia en la población, especialmente de Quito, a lo contrario de lo hallado respecto de la ciudad de Guayaquil, donde contamos con información estadística, pero no por ello suficiente para conocer a detalle las enfermedades y afectados.

4.- Otra limitante es que la investigación es el referente a que no se ha logrado cubrir exhaustivamente la totalidad de las enfermedades que se produjeron especialmente a partir

de la segunda mitad del siglo XIX en las ciudades estudiadas, ocasionando un vacío para su respectivo análisis.

Debido a las dificultades manifestadas para la investigación de información pormenorizada que nos aclarare cada enfermedad y síntoma que afectó a los ciudadanos en estos siglos, este informe no se constituye en un análisis exhaustivo del tema, sino más bien en una propuesta reflexiva sobre las causas y consecuencias directas de las enfermedades y, a partir de ello, busca llamar la atención sobre las iniciativas que se llevaron a cabo por parte de las autoridades con respecto al estado sanitario de las más importantes ciudades del Ecuador.

Como consecuencia del perfil de análisis asumido, paralelamente al trabajo central, se ha logrado identificar acciones que podrían ser interpretadas como “políticas” de salud, las mismas que fueron desarrolladas desde las instancias municipales de Quito y Guayaquil y que luego, en el siglo XX, fueron articuladas a la actividad misma del Estado, permitiendo una institucionalización para atender los conflictos de salud (aún en el área preventiva, mas allá de los comportamientos en el plano estrictamente curativo) que, a contrapelo, a finales del mismo siglo han intentado ser desarticulados en medio de las llamadas políticas de las privatizaciones, asunto que, por la lucha social, ha detenido, en gran parte, tales pretensiones.

La búsqueda de información logró cumplir con el objetivo de determinar la situación de salud de las poblaciones de las dos ciudades motivo de este trabajo y, consecuentemente, ha logrado identificar las enfermedades más importantes que afectaron a ambas poblaciones y las peculiaridades propias de cada lugar. De esta manera se cataloga como “grandes enfermedades”, a aquellas que tuvieron el carácter de epidemias o de pandemias, –y que afectaron por igual a Quito Guayaquil–, en tanto han sido determinadas como enfermedades “comunes” aquellas que afectaron importantemente a cada ciudad pero cuya incidencia tuvo particularidades y características propias.

Cabe mencionar el hecho de que este trabajo no logró hacer una distinción poblacional de los afectados por las distintas enfermedades, por tanto la discriminación de los sectores poblacionales afectados es una gran ausencia en el documento.

Más allá de los resultados, sin embargo, el texto pretende ser un marco general de la época, que invita a proseguir con nuevas investigaciones que proporcionen más pistas sobre este tema tan importante y comprender más claramente la historia social de nuestro pueblo en un momento clave de construcción de nuevos referentes sociales.

Como se verá, los siglos XIX y XX revelan importantes pasos dados por nuestros pobladores en materia de sanidad y accionar público, asunto determinante a la hora de recuperar la información pertinente a fin de reconstruir la historia de la medicina en el Ecuador.

# CAPITULO 1

## *Grandes Enfermedades en Quito durante los siglos XIX y XX.*

### **1.1 Antecedentes Históricos**

Los siglos XIX y XX tuvieron particular importancia en la Historia del actual Ecuador, dado que durante el primer período se produjo la Independencia y el inicio del proceso de construcción del Estado Nación; y, en el segundo, la consolidación del Estado.

En el siglo XIX se inició y consolidó el resquebrajamiento y separación del Estado Colonial, absolutamente vinculado a la Religión Católica, a partir de lo cual las estructuras existentes tuvieron que modificarse y acomodarse en medio de batallas, movilizaciones armadas, ajustes y reajustes políticos que incidieron en los aspectos sociales y económicos.

En el siglo XX, el proceso de construcción del Estado continuó, se institucionalizó el Laicismo, aparecieron nuevas instituciones que se hicieron cargo de encaminar los diferentes aspectos que necesitaban atención, —como el referente a afrontar los conflictos de la enfermedad—, al tiempo que se necesitó enfrentar la modernidad en el contexto de una vida profundamente rural en la cual desarrolló sus actividades el Ecuador.

Hasta la segunda mitad del siglo XX, la economía del país estuvo basada, principalmente, en la exportación de productos agrícolas. Recién en la segunda mitad del siglo XX, el Estado pudo asumir directamente complejas actividades inherentes a su rol como en la explotación y exportación del petróleo, mientras que la industrialización llegaba al Ecuador de forma muy rudimentaria y escasa. Fueron pocas las empresas industriales que se desarrollaron y crecieron en un contexto de embates económicos constantes, sobre todo en los últimos 25 años del siglo XX, cuando las diferentes instancias del poder en el intento de insertar al Estado Ecuatoriano en el mundo moderno, produjeron el deterioro del agro, desmantelaron y despilfarraron los bienes estatales para beneficio de intereses privados.

La vida de los pobladores del Ecuador del siglo XIX, —y también de la mitad del siglo XX—, estuvo íntimamente relacionada con el agro. Las deficientes condiciones económicas,

obligaron permanentemente a los campesinos a migrar a las ciudades principales, provocando un desproporcionado crecimiento urbano, que se volvió evidente en las ciudades que tenían mayor crecimiento económico: Quito por su tradición administrativa y sede de las actividades del Gobierno; y, Guayaquil, debido a su trascendental liderazgo entre las ciudades de la costa al convertirse en uno de los puertos de importancia en el Pacífico Sur.

Las migraciones permanentemente produjeron presión en la población receptora y en sus autoridades locales, puesto que casi siempre las ciudades carecían de servicios suficientes para su propia población, no se diga para atender el crecimiento poblacional desproporcionado. Frente a esta circunstancia el abastecimiento de agua, vivienda, alimentación e incluso de medicinas y servicios de salud, se volvieron insuficientes complicando la situación de salubridad de las poblaciones que, además, en medio de enfermedades, epidemias y catástrofes naturales configuraron situaciones de verdadera emergencia social.

En todo caso, la continua movilización de los ciudadanos de todos los rincones del país hacia las ciudades que, con mayor rapidez consolidaban su economía, ha sido uno de los aspectos más importantes en estos siglos, pero de lo cual poco conocemos. La migración se constituyó, así, en un factor sustantivo en la dinámica social, política y económica del país, por lo que se produjo como un fenómeno adyacente a las diferentes necesidades y oportunidades de trabajo que se presentaban especialmente en Quito y Guayaquil, lo cual demuestra que este fenómeno fue consustancial a la subsistencia más elemental que se procuraban los ciudadanos del país.

En este entorno, además, miles de comerciantes se movilizaban constantemente para proveer a las ciudades y pueblos de comestibles, ropas, artículos de lujo, etc. asunto este que lo rescato de manera puntual, pues esta circunstancia se constituyó, también, en un elemento migratorio de interesante significación en la realidad poblacional del Ecuador.

Otro importante elemento que afianzó la migración fue el proveniente de la movilización militar, pues la construcción de la nueva República se definió con muchas batallas y las milicias requirieron de constantes traslados de hombres a diferentes pueblos y regiones. Para ello, enormes contingentes de trabajadores fueron alistados también en las muchas campañas militares durante los siglos XIX y XX y no podemos dejar de mencionar esta

circunstancia que, dadas las condiciones de la época, provocaron preocupantes circunstancias en materia de sanidad pública, lo cual precipitó el desarrollo de enfermedades y el contagio indiscriminado.

Por las razones expuestas es evidente que tanto la migración definitiva o aquella que tuvo el carácter de temporal, se convirtieron, -con facilidad y rapidez-, en fuentes de germinación y puente de contagio de muchas de las enfermedades que revisará.

## **1.2 La herencia científica del siglo XVIII**

Se puede señalar que el siglo XIX se inició con dos ventajas en términos científicos:

- 1.- El siglo XVIII había dejado como herencia grandes descubrimientos científicos en el mundo y particularmente en la Audiencia de Quito, en donde se había producido la exploración de los académicos franceses para las mediciones geográficas y en cuyo contexto se produjeron avances en el conocimiento botánico y médico de la época.; y,
- 2.- Hacia 1804 ya se había emprendido la campaña filantrópica de lucha en contra de la viruela, a la que se denominó “La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna”, que permitió liberar a las colonias americanas del azote de la grave enfermedad.

La primera circunstancia enumerada, provocó un importante desarrollo en el conocimiento de la botánica y de la geografía de nuestros territorios. Las Misiones científicas además aportaron al desarrollo de la medicina en nuestro medio, provocando, como consecuencia, la puesta en marcha de nuevas técnicas en el tratamiento de las enfermedades de nuestras poblaciones, incluso, el paso hacia la medicina práctica mediante el conocimiento del cuerpo humano a través de las autopsias.

En efecto, los descubrimientos científicos motivaron a muchos científicos de la Audiencia a que se interesaran en el conocimiento de las ciencias y que promovieran su discusión. Gracias a ello personajes quiteños como Mejía, Lequerica y Eugenio Espejo, quienes se inspiraron en los trabajos de Mutis, Caldas, Humboldt y Bompland<sup>1</sup> para ejercitar sus propias averiguaciones científicas, formular propuestas y desarrollar un espacio que, en

---

<sup>1</sup> Estos últimos llegaron a Quito en 1802, Edmundo Estévez, **La Historia Médica de Quito en la Historia de las Ciencias Naturales**, Universidad Central del Ecuador, 1996, p: 26.

materia de salud, demostró, también, que la evolución en la historia de las ideas era parte de nuestra realidad.

El médico Eugenio Espejo, -para citar una realidad concreta-, se había destacado como un estudioso de la ciencia; y, especializándose en medicina, enfocó sus estudios en descubrir las razones debido a las cuales se producían las enfermedades y las causas que favorecían su transmisión. Esta reflexión académica se produjo alrededor, especialmente, de la presencia de la enfermedad de la viruela, cuyo mal azotó a las colonias españolas con una virulencia tal que al parecer no había remedio para el mismo. Espejo, debido a sus estudios sobre esta compleja situación, fue uno de los primeros que en Quito propuso la idea de que la viruela se transmitía por la contaminación de los objetos de uso personal de los enfermos. Para 1785 Espejo había escrito ya varios textos como resultados de sus estudios, quizá uno de los más importantes fue “Reflexiones”, en donde se exponían ideas sobre la forma en que la población podía preservarse de las viruelas.

En este entorno “Reflexiones” se constituyó en el resultado de una observación crítica del estado higiénico y sanitario de la ciudad de Quito y de los hábitos de sus pobladores (Estévez, 1996:29), a partir de cuya circunstancia logró establecer las posibles causas de la propagación de las enfermedades, y como complemento propuso reformas en la enseñanza médica, profundizando el aprendizaje de la Anatomía, la Fisiología y la Botánica.

El conocimiento de la botánica se vigorizó en este periodo con el objetivo de conocer dónde se podían localizar determinadas plantas y de qué manera éstas podían utilizarse para contrarrestar ciertas enfermedades. Lo interesante fue que no solamente Espejo se enriqueció con este conocimiento, sino que muchos otros interesados en la medicina siguieron este comportamiento en las siguientes décadas contribuyendo al desarrollo de la ciencia botánica.

La segunda ventaja con la cual se inició el siglo XIX es, paradójicamente, proporcional con las consecuencias nefastas de la viruela. Dado que esta enfermedad se había convertido en el azote de las poblaciones de la América Española, desde Europa se emprendió con una campaña para librar a las colonias americanas de esta terrible enfermedad. Así, esta campaña, emprendida para frenar la expansión y permanencia de la enfermedad, en la

Audiencia de Quito, como el resto de los territorios hispanoamericanos, significó la visita de la Campaña Real y Filantrópica de la Vacuna contra la viruela.

Se denominó Real pues fue una expedición organizada y financiada directamente por la Corona Española y Filantrópica debido a que buscó el beneficio de la población que vivía en América. Hasta la Audiencia de Quito la misión llegó en 1804, y luego, mediante la creación de la "Junta de la Vacuna" (julio de 1805), se estableció el mecanismo de distribución de la vacuna en nuestro territorio. La junta de la vacuna, se constituyó como un instrumento regulador para la administración de la vacuna, pues, además, debió precisar quienes cumplirían el rol de vacunadores previa la instrucción en ese menester.

No obstante, el aporte científico más importante de la misión fue la información científica sobre cómo obtener el fluido vacuno que habría de impedir la presencia y propagación de la viruela. Esta misión promovió el compromiso, en general, de los cabildos que permitió cuidar a los ciudadanos frente a la plaga de la viruela y, sobre todo, que se definiera, como ocurrió en Quito, una conducta profiláctica en esta misma materia. Así, puedo afirmar que la Campaña de la Vacuna tuvo dos logros:

- Frenar el avance de la enfermedad;
- Iniciar diferentes prácticas de inoculación en los territorios de la Audiencia.

A consecuencia de ello, la población americana no solo que iba siendo vacunada, sino que la vida social y económica podía desarrollarse de manera normal y a largo plazo. De tal forma, la Misión Filantrópica no solo trajo la “vacuna”, sino que, además, propuso dos formas de adquirirla: por inoculación cuerpo a cuerpo; o, por la búsqueda del fluido vacuno en nuestros propios territorios.

Como consecuencia, es posible que la misión de la vacuna, ya en nuestros territorios, se haya convertido en la campaña de sanidad más importante en el siglo XIX, al tiempo que se habría extendido hasta la segunda mitad del siglo XX. Debido a lo cual es válido afirmar que la viruela fue la enfermedad más combatida en estos siglos.

A esta campaña, en territorios de la Real Audiencia de Quito, se sumó la importancia de los conocimientos científicos que se habían estado desarrollando en nuestros territorios.

Evidentemente, las misiones de vacunación constituyeron un paso muy importante en el control de la enfermedad, asunto que luego sería institucionalizado cuando los médicos y científicos fueron impulsados por los Cabildos para la investigación y control de la enfermedad desde nuestros territorios.

### **1.3 Enfermedades importantes que afectaron a la población de Quito en el siglo XIX.**

La documentación que descubre con claridad, aunque limitadamente, la situación sanitaria y de salud de las poblaciones de Quito, es la documentación municipal. Si bien esta documentación presenta muchas ausencias, frecuentemente es la más útil para discernir cuáles fueron las decisiones y acciones tomadas en las diferentes ciudades para contrarrestar problemas de la población, pero también denuncia las urgencias sanitarias de la época. Sin embargo, no es la única, también existen informes que brindan elementos interesantes sobre nuestro tema.

#### **1.3.1 Enfermedades comunes**

En Quito se han podido establecer enfermedades frecuentes a las que la población ya se había acostumbrado y que fueron combatidas con remedios caseros y con el uso de la medicina tradicional, esto es mediante el consumo de plantas medicinales. Las enfermedades a las que me refiero estuvieron vinculadas con las características propias de la población de la ciudad, al clima, así como con sus hábitos alimenticios, etc. También se desarrollaron enfermedades que lejos de poder aliviarse con las plantas medicinales perseveraron en los individuos y se presentaron, indistintamente, entre la población sin discriminación de clima, hábitos culturales, ó condición social. En términos generales, se puede afirmar que la mayoría de las enfermedades afectaron a individuos de cualquier condición social, edad o sexo.

En ese contexto, entre las enfermedades frecuentes o comunes se puede citar a las *fiebres* (desconocidas e intermitentes), a los *malestares intestinales* provocados por la ingestión de alimentos contaminados o en malas condiciones higiénicas, a las fiebres producidas por insectos. A menudo se encontraban también problemas de salud relacionados con los cambios climáticos. En ese sentido, las enfermedades estomacales, respiratorias e infecciosas afectaron frecuentemente a la población de diferentes edades, sexo y condiciones

sociales. En este laberinto de males desconocidos, y por ende con tratamientos a veces inadecuados, se produjeron estudios que dieron cuenta que a más de las muertes provocadas por enfermedades ignoradas, existían afecciones graves de salud específicas: el paludismo, la hepatitis<sup>2</sup>, y hasta las hemorroides<sup>3</sup>. Estas enfermedades, sin embargo, no produjeron daños catastróficos y mortandad que lamentar, más allá de las preocupaciones debidas entre los habitantes.

Durante el período de la Independencia, se produjo, por ejemplo, la presencia de un mal conocido como *tabardillo*, que se producía generalmente entre los campesinos (León, 37-137), En 1838, precisamente, el Cabildo discutía los riesgos del contagio de múltiples enfermedades debido, especialmente, a que desde la Casa del Lazareto se evacuaban aguas contaminadas de manera tan inadecuada, que terminaban mezclándose con las aguas públicas.

El enterramiento de cadáveres fue otro problema ya que se constituía en otro foco infeccioso, pues muchos cuerpos fueron inadecuadamente enterrados, como, en efecto, ocurrió en 1859 año en el que se había detectado, por ejemplo, que en el barrio de San Roque apareció una enfermedad que, a pasos alarmantes, infectaba a los vecinos del lugar, circunstancia que obligó a que las autoridades locales dispusiesen que se revisen los métodos de enterramiento de los cadáveres, toda vez que fue notorio la presencia de gases pútridos que enfermaban a la población del referido barrio. Para evitar el contagio, uno de los médicos del lugar, el doctor Roberto Sierra, estableció una serie de procedimientos para los entierros a fin de precautelar la salud de los ciudadanos.

A más del inadecuado sistema de enterramiento de los cadáveres las enfermedades y epidemias tuvieron muchas formas de expandirse entre la población. Por ello el Cabildo de Quito concentró su actividad al interior de la ciudad y de sus extramuros, puesto que las enfermedades no quedaban estáticas en las ciudades, sino que provenían desde los diversos sitios aledaños a la ciudad y se dirigían hacia los poblados cercanos a ella. Un ejemplo de ello fue lo que ocurrió hacia 1865 cuando el Consejo Municipal conoció de una comunicación del Sr. Gobernador de la provincia, en referencia a que la población del Valle de los Chillos estaba siendo afectada por una epidemia mortal. Contener los estragos de la

---

<sup>2</sup> Libro de actas de 1873, tomo II, 00208, 20 de marzo de 1873, f: 197.

<sup>3</sup> Acta del 6 de septiembre de 1873, f: 297.

enfermedad requirió movilizar personal médico hacia las zonas afectadas. En ese valle, muchas haciendas notificaron continuamente sobre campesinos y trabajadores enfermos, aunque no se especificaba de qué tipo de epidemia o enfermedad se trataba.<sup>4</sup> En esa ocasión se nombró urgentemente a un facultativo para que se trasladara al Valle de los Chillos a informarse de las características de la epidemia, luego procedió a impartir instrucciones sobre el método curativo necesario para evitar la propagación de la enfermedad.

Lo mismo ocurrió un poco más tarde, en 1865, en la zona de Perucho, en donde había aparecido una epidemia desconocida que comenzó a diezmar a su población. Al igual que en el Valle de los Chillos, desde Quito se envió a un facultativo nombrado por el Cabildo o la Facultad Médica<sup>5</sup> con el objeto de atender la crisis y buscar la causa del fenómeno. Así el Cabildo asumió, directamente, la búsqueda de soluciones a situaciones de enfermedad acontecidas en lugares próximos, que se podían convertir en una amenaza para la ciudad por el inminente contagio.

Las “epidemias” o enfermedades que se produjeron dentro y fuera de Quito fueron permanentes, por ello los médicos de la ciudad, debieron trasladarse a los diferentes pueblos para tratar de curarlas. Lo mismo ocurrió en la población de Puembo, donde igualmente había surgido una enfermedad que había provocado 80 muertos y unos 60 enfermos. En esa época, el doctor Sierra señaló que el alcance de contagio fue muy alto, pero no pudo explicar exactamente qué tipo de enfermedad era la que se había hecho presente, sino solamente se refirió a la existencia de una terrible epidemia de fiebres altas.<sup>6</sup>

En muchas otras circunstancias la información a la que se ha podido acceder solo habla de “epidemias mortíferas”, como la ocurrida en Guajaló en 1863. En este caso, para conocer más sobre lo que acontecía en los pueblos cercanos a Quito se nombró a una Comisión para saber el tipo de enfermedad que se venía propagando<sup>7</sup>. La situación de Guajaló se presentó muy parecida a la que había ocurrido en Perucho, Puembo, Cangahua, Cayambe y Zámbara,

---

<sup>4</sup> Acta del 21 de febrero de 1865, Archivo Municipal de Quito, F: 140 reverso.

<sup>5</sup> Se fijó como honorarios del facultativo la cantidad de cien pesos en pago de sus honorarios y una cantidad para la compra de drogas y medicinas. Archivo Municipal de Quito, Acta del 27 de marzo de 1865, F: 21.

<sup>6</sup> Comunicación dirigida al Presidente del Consejo. Libro de Actas de 1869, Quito 4 de agosto de 1869, f. 54. Archivo Municipal de Quito. Firmada por el Sr. Ramón Aguirre.

<sup>7</sup> Acta de 7 de enero de 1863, Archivo Municipal de Quito.

en cuyos sitios las epidemias cobraron muchas víctimas y enfermos. La característica común de este mal fue el que los ciudadanos fallecieron víctimas de fiebres intensas.

En 1869, se repitió en los mismos pueblos.<sup>8</sup> Había muchos muertos en los lugares poblados y se hacía difícil calcular el número de fallecidos en las alturas. Entre los muertos se contaban niños y adultos, lo que provocó angustia y desesperación entre los vecinos del lugar,<sup>9</sup> a más de sobresalto entre pobladores de la ciudad de Quito que veían no solo desaparecer a los pobladores de lugares próximos a la ciudad, sino que temían el que tales afecciones llegaran a su medio.

En este orden de cosas, en el mes Julio de 1869 aparecieron abundantes casos de fiebres intermitentes que provocaron la muerte de varios pobladores de todas las clases, edades y sexos. Las diferentes poblaciones afectadas contabilizaron 20 muertos y 100 enfermos por día. Aquello puede ser catalogado como una verdadera epidemia y por ello se comprende que desde Quito se despacharan drogas y médicos necesarios para atender a las poblaciones afectadas por estas fiebres<sup>10</sup>.

En tanto entre 1880 y 1904 se ha podido precisar que ingresaron al Hospital San Juan de Dios alrededor de 6184 enfermos de *tifoidea*, afección que propició 695 muertos. Estos datos los consignamos para referir el estado de salud de la población en el período histórico en estudio y a fin de afirmar que, a más de las entidades patológicas plenamente identificadas, se presentaron otros males, debido a lo cual las autoridades de la ciudad realizaron varios esfuerzos para procurar preservar la salud de sus pobladores.

Es importante recalcar que el clima de la ciudad de Quito<sup>11</sup> ayudaba a la mejoría de algunos pacientes que se trasladaban para curarse de algunas enfermedades; pero por otro lado se producía el desarrollo de enfermedades respiratorias. A ello podemos sumaban las *enfermedades hepáticas y gastrointestinales*, así como la *tuberculosis*. De ésta última se conocía que provenía de la costa, —en donde se presentaba, supuestamente, favorecida por

---

<sup>8</sup> Libro de Actas de la ciudad de Quito correspondientes a abril y mayo de 1869, ff: 232, 235, 237, 295. Archivo Municipal de Quito.

<sup>9</sup> Libro de Actas de 1869, T. I. Acta de 13 de mayo de 1869, F: 580. F. 582.

<sup>10</sup> Acta del 3 de julio de 1869.

<sup>11</sup> Angel Sáenz, "Breves observaciones acerca del clima de la ciudad de Quito con relación a algunas enfermedades", en Revista Corporación de Estudios de Medicina, Quito, marzo 5 de 1905, Tomo IV, N. 38, Archivo Histórico Municipal N.2 Guayaquil.

causas particulares de la región—, y que se había desarrollado en Quito a causa como ya habíamos dicho por la presencia de enfermos que venían a curar en la sierra y se sumaría a esto los procesos migratorios desde el Litoral.<sup>12</sup>.

### 1.3.2 La viruela y las acciones de las autoridades locales

Las enfermedades epidémicas que realmente preocupaban a la población y a las autoridades locales fueron las enfermedades propias de la infancia, algunas enfermedades de transmisión sexual. No obstante la *viruela* se constituyó en el mayor problema de salud de la comunidad al extremo que su presencia determinó la vida y las actividades de los habitantes de Quito.

Como había mencionado, la viruela se había convertido, durante la Colonia, en el azote de la población y había producido un sinnúmero de muertes. Afectó tanto a poblaciones indígenas, como a grupos blancos y negros; dejó huellas en los rostros y en la vida de las personas, causó más traumas y problemas para la población que cualquier otra enfermedad. Por tanto, los esfuerzos de los médicos y las autoridades locales se dirigieron a contener la propagación de esa enfermedad, básicamente a través de la búsqueda y el uso del fluido vacuno que impedía la expansión de la viruela. La realidad descrita generó que el Cabildo de la ciudad adoptara medidas para atender las situaciones de pandemia, para cuyo efecto por un lado auspició el desarrollo de la investigación y la búsqueda de la vacuna contra la viruela y, de otra parte, intentó mejorar el estado de las instituciones que recogían enfermos.

La campaña sanitaria inferida en el párrafo anterior logró difundir la necesidad del uso de la vacuna para cuyo efecto se convocó a la población que asistiera a las escuelas y destacamentos para suministrarles la vacuna. Podemos señalar que este fue un comportamiento profiláctico y que se constituyó en el antecedente histórico de la medicina preventiva en la historia del país. En ese contexto la ciudad de Quito adquirió la responsabilidad de distribuir los fluidos vacunos para el control de la enfermedad y la vacunación de las poblaciones. En 1834, el Jefe de Policía informó al Cabildo que la ciudad se "hallaba apestada con la grave epidemia"<sup>13</sup> y que se debía proceder a la vacunación.

---

<sup>12</sup> Archivo Histórico Municipal de Quito, Libro de Actas de 1902, Carta enviada al Sr. Presidente del Concejo Municipal de la ciudad, Quito, 16 de junio de 1902, 8 ff.

<sup>13</sup> LIBRO DE ACTAS DEL CONSEJO 1834-1839

Libro de Actas de año 1834

Acta 56

Pág. Ilegible.

En suma, en la primera mitad del siglo XIX la presencia de la viruela, -que en momentos determinados de dicho periodo recrudecía como epidemia-, concentró muchos de los esfuerzos médicos, curativos y profilácticos, asunto este último de enorme importancia pues de esta manera la viruela exigió el desarrollo de acciones de vacunación que involucró al conjunto de la población bajo el mando del Municipio, iniciándose de esta forma, la presencia de una rudimentaria conducta de salud pública.

Se puede afirmar, además, que a partir de las diferentes informaciones que recibió el Cabildo de Quito, respecto del apareamiento de diferentes enfermedades, las autoridades decidieron acciones inmediatas. En todo caso, estas tareas de salud no tuvieron concatenación, pues respondieron al carácter de la evolución de la sociedad. En este orden de cosas podemos decir que los ejes y políticas de salud giraron alrededor de:

- a.- Impulso de la fe religiosa.
- b.- Localización de Brotes Epidémicos, movilización de médicos para la curación de enfermos, aprovisionamiento de las boticas y mejoramiento de la situación sanitaria.
- c.- Búsqueda del fluido vacuno y vacunación de la población de la ciudad y los poblados cercanos para evitar el contagio de la viruela.
- d.- Mantenimiento y cuidado de las instituciones dedicadas a la recepción de enfermos.

#### *a) Impulso de la fe religiosa*

Las rogativas y las peregrinaciones fueron una herencia cultural colonial. Debido a la tradición profundamente católica de la población, esta práctica había sido desarrollada plenamente desde la Época Colonial. La pervivencia de estas prácticas nos permite advertir, al mismo tiempo, los límites reales que en nuestro medio tuvo el desarrollo de las ciencias y de la medicina -a diferencia de otras latitudes americanas-.<sup>14</sup>

Una muestra de lo afirmado constituyen los novenarios celebrados en honor a la Virgen María y las advocaciones para las vírgenes de las Mercedes y del Quinche.<sup>15</sup> La intervención de la Virgen María para la cura y sanación de la población, se encontraba

---

<sup>14</sup> Esta información se ve corroborada por el Dr. Plutarco Naranjo en la entrevista a él realizada y que consta en el Anexo 3 de este estudio .

<sup>15</sup> Para los novenarios, se trasladaba a la santísima imagen hasta la Sta. Iglesia de la Catedral Actas del año 1820.- desde el 19 de enero hasta el 5 de septiembre-, N ° 156 hoja N ° 18. Don Manuel Muñoz- Alcalde ordinario

férreamente consolidada en el pensamiento de la gente. Se creía que por su mediación se podrían eliminar no solo los problemas personales e individuales, sino también las pestes y demás males que consternaban a esa ciudad.<sup>16</sup>.

Obviamente estos métodos constituyeron un paliativo cultural y personal. De hecho las enfermedades no desaparecían y la muerte estuvo presente no solo en los individuos comunes como artesanos y campesinos, sino también en los religiosos. Las oraciones ya no fueron suficientes para detener la crisis en la salud de los ciudadanos, lo cual condujo que se buscaran otras acciones, -enn clara demostración, además, de la evolución de las ideas-, para enfrentar el drama de la muerte como factor agregado a la enfermedad.

***b) Localización de Brotes Epidémicos, movilización de médicos para la curación de enfermos, aprovisionamiento de las boticas y mejoramiento de la situación sanitaria.***

Los brotes epidémicos se produjeron en Quito y sus alrededores debido, sobre todo, a las siguientes circunstancias: ciudades descuidadas e insalubres; aguas contaminadas; y hábitos desfavorables en la vida cotidiana. Estos aspectos generaron el aparecimiento de virus desconocidos y el desarrollo de epidemias.

A partir de la localización de los brotes epidémicos, el cabildo utilizó a la policía para visitar las ciudades y pueblos infectados. Se organizaba, entonces, al personal médico que se encontraba respaldado por la Facultad de Medicina. El personal de policía se encargaba de vigilar la limpieza de las calles, mientras que el personal médico se dedicaba a atender a la población enferma.

Debido a que los médicos necesitaban medicinas para el tratamiento de los enfermos, también se procedió a revisar el estado de las boticas de la ciudad. Esto ocurrió, indistintamente, a lo largo del siglo XIX, en 1839, por ejemplo, se habló de una “enfermedad” que sufría la población, lo cual hizo que se revisara el estado de las medicinas. Los resultados fueron que las boticas de la ciudad no estaban bien surtidas, a lo cual debió sumarse que los boticarios pusieron precios arbitrarios a los fármacos aprovechándose de las calamidades públicas<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> **LIBRO DE ACTAS 1821-1826.**

Actas 1821 y 1822 N° 35 Pág. 27

Habilitado Jurado por el Rey la constitución en el 9 de marzo de 1820 Págs. 2\*.

<sup>17</sup> Año 1839, Acta 295, p: 24.

Estas visitas ocurrían constantemente, así en 1846, el Ilustre Concejo mandó visitar los hospitales y el hospicio para ver los tratamientos que se les brindaba a los enfermos<sup>18</sup>, pero también concurren los delegados para constatar el abastecimiento de las boticas. Se concluyó, luego, que las medicinas no tenían la preparación adecuada<sup>19</sup> y que, otro factor de riesgo, constituía el hecho de que había animales contagiando enfermedades a la población, como fue el caso de los perros callejeros<sup>20</sup>.

Otro problema de la salud pública estuvo relacionado en que los enfermos de procedencia humilde y de condición económica paupérrima no solo que no podían obtener las medicinas. Frente a este conflicto el Consejo Municipal reguló la asistencia médica para los pobres.<sup>21</sup> De esa forma los “médicos de pobres” podían atender a los enfermos en el Hospital de la Caridad, y a veces en sus casas, como una ayuda no solo para aliviar a los enfermos pobres, sino para continuar con la búsqueda de las posibles causas de las enfermedades. Así se estableció, además, contratos públicos con las boticas para la provisión de medicamentos para los enfermos de condiciones económicas exiguas.

A partir de la Investigación, se ha podido determinar que la Facultad de Medicina tuvo enorme importancia, sobre todo porque trataba de regular la práctica médica. El Cabildo incluyó a este organismo para respaldar las actividades científicas de la época. La Facultad, además, adquirió en 1869,<sup>22</sup> la responsabilidad de velar por las tarifas de los medicamentos que se expendían en las boticas, especialmente para los pobres.<sup>23</sup>

Otra dirección que tomó la autoridad local fue la limpieza de las calles. Los hábitos higiénicos de los habitantes no mejoraban. Fue muy común encontrar desechos de animales, de vegetales, alimentos, etc. en las calles. Entre los aspectos más perjudiciales se debe

---

<sup>18</sup> FECHA 25-VI-1846 ACTA 68 PÁG. 58

<sup>19</sup> FECHA 11-IX-1846, ACTA 81, PÁG. 71

Pide el Comisario se nombre una comisión de la municipalidad para poner un facultativo que designe a la Junta médica para que procedan a inspeccionar las boticas, donde se vendió remedios mal preparados. El Consejo comisionó al Dr. Cayetano Uribe.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> En 1853, el administrador del hospicio discutía la decisión del Ilustre Concejo sobre que se admita en el Hospital a los enfermos declarados incurables FECHA 2- VIII- 1853 ACTA 262 PÁG 45

<sup>22</sup> FECHA 15-IV-1856 ACTA 93 PÁG 25

<sup>23</sup> Acta del 15 de septiembre de 1869, Libro de Actas de 1869, tomo 2, N. 108, f: 185, Archivo Municipal de Quito.

mencionar el consumo de agua contaminada y de alimentos en mal estado; a ello puede sumarse la utilización de bienes personales contaminados. No constituía novedad que los barrios de la ciudad estuvieran afectados por la presencia de basura. Por ello, la presencia de enfermedades fue una constante como ocurrió en 1859, cuando en el barrio de San Roque se propagó una epidemia en forma alarmante. Como estrategia urgente, frente al ejemplo descrito, se inició la limpieza de las calles, el control de las acequias, y, la prohibición de mataderos de ganado en las cercanías. Complementariamente, se estableció que en el panteón de San Diego se inhumaran los cadáveres lo mejor posible, haciendo que las bóvedas se sellen con cal y ladrillo<sup>24</sup>. Estas medidas aunque se fueron registrando como normas de Régimen Municipal, sin embargo, no detuvieron el ataque frecuente de las epidemias.<sup>25</sup>.

Desde 1838, se había establecido como norma municipal que la Casa del Lazareto evacue sus aguas por medio de acueductos o acequias paralelas a la de consumo doméstico con el objetivo de evitar la contaminación de la gente sana<sup>26</sup>. Para ello se recomendaba evitar la mezcla de las aguas suspendiendo su curso, separándolas por un canal pequeño para que el agua fuera consumida solamente en casa de los Clefacianos.<sup>27</sup> En 1861 uno de los inspectores nombrados por el Cabildo, señaló la importancia de que el público usara aguas limpias evitando las que provenían del Hospicio.<sup>28</sup> Por las necesidades internas del Hospital, en 1865, por fin se cristalizó el inicio de la construcción de un acueducto para la distribución de las aguas y la atención de los enfermos.<sup>29</sup>

***c) Búsqueda del fluido vacuno y la vacunación general de Quito y los poblados cercanos para evitar el contagio de la viruela.***

---

<sup>24</sup> Acta 256, Libro de actas de 1853 y 1854.

<sup>25</sup> El art. 44 del reglamento municipal, por ejemplo disponía: "lo conveniente para el aseo de las calles y evitar el progreso de una epidemia general" LIBRO DE ACTAS DEL CONSEJO 1834-1839 Libro de Actas de año 1834 Acta 56 Pág. Ilegible.

<sup>26</sup> AÑO 1838, ACTA 250, Pág. 36

En la ciudad de San Francisco de Quito el veinte y cinco de octubre de mil ochocientos treinta y ocho. Se reunió el Ilustre Consejo Municipal en cabildo extraordinario presidido por el Sr. Miguel Carrión

<sup>27</sup> AÑO 1838 25/ X.

ACTA 261 PÁG. 38

"Sobre las aguas del Hospicio, luego se dio lectura al informe emitido por los señores doctores Manuel Espinosa y Cayetano Uribe.

<sup>28</sup> ACTA 18; Pág. 18; 15-02-1861.

<sup>29</sup> . Se decidió que el acueducto pase por el segundo patio para llegar a la pila principal. Acta del 28 de octubre de 1865, f: 71.

Hemos podido identificar que el accionar de los médicos se concentró en localizar los brotes epidémicos, investigar las posibilidades de encontrar el mejor fluido vacuno; y, elaborar cronogramas de vacunación contra el mal de la viruela.

Como se ha señalado anteriormente, uno de los aportes médicos de la Campaña de Vacunación emprendida desde Europa, fue el impulso al desarrollo de la investigación para identificar los lugares donde se pudiera extraer la vacuna. Se han identificado dos formas de vacunación para controlar la enfermedad: la inoculación cuerpo a cuerpo y inoculación indirecta por medio de la vacuna en sí misma, sin necesidad de tener un “donante” permanente.

Fue precisamente el Cabildo el que movilizó al personal para la búsqueda del fluido y la vacunación. Por tanto los gastos económicos estuvieron a su cargo. El proceso de investigación en la ciudad se llevó a cabo con éxito, lográndose establecer varios lugares de producción del fluido vacuno en las mejores condiciones. Tanto salarios, como movilización y mantenimiento de los médicos y buscadores del fluido fueron mantenidos por el Cabildo.<sup>30</sup>

Más tarde, en 1847, se facultó al Sr. Presidente de la Junta Administrativa, para cubrir los gastos que requería la búsqueda del fluido vacuno,<sup>31</sup> compartiendo entre ellos los gastos de la empresa médica. Lo importante en la conservación y propagación del fluido vacuno, -que en 1869 casi desapareció- fue la garantía de su correcta distribución, que al principio estuvo a cargo de la policía municipal. Con el paso del tiempo, la experiencia demostró que la distribución de la vacuna no debía depender del servicio de la policía, pese a las providencias dictadas acertadamente por la Jefatura de Policía<sup>32</sup>, pues la conservación de la vacuna en sus manos no fue siempre la más adecuada.

El proceso tendiente a la búsqueda del fluido vacuno, así como las campañas de vacunación en niños y jóvenes se constituyó en un nuevo eje de desarrollo de la salud pública de la

---

<sup>30</sup> Dado que los médicos que practicaban en la ciudad tenían que demostrar su formación académica y tener el respaldo académico que los acreditaba como tales, la Facultad de Medicina jugó en ello un papel muy importante. Se pueden mencionar nombres de médicos de la época como Sixto Durán y Cayetano Uribe, a quienes como a los demás, luego de las prácticas, se les reconoció los títulos y el pase. 1836, ACTA 148.

<sup>31</sup> Que apareció en una de las vacadas de comisión del Dr. Juan Fabara para que fueren en el acto a recuperarlo FECHA VII- 1849 ACTA 48 PÁG 48

<sup>32</sup> Miguel Abelardo Egas, al Cabildo de la ciudad. Acta de 27 de mayo de 1872, Libro de Actas de 1872, tomo I, N. 00204, f: 319. Archivo Municipal de Quito.

época. El Cabildo, había promovido verdaderas campañas de vacunación, -iniciadas en los primeros años del siglo XIX con las Juntas de Vacuna-, y extendidas durante todo el siglo XIX, al punto que los intentos por frenar la situación pandémica ya no solamente constituyó una responsabilidad de las autoridades, sino un compromiso colectivo y social. De esa forma, se ejecutaron vacunaciones a favor de los niños a semana seguida y con un control bastante adecuado del proceso. Así se procedió, por ejemplo, con la vacunación realizada a los niños de Santa Prisca y de Cotocollao,<sup>33</sup> proceso que luego continuó por todas las parroquias de la ciudad, así como con todos los pueblos cercanos a Quito<sup>34</sup>. La importancia del uso del fluido vacuno había crecido tanto que hacia 1865 el Ministerio del Interior pidió a la municipalidad que nombrara un médico de pobres para que se encargara del almacenamiento y de la propagación adecuada del fluido vacuno<sup>35</sup>.

La vacunación, de esta manera, se volvió un método tan efectivo que hacia 1873 el Dr. Juan Pío Arroyo solicitó que todos los niños que no habían sido vacunados se acercaran para recibir la inoculación y evitar el contagio<sup>36</sup>. En 1874 se comprobó ya, que los efectos de la inoculación había dado buenos resultados, debido a lo cual se ejerció una campaña intensa para replicar lo que se había hecho el año anterior<sup>37</sup>.

***d) Mantenimiento y cuidado de las instituciones dedicadas a la recepción de enfermos.***

En el siglo XIX en Quito hubo dos instituciones dedicadas a recibir y cuidar de los enfermos. El Hospital de la Ciudad y el Lazareto. Ambas, bajo diferentes administraciones, lograron ser un amparo para las personas enfermas, necesitadas y pobres. La administración de las dos instituciones estuvo regulada por el Cabildo de la ciudad, que al mismo tiempo debió aprovisionarlas.

Pese a ello, las administraciones de estos lugares fueron casi siempre desordenadas y no permitieron un desarrollo sostenido y menos aún un crecimiento económico que les hiciera autofinanciarse. Durante gran parte del siglo XIX, ambas casas atravesaron, como en la época colonial, muchas restricciones de carácter económico, pese a ello, los enfermos

---

<sup>33</sup> Acta 180, Quito, 25 de enero de 1825.

<sup>34</sup> Acta N. 249, 20 de octubre de 1863, F. 33.

<sup>35</sup> FECHA 29-VIII.1865

ACTA 118

PÁG 50

<sup>36</sup> Acta del 21 de enero de 1873, Libro de actas de 1872, f: 171.

<sup>37</sup> Acta del 22 de septiembre de 1874, f: 590.

recibían su ración de alimentos y descanso. El Cabildo siguió auditando las actividades en ambas casas, así como la distribución de recursos, aunque casi siempre se encontraban con serios problemas de abastecimiento. En este contexto se identifica un afán regulatorio de las instituciones, bajo la administración de los Cabildos<sup>38</sup>.

En su momento, el Hospital de la ciudad atendió a toda clase de gentes, la mayoría pobres. Pero también fue, en medio de las luchas independentistas, centro de atención para los soldados, por lo cual también empezó a denominársele como Hospital Militar. El trabajo de estas dos instituciones de salud fue complementado por la Junta de Sanidad, instalada en 1820.

Por su parte, el Hospicio de Quito fue considerado como una Casa de Beneficencia, cuyas rentas siempre fueron precarias, al punto que los Consejeros Municipales pidieron al Gobierno que retirara todos los obstáculos que se oponían al buen tratamiento de los pacientes "que desgraciadamente no tenían otro asilo que dicha casa". Lo mismo se recomendó a la Prefectura para que ponga entusiasmo en estos asuntos de interés público<sup>39</sup>. El Hospicio de pobres y el Hospital, frecuentemente tuvieron dificultades en socorrer a los menesterosos e imposibilitados y a los infectados por la alarmante enfermedad de la lepra<sup>40</sup>. Por ello la municipalidad decidió, incluso, dirigirse al gobierno solicitándole ayuda indispensable para que el Lazareto cumpliera adecuadamente su tarea.

El hecho es que las casas de atención a los enfermos tuvieron permanentes problemas de tipo económico: sueldos insuficientes<sup>41</sup>, mal manejo de los administradores<sup>42</sup>, falta de

---

<sup>38</sup> En lo que se refiere al Hospital de la ciudad, el Consejo Municipal acordó darle más importancia, tomando en cuenta el estado lamentable en el que se hallaba, a causa de la apatía y descuido con que se había conducido la administración de aquella casa, especialmente en lo referente a la provisión y distribución de rentas, así como en lo pertinente al trato que desde dicha Institución de salud confería a los enfermos. Libro de actas de 1827-1834  
Año 1829                      Acta 96                      Pág. 31.

<sup>39</sup> LIBRO DE ACTAS 1824, ACTA 124, p. Ilegible.

"En la ciudad de San Francisco de Quito, a 30 de setiembre de mil ochocientos treinta y una 21 °. Reunidos los Señores que componen el consejo municipal en la sala de sus sesiones y presididos por el Sr. Corregidor Feliciano Checa

<sup>40</sup> Acta de 19 de febrero de 1864, N. 308, f: 39. Archivo Municipal de Quito.

<sup>41</sup> FECHA 10-XI- 1846                      ACTA 90                      PÁG. 80

Se dio cuenta de la solicitud de las enfermas del hospital de esta ciudad que piden a la gobernación el aumento de sueldo al Dr. Narváez que las asiste con excesiva prolijidad, el mismo que no goza sino de una miserable suma que asciende a 670 pesos anuales, considerada por estas como insuficiente premio por tan duro y diario trabajo.

<sup>42</sup> FECHA 29-I-1849                      ACTA 12                      PÁG 12

utilería y menaje<sup>43</sup>, asuntos todos estos que no permitían socorrer a los enfermos en condiciones aceptables.

En 1851, la decadencia de las casas del hospicio y de los hospitales de la ciudad<sup>44</sup> fue absoluta. El Consejo, entonces, fue urgido a tomar las medidas correspondientes para atender las diferentes necesidades de esos establecimientos.<sup>45</sup>

En 1857, la unión de los hospitales civil y militar provocó una situación de crisis en el Hospital civil, pues el Hospital militar absorbió la mayor parte de las especies correspondientes al Hospital civil. Se consumieron las rentas administrativas del Hospital civil y se produjeron circunstancias deleznable debido a la mezcla de los enfermos, pues en una misma sala hubo soldados y mujeres enfermos. Todas estas razones contribuyeron para que se nombraran médicos para los pobres de la ciudad,<sup>46</sup> y que se asignaran rentas para la adquisición de medicinas y para el pago de los boticarios.

En 1857, uno de los miembros de la comisión encargada de verificar la situación del hospicio, efectuó una descripción del deplorable estado en el que se encontraba el establecimiento y del maltrato que se daba a los infelices asilados en él. El comisionado manifestó, entonces, que solo podrían hacer mejoras de la situación de la casa de salud si existieran empleados aptos dentro de la Institución para cumplir el oficio.<sup>47</sup>

Por las razones señaladas, las rentas que recibía el Hospital estuvieron sujetas a la aprobación del Consejo Municipal. Los recursos del Hospital, como los de las boticas dependían de la capacidad operativa del Consejo Municipal y, sobre todo, de la manera en la que se llevaba la administración de cada lugar, debido a que no siempre podían correr con

---

El Sr. Consejero Borja tomó la palabra y dijo: que era una ocasión oportuna para arreglar el hospicio, además habló de las fuertes quejas en contra del desempeño del trabajo del administrador al interior de dicha casa de salud, por parte de los enfermos, quienes han ido donde el presidente a poner sus quejas, pidiendo a demás que el funcionario sea cambiado. Con lo que se concluyó el acuerdo.

<sup>43</sup> Acta 16, p: 16.

<sup>44</sup> FECHA 28- X-1851

ACTA 158

PAG. 43

<sup>45</sup> En 1852, los señores miembros del Cabildo, el estado de decadencia continuaba en las casas del hospicio y hospital de esta ciudad, el Cabildo recibía órdenes de la Gobernación para que se tomen las medidas necesarias para subvenir a las urgentes necesidades de la población. Una de las personas más interesadas en descubrir las causas de estos problemas era el Cabildante Sáenz, para conocer qué cantidad y por cuanto tiempo tenían necesidad de auxilios extraordinarios.

<sup>46</sup> Acta 158, p: 43.

<sup>47</sup> LIBRO DE ACTAS DE 1857- 1858  
FECHA 23-I-1857 ACTA 153 PÁG 13

los gastos que se requerían para cuidar de la salud.<sup>48</sup> Así las cosas, los personeros municipales nombraban anualmente visitadores que revisen la situación de los Hospitales y sus cuentas, teniendo los Administradores del Hospicio que pasar por un examen de contabilidad, revisión del mantenimiento de las edificaciones y los servicios que prestaba a los enfermos<sup>49</sup>.

Pese a todos los esfuerzos económicos y la revisión continua de las cuentas, la crítica condición del Hospicio permaneció casi inalterable. Lo curioso es que entre las personas al amparo del Hospicio y del Hospital, se encontraban vagos y prostitutas, pues estos lugares funcionaba no solo como casas de curación, sino también como casas de castigo, lo cual contribuyó a que se deterioraran los cálculos presupuestarios, frente a cuya circunstancia se introdujeron reformas al reglamento de policía.<sup>50</sup> Debido a ello, en mayo de 1858 el Sr. Gándara, de la comisión del Hospital, informó que se habían realizado mejoras de consideración tanto en lo material como en lo formal,<sup>51</sup> en relación a las casas de salud.

El Lazareto, por su parte, también recibía fondos de otras provincias como de Imbabura y de Chimborazo,<sup>52</sup> toda vez que muchos de los enfermos provenían de esas ciudades, debido a que no existían lazaretos en otros lugares de la región. Para poder atender a los enfermos de otras provincias, el Estado, a través de lo que se conocía como El Tesoro Público, había contraído la obligación de aportar para el mantenimiento del Lazareto. Las deudas, fueron acumulándose y perturbando aceleradamente el funcionamiento de este Hospital.

---

<sup>48</sup> Esto se ve por ejemplo, en la Nota de gobernación al Ilustre Consejo acerca del hospital de la Caridad, se pidió datos del hospital desde hace un año. Participando que el Sr. Rafael Monroy va abrir una botica en esta ciudad. Pidiendo permisos para establecer dicha botica por ser profesor su petición fue concedida. ACTA 245, Pág. 101; 30-4-1858

<sup>49</sup> Un ejemplo de ello fue que a diez meses del año 1851 y las del segundo a 13 meses contados de 1º de enero de 1854 a 28 de febrero de 1855, se pasaron para sus exámenes a las comisiones respectivas, ACTA 221, Pág. 76; 22-01-1858.

<sup>50</sup> ACTA 239, Pág. 95; 26-03-1858.

<sup>51</sup> ACTA 251; Pág. 107; 10-5-1858. Así mismo, Se leyó y aprobó el informe de la comisión nombrada para examinar las cuentas del Sr. Administrador que fue del hospicio a todo el año de 1856 y al primer mes de 1857; y habiéndose acordado que se remitan a la contaduría Mayor, se levantó la sesión, ACTA 253; Pág. 109; 7-06-1858. En junio se produjo un nuevo nombramiento del administrador del hospicio el Sr. Dr. Mariano Regalado, ACTA 254; Pág. 110; 7-06-1858.

<sup>52</sup> Nota del administrador del hospicio solicitando que se exhorte a los gobernadores de Chimborazo e Imbabura para que remitan con puntualidad los fondos de Lazareto y mando a que transcriban y señalen a los gobernadores dicha solicitud. ACTA 299; Pág. 16; 17-01-1859. En ese mismo año se presentaron al despacho dos comunicaciones de los gobernadores de Imbabura y Chimborazo en las que dan parte de hacer remisiones de dinero correspondientes a los fondos de Lazareto, y se mandó acusar recibo de la del Chimborazo y archivar las otras dos por haberse ya practicado esa operación, ACTA 301; Pág. 12; 15-02-1859.

El descalabro económico y las malas condiciones en las que se trataba a los enfermos, provocó que muchos de ellos se fugaran de las casas de salud. En 1859, se pidió ayuda para controlar que los enfermos de lepra no volvieran a fugarse<sup>53</sup> y evitar, así, el contagio de esta enfermedad entre la población.

En todo caso, la situación miserable del Hospital y del Hospicio hizo que el Cabildo, preste los sobrantes de las rentas municipales mensuales, y que solicitara a las parroquias vecinas un apoyo voluntario para socorrer a las mencionadas casas y, de paso,<sup>54</sup> mejorar los sueldos de los trabajadores.

En 1861, fue penoso el deterioro en que se hallaba la capilla del Hospital y la desnudez de sus infelices refugiados.<sup>55</sup> En 1862, las condiciones fueron las mismas.<sup>56</sup> El agregado de que los enfermos militares se hallaran en el mismo Hospital hizo que el gobierno elevara su apoyo a 2 reales por plaza, dos ayudantes militares para el servicio de las salas militares y lo

---

<sup>53</sup> ACTA319; Pág. 30; 20-05-1859.

<sup>54</sup> ACTA 323; Pág.34; 30-09-1859. Dos reclamos hechos por el administrador del hospicio, 1º que se extiendan las piezas retenidas en la casa de beneficencia y 2º dicten las providencias convenientes a fin de remediar la deplorable situación del establecimiento a su cargo a consecuencia de los obstáculos causados por la falta de recursos. ACTA 324; Pág. 35; 7-10-1859. Nota de Imbabura y Chimborazo remitiendo la suma de 48 pesos 7 reales pertenecientes al ramo de Lazareto y se mandó a archivar por haberse recibido el dinero. Por otro lado fueron aprobados los 4 pesos mensuales asignados al ecónomo del hospicio. ACTA 334; Pág. 45; 16-12-1859.

<sup>55</sup> ACTA 42; Pág. 42; 17-05-1861. Gobierno Supremo solicita el informe de la junta respectiva acerca de las cuentas del hospital y hospicio de San Lázaro que se hubiese presentado por el administrador para saber el estado de sus rentas. ACTA 44; Pág. 44; 31-05-1861. Inspector de hospicio se dirige al gobierno solicitando el traslado del crapulista Ángel Zurita, recluso en el hospicio a la cárcel pública por atentados que momentáneamente comete en contra de esta casa, propone la derogatoria del Art. Del reglamento de policía en la parte que dispone la aprensión de los vagos, esta disposición con fecha 17 de noviembre de 1846, contra los vagos busca reprimir la vagancia. Puesta en discusión y pequeño debate. Se define que en vista de que es última reunión de ese consejo se deje el tema al próximo. ACTA 109; Pág. 14; 11-12-1861. El Sr. Aguirre indicó y el consejo acordó que sea invitado el Sr. Adm. Del hospicio a presenciar la discusión del reglamento interior del hospital por que a la voz de cuenta sus conceptos sobre un asunto cuyo arreglo acertado demandaba la cooperación de los convencimientos prácticos de dichos empleados y previniéndole que por secretario se haga esta invitación. Se continúa con el proyecto de reglamento de Art. 8º hasta 13º inciso1º del Art. 8 que un administrador con la renta del 6% de lo que recaude en el lugar; del 4%. 2º en el último inciso al mismo Art. Se diga aguadores en lugar de conserjes. 3º que en el Art.11 no podrán ser administradores el médico o cirujano del hospital, ni los arrendatarios de los fundos que permanecen en el establecimiento. Que el inciso 1º del Art12 se quitó el último periodo que dice, el estado sanitario o epidemia de la población y las observaciones particulares sobre las enfermedades locales. 6º Que del inciso 2 de este mismo Art. Se reprima la frase y presenciar su distribución a los enfermos y 7º que el inciso 3º quede en estos términos "visitar todos los días 2 veces, la 1ª por la mañana, la 2ª por la tarde a observar los resultados de los medicamentos aplicados a los enfermos. ACTA 153; Pág. 54; 21-04-1862.

<sup>56</sup>El administrador del hospicio de San Lázaro solicitó que la municipalidad se consagrara a crear fondos capaces de asegurar la subsistencia de los establecimientos, cuya diferencia de rentas fue tal, que ya no daban lo necesario para el alimento de los individuos acogidos en ellos. ACTA 189; Pág. 90; 15-12-1862.

que el Tesoro tuviera a mano dado por cuenta de los réditos de 1863".<sup>57</sup> De todas formas las deudas del Hospital San Juan de Dios fueron incrementándose diariamente, de tal suerte que los gastos que demandaban los enfermos fueron muy altos.<sup>58</sup>

En 1863, el Gobierno tuvo el deseo de que la Municipalidad se encargara del Hospital de la Caridad de la ciudad. Gabriel García Moreno ofreció sostener aquel establecimiento con la comodidad necesaria, reparando la parte ruinoso del edificio, sin recurrir al arbitrio que el Concejo quería adoptar al admitir más número de enfermos de los que se había designado anteriormente.<sup>59</sup> El Concejo de la Ciudad le nombró al mencionado García Moreno como inspector del Hospital en 1863, con la facultad de hacer todos los arreglos convenientes y, aún, para que separara a los empleados que no fueran ordenados.<sup>60</sup>

Extraordinariamente, en 1867, la Comisión había encontrado buen orden, "lujo", en la contabilidad del Hospital y en el Lazareto, pero mucha pobreza en el tratamiento dado a los elefanciacos y más personas reclusas en esos establecimientos. Pese a que los libros estaban bien llevados, los alimentos no satisfacían a los individuos asilados. Además la comisión había notado que existía mucha desigualdad en la distribución de los bienes a los enfermos: algunos recibían alimentos y otros alimentos y dinero.

En suma, el conflicto de los hospitales evidenció la carencia de una política planificada para favorecer la atención de sus instalaciones y de los enfermos. En los albores del siglo, los hospitales siguieron siendo casas de reposo de mendigos, enfermos y de enclaustramiento definitivo de aquellos que poseían enfermedades mortales. Fueron lugares donde ayudaban al "buen morir" o se convirtieron en centros de albergue de los más desposeídos.

Con la consolidación de la República y desde los años setenta, los hospitales fueron motivo de atención de los poderes centrales, se modificó la estructura de atención de los enfermos. Así mismo la práctica médica fue transformándose, dado que por los combates había suficientes cadáveres, los mismos que fueron utilizados por los médicos para su aprendizaje en anatomía y, aún, para investigar sobre los daños que podían provocar las enfermedades.

---

<sup>57</sup> ACTA 190; Pág. 91; 13-12-1862. Fin Libro de Actas- 1862.

<sup>58</sup> Archivo Municipal de Quito, Acta del 24 de enero de 1863.

<sup>59</sup> Archivo Municipal de Quito, Acta de 6 de febrero de 1863, Acta N. 217, f: 19.

<sup>60</sup> Archivo Municipal de Quito, Acta de 9 de Febrero de 1863, N. 219, F. 21

#### ***1.4 Enfermedades que afectaron a la población de Quito en el siglo XX.***

Como hemos visto anteriormente, la ciudad de Quito tuvo algunas particularidades que hicieron que se produjeran o proliferaran diferentes enfermedades. Hemos visto también que una de las enfermedades constantes durante todo el siglo XIX fue la viruela. Pero al mismo tiempo, y a pesar de las circunstancias, se dieron grandes pasos en tema de desarrollo de la medicina y aún de la acción profiláctica.

La *tifoidea*, atacaba especialmente después de los intensos calores de verano, cuando las lluvias permitían la acción de las bacterias que “vivían a millones en el suelo de la ciudad, embebido de materiales putrescibles”. La defectuosa pavimentación de las calles con un acumulado de materiales de desecho formaba muladares y basureros en muchos lugares.<sup>61</sup>

Como ya se ha mencionado, las aguas contaminadas por elementos putrefactos continuaba siendo un problema de la ciudad, pero al parecer no muy perceptible. Aunque se la designaba como potable tuvo muchas falencias en su tratamiento.

Las Llagas, Pichincha, la Ermita y el Atacazo fueron las vertientes más importantes de Quito, abastecían a la ciudad, pero no estaban libres de contaminaciones, especialmente por los malos hábitos de las personas a la hora de deshacerse de la basura. Las dos vertientes primeras corrían por una especie de cañería cerrada: una de teja y la otra de cal y piedra; las segundas se hallaban abiertas, aunque al entrar en la ciudad se encerraban. El material de estas especies de cañerías era piedra porosa, que se construyeron paralelamente a las acequias de aseo y abocaban en cajones descubiertos, terminando en las pilas (Ver anexo1).<sup>62</sup>

Igualmente que en el siglo anterior, las autoridades locales se vieron obligadas a establecer varias medidas para controlar y prevenir la proliferación de enfermedades. Aquellas medidas fueron políticas asumidas por los diferentes organismos de la ciudad, especialmente por los que tenían que ver con asuntos de Sanidad Pública. Papel preponderante en este proceso jugó la Sanidad, que se constituyó como una instancia de control de las

---

<sup>61</sup> Archivo Histórico Municipal de Quito, Libro de Actas de 1903, Florentino Uribe al Presidente del Consejo Municipal, Quito, marzo 16 de 1903, F: 9.

<sup>62</sup> Ibid.

enfermedades, impulsadora de campañas para disminuir el impacto de las enfermedades. Para cumplir esta finalidad se encargó, por ejemplo, de disminuir el riesgo que producía la basura y tratar de mejorar el recorrido de las aguas de consumo de la ciudad.

La Sanidad, hacia 1908, había puesto en marcha las denominadas “visitas domiciliarias”, luego de haber detectado que los desechos fecales y de orines fueron fuentes de mal olor y posibles enfermedades. A través de estas “visitas” se evidenció un elemento característico de las construcciones de la época: las casas carecían de servicios higiénicos y no tenían sifones para evitar el mal olor de los caños, ni tampoco desagües apropiados para evacuar los desechos. Lo comentado demuestra que para la época la evacuación de tales desechos se los realizaba hacia las calles o hacia los huertos de las mismas casas.

Estas circunstancias hicieron que se formularan propuestas novedosas para la época. En efecto, uno de los pobladores llamado Simón Alvarado, en 1908, propuso al Cabildo ordenar que los dueños de casas colocaran "excusados extranjeros", sifones en los patios y se prohibieran los lavaderos dentro de las casas. El servicio de los excusados debía hacerse por medio de aguadores, hasta que la Municipalidad pudiera canalizar las calles y dar agua a domicilio<sup>63</sup>.

Dichas medidas se volvieron indispensables y necesarias, tomando en cuenta que en aquella época había el temor de la peste bubónica, por cuya razón se había pensado construir en Piedrahita un Lazareto definitivo y ocupar los pabellones del Sanatorio Rocafuerte.<sup>64</sup>

Por lo afirmado el Cabildo había estado trabajando en las primeras décadas del siglo anterior en controlar el contagio y producción de enfermedades, y para el efecto atacó varios frentes en materia sanitaria:

- Inspección de la Casa de Rastro, verificación de las condiciones del ganado, peso y separación de los animales enfermos. Se exigía tiendas para depósito y ventas de vísceras; mejorar el transporte de la carne, el almacenamiento, la galería de ganchos y de ellos a las

---

<sup>63</sup> Archivo Histórico Municipal de Quito, Libro de Actas de 1908, Simón Alvarado al Presidente del Consejo Municipal, Quito, 30 de marzo de 1908.

<sup>64</sup> Archivo Histórico Municipal de Quito, Libro de Actas de 1908, Quito 10 de marzo de 1908, p: 347.

carretas, así evitar que las cargas de carne sea en las espaldas de gente indígena.<sup>65</sup> Revisión de la carne de cerdo, verificándose que no contenga cisticercos.

- Inspección de la Plaza del mercado, mejoramiento de la higiene de las personas que vendían los productos. Decomiso de carne putrefacta, frutas en mal estado, pan de huevo, así como leche que revelaba en los exámenes que no se hallaban aptas para el consumo humano.

Las visitas domiciliarias que se efectuaban para prevenir los conflictos de salud, continuaron realizándose y se ampliaron a los cuarteles. El Cuartel del Batallón Pichincha fue uno de los lugares inspeccionados, en este recinto llamó la atención la suciedad de sus salas, la mala ventilación y el hacinamiento en los dormitorios de los soldados, muchos de los cuales dormían en el suelo sin delimitación alguna contraviniendo a toda ley de higiene y de moral. En el cuartel se verificó, incluso, varios casos de tifoidea que pusieron en alarma a sus jefes, quienes supusieron que la enfermedad estaba en la vecindad y no se percataron que la causa del conflicto se hallaba en el interior del mismo cuartel<sup>66</sup>.

Estas visitas —de cuyo informe desprendemos algunos hechos—, dieron como resultado la multa de 93 casas por diferentes contravenciones de aseo; se practicó 66 desinfecciones en los carros de los trenes que salían a la costa, y se estableció que las tiendas de expendio de los alimentos que se encontraban cercanas al anfiteatro, debían buscaran otro sitio de la ciudad para cumplir su actividad.<sup>67</sup>

También se realizó la visita a la escuela de los Hermanos Cristianos, centro educativo en el cual se detectó hacinamiento de niños en locales inadecuados, excusados sucios y mal distribuidos. Fue menester dar especial atención a este centro educativo de la ciudad<sup>68</sup>.

Los informes de las visitas sirvieron para la formulación de acciones de salud pública desde el Cabildo, asunto que involucró a los centros educativos, toda vez que este problema fue advertido, por ejemplo, desde 1906, cuando la señora Rosa Stacey, desde la Dirección de

---

<sup>65</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de 1903, Florentino Uribe al Sr. Presidente del Ilustre Consejo Municipal, Quito, 16 de marzo de 1903, f: 7-10.

<sup>66</sup> IBID.

<sup>67</sup> Libro de Actas de la ciudad de Quito, 1911, Tomo I, 0.0293, Quito, 23 de enero de 1911, f: 61.

<sup>68</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de 1903, Florentino Uribe al Sr. Presidente del Ilustre Consejo Municipal, Quito, 16 de marzo de 1903, f: 7-10.

Escuelas, expresó la necesidad de tomar precauciones para preservar la salud de la niñez. Sus recomendaciones a la Presidencia dieron cuenta de la necesidad de que en toda vivienda era menester procurar las condiciones indispensables de higiene para evitar, de algún modo, enfermedades más o menos graves a las personas que habitaban las casas particulares. De la misma forma, decía la mencionada ciudadana, que se volvía necesario que en los establecimientos de instrucción pública, donde concurrían todos los días cerca de 400 niños, el control de la higiene fuese más riguroso y el aseo más esmerado, cumpliéndose con los preceptos pedagógicos e higiénicos que contribuirían a alcanzar un positivo desarrollo físico e intelectual de los educandos.<sup>69</sup>

Veamos algunos episodios alrededor de **la tifoidea** enfermedad que, ciertamente, se convirtió en pandemia en Quito:

- En 1900, por ejemplo, se había ordenado y realizado una visita a varios pueblos, entre ellos a Puenbo, a fin de establecer el tipo de enfermedad que aquella población padecía. La fiebre tifoidea había adquirido carácter epidémico. La misma se había originado por la presencia de un individuo llamado Rafael Arias que había adquirido la enfermedad en Pifo y quien murió luego de llegar a Puenbo.<sup>70</sup>

En Puenbo, en aquella época, y a propósito de la visita referida, se constató lo siguiente: presencia de hábitos insalubres, en algunos casos vinculados a la pobreza. Las personas pobres vivían en pocilgas, comían poca carne e ingerían sustancias de mala calidad, subsistían en forma absolutamente precaria. En esas condiciones preparaban la "chicha de jora" en sus habitaciones y de ese modo surgió la enfermedad y se propagó con mucha facilidad. A esto se sumaba la circunstancia de que el agua de consumo era llevada por acequias descubiertas, convirtiéndola en fuente de todo tipo de contagios.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> Libro de Actas de Cabildo, Archivo Municipal de Quito, Tomo I 0.0278, Quito 10 de noviembre de 1905., fa: 169.

<sup>70</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de 1900. Informe al Sr. Presidente del Consejo, 1900, ff: 100-101.

<sup>71</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de 1900. Informe al Sr. Presidente del Consejo, 1900, ff: 100-101. Se recetaba lociones frías de vinagre aromático y bisulfato de quinina, fricciones a cada 3 horas, un gramo de bisulfato de quinina. Bebidas de aguas de hojas de naranjo, limonada tarlánea endulzada con jarabe de limón o de quina, soda refrescante y descomposiciones de bicarbonato de sosa al ácido tartáreo.. A los enfermos con diarrea se le s daba limonada láctica, cocimientos de cascarilla, chuquiragua, centauro menor con mixtura de alcanfor, ácido bórico, sulfato de quinina y laudazo.

Para impedir la propagación del mal tífico, la Subdirección de Sanidad en 1911 demandó a la población que previo al consumo de agua, esta debía ser hervida, cocer adecuadamente los alimentos y lavar las legumbres; cuidar en las casas del total aseo, depositar las basuras, deposiciones y desechos en un sitio alejado de toda corriente de agua, hacer en el suelo una excavación para los desechos y tirar cal y arena.

Se recomendó a las familias donde hubiere casos de fiebre tifoidea que no vendieren alimentos, leche, pan, ni legumbres. Se propició el desarrollo de una conducta para tomar precauciones con la basura, lavarse las manos con solución de sublimado al uno por mil antes de cada comida. “Lavar la ropa con la misma solución de las manos, no en agua corriente”.<sup>72</sup> Estas medidas disminuyeron el nivel de contagio.

Sin embargo, en 1930, la fiebre tifoidea volvió a causar estragos. Se presentó en Quito en diferentes domicilios, habiendo sido la fuente de contagio inicial los estudiantes de algunos de los planteles educativos religiosos<sup>73</sup> de la ciudad. Posteriormente seguiría afectando a la población, especialmente de los barrios marginales, asunto que se produjo, por ejemplo, en la década de los años ochenta al norte de la ciudad, (en lo que hoy se conoce como Comité del Pueblo) en un asentamiento de vivienda en cuyo primer momento no había servicio básico alguno.

Ante la existencia de estos diferentes males sanitarios y de salud, las autoridades locales tomaron varias iniciativas. En 1911, se elevó un informe del Subdirector de Sanidad al Presidente del Consejo Municipal sobre los trabajos efectuados por las oficinas de Higiene y Sanidad, arrojando 1500 visitas domiciliarias, con 60 multas por contravenciones al aseo. El inicio de innumerables fumigaciones, con gases de formol, cumplidas todos los días, en las casas en las cuales se habían presentado enfermos con males de importante contagio.

Todo lo señalado anteriormente, demuestra el hecho de que entrado el siglo XX, se había desarrollado cierta conciencia en la población sobre la necesidad de cambiar los malos hábitos de higiene de las personas para el mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida en la ciudad. De la lectura de los diferentes informes sanitarios se desprende que la

---

<sup>72</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de Cabildo, 1911.

<sup>73</sup> Servicio de Epidemiología, Dirección de Sanidad Pública, 1930, Archivo Historia de la Medicina, 1930.

preocupación del Cabildo, -promotor de la Casa de la Sanidad-, en las primeras décadas del siglo, se vinculó a la comprensión científica de las enfermedades, su propagación, y las formas de eliminar los espacios insalubres. Se comprendió en la colectividad que los causantes de muchas de las afecciones no aparecían espontáneamente y desaparecían de igual forma, sino que se trataba de la presencia de formas de vida imperceptibles a los que se podía controlar mediante medidas específicas de sanidad e higiene y para ello las medidas sanitarias, -que pueden hoy ser catalogadas como normas profilácticas-, cumplieron un rol muy importante.

Sobre lo señalado, se puede decir que se orientó una conducta en doble sentido: atacar con absoluta firmeza, -mediante la fumigación y la incineración-, los espacios en los cuales estuvieron hacinados los enfermos de males de alto riesgo social; y, en segundo lugar, se precauteló a la población de posibles contagios.

Estos comportamientos denotaron el desarrollo de formas sanitarias vinculadas a la curación y, especialmente, a la profilaxis. Bien podemos afirmar que estas conductas fortalecieron las formas incipientes de Salud Pública que, en el siglo XIX, comenzaron a articularse. Pero nótese, también, que el conjunto de estas medidas fueron impuestas por la Dirección de Sanidad y no por el Supremo Gobierno.<sup>74</sup> Francisco Andrade Marín, ya en 1908, había señalado que habría sido imposible imponer medidas sanitarias sin la colaboración de los Comisarios de Aseo y Salubridad, especialmente, -decía él-, frente a la arraigada costumbre de arrojar al fondo de las quebradas inmensas cantidades de basura que, en su opinión, fueron una de las principales causas de infección del aire de la ciudad, debido a lo cual en Quito se padecía de muchas epidemias más o menos graves. Tanto más esta situación fue posible debido a que existieron sanciones y prohibiciones expresas provenientes desde el Cabildo<sup>75</sup>, con lo cual se devela, en esta materia de sanciones, las iniciativas Municipales y los nuevos roles que fue asumiendo la estructura del poder local.

En esta línea de acontecimientos es importante referir como, años más tarde, hacia 1926 el Servicio de Sanidad Pública, frente al incremento de una epidemia tífica que amenazaba la

---

<sup>74</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de Cabildo, 1911, Informe que el Subdirector de Sanidad eleva al Sr. Presidente del Ilustre Consejo Municipal de los trabajos efectuados por las oficinas de higiene y Sanidad en enero de 1911

<sup>75</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de 1908, tomo II, Francisco Andrade Marín de la inspección de Sanidad e higiene, al Presidente del Concejo Municipal, Quito, 23 de abril de 1908.

salud de la población, aparte de localizar los focos de infección, estimó que dicha unidad operativa debía asumir las acciones de salud en conjunto con el Municipio de la ciudad,<sup>76</sup> lo cual demuestra que se comprendió, entonces, que su acción no podía estar desvinculada de la gestión Municipal.

En ese contexto, es notable la acción municipal emprendida en la canalización de la ciudad, construcción de los desagües, potabilización y distribución adecuada del agua y los intentos por ordenar, en lo posible, el crecimiento de la urbe.

Por lo afirmado, queda evidenciado que el Cabildo inició el desarrollo de control y prevención de las enfermedades, especialmente en las tres primeras décadas del siglo XX, asunto que requirió importantes egresos que cada vez fueron más complejos de obtenerlos por la vía propia. Frente a ello, paulatinamente el Municipio fue transfiriendo las responsabilidades en materia de salud pública al Estado.

Otra afección grave, en el siglo XX, a inicios de él, fue la *“tuberculosis pulmonar”* que se constituyó en un flagelo no solo en el país, sino en muchos lugares del continente, al extremo que en la región se fueron constituyendo comités para enfrentar tan grave complicación de salud, comités estos que adquirieron el nombre de ligas de lucha antituberculosa.

La tuberculosis fue atribuida al contagio de personas que se movilizaban desde el litoral, como ya habíamos señalado, pues muchos de los enfermos tuberculosos fueron trasladados a Quito para su mejoría por las condiciones climáticas que esta ciudad presentaba. En los primeros años del siglo XX se encontraba en construcción el sanatorio Rocafuerte para alojar a los enfermos tuberculosos de la Costa, pero en general los contagiados se encontraban diseminados en la ciudad de Quito, por tanto se volvieron fuente de contagio.<sup>77</sup>

Entre 1873 a 1904 se presentaron en el hospital San Juan de Dios de Quito 1273 casos de tuberculosis, 686 casos en otras localidades y 3321 casos de bronquitis.<sup>78</sup> Los datos estadísticos señalados ascendieron de manera dramática en los siguientes años. El contagio

---

<sup>76</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de 1926, tomo I, 0.0369, Quito 26 de febrero de 1926.

<sup>77</sup> Archivo Histórico Municipal de Quito, Libro de Actas de 1902, Carta enviada al Sr. Presidente del Concejo Municipal de la ciudad, Quito, 16 de junio de 1902, 8 ff

<sup>78</sup> Angel Sàenz, 1905, p: 101.

no respetó clase social alguna, sin embargo, en los sectores populares la enfermedad fue más evidente. Debido a lo afirmado, la enfermedad siguió preocupando por muchos años a los médicos municipales, a los facultativos en general, a los profesores y estudiantes de la Facultad de Medicina y a la ciudadanía<sup>79</sup>.

En 1904 el Consejo aprobó en tercera discusión el Proyecto sobre prevención de enfermedades infecto contagiosas propuesto por los médicos de Higiene Municipal. Fueron catalogadas como tales la fiebre tifoidea, la viruela, la tuberculosis, la peste, el sarampión y el cólera.

Nótese que esta ordenanza nos dice con claridad cuales fueron por aquellos años las enfermedades que afectaron a los quiteños. Más aún, respecto de la tuberculosis, los estudiantes de la Facultad de Medicina hicieron varios estudios. Solamente entre 1909 y 1911 se encontraron 61 casos de tuberculosis (Larco Noboa; 1990: 94-96). En enero y febrero de 1926 de los 563 enfermos en las salas del Hospital San Juan de Dios, 22 correspondían a tuberculosis pulmonar. De esta manera demostramos el ascenso del mal en la ciudad, que pudo ser controlada en la segunda mitad del siglo XX, gracias al sistema de vacunación que se ejerció desde el gobierno central.

Hacia la segunda década del siglo XX, estas acciones se habían desarrollado con más organización. Se tomaba en cuenta además la prevalencia que fueron tomando las **enfermedades de transmisión sexual**. La presencia de las enfermedades venéreas apareció con más frecuencia, situación que se evidenció, sobre todo, durante la segunda mitad del siglo. El mal de la sífilis se constituyó en una enfermedad latente no tratada adecuada y abiertamente, dadas las circunstancias morales y científicas de la época. En este entorno, es de enorme valía destacar la creación de la Oficina de Profilaxis Venérea en el Hospital para la atención y aislamiento de las mujeres enfermas, a fin de producir "la extirpación de los fermentos sifilíticos."<sup>80</sup>

Respecto de las enfermedades venérea se propició el tratamiento a las mujeres, — fundamentalmente prostitutas—, que fueron identificadas con la enfermedad, —

---

<sup>79</sup> Nicolás Larco Noboa, **Historia de la Medicina Ecuatoriana**, tomo I, 1990.

<sup>80</sup> Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas de Cabildo, 1911, Informe que el Subdirector de Sanidad eleva al Sr. Presidente del Ilustre Consejo Municipal de los trabajos efectuados por las oficinas de higiene y Sanidad en enero de 1911.

seguramente ubicadas por la presencia de las lesiones secundarias epidérmicas características—, y que una vez ingresadas al Hospital pasaban a un área de confinamiento. La profilaxis consistía en no volverlas a la sociedad para evitar el contagio, pero en modo alguno fue una profilaxis para impedir el desarrollo de la enfermedad por ejemplo mediante el seguimiento de los hombres contagiados o asumiendo niveles de información medico-educativa en la población o promoviendo el uso de elementos profilácticos en la vida sexual de los adultos.

A más de las enfermedades anotadas, en Quito, en la primera mitad del siglo XX aparecieron como epidemias la *disentería*, el *caqueluche* y la *erisipela*. Todas estas enfermedades estuvieron vinculadas a las condiciones sanitarias de la población que, como lo hemos venido señalando, no fueron de las mejores. La tifoidea y la disentería se convirtieron en enfermedades que atacaron a todos los estratos sociales, pero se acentuaron en los que carecían de agua o que consumían aguas contaminadas por eliminación inadecuada de excretas. La erisipela, producida por un virus, afectaba normalmente a los niños de corta edad por ausencia de higiene elemental.

Otra epidemia grave para la ciudad de Quito fue la producida por la presencia del **sarampión**. En efecto, hacia 1933 la Comisión Sanitaria informaba sobre la existencia de este mal que había afectado los barrios de la Loma y de San Marcos. Luego se propagó hacia la Tola, la Marín, y en dirección norte de la ciudad<sup>81</sup>.

Dicha enfermedad viral, -que en la década de los años treinta del siglo XX provocó una epidemia en la ciudad-, hasta la década de los años sesenta afectó, aunque no en extremos de epidemia como ocurrió anteriormente, a muchos sectores ciudadanos de la ciudad. A partir de aquel año, el desarrollo de campañas de vacunación frenó la presencia de la enfermedad.

**La tos ferina** fue otra enfermedad que había afectado a la población de Quito desde los inicios del siglo XX. En efecto, en 1900 el Cabildo solicitó, en más de una oportunidad, a las autoridades médicas que se trasladaran a los pueblos de Sangolquí y Conocoto a prestar auxilios médicos a los niños afectados. Una vez cumplido el pedido, el informe

---

<sup>81</sup> Antonio Crespo Burgos, "La OPS / OMS en el Ecuador", en **El Cóndor y la Serpiente y el colibrí**, 2002, p: 100-111.

correspondiente de inicios de siglo determinó que existían 48 niños enfermos, a los cuales se les había prodigado las drogas que se habían llevado de la botica alemana, ubicada, entonces, en el centro de la ciudad de Quito. Muchos niños se hallaban en el período catarral y la mayoría en el segundo o espasmódico de esa terrible enfermedad. Se prescribió, en este contexto, bebidas antipasmódicas y bromuro de potasio<sup>82</sup>. La enfermedad fue, en aquel año, epidémica y eminentemente contagiosa, por ello a más de las medidas higiénicas conducentes a la mejoría de los niños, se procuró el aislamiento de los sanos y se exigió que los niños no asistieran a la escuela para evitar contagios. Esta decisión fue muy importante, debido a que las escuelas no tenían las mejores condiciones higiénicas y por el contrario solían constituirse en centros de contagio<sup>83</sup>.

<b>Enfermedades Siglo XX</b>
Tifoidea
Tuberculosis Pulmonar
Enfermedades Venéreas
Sarampión
Disentería
Caqueluche
Erisipela
Tos ferina

#### **1.4.1 La viruela epidemia del siglo XX**

El caso de la viruela tiene especial atención, debido a que esta enfermedad se había desarrollado desde el siglo XVIII y en ciertos momentos de inicio del siglo XX había aparecido, nuevamente, en condiciones de epidemia. De hecho la vacunación se extendió hasta finales del siglo XX, hasta que se declaró la erradicación total de esta enfermedad en estos territorios.

La historia de la vacunación mediante el sistema iniciado en el siglo XIX, tuvo varios episodios. Así en 1902, el Ecuador había recibido ayuda de las autoridades sanitarias de Chile para cubrir la vacunación de personas y evitar el terrible contagio. En efecto, el Director del Instituto de Vacuna animal de Santiago de Chile enviaba, entonces, 10 tubos de

<sup>82</sup> Libro de Actas de Cabildo, tomo II, 0.0264, Quito, 1 de febrero de 1900, f: 175.

<sup>83</sup> Libro de Actas de Cabildo, tomo II, 0.0264, Quito, 1 de febrero de 1900, f: 175.

fluido vacuno, cuyo contenido servía para vacunar a 500 personas. Este envío se realizaba bajo la condición de que se informara sobre los resultados de la vacunación.<sup>84</sup> El informe del año 1904, advertía las graves consecuencias provenientes de la vacunación, incluso se llegó a decir que los niños vacunados transmitían incluso a sus madres, por medio de la lactancia, el virus sifilítico, quienes transmitían, luego, las enfermedades venéreas a sus maridos.<sup>85</sup> Obviamente, estas apreciaciones estaban fuera de lugar y no se ajustaban a las investigaciones científicas. Por estas y otras razones, en los primeros años del siglo XX se demandó la creación del Instituto de la Vacuna Animal, para que continúe con las investigaciones sobre la calidad del fluido vacuno y la vacuna misma, pues la vacunación animal evitaba los inconvenientes señalados<sup>86</sup>.

En los primeros años del siglo XX, la técnica de vacunación fue de brazo a brazo, pero se había constatado que este procedimiento podía ser fuente de contagio de otras enfermedades, como la tuberculosis y la sífilis. Incluso ya en 1857 se había advertido el apareamiento de la "alfombrilla" en los niños vacunados de viruela con el sistema antes referido, así como se había constatado que el impétigo y, aún, las pápulas sifilíticas (seguidas de chapas mucosas en los labios y dentro de la boca) tuvieron su procedencia a partir del mecanismo adoptado para la vacunación.

A pesar de todo se continuó fervientemente con el proceso de vacunación. De esa forma se emprendieron campañas de vacunas como la de 1905 en la que se designó al Dr. Juan José Paz y Miño para que se trasladara inmediatamente a los pueblos de Cotacollao, Pomasqui, San Antonio, Puéllaro, Atahualpa, Guápulo, Cumbayá, Tumbaco, Puembo, Pifo, Yaruquí, Quinche, Conocoto, Sangolquí, Amaguaña, Chimbacalle, Magdalena, Chillogallo, y Lloa, con el objetivo de vacunar a todas las personas que necesitaran aquel procedimiento profiláctico. En 1906 el Dr. Batallas, del Consejo Municipal, facultado por el Presidente de dicho Consejo, se dirigió al establecimiento vacunal de los Sres. Feliz Huche & Lansauna, a fin de recibir cada semana un tubo con la cantidad necesaria de pulpa de glicerinado para vacunas de 30 a 40 personas, vacuna que por aquel entonces tenía "excelente predicamento". Pero como las distancias para traer la vacuna fueron muy extensas, así

---

<sup>84</sup> Miguel Valverde, del Ministerio de lo Interior y Policía transcribía la carta al Presidente del Concejo Municipal de Quito, Archivo Municipal de Quito, Libro de Actas 1902, Quito, 27 de agosto de 1902.F: 22-23.

<sup>85</sup> Archivo histórico Municipal de Quito, Libro de Actas de 1904, ff: 365-370.

<sup>86</sup> Archivo histórico Municipal de Quito, Libro de Actas de 1904, ff: 365-370. Quito, 29 de marzo de 1904. Basilio Batallas.

como fueron tan variados los distintos climas que dicho producto debía atravesar,<sup>87</sup> fue obvio que su eficacia se redujera, con las consecuencias, también obvias, en la población.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, gracias a los extraordinarios avances de la ciencia y por ende una vez desarrollada en mejores condiciones la vacuna contra la viruela, fue posible lograr el que fuese controlada tan terrible enfermedad que vivió en condiciones de pandemia algunos siglos en el Ecuador.

---

<sup>87</sup> Libro de Actas de Cabildo, Archivo Municipal de Quito, Tomo I 0.0278, Quito, 2 de febrero de 1906. f: 185.

## CONCLUSIONES

Una primera conclusión, evidentemente importante, se refiere al límite de nuestra investigación, en términos de que no hemos logrado establecer el desarrollo de las enfermedades en el siglo XIX, lo que sí hemos detectado el esfuerzo del gobierno y de los municipios por avanzar en acciones profilácticas y de higiene en la población para poder detener el contagio de las enfermedades.

Debemos destacar el papel jugado por el Cabildo Quiteño que se preocupó de los problemas estructurales de la ciudad, lo cual ayudó a la prevención de algunas enfermedades, además resaltar el apoyo del Cabildo a los ejércitos libertarios con respecto a brindarles todo su contingente para curara los heridos y de está forma contribuir a la construcción de la nueva República.

Con respecto al siglo XX, hemos logrado establecer algunas constantes que pudieron haberse desarrollado, pero no incorporamos información sobre las enfermedades que emergieron sobre todo a partir de la mitad del siglo XX, lo que si se puede advertir de su existencia y morbilidad, encontrando que desde los años cincuenta en adelante se empiezan a detectar científicamente enfermedades incurables, difíciles de tratar como el cáncer en sus diferentes derivaciones, y enfermedades graves de transmisión sexual como el sida, etc. Estas enfermedades, junto con problemas de adicción a alcohol y drogas se convirtieron sobre todo en la última mitad del siglo XX, en los azotes de nuestra sociedad.

Si bien nuestra investigación no ha logrado cubrir exhaustivamente la totalidad de las enfermedades que se produjeron en todo el siglo, por causas ya mencionadas, podemos señalar dos directrices que han sido las bases para comprender el desarrollo sanitario de la ciudad de Quito. En ese sentido podemos hablar de las enfermedades existentes, y las acciones que se tomaron para controlarlas. Los actores que se detectan en la investigación, aparte de la población son las autoridades locales, los médicos, y las instancias sanitarias que fueron apareciendo según demandaban las necesidades.

En medio del entramado problema de las enfermedades se impulsó y desarrolló un afán científico investigador y practicante, a partir del cual se dieron pasos incipientes pero

importantes en el desarrollo de la medicina en el Ecuador. Por ello, nos parece muy importante que no se pierda de vista este tema.

Por otra parte, las enfermedades antes reseñadas dan cuenta de una evolución en el desarrollo sanitario de la población. La respuesta cultural a la presencia de diferentes agentes infecciosos estaba limitada por los condicionamientos del conocimiento y las formas de vida de la época. Pero además del escaso desarrollo en asuntos de infraestructura sanitaria. Si bien la gestión medico-curativa fue cediendo el paso a las concepciones preventivas e investigativas, el siglo XX, aportó un importante desarrollo en temas de control y prevención de enfermedades, sobre todo, tomando en cuenta la apertura que empezó a desarrollarse para el intercambio de experiencias con otros países.

De ahí también la importancia de la transferencia de responsabilidades de la sociedad frente a la enfermedad y, al mismo tiempo, el carácter de estado y sociedad que se fue construyendo a lo largo de estos dos siglos no solamente en Quito o Guayaquil sino en el contexto del Ecuador. Pero también el desarrollo de la visión de la medicina preventiva que solo se desarrollaría en el siglo XX.

Con los antecedentes señalados, el presente documento trata no solo de dar cuenta de las enfermedades que enfrentó la población de Quito en los siglos XIX y XX, sino que además busca establecer algunas pistas para comprender el desarrollo de la medicina en el Ecuador.

## CAPÍTULO 2

### GRANDES ENFERMEDADES EN GUAYAQUIL DURANTE LOS SIGLOS XIX Y XX.

#### 2.1 *Antecedentes históricos*

Cuando el distrito del sur se retiró de la Gran Colombia el territorio de la nueva República contaba con una población de medio millón de habitantes. Las ciudades como Quito y Guayaquil, en esos mismos años, comenzaron a constituirse en centros de lucha por el poder y de disputa por los territorios, mientras las campañas militares estuvieron integradas por reclutas forzados.

Durante el siglo XIX la ciudad de Guayaquil estuvo sometida a diferentes cambios poblacionales. El puerto, históricamente, se había ido constituyendo como centro de intercambios y de desarrollo económico y, además, se fue articulando como una ciudad a la cual llegaron, desde distintos sitios, ciudadanos interesados en fomentar sus actividades ocupacionales, así como grupos sociales que anhelaban, en medio de la nueva realidad, construir su proyecto personal de vida.

El desarrollo demográfico de la costa se había estructurado, en el siglo XVIII, en regiones como las de la Provincia de Manabí, en tanto que en el siglo XIX, el arquetipo demográfico consolidó a Guayas, debido además, al reforzamiento de las corrientes migratorias desde la sierra que a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX se suscitaron complementariamente al crecimiento de población indígena en el Litoral que fue evidente, así mismo, a causa de las condiciones de crecimiento económico en la ciudad.

Bien podemos afirmar, entonces, que el siglo XIX fue el período de aceleración demográfica en la costa, con una creciente migración masculina de origen rural. Se reforzó el crecimiento de grupos mestizos, indígenas y negros, surgiendo este hecho como fenómeno notorio especialmente en Guayaquil, que ya contaba con centros de conexión regional, donde existía una serie de funciones ligadas al comercio y a la producción, gracias a cuyas circunstancias concentró a grupos poblacionales de diverso origen.

Cabe anotar, además, un elemento muy importante que contribuyó al crecimiento de la economía costeña, fue la producción de cacao, que se constituyó en uno de los puntales del crecimiento económico de la costa, el cual generó la necesidad de mano de obra en los centros de producción. Alrededor de este producto se concentraron sectores criollos nobles, adinerados, que delinearon políticas de trabajo con jornaleros y campesinos. De esa forma, Guayaquil con tradición urbana y como puerto marítimo se constituyó en uno de los centros de acumulación más importantes de la época, concentrando riqueza y, por consiguiente, siendo la atracción de muchos pobladores. Es así que Guayaquil se constituyó en la ciudad de mayor crecimiento económico de la nueva República.

En efecto la organización de este centro urbano reportó que durante el siglo XIX y hacia finales del mismo, su población llegaría a alcanzar los 100.000 habitantes, mientras las otras poblaciones costeras alcanzaron alrededor de cinco mil habitantes. El crecimiento de Guayaquil y de algunas de sus poblaciones circundantes se debió, sobre todo, al incremento y desarrollo del comercio de exportación e importación. Además, Guayaquil había tomado el control administrativo de dos zonas que iban a empujar su crecimiento: Babahoyo y Machala, cuyos ejes económicos estuvieron totalmente ligados a la producción cacaotera.

Durante el siglo XIX, la ciudad de Guayaquil tuvo una importante movilización poblacional hacia su interior, pues los individuos solían desplazarse hacia la ciudad al ritmo de particulares y específicas actividades productivas y comerciales que demandaban de mano de obra en determinados momentos del año.

Para efectos de este trabajo ciertamente nos interesa, paralelamente, la migración, por dar un nombre, de las enfermedades epidémicas y recurrentes, hacia tan importante ciudad de la Patria.

Como complemento a lo que se ha afirmado, -en lo referente a las respuestas institucionales frente a las enfermedades-, valga decir que en la ciudad de Guayaquil se desarrollaron, -entonces-, varios servicios de salud dirigidos al conocimiento y control de las enfermedades. Así el Servicio de Observación, como dependencia de la Sanidad y establecido en el Hospital General, trataba de mantener a todos los enfermos en observación. Las salas del Hospital General evitaban el contagio, además se contaba con un laboratorio donde se realizaban las comprobaciones bacteriológicas correspondientes y en donde se pudieron establecer las distinciones entre la Fiebre Amarilla, el Paludismo y la Peste.

A estos servicios de salud deben agregarse las Casas de Observación en Durán que buscaban extinguir la fiebre amarilla. Por su parte también se habían incrementado la Sanidad Marítima y Fluvial que hacían inspecciones de las bodegas de las embarcaciones y se aseguraban de la correspondiente fumigación. Luego se incrementaron servicios urbanos, servicios de desinfección y el servicio de ferrocarril a Quito.

Los servicios de salud enumerados y que aparecieron durante la primera mitad del siglo XX, fueron muy importantes para disminuir la difusión de las enfermedades<sup>88</sup>. En medio de todo ello cabe anotar el trabajo de la Junta de Beneficencia Municipal que se encargó del impulso al trabajo en las diversas áreas de la salud en Guayaquil.

Hay un factor de enorme importancia que debe ser considerado a estas alturas: la expansión de las actividades agrícolas en el litoral ecuatoriano fue acompañada de la propagación de las enfermedades infecciosas y parasitarias entre los trabajadores, los cuales, -debido al constante proceso migratorio entre la ciudad y el campo y viceversa-, contribuyeron al contagio de las enfermedades que hemos definido como pandemias.

Debido a esta circunstancia, en la segunda mitad del siglo XIX se propuso la ampliación de los servicios de salud hacia las zonas de producción o hacia los lugares donde se encontraban las actividades laborales como en las minas, construcción de carreteras o de vías férreas.

Entre 1930 y 1960, la población del Ecuador fue eminentemente rural. En la costa la morbilidad estuvo marcada por enfermedades tropicales, y, como es de suponer, en la sierra, la desnutrición, el bocio y otras enfermedades infecciosas y parasitarias fueron las que afectaron a la población de estos sitios del país.

La segunda mitad del siglo XX, la ciudad de Guayaquil estuvo marcada por la presencia de otras enfermedades. En 1965 las causas de muerte más conocidas fueron la gastroenteritis, la bronquitis, las enfermedades del tracto respiratorio, las enfermedades propias de la infancia, como son la influenza, la neumonía, la tos ferina. El perfil epidemiológico,

---

<sup>88</sup> Informes al Ministerio del Interior, Archivo Municipal de Guayaquil, Guayaquil.

entonces, estuvo conformado por trastornos prevenibles con mejoramiento del medio, inmunización, alimentación adecuada y sana, así como mediante el desarrollo de hábitos de higiene.

Para entonces la actividad de las estructuras del poder local en modo alguno respondieron a los requerimientos curativos de la salud. Esta gestión fue delegada, muchas décadas atrás al Estado que, mediante sus propias estructuras, intentaba palear la situación frente a la presencia de las enfermedades. Los temas de higiene, de dotación del agua, de construcción de alcantarillas, de previsión de servicios, en general, fue la actividad de los gobiernos locales. No obstante, los pocos recursos económicos para responder adecuadamente frente al proceso de expansión de la ciudad de Guayaquil y, por ende, para actuar al mismo ritmo de las demandas de la población, constituyeron, entre otros factores, una limitación real para satisfacer las demandas de la población guayaquileña, más allá de las inadecuadas conductas, -ancladas a la politización de la obra pública y al clientelismo electoral-, que han impedido satisfacer las demandas estructurales de la comunidad.

## **2.2 Enfermedades que afectaron a la población de Guayaquil durante el siglo XIX**

Entre las enfermedades más conocidas del siglo XIX que afectaron a la ciudad de Guayaquil se encuentran: la *fiebre bubónica* y la *fiebre amarilla*.

La *fiebre bubónica*, por la información hallada podemos señalar que devastó a la ciudad en varias ocasiones, al extremo que el puerto sometió a cuarentenas a las embarcaciones que salían y entraban a su territorio, debido a la permanencia del contagio de tan grave enfermedad.

Otro de los agentes generadores de esta grave enfermedad fue el apareamiento de ratas y pulgas contaminadas. Un ejemplo de ello fue el ataque que estos animales hacían de los edificios de la ciudad donde fácilmente vivían y se reproducían. Los contagios de fiebre bubónica fueron permanentes durante el siglo XIX, dado que el control de la plaga de ratas fue muy difícil, pues la ciudad no contaba con una correcta evacuación de los desperdicios y aguas; los mercados se hallaban totalmente descuidados y las calles vivían saturadas de basura, por lo tanto la proliferación de ratas fue permanente. La peste transmitida por estos

roedores y sus daños en la población fue constante en el siglo XIX.<sup>89</sup> En suma, bien podemos afirmar que la fiebre bubónica desde la segunda mitad del siglo XIX, se constituyó en una pandemia de enorme significación cuyos estragos afectaron al puerto, siendo está una de las enfermedades más crueles del género humano.

La *fiebre amarilla*, que fuera conocida también como "vómito prieto" debido a que sus afectados tenían entre sus síntomas un vómito de color negro, devastó a la ciudad en repetidas ocasiones. La más conocida y recordada epidemia se produjo en 1842, cuando el 31 de agosto ancló en el Puerto de Guayaquil la goleta Reina Victoria, procedente de Veraguas, Panamá, fue en estas circunstancias que provino uno de los mayores contagios conocidos de la época, pues se contabilizaron aproximadamente 1500 muertes. Sin guardar las suficientes precauciones, muchos marineros enfermos ingresaron en el Hospital de la Caridad y fallecieron uno tras otro, entre ellos el capitán de la mencionada goleta.

En septiembre del mismo año, la enfermedad atacó a la población de la ciudad y así empezó un contagio epidémico incontrolable. Al principio los doctores no querían confirmar que el conflicto de salud que afectaba a Guayaquil se debía a la presencia de la fiebre amarilla, lo cual condujo a que el contagio avanzara. La situación se volvió dramática el siguiente año, y fue entonces cuando se decidió que los pacientes "sospechosos" de padecer fiebre amarilla debían aislarse del resto (Icaza; 1974: 142). La mortandad continuó al menos hasta mediados de 1843, año en el que se declaró erradicada la enfermedad en toda la costa del Ecuador, pero con algunos brotes insignificantes. El cuadro de fallecidos por fiebre amarilla en Guayaquil entre 1841 y 1843 había ascendido rápidamente de 383 a 2073 fallecidos. (Icaza, 1974: 143). La terrible epidemia de fiebre amarilla de 1842 y sus consecuencias en la población le dieron el carácter de endémica, y en términos generales obstaculizó el normal desenvolvimiento de las actividades portuarias, pues Guayaquil se constituyó en el foco principal de infección (Kroeger: 111). Esta enfermedad recrudesció en 1883 y muchas de las víctimas se contabilizaron en el ejército, donde hubo más de 25 soldados muertos diarios. Quiere decir que la enfermedad generó un 50% de mortalidad en dicho período. (Icaza, 1974: 143).

---

<sup>89</sup> Informes del Interior Dirigidos al Supremo Gobierno, 1870, 1890. Archivo Municipal N. 2, Guayaquil.

La *tuberculosis* se había desarrollado sorprendentemente en el siglo XIX entre los trabajadores del puerto. Aunque una de las formas de tratamiento de este mal consistió en trasladar a los enfermos hacia climas más sanos, no siempre funcionó como un mecanismo curativo y, por el contrario, pudo constituirse en un factor para que el mal proliferara en el nuevo sitio de vida del enfermo, lo cual, en otras palabras, no fue sino la forma de contagiar a otros poblados cercanos a Guayaquil de una enfermedad que afectó indistintamente a los diversos grupos sociales y económicos del puerto.

La tuberculosis grasa o peste blanca constituyó una enfermedad bien conocida en todas las poblaciones del Litoral. En este entorno Guayaquil no escapó de las epidemias que este mal provocó en muchos lugares de la costa ecuatoriana. La lucha contra la peste blanca lo llevó a efecto, especialmente, la Beneficencia Municipal. Sin embargo, Guayaquil no contaba con suficientes recursos para enfrentar esta circunstancia lo cual suponía no solo construir sanatorios y dispensarios de asistencia gratuita, sino también trabajar adecuadamente para efectuar un aislamiento técnico de los enfermos y, sobretodo, a fin de promover la atención de los sectores más pauperizados de la población, —sectores de riesgo—, los cuales debido a la carencia de información sobre el mal, así como, a la desnutrición, entre otros tantos elementos, se fueron convirtiendo en víctimas fáciles de la tuberculosis. Por lo que autoridades locales debieron actuar en varios frentes: intentos por combatir la pobreza, afanes por dotar a la ciudad de infraestructura salubre y deseos para promover el desarrollo científico. Solo así sería posible evitar el contagio de este mal.<sup>90</sup>

Con esta misma actitud se pretendió enfrentar otra de las importantes enfermedades del siglo XIX que se hallaba invadiendo a Guayaquil: *la sífilis*. No olvidemos que como puerto, la ciudad de Guayaquil estuvo expuesta al ingreso de embarcaciones provenientes de latitudes diversas. En este contexto, muchos de los marineros que llegaban al puerto fueron portadores de esta enfermedad venérea, -cuyo origen estuvo en Europa-, los mismos que al infestar a las meretrices provocaron niveles de contagio que afectaron, luego, a muchos de los pobladores de Guayaquil. La característica de ser esta enfermedad un mal guardado en medio de la reserva, condujo que los niveles de contagio fuesen elevados, más allá de que la información certera respecto de este conflicto de salud no tuvo una aproximación adecuada. El tratamiento del mal fue insuficiente en el siglo XIX y, por ello secuelas lamentables. Los

---

<sup>90</sup> Informes del Interior Dirigidos al Supremo Gobierno, 1870, 1890. Archivo Municipal N. 2, Guayaquil.

esfuerzos de los médicos para el tratamiento del mal tuvieron límites y bien podríamos decir que, a contrapelo del resto de males, la sífilis no fue enfrentada desde una gestión de política sanitaria pública por las razones antes expuestas.

En todo caso la presencia de la sífilis o "mal venéreo" fue contrarrestada por aquellos que la padecían gracias a la presencia de la zarzaparrilla, producto natural que se lo obtenía del Río que bordeaba la ciudad de Guayaquil. La curación de esta enfermedad estuvo, pues, fundamentalmente en manos de la medicina tradicional.

Al mismo tiempo otra enfermedad que devastó a la ciudad de Guayaquil fue la *viruela*, cuyos efectos fueron similares a los que habían ocurrido en Quito. Para enfrentar este mal se contaba con la vacunación. Las primeras vacunaciones se hicieron en Guayaquil en 1805 por parte de la correspondiente Junta de Vacuna. Esta Junta celebró reuniones el 12 de agosto de 1808 y el 27 de enero de 1809 para resolver problemas diversos. El 11 de mayo de 1809 la reunión versó alrededor de la pérdida de la actividad del fluido vacuno que ésta poseía.<sup>91</sup>

Una segunda etapa de vacunación se produjo en la ciudad de Guayaquil ocho años más tarde de la llegada de la misión Filantrópica a la ciudad. Fue así como en 1813 se produjo una activa vacunación, con el fluido traído por mar desde la ciudad de Lima. En 1815 se rehabilitó a la Junta de Vacuna y un año después, la mencionada Junta se constituyó como una entidad con personal especializado, con normas propias para su funcionamiento. Tuvo un enorme reconocimiento social por su labor cumplida.

En 1823 nuevamente se perdió la actividad preventiva de la vacuna, debido a lo cual se constató la necesidad impostergable de traer el fluido desde Lima, asunto que ocurrió en 1824, año en el cual, con la finalidad de impedir que se repitiesen fenómenos como el comentado y a fin de institucionalizar adecuadamente la actividad de la Junta, se designó como Presidente de la misma al Presbítero y cirujano Antonio Ruiz Bernal<sup>92</sup>.

### **2.2.1 Acciones del Cabildo para controlar las enfermedades**

---

<sup>91</sup> Ramírez, Susana María: La Mayor hazaña Médica en la Colonia, Ediciones Abya-Yala, Quito, 1999, p.565.

<sup>92</sup> Ramírez, Susana María: op. cit., p. 565

El Cabildo de la ciudad hizo frente a las dificultades de la ciudad atacando varios aspectos: primero el uso del agua que provenía del río, que se había convertido en uno de los factores desencadenantes del apareamiento de algunas de las enfermedades referidas, tanto más que el río fue afectado a menudo con las impurezas de la ciudad: lavado de las curtiembres, aguas servidas y desechos del hospital.

El Hospital del Cabildo, llamado Santa Catalina, Virgen y Mártir o de San Juan de Dios (Paredes Borja, 421), no obstante la presencia de los Betlemitas -desde 1750-, se mantuvo en una situación precaria, situación que devenía de la carencia de recursos para cumplir sus múltiples obligaciones y además nuevas obligaciones.

Estas nuevas obligaciones ya no fueron tan solo la de dar abrigo a los mendigos y a los menesterosos o constituirse en el lugar de "bien morir", sino el de enfrentar los diversos conflictos de enfermedades existentes en la ciudad. Los nuevos eventos contemplaban curar a los soldados que, así mismo como en la ciudad de Quito, comenzaron a llegar al Hospital para ser tratados de heridas de guerra, toda vez que, iniciado el proceso de la Independencia, -en la segunda década del siglo XIX-, el Hospital comenzó a ser desbordado por aquellos que en combate militar fueron afectados por heridas de armas de fuego.

Así las luchas por la independencia constituyeron un quiebre fundamental en el rol del Hospital de Guayaquil (como en el resto del país) y esta situación en la revisión histórica de los acontecimientos de salud merece una atención particular, pues lo que hasta entonces había sido por parte de los hospitales el cumplimiento de una actividad que intentaba socorrer la miseria de sus ciudadanos y albergar a los que estaban próximos a la muerte, prontamente se convirtió en el lugar en el que se intentaba enfrentar algunas enfermedades (favorecida esta situación al calor de la evolución de las ideas) y de socorrer a los heridos de las guerras libertarias, asunto que exigió nuevas conductas y que demandó el desarrollo de nuevas técnicas médicas para que su personal pudiese cumplir profesionalmente ante los nuevos retos de las enfermedades o de las distintas causas de quebranto de la salud que comenzaron a producirse en la ciudad y en sus alrededores.

Esta realidad, y el deseo del Cabildo por dotar a sus ciudadanos de un Hospital con roles distintos, contribuyó para que Guayaquil, en medio de todas las deficiencias se abriese paso

a una visión renovadora del Hospital, más allá de los impedimentos económicos que frenaron iniciativas importantes.

Se debe reconocer que el Cabildo de Guayaquil cumplió un papel protagónico, igual que en Quito, pues se preocupó de importar la vacuna contra la viruela, de conservarla activa y, aún, de remitirla al resto del territorio que la solicitaba. Posteriormente promocionó la orientación para que los niños fuesen vacunados, para cuyo efecto se preocupó de establecer un vacunador en cada una de las parroquias de la ciudad. Las medidas fueron acertadas y permitieron una intensa actividad de la Junta la misma que se reunió de manera permanente hasta 1830.

### **2.3 Enfermedades y epidemias que afectaron a la población de Guayaquil durante el siglo XX**

A partir de la información hemos constatado que hubo enfermedades que existieron a principios del siglo XX, pero pudieron haberse extendido hasta mediados y la segunda mitad del siglo. Han sido muchas las enfermedades que afectaron a la población de la ciudad de Guayaquil durante el siglo XX. Una de las causas de su presencia fue el clima y sus diversas variaciones. Así, por ejemplo, en los meses más calurosos y lluviosos se produjeron frecuentemente fiebres intermitentes (tercianas), hepatitis, diarreas, disenterías, y enfermedades biliosas. No obstante, junto a estas patologías, se desarrollaban en la ciudad los catarros, las fluxiones, reumatismos, escorbuto, herpes, gota, males de garganta, el vómito prieto, las enfermedades de los ojos, la ceguera, las enfermedades cerebrales, y del sistema nervioso, enfermedades todas estas agudizadas por los estados particulares del clima.<sup>93</sup>

La situación de salud fue muy precaria en Guayaquil a inicios del siglo, a tal punto que no obstante que la densidad poblacional no fue tan elevada, por el contrario, el número de defunciones, proporcionalmente, tuvo índices alarmantes. Así, en un mes se detectaron 106 defunciones,<sup>94</sup> como efecto de la presencia de alrededor de 35 enfermedades que invadieron a la ciudad y que, con incidencias y grados distintos de desarrollo, estuvieron presentes en la

---

<sup>93</sup> Abel Victorino Brandin, "Enfermedades en Guayaquil", Guayaquil 20 de julio de 1925, en **Revista de la Facultad de Ciencias Médicas**, Univ. Central, Vol. VI, N. 1 y 2, 1955.

<sup>94</sup> Archivo Histórico Municipal de Quito, Copia del Boletín Sanitario de 1909, Libro de Actas de 1909, Guayaquil 15 de enero de 1909, Director Sanitario al Presidente del Consejo Municipal de Quito.

ciudad en casi toda la primera mitad del siglo, que debido a sus estragos y en solamente en un año, el de 1910, causaron 3368 muertes.

Entre estas enfermedades las más importantes fueron: fiebre tifoidea, tifo exentemático, paludismo, viruela, sarampión, escarlatina, tos ferina, difteria, gripe, cólera asiático, colerina, tuberculosis pulmonar, tuberculosis de las meninges, cáncer y otros tumores malignos, afecciones del estómago, meningitis simple, congestión y hemorragias cerebrales, enfermedades orgánicas del corazón, bronquitis aguda y crónica, neumonía, hernias y obstrucciones intestinales, cirrosis, nefritis, accidentes del embarazo, debilidades seniles y congénitas. Este es un listado de enfermedades diversas, que ciertamente no pueden ser catalogadas como afecciones pandémicas, pues las que tuvieron este carácter fueron otras, de las que hablará en los párrafos siguientes.

En efecto, las enfermedades epidémicas que se desarrollaron en las tres primeras décadas fueron: *disentería*, *peste bubónica*, *viruela*, *tuberculosis*, *fiebre amarilla* y el *paludismo*<sup>95</sup>, las cuales proliferaron favorecidas por las malas condiciones higiénicas de la ciudad y debido a la presencia del río en condiciones insalubres.

En 1925 ya se había presentado la *peste bubónica*, debido a lo cual la gente fallecía en las calles, particularmente los militares que se encontraban de licencia o que egresaban del Hospital Militar. Muchos atribuían la peste a las inmundicias que existían en el convento de San Francisco ocupado por el Batallón Guayas y el Hospital Militar.<sup>96</sup> Entonces se decidió recibir a los heridos callejeros en el Hospital.

Podemos afirmar que la peste bubónica causó impresionantes estragos, en su condición de pandemia, desde mediados de la primera década del siglo XX, pero que su real incidencia, destructora y cruel se trasladó a la década de los años veinte.

La mentada enfermedad había ingresado a la ciudad en 1908 procedente del puerto peruano de Paita, se propagó por varias ciudades del litoral y pueblos y, "a través de la línea férrea", llegó hasta Riobamba y Ambato, por lo cual se organizó una Comisión Sanitaria. Pero la

---

<sup>95</sup> "Causas de las defunciones ocurridas en la ciudad de Guayaquil entre 1911 y 1912", Informe de la Dirección del Servicio de Sanidad Pública, Guayaquil, 1911 – 1912, Ministerio del Interior, higiene y Vigilancia.

<sup>96</sup> Icaza, p: 108.

peste bubónica se convirtió en una enfermedad imperturbable que hacía fuertes estragos en la ciudad durante varias décadas y ninguna de las medidas tomadas (fumigación, desinfección y vacunación) hacía efecto para controlarla en su expansión nociva.

En 1924 se percibió que el alejamiento de la ciudad de los bebederos de agua constituyó una medida eficaz para frenar la enfermedad, (pues los roedores abundaban principalmente en la ciudad), así como el hecho de apartar de la urbe los desperdicios domésticos<sup>97</sup> contribuyó notablemente para que la peste dejara, en mucho, de afectar a los ciudadanos. En virtud de lo comentado se constató que el vector de transmisión del mal fueron las ratas que pululaban en medio de la urbe a causa de las formas antihigiénicas que en ella se habían generado.

Por el informe presentado al Cabildo de Guayaquil, -alrededor de 1917-, por el Dr. W. Parea, se conoce que las acciones acometidas para eliminar la peste habían decaído en las primeras décadas del siglo XX a consecuencia de la disminución de dinero para los trabajos sanitarios en la ciudad, no obstante que el mismo informe demuestra la persistencia de la enfermedad. Así, en 1908 se había atendido a 588 casos; en 1909, 903 casos; en 1910, 675 casos; en 1911, 513 casos; en 1912, 485 casos y desde este año a 1916, habían aparecido más de 2400 casos, 843 de ellos en 1916.

Por estas razones, hacia 1926, -para comprender, como ejemplificación específica los sucesos-, la Junta de Sanidad solicitó drenar las pozas que se formaban en la ciudad, rellenar las lagunas y reiniciar el empedrado de las calles de la ciudad para evitar fuentes de contagio. Al mismo tiempo dicha Junta demandó que se mudara el local de la carnicería y que se revisaran los desperdicios del Hospital y se fabricaran “secretas” o lugares donde podían arrojarse los desperdicios e inmundicias de las casas.

Frente a la insistencia del mal, desde mediados de la segunda década del siglo XX se asumió con energía, y como medida profiláctica fundamentalmente, las campañas de desratizaciones, tanto más que por aquel período se efectuó un examen de ratas, el mismo que concluyó que las ratas de pequeño tamaño eran las portadoras del mal. Este sui generis

---

<sup>97</sup> Informe que presenta el Director General de Sanidad Pública al Sr. Ministro de Instrucción Pública y Sanidad sobre los trabajos sanitarios correspondientes al año 1924, Guayaquil, 1925, Archivo Histórico Municipal, N. 2, Guayaquil.

examen fue efectuado por la sanidad, a petición del Cabildo, evidenciándose, además, que la proliferación de estos animales se daba principalmente en los mercados, especialmente en el Mercado Central y en el Mercado Sur, que por estar junto al río se convertían en el sitio más adecuado para la pululación de estos animales.

Años después, en 1929, la campaña antimurina,<sup>98</sup> o mejor conocida como la campaña contra todas las ratas se hizo acompañar de una lista zoológica de las especies de ratas que vivían en la ciudad y analizar dónde y cómo se las podía eliminar y con esta campaña se trató de disminuir la proliferación de ratas. La lucha contra la peste fue muy difícil, pero en 1930 estuvo controlada, siendo Guayaquil declarada como Puerto Limpio clase A (Kroeger: 114).

En el siglo XX, continuó siendo la *viruela* una de las enfermedades más destructivas, no obstante que entre 1911 y 1916 la Dirección del Servicio de Sanidad Pública afirmó que la viruela había sido definitivamente extirpada de Guayaquil. Sin embargo, como ocurrió en el resto del país, desde los primeros años del siglo XX, —a manera de herencia del siglo anterior—, Guayaquil padeció de la presencia de la viruela hasta finales de los años treinta, habiéndose desarrollado pandemias en esta década de manera intermitente pero con estragos ciertamente alarmantes.

La enfermedad de la viruela demandaba el aislamiento de los enfermos en un lazareto especial y la fumigación rigurosa de los focos de donde procedían los enfermos. Aquello propició resultados adecuados, pero el problema consistió en que el mal no estuvo radicado en la ciudad de Guayaquil, sino en el resto de la costa, desde donde la migración fue intensa hacia la urbe central. Debido a ello, se puso en marcha la vacunación obligatoria como el medio profiláctico más eficaz empleado por todos los “pueblos civilizados” del mundo. Con tal motivo, la Dirección de Sanidad Pública había propuesto al Congreso en 1911 un proyecto de ley de vacunación obligatoria<sup>99</sup>.

Así podemos afirmar que la viruela fue una pandemia de enormes estragos que afectó a la ciudad de Guayaquil, —en la tres primeras décadas del siglo— y que los esfuerzos por

---

<sup>98</sup> Boletín de Medicina y Cirugía, Asociación Escuela de Medicinas de la Universidad de Guayaquil, Francisco Campos R., “La campaña antimurina en Guayaquil.

<sup>99</sup> Informe de la Dirección del Servicio de Sanidad pública, 1911-1916, N. 810, Guayaquil, Ministerio de lo Interior, Higiene y beneficencia, p: 7 Archivo Histórico Municipal, N2 de Guayaquil.

combatirla estuvieron ligadas a las campañas de profilaxis mediante la vacunación, puestas en marcha bajo la eficaz actividad de la Sanidad.

Otras enfermedades que deben ser catalogadas como pandemias fueron la *tuberculosis*, la *fiebre amarilla* y el *paludismo*, respecto de las cuales, así como de las enfermedades a las que nos hemos referido en acápites anteriores, veremos su incidencia en el siguiente cuadro y en relación a los primeros años del siglo XX:<sup>100</sup>

<b>Año</b>	<b>Mortalidad general</b>	<b>Mortalidad Tuberculosis</b>	<b>M. Fiebre Amarilla</b>	<b>Mortalidad Bubónica</b>	<b>Mortalidad Paludismo</b>
1908	5510	388	109	332	322
1909	3631	459	255	398	219
1910	3177	478	160	311	194
1911	3638	471	215	260	223
1912	5300	548	403	236	512
1913	3981	445	232	339	312
1914	3573	446	29	179	263
1915	3958	531	18	117	475
1916	3614	478	166	345	358
1917	3639	573	79	161	424
1918	4187	610	307	118	579
1919	4573	727	101	23	528

La *tuberculosis* se constituyó como una grave enfermedad infecto contagiosa, descubierta en 1802, así sus víctimas proliferaron en los siglos XIX y XX, en una ciudad donde existía una deficiente situación sanitaria y un hacinamiento que se iba manifestando en los sectores populares de la urbe.

Esta enfermedad no solamente arreció en Guayaquil, sino que se expandió a todo el país. En 1949 la enfermedad había infectado especialmente a las provincias de la Costa y a las del austro interandino. En el mismo año en Tulcán, Pichincha, Chimborazo hubo un enorme grado de infección a causa de la tuberculosis. Hasta 1941 no se había hecho nada concreto con respecto a esta enfermedad., año en el cual Alfredo Valenzuela en Guayaquil secundado por Pablo Arturo Suárez en Quito, crearon la Liga Ecuatoriana Antituberculosa y poco después, gracias a los recursos que lograron obtener iniciaron las labores preparatorias de su actividad, a más de que concentraron esfuerzos a fin de despertar la conciencia

<sup>100</sup> Boletín de Medicina y cirugía, Organo de la Asociación Escuela de medicina, Guayaquil, 1920, N. 135, “La tuberculosis como factor de despoblación en el Litoral, medios de combatirla”, pp: 115-129.

antituberculosa en el país. En junio de 1946 comenzó la obra visible respecto de esta situación con la inauguración del Hospital en Guayaquil y habilitando camas en el Hospital San Juan de Dios de Quito.<sup>101</sup>

Sin embargo, la presencia de la tuberculosis bordeó hasta la década de los años sesenta del siglo XX. Los infectados formaron parte de pabellones específicos existentes en los hospitales, a tal punto que los enfermos de Quito y Guayaquil, en 1968, continuó anotando el profundo descuido del local y de los enfermos, demandando mayores recursos económicos para que pudieran ser atendidos, y para que mejorasen los sueldos de quienes les brindaban cuidado.<sup>102</sup> Para aquel entonces, el Estado, mediante el Ministerio de Salud, enfrentó directamente la situación de los enfermos contagiados con tuberculosis, más allá de que en Guayaquil la Junta de Beneficencia, estuvo contribuyendo en la atención a los enfermos. Se verá, pues, que la tuberculosis incidió en la población durante siete décadas del siglo XX y que sus estragos fueron permanentes,<sup>103</sup> especialmente en los sectores deprimidos económica y socialmente hablando.

En las primeras décadas del siglo XX se presenta también el impacto de la *fiebre amarilla*, otra patología vinculada a la vida de los Guayaquileños:

Año	Número de Habitantes	Nacimientos muertos	Fiebre Amarilla
1912	552		
1913	195		
1914	41		
1915	19		
1916	80.000, 272 casos.	263	3614
1917	85.000	248	3639
1918	87.000	248	4182
1919	89.771	222	4565

La declaración de la desaparición de la fiebre amarilla y de la peste bubónica llegó solamente en 1918 (Icaza, 1974: 143). Pero sobre todo la fiebre amarilla fue combatida seriamente por la Fundación Rockefeller.<sup>104</sup> Para enfrentar a la fiebre amarilla se requirió que se hicieran trabajos antilarváricos para eliminar el origen del mal. Para evitar esta enfermedad fue necesario hacer conciencia en la población, -en los sectores más pobres-

<sup>101</sup> Informe de las labores del servicio sanitario nacional, durante la emergencia del 5 de agosto de 1949, Gaceta Médica, 1949.

<sup>102</sup> Boletín del Laboratorio Municipal de Guayaquil, Imprenta Municipal, Tomo 1, enero de 1920, N, 21, "Porcentaje de la mortalidad anual y mensual de Guayaquil en sus últimos 4 años, p: 49.

<sup>103</sup> Revista Vistazo, 1968, No 139. Diciembre.

<sup>104</sup> Boletín del Laboratorio Municipal de Guayaquil, Imprenta Municipal, Tomo 1, enero de 1920, N, 21, "Porcentaje de la mortalidad anual y mensual de Guayaquil en sus últimos 4 años, p: 49.

que los depósitos o tanques de agua debían ser bien tapados, y como el problema radicaba en carencia de agua y en el pésimo almacenamiento de ella “...las casas particulares, hoteles, edificios públicos, casas de policía, posadas, hospitales, jardines e industrias varias debían proveer del agua necesaria para todos los servicios: bebida, alimentación, baño y limpieza, usos industriales y todo lo demás..”<sup>105</sup> Esto evidencia que la población de Guayaquil atendía sus necesidades con una reducidísima porción de agua. Por ello el Servicio de Sanidad cuidaba asiduamente que en esos depósitos no se formen larvas de mosquitos portadores del germen de la fiebre amarilla, para lo cual debían filtrar el agua de esos depósitos en la mayor parte de las casas.

A pesar de que en 1918 se declaraba la erradicación de la fiebre amarilla, la enfermedad continuaba presenciándose, así en 1926 se había vuelto difícil la erradicación de la fiebre amarilla, a diferencia de otros puertos del resto de América Latina. En 1918, el científico japonés Hideyo Noguchi había descubierto el germen de la fiebre amarilla en los depósitos de agua potable de la ciudad, así se inició una campaña de erradicación de la enfermedad.<sup>106</sup> Los depósitos de agua en Guayaquil fueron vigilados a fin de que no se convirtieran en criaderos de estegomias y de anófeles.

A las enfermedades mencionadas debemos agregar una enfermedad grave que en Guayaquil, se presentó durante varias décadas (hasta mediados de los años sesenta): la famosa enfermedad de *Chagas*. La enfermedad germinaba en la enorme reproducción de chinchorros en las zonas pobladas de los cerros Santa Ana y el Carmen. Los chinchorros infectados parecían proliferar en las paredes de las habitaciones. La invasión de chinchorros había cubierto la totalidad de los límites suburbanos y estos animales triatomas se multiplicaban en lugares oscuros y húmedos, reproduciéndose en épocas de lluvia. Esta enfermedad, pues, se sumó al asedio de la malaria, la sífilis, la tuberculosis y la infección de animales<sup>107</sup>.

Caso aparte, -asimismo a manera de pandemia-, fue la presencia en Guayaquil del *paludismo*. En la primera mitad de siglo XX hubo alrededor de 10.000 casos de muerte por

---

<sup>105</sup> Informe del Director General Pública al Sr. Ministro de Instrucción Pública, 1924, Guayaquil, Archivo Histórico Municipal, N. 2.

<sup>106</sup> Informe del Director General de Sanidad Pública al Señor Ministro de Instrucción Pública y Sanidad, 1924. Archivo Histórico Municipal N. 2 de Guayaquil.

<sup>107</sup> Gaceta Médica, Año 1, Guayaquil, abril de 1947, N. 6, p: 311, Julio Alvarez, “Informaciones epidemiológicas de la enfermedad de Chagas en la localidad de Guayaquil, 1942-46”, pp: 311-318.

paludismo, es decir que cerca del 20 % de la población moría de la enfermedad. Entre 1930 y 1960 la mayoría poblacional vivía en las zonas rurales y se dedicaba a la agricultura, el paludismo se desarrolló en este medio y provocó una de las más importantes enfermedades tropicales.

En las primeras décadas casi un 20% de las muertes en cada año desde 1912 a 1929 correspondían al paludismo. En 1924 la cifra de mortalidad por malaria ocupaba el cuarto lugar de la mortalidad general a nivel nacional después de la pulmonía, la gripe y la bronquitis aguda. En 1964 el paludismo atacaba a menores de edad, quienes constituyeron, al menos, la mitad de los enfermos. Esta realidad determina la altísima vulnerabilidad de la niñez, contándose con posibles contagios intradomiciliarios, en barrios suburbanos insalubres sin ningún tipo de saneamiento básico (Kroeger; 116).

Entre 1963 y 1966, se produjo en Guayaquil la epidemia de malaria y entre 1966 y 1968 se dio el control pandémico del paludismo, no obstante que la enfermedad se ha mantenido latente. En 1965 el 70 % de la población urbana tenía agua potable y el 52% alcantarillado. En 1967 en el Puerto se presentó una epidemia de poliomielitis que dejó como saldo el que, 796 personas fuesen afectadas por el polio paralítico. Lamentablemente en 1969 se produjo una nueva y grave epidemia de paludismo, siendo una constante esta enfermedad a lo largo del siglo XX que no solo afectó a Guayaquil, sino al conjunto de la provincia de Guayas, así como a otras regiones del País, entre ellas, Manabí, El Oro y Pichincha<sup>108</sup>.

En 1978 la población del Ecuador ascendió a 7`814.000 habitantes. Las enfermedades del período 1976 -1979 incluían la enteritis, enfermedades diarreicas, bronquitis, enfisema, asma, neumonías, senilidad, enfermedades cardiovasculares, accidentes de tránsito, tifoidea, polio, peste, difteria, tos ferina, tuberculosis, tétanos, malaria y sarampión que alcanzaba niveles epidémicos.

Entre 1980 y 1985 las enfermedades de vigilancia epidemiológica daban cuenta de un incremento de la difteria, el paludismo, la fiebre tifoidea, la tuberculosis, las infecciones respiratorias, diarreas infecciosas, la enteritis como principal causa de muerte, neumonías,

---

<sup>108</sup> Revista Vistazo, Abril – Julio- 1985.

bronquitis, enfermedad isquémica. En 1986 las infecciones intestinales disminuyeron, así como los accidentes de tránsito (Crespo y Estrella; 1997; 32).

En el periodo comprendido entre 1988 y 1992, durante el gobierno de Borja Cevallos, las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí tuvieron como las principales causas de muerte las patologías digestivas y respiratorias, la infección intestinal, neumonías y diabetes (Crespo y Estrella; 1997; 32) y comenzaron a aparecer, en estos mismos años, de manera frecuente los casos del SIDA<sup>109</sup>.

En 1988, se dio alarma sobre una epidemia de dengue clásico que no pudo ser erradicado ni controlado, -y que recurrentemente sigue afectando a la ciudad hasta nuestros días-, y al año siguiente se produjo una fuerte epidemia de cólera proveniente del Perú<sup>110</sup>, cuyos estragos fueron perniciosos y verdaderamente preocupantes. Estas enfermedades se propagaron por los pueblos del litoral, pero especialmente el cólera se difundió hacia el resto del país y provocó un sin número de víctimas fatales. Con esta pandemia coincidió, -o se descubrió-, que adicionalmente el Ministerio de Salud expendía fármacos caducados<sup>111</sup>, lo cual imposibilitaba el tratamiento de los enfermos de manera eficaz.. Al mismo tiempo comenzó a evidenciarse la presencia de numerosos casos del cáncer que afectaba a la población guayaquileña<sup>112</sup>.

En el último periodo ha sido notorio el control de las pandemias, pero al mismo tiempo, superadas ciertos conflictos de salud, han aparecido otras enfermedades, en una especie de espiral que se supedita a la medicina curativa y no a la profiláctica y que en el caso de la "institucionalidad guayaquileña" deja, -con mayor evidencia-, al margen a otras formas alternativas de curación, no obstante la altísima concentración de sectores populares y pobres en las barriadas de la urbe. Esta realidad nos lleva a la preocupación de cual va a ser el comportamiento del Estado frente a nuevas enfermedades que, como el SIDA, han comenzado a aparecer en Guayaquil con inusitada frecuencia.

---

<sup>109</sup> Revista Vistazo, Octubre – Diciembre, 1988.

<sup>110</sup> Ver Anexo 3. Entrevista Dr. Naranjo

<sup>111</sup> Revista Vistazo, Abril – Junio 1985.

<sup>112</sup> Revista Vistazo, Abril – Junio 1985.

Si bien paralelamente a los conflictos de salud se produjeron varios impulsos a la investigación<sup>113</sup>, no es menos verdad que esta línea de trabajo en la medicina nacional es aislada, y por ende se vuelve indispensable formular acciones de largo plazo que favorezcan al conjunto de la población y no solamente a grupos específicos que podrían pagarse esta medicina de alto nivel<sup>114</sup>.

Podemos resumir, entonces, señalando que las pandemias de la segunda mitad del siglo XX en Guayaquil fueron en su orden, las siguientes: la tifoidea, la difteria, el paludismo, el dengue clásico, el cólera. No obstante patologías digestivas y respiratorias han tenido una incidencia notable en la salud de los guayaquileños. Estas pandemias siempre estuvieron vinculadas a las malas condiciones de vida de la población y a la escasa actividad profiláctica (mediante la atención de las demandas estructurales de los ciudadanos) que los gobiernos nacionales y locales dieron a la comunidad.

---

<sup>113</sup> Revista Vistazo, Abril – Junio 1985.

<sup>114</sup> Revista Vistazo, Diciembre .- Noviembre de 1989.

## CONCLUSIONES

En Guayaquil se pueden identificar como grandes enfermedades que se desarrollaron a lo largo del siglo XIX a la viruela, la peste bubónica, la fiebre amarilla, la tuberculosis y la sífilis. Todas estas enfermedades fueron muy temidas y permanentes, siendo la Viruela y la Fiebre Amarilla las de mayor impacto en la población.. Es seguro que existieron otras enfermedades, pero las preocupaciones del Cabildo se dirigieron básicamente a extinguir las ya mencionadas o al menos, a enfrentar la situación de crisis que ellas propiciaron en la población, tanto más que ellas se propagaron en condiciones de grandes enfermedades o de pandemias.

En el capítulo correspondiente a las respuestas que el Cabildo de Quito dio frente a las pandemias, enumeramos algunos comportamientos que fueron ampliamente detallados. En este espacio de conclusiones quisiéramos marcar que hubiese sido repetitivo señalar que en Guayaquil se abordaron, -con las particularidades del caso-, comportamientos semejantes.

Fue obvio que el pensamiento religioso, especialmente a inicios del siglo, tuvo una enorme importancia y que por lo tanto los intentos de curación pasaron por la búsqueda del don supremo que fuese capaz de impedir que las enfermedades afectaran a la ciudad de una manera tan trágica.

El Cabildo luego, sistematizó algunas normas profilácticas para impedir que las enfermedades azotaran a su ciudad. Aquello de cuidar que los cuerpos de los habitantes fuesen, luego de su muerte, adecuadamente enterrados, se volvió en una norma de procedimiento del Cabildo. Otra tarea adoptada con agilidad fue facilitar a las boticas de los recursos necesarios para su funcionamiento, como lo fue buscar los recursos adecuados que permitieran que el Hospital tuviese un funcionamiento adecuado, sobre todo en los momentos de acumulación de heridos de guerra.

El asunto de la viruela, se constituyó en otro elemento que recibió un enorme impulso desde el Cabildo, especialmente a través de las Juntas de Vacuna y a partir de su papel de centro investigativo (en la búsqueda del fluido vacuno) y como centro operativo de vacunación.

Las normas profilácticas dirigidas a la ciudadanía también deben ser ponderadas: de un lado frente a las formas inadecuadas de desecho de las aguas servidas, -que infestaban al Río-, y

de otra parte ante la presencia de enfermedades venéreas. En ambas circunstancias la gestión profiláctica debe ser considerada como un comportamiento importante del Cabildo.

Si bien hemos consignado matices diferenciadores entre los comportamientos de los Cabildos de Guayaquil y Quito, -matices aparecidos por el carácter de los mismos a partir de los intereses específicos que expresó el poder local-, no es menos verdad que es más orientador señalar que hubo coincidencias de acción ante enfermedades de gran magnitud que afectaron a sus ciudades y ante las cuales hubo respuestas que se cobijaron en el entorno de las iniciales políticas de salud pública de carácter local y regional, de tal suerte que se vuelve evidente la diferenciación de conductas frente al conflicto de la enfermedad cuando comparamos la actitud de los Cabildos del siglo XIX respecto de los del siglo XVIII.

Un hecho por demás específico es aquel relacionado con los nuevos roles de los hospitales que, en medio de las circunstancias de las guerras independentistas, adoptaron una visión renovadora de su responsabilidad social, cuando se constituyeron ya no solo en centros de acopio de enfermos, vagos, desprotegidos y similares, sino que adoptaron una conducta curativa ante los enfermos o heridos que les llegaban a causa de la lucha armada que las guerras de la independencia venían provocando.

El Cabildo Guayaquileño, buscó procurar todas las acciones necesarias para construir la independencia, asunto que definió sustancialmente su comportamiento frente a la ciudad en una línea de apoyo abierto a las luchas libertarias. Dicho de otra manera, el Cabildo atendió esta línea de acción como prioritaria y, por ende, no puso todo el énfasis, -sin que aquello quisiera decir que pospuso su preocupación por la comunidad, como queda demostrado en el caso de su lucha contra la viruela-, para atender los problemas estructurales de su ciudad que, como en el caso del Cabildo de Quito, se constituyó en una preocupación más sistemática. Esta conducta, la quiteña, devino luego de una especie de conciliación entre las clases auxiliares con los nobles sobrevivientes y, en este entorno, le fue posible al Cabildo, especialmente hasta la segunda década del siglo XIX, atender, -digamos que con menores preocupaciones políticas internas-, los conflictos de salud.

Sin embargo luego de esta aparente asimetría, valga decir que los dos cabildos, especialmente en la década de los años veinte del siglo XIX, incorporaron en su ejercicio el apoyo a las luchas independentistas y a la consolidación de la República. En esta línea de

trabajo las dos instituciones apuntalaron el problema de la salud a partir de una visión curativa de las tropas que venían interviniendo en las campañas libertarias. Los hospitales y el engranaje de salud de los cabildos fueron destinados a curar a los heridos de guerra. La consolidación de la República establecería pautas iniciales de salud pública en el Ecuador, a partir de cuya circunstancia el poder nacional absorbió lo que hasta ese entonces había sido responsabilidad del poder local.

Al llegar el siglo XX en Guayaquil tuvo algunas características similares a las del siglo anterior, en cuanto al apareamiento de nuevas enfermedades, —y de aquellas que se convirtieron en pandemias—, asunto que estuvo fundamentalmente ligado a las condiciones de higiene y de infraestructura de servicios a la comunidad, así como a las condiciones económicas de vida de la población.

En todo caso debemos señalar que en Guayaquil las enfermedades que alcanzaron niveles epidémicos durante el siglo XX fueron la viruela, —que afectó a los primeros años del siglo—, la fiebre amarilla, la peste bubónica, la malaria, el dengue, la tuberculosis y el cólera. De alguna manera hemos señalado estas enfermedades en el orden con el cual a lo largo del siglo se hicieron presentes, no obstante que algunas de ellas estuvieron latentes en la población y se desarrollaron indistintamente.

Hubo otras enfermedades presentes en medio de la vida guayaquileña que no alcanzaron el nivel de pandemias, pero que es menester ubicarlas porque dañaron la salud de la población en índices importantes como son las enfermedades respiratorias, las enteritis, las enfermedades diarreicas, la bronquitis, las neumonías, las enfermedades cardiovasculares, el tétanos, entre otras.

Estas enfermedades no se localizaron solamente en Guayaquil o en Quito, dada la permanente movilización poblacional, el desarrollo de los medios de transporte, etc., debido a lo cual el contagio de las enfermedades fue más rápido y frecuente. Sin embargo podemos anotar que tanto el cólera como la malaria se desarrollaron en el Litoral y de ahí se extendieron hacia las poblaciones serranas.

Si bien hemos puntualizado el listado de las enfermedades que se expresaron como pandemias en Guayaquil en el siglo XX, ampliaremos además con tres asuntos adicionales sobre las causas de esta realidad:

1.- La estructura económico-social de la población constituyó un factor detonante para que las enfermedades referidas se tornaran en epidemias.

2.- La transferencia de responsabilidades, —en materia del cuidado de la salud—, del poder local hacia el poder nacional (El Estado) demostró la existencia de fragilidades desde el Estado frente a la consolidación y organización de la ciudad de Guayaquil, como producto, esencialmente, de la migración interna. De otro lado denotó que tanto el poder local como el nacional priorizaron la consolidación de un esquema político, económico y social de élites, antes que una ciudad que respondiese a los requerimientos de las más amplias capas sociales. Esta asimetría, —entre otras cosas—, arrastrada a lo largo del siglo XX, impidió superar adecuadamente los conflictos de salud que hemos reseñado, más allá de los esfuerzos "caritativos" que frente a las crisis pusieron en marcha grupos filantrópicos de la ciudad (para mantener la mano de obra activa o para impedir que la ciudad desapareciera a causa de las enfermedades de los grupos de riesgo) o a las concesiones del poder ante las presiones sociales que fueron atendidas desde posturas, incluso, político-clientelares, y,

3.- En este entorno el desarrollo de la medicina privada, más como un negocio que otra cosa, dificultó la definición de una política nacional de salud, favoreciendo los conflictos estructurales y de coyuntura que hemos referido.

### **CAPÍTULO 3**

#### **DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN QUITO Y GUAYAQUIL DURANTE LOS SIGLOS XIX Y XX**

##### **3.1 Acciones de salud y situación sanitaria en Quito y Guayaquil durante el siglo XIX.**

En este capítulo final pretendemos demostrar, por un lado, la gestión del poder local, tanto en Quito como en Guayaquil, respecto de los problemas de salud que afectaron a las poblaciones de dichos centros urbanos y, de otra parte, como ante la presencia de ciertas pandemias, —o de enfermedades de enorme peligrosidad—, la sociedad fue buscando alternativas de profilaxis y curación. Las acciones para enfrentar los conflictos generados

por las enfermedades las hemos catalogado como políticas de salud, no obstante que ellas, —en más de una oportunidad—, no estuvieron insertas en el contexto de acciones estratégicas, sino que se articularon como respuestas de coyuntura frente a la gravedad de los acontecimientos epidemiológicos.

Sin embargo, aún cuando las respuestas higiénicas, profilácticas, de curación y, también, de tipo administrativo se consolidaron para buscar soluciones a los desequilibrios de la salud, todas estas acciones constituyen las respuestas formales del poder local, regional o nacional y su señalamiento histórico es fundamental, más allá de cualquier apreciación de que estas políticas fueron insuficientes, o que hubiesen pecado de tangenciales y, aún, que hubieren promovido la dispersión de cualquier proyecto único de salud nacional.

A partir de la información recaudada, podemos mencionar un hecho trascendental: que las emergencias de salud empujaron a que las autoridades decidieran ocuparse de ellas y de sus pobladores. Esto a propósito del retraso económico que sufrían las ciudades con los ataques de diversas enfermedades, lo cual complicó —especialmente en los albores del siglo XIX—, la situación de ciertos segmentos económico-sociales vinculados especialmente a la acumulación de riquezas, a favor de la metrópoli o en claro servicio de las castas internas que se fueron consolidando, gracias al trabajo de los ciudadanos comunes, cuya salud, por lo tanto, debía ser precautelada.

La responsabilidad de la salud de los ciudadanos recaía frecuentemente en los Cabildos, y posteriormente dicha responsabilidad se trasladó hacia el Estado en el entorno de la modificación de la estructura de la sociedad ecuatoriana que ocurrió a mediados del siglo XIX, cuando se consolidó la República. Los Cabildos, hasta entonces, se habían preocupado de regular varios aspectos de la vida de las ciudades: limpieza de calles y casas, expendio de alimentos, etc<sup>115</sup>. De ese modo también empezaron a regular la vida pública y privada de sus ciudadanos, especialmente imponiéndoles normas de salubridad para evitar contraer y expandir las enfermedades.

Entre las muchas obligaciones del Cabildo apareció, como en el caso de Guayaquil, la obligación de preocuparse respecto del arribo de los barcos que llegaban al puerto, durante

---

<sup>115</sup> Kroeger, A. **Malaria y Leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario**, Quito, p: 111.

el siglo XIX, conocer los detalles de su procedencia y, de alguna forma, dar seguimiento a la situación de salud de sus tripulantes, para intentar que no se introdujeran nuevas epidemias a la ciudad. Así frente al episodio que comentamos en líneas subsiguientes, el Cabildo Guayaquileño no pudo estar ausente de asumir medidas preventivas: en 1801 el Virrey había advertido al gobernador Urbina que en Cádiz se había presentado una epidemia de vómito prieto o fiebre amarilla<sup>116</sup>. Esta noticia causó terror en las poblaciones americanas, por las consecuencias de la enfermedad. Frente a esa noticia, Urbina hizo cerrar el puerto para impedir la entrada de los barcos que pudieran ser incubadores de la enfermedad.

Durante los movimientos independentistas, las condiciones de las ciudades de Quito y Guayaquil, como el del resto de ciudades y pueblos del país, fueron deplorables, entre otras cosas, porque la prioridad sustantiva fue el abastecimiento a favor de la Fuerzas Patriotas, lo cual paralizó las obras públicas y los aspectos sanitarios fueron marginados totalmente (Icaza, 1974: 107). Aquello contribuyó para que las enfermedades entre la población se desencadenaran incontrolablemente, sin oportunidad de que los hospitales brindasen una atención debida, toda vez que los esfuerzos de los centros de salud estuvieron dirigidos a atender, fundamentalmente, a las tropas. Este es un período muy difícil para las poblaciones de la dos ciudades y es uno de los costos en las tareas de las luchas independentistas.

Pese a la proliferación de la viruela, felizmente la existencia de la vacuna liberó a los hospitales de las dos ciudades en materia sanitaria, con lo cual en ambas ciudades la actividad profiláctica asumió un eje importante en referencia a la atención de la salud, iniciando de esta manera los Cabildos el desarrollo de la salud pública desde una perspectiva ya no solo terapéutica, sino profiláctica, como debería corresponder a las instancias de poder. En este entorno, en Quito (1811) se nombró la Junta Departamental de la Vacuna (Icaza, 1974: 81). Solo hasta 1812 en Guayaquil resultó aprovechable la vacuna para su utilización y conservación. Lamentablemente aparecían otras enfermedades. —el caso de Guayaquil—, como la fiebre amarilla que arrasaban a la población y que siempre dejaba en situaciones desesperadas a los Cabildos y a los pobladores.

Por otra parte, la movilización de tropas durante esa época pudo ser el origen del apareamiento de más enfermedades graves. Muchos soldados vivían amontonados en los

---

<sup>116</sup> Julio Estrada Icaza, *El Hospital de Guayaquil*, Guayaquil, Publicación del Archivo Histórico del Guayas, 1974.

cuarteles y como consecuencia de ello, se contagiaban fácilmente causando fuertes estragos en los ejércitos realistas y patriotas. Esta tónica no cambió mucho en lo que restó del siglo XIX.

En 1826 las fiebres malignas, los tabardillos, y pleuresías causaron enorme mortalidad entre la población,<sup>117</sup> sin que los Cabildos y las incipientes estructuras de salud pudiesen responder adecuadamente. En este mismo año Simón Bolívar decretó la creación de Universidades Centrales en las capitales de los distritos. En Quito, la antigua Universidad de Santo Tomás se convirtió en la nueva Universidad Central en 1827. Un año más tarde, en 1828, se creó la Facultad de Medicina, constituyéndose como un órgano consultivo de salud y medicina (Crespo y Rigail; 2002: 83). La medicina científica tuvo mayor impulso con la Universidad, la organización de la Facultad de Medicina dio buenos resultados, los médicos titulados pudieron entonces, participar de las tareas de salud<sup>118</sup>.

En ese contexto, en 1828 se exigió a los barcos que procedían del extranjero, la presentación de Certificados de Sanidad a su ingreso a los puertos del territorio (Crespo y Rigail; 2002: 83). Se puede decir, a modo de comentario, que la institucionalización de las universidades, no solo que contribuyó a la modificación de las ideas que hasta entonces habían prevalecido, sino que modernizó las conductas, en el campo de la salud y de los entes encargados de esta actividad.

Los Cabildos contaron con el apoyo científico de los médicos, ellos reestructuraron las actividades y objetivos de los hospitales y toda esta armazón, contribuyó para que las respuestas frente a la situación de crisis en la salud tuviesen otros parámetros, más allá de los límites, especialmente económicos, que restringieron la voluntad de enfrentar a las enfermedades con actitudes diferentes a las que, hasta entonces, habían prevalecido.

Además concomitantemente a la realidad descrita, se fue institucionalizando en los poderes locales y nacionales, una visión distinta frente al tema de la salud: se comprendió que su rol, -el del poder-, estaba vinculado a precautelar la vida de sus ciudadanos. Aquello supuso, entonces, mejorar las condiciones de vida de los pobladores, dotarles de infraestructura

---

<sup>117</sup> Luis A. León, “Relación cronológica del tífus exentemático en el Ecuador”, **Gaceta Médica de Guayaquil**, 1ero de febrero de 1957.

<sup>118</sup> Jimena Sosa y Cecilia Durán, “Familia, ciudad y vida cotidiana en el siglo XIX”, en **Nueva Historia del Ecuador. Epoca Republicana II**, vol. 8, p: 181-182.

básica, cuidarlos frente a los posibles contagios, vacunarlos (de la viruela), etc. Estos nuevos comportamientos son similares, en el siglo XIX, en las dos ciudades y constituyen un salto cualitativo en referencia al rol del poder frente a la comunidad.

En todo caso, las nuevas orientaciones del poder respecto de la salud no estuvieron alejadas de otra circunstancia: se hacía menester avanzar hacia el progreso. El progreso significaba la consolidación de los grupos económicos y sociales que habían emergido en medio de las luchas independentistas y cuyo fortalecimiento estuvo asociado al nuevo modelo económico de dicha sociedad, el mismo que no podría catapultarse sin la presencia activa de los sectores populares que lo dotaban de mano de obra. Estos últimos, entonces, debían ser grupos humanos carentes de enfermedad.

Así, con el comportamiento de los Cabildos, se trataba de cuidar la salud de quienes deberían aportar a la edificación de una nueva sociedad, sociedad que les era más próxima, en el mundo de la subjetividad humana, porque les pertenecía y estaba siendo arrancada a los conquistadores, no obstante que las condiciones de vida de enormes grupos humanos, - como el del sector indígena-, quedaba desguarnecido debido al marginamiento hacia ellos, —y desde ellos hacia los mestizos—, en cuyo entorno no puede pasar desapercibido, también, el hecho sustantivo referente a que si bien las estructuras de salud articularon su desarrollo desde una cosmovisión europea a favor de algunos sectores sociales, la curación de las enfermedades de los grupos indígenas y de los sectores pauperizados se mantuvo articulada a las concepciones de la medicina tradicional, medicina que continua cumpliendo un papel fundamental.

Las dos percepciones de la salud y la enfermedad, en este período, se confrontaron desde un soterrado aislamiento mutuo que produjo limitaciones más o menos evidentes. En las ciudades la medicina occidental afianzó sus espacios, especialmente en los sectores criollos, en tanto en las zonas rurales, -así como en las zonas periféricas de las urbes principales-, la medicina tradicional continuó contribuyendo en la búsqueda del bienestar individual y colectivo. No obstante frente a la presencia de las grandes enfermedades, las dos concepciones de salud fueron superadas ampliamente por los fenómenos de enfermedad, asunto que no solo debe encontrar su causa en los problemas de infraestructura social de Quito y Guayaquil, sino en los incontables contagios que los migrantes europeos provocaron en los diversos territorios de América y, por ende en nuestro país.

En este entorno, -y con el telón de fondo propuesto-, sigamos precisando algunas particularidades del siglo XIX: a partir de 1830 el país empezó a construirse con importantes intereses económicos en la sierra y en la costa, en una suerte de convivencia entre las antiguas formas de tenencia de la tierra y la apertura al comercio internacional. Guayaquil se volvió el centro del comercio del cacao que entonces constituía en el producto agrícola puntal de la economía costeña y serrana, alrededor del cual se desarrolló un activo movimiento de mano de obra (Crespo y Rigail. 84). Lo más importante es que a partir de 1830 emergió la práctica de la Salud Pública como categoría oficial de servicio, cuya responsabilidad correspondía al Estado que poco a poco se iba constituyendo como el protagonista de las políticas de salud.

La creación de la República incluyó en su proceso la institucionalización de las Juntas de Sanidad o Juntas Médicas que se preocuparon por la higiene de las ciudades. Al mismo tiempo se dieron otros hitos de importancia como la inauguración de la Sociedad Médica de Instrucción para mejorar la enseñanza de las ciencias. La enseñanza de medicina en la Universidad, así como, la fundación de la Sociedad Médica del Guayas, ocurrió en medio de este contexto general en la Presidencia de Vicente Rocafuerte en 1835.<sup>119</sup>

A ello se sumó la construcción del Hospital Militar en 1855 en la ciudad de Guayaquil (para atender a todos los soldados, heridos y enfermos). Este proceso fue complementado en 1872 cuando se había inaugurado la escuela de obstetricia a cargo de la profesora francesa Amalie Sion<sup>120</sup>.

En 1869, en el gobierno de Gabriel García Moreno, se clausuró la Universidad Central, excepto la Facultad de Medicina y se entregó la administración hospitalaria nacional a las hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl. En esa época se introdujeron los estudios sobre las fuentes de contagio, se incorporó el cloroformo para la anestesia, la cirugía oftálmica apareció en la actividad curativa, las disecciones de cadáveres se efectuaron de manera más sofisticada y actualizada a la época. Se construyó el anfiteatro junto al Hospital San Juan de Dios de Quito (Crespo y Rigail, 2002: 85).

---

<sup>119</sup> Crespo, p: 85.

<sup>120</sup> Kroeger, A. **Malaria y Leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario**, Quito, p: 111.

En 1870, se organizó la sociedad de Medicina Práctica y se fundó la primera maternidad en el hospital San Juan de Dios en 1899. En 1874 bajo la dirección de dos médicos franceses Gayraud y Domec se propuso estudios médicos prácticos (Sosa y Durán: 182). En 1877 se creó la Facultad de Medicina en la Universidad de Guayaquil. Años más tarde, en la época de Eloy Alfaro, se produjeron importantes cambios para la salud de los ecuatorianos, sobre todo se desarrolló el saneamiento de los puertos y de los centros de producción. Se organizó la Hacienda Pública para destinar fondos a las Juntas de Beneficencia y para favorecer la administración de los Hospitales a través de la Asistencia Pública.

Hacia 1892, la ciudad de Guayaquil ya tenía agua potable, una obra que continuaría en crecimiento constante por las incesantes movilizaciones de trabajadores y soldados desde diferentes lugares. Siete años más tarde, en 1899, se estableció la Junta Superior de Sanidad Marítima y Urbana, para evitar las constantes amenazas de fiebre amarilla.<sup>121</sup>

La creación de la Junta de Beneficencia en Quito, en 1896, hizo que recayera sobre ella la responsabilidad de cuidar de los necesitados de las ciudades principales. En 1897 se había fundado en Guayaquil el Instituto de la Vacuna<sup>122</sup>, mientras la Universidad se disponía a crear cátedras de bacteriología y deontología médica.

La conformación de estas instituciones dio como resultado la disminución de muertes por enfermedades, y el mejoramiento del conocimiento de la salud, pero no evitó que en 1899 se produjera una fuerte epidemia de viruela en Quito, que demandó el que se dispusieran todas las acciones legales pertinentes para que se efectuara la vacunación de todos los niños del país<sup>123</sup>. Para contrarrestar las enfermedades, a finales del siglo XIX, la ciudad de Guayaquil fue testigo de muchas obras de saneamiento: desecación de pantanos y charcos, arreglo de calles, mejoramiento de construcciones (Kroeger: 111).

Así mismo, con la finalización del siglo XIX e inicios del XX las Juntas de Sanidad pasaron a formar parte de una Red Internacional de limpieza de puertos y zonas de producción de materias primas. En ese sentido la medicina sanitaria priorizó la lucha contra la fiebre amarilla, la peste bubónica y el paludismo (Kroeger:111). La Convención Sanitaria

---

<sup>121</sup> Ibid.

<sup>122</sup> Ibid, p: 111.

<sup>123</sup> Ibid, p: 111.

celebrada en Washington en 1906<sup>124</sup> fue la traducción de esa prioridad. El Estado entonces empezó a tomar medidas para preservar la economía y la salud de la población.

Como corolario podemos decir, entonces, que el Estado en el siglo XIX fue asumiendo paulatinamente el control de las políticas de salud, el cuidado de los ciudadanos frente a la enfermedad y que puso en práctica las iniciales acciones de salubridad bajo su responsabilidad. Para el efecto modernizó las instituciones de salud y favoreció la creación de los centros formativos de médicos. Procuró el control de las boticas y consolidó el trabajo de los hospitales (a favor de la población civil y militar). Es más favoreció algunas iniciativas de investigación.

Los beneficios señalados en todo caso fueron orientados a favor de los sectores medios de la población, hacia aquellos que se movilaron con las luchas independentistas y que fortalecieron, en épocas distintas, la economía de la República. Por ello, también es menester precisar que de estos beneficios hubo desplazados y marginados como ya hemos anotado en los capítulos anteriores.

Bien vale precisar que el siglo XIX fue un laboratorio importante en la definición, desde el Cabildo y luego desde el Estado, de políticas de salud colectivas, de políticas preventivas de las enfermedades, de desarrollo de líneas de salubridad e higiene y que corresponde a este periodo, también, -especialmente desde mediados del siglo XIX-, el inicio de la práctica profesional médica particular que favoreció a los sectores pudientes, -grupos minoritarios-, en menoscabo de aquellos que no la podían pagar por el cuidado de su salud. A contrapelo de lo señalado se mantuvieron los grupos que no fueron beneficiados por ninguna de las dos opciones institucionales encargadas de atender el conflicto salud-enfermedad, especialmente los sectores indígenas y negros, quienes por razones diversas, -culturales y económicas-, continuaron haciendo uso de la medicina tradicional.

Estas particularidades se han mantenido hasta el presente. Luego diremos cuan indispensable es salvar estas asimetrías con la definición de una política única de salud, que de cuenta de las diversidades de nuestro pueblo y del país, y por ende, que de cuenta, asimismo, de las múltiples prácticas médicas.

---

<sup>124</sup> Registro Oficial N. 74, Quito, 4 de mayo de 1906, p: 577 – 584.

### **3.2 Acciones de salud y situación sanitaria en Quito y Guayaquil durante el siglo XX.**

Bajo los conceptos referidos establezcamos, entonces, algunos importantes acontecimientos ocurridos en el siglo anterior: al finalizar el siglo XIX se declararon públicos todos los cementerios bajo la administración de las Juntas de Beneficencia; al mismo tiempo en Quito se creó el primer laboratorio químico municipal. En 1902 se fundó la Liga Ecuatoriana de lucha contra la Tuberculosis en Quito y el Consejo Supremo de Sanidad e Higiene<sup>125</sup>. Se estableció, además, el Reglamento General de Boticas, el de Sanidad Militar y el del Consejo Superior de Higiene, este último fundado en 1904. Así mismo se inició la enseñanza de odontología en las Facultades de medicina de Quito, Guayaquil y Cuenca. En 1906 se reconstruyó el Hospital General de Guayaquil, se emitió el Reglamento de Policía Marítima, se fundó la Escuela de Enfermeras y la Dirección de Sanidad (Crespo: 87). Todos estos hechos nos demuestran, fundamentalmente, el traspaso real, -hacia el Estado-, de las responsabilidades que en materia de salud poseían hasta entonces los Cabildos de Quito y de Guayaquil, y, también, de la consolidación del Estado liberal, así como de su definición para atender los requerimientos de la población.

En este entorno, precisamente, se dictó una de las leyes más importantes para el Ecuador del siglo XX. En efecto en 1908 se emitió la Ley de Beneficencia mediante la cual se nacionalizó o expropió los bienes eclesiásticos o "bienes de manos muertas". Dicha ley estableció que el Estado, -liberal y laico-, asumiera directamente el control sobre los bienes de las comunidades religiosas. Estos bienes debían ser destinados a favor de la beneficencia pública a través de Juntas Administrativas establecidas en Quito, Guayaquil y Cuenca, con obligación de que los beneficios otorgados por dicha ley fuesen a favor de los ciudadanos, en general, sin importar su adhesión religiosa.<sup>126</sup>

La Junta de Beneficencia guayaquileña, creada en las condiciones anotadas, ha subsistido hasta hoy y su actividad ha constituido, históricamente, un aporte para superar los conflictos de salud de la ciudad. No obstante, a contrapelo, ha sido una limitación para el desarrollo de las instituciones estatales en la urbe guayaquileña, pues desde mediados de la década de los años treinta del siglo anterior, una de las formas de mantenimiento económico

---

<sup>125</sup> Nueva Historia del Ecuador, vol 14; Crespo, 2002, p: 87.

<sup>126</sup> Documento de la Historia del Ecuador, Nueva Historia del Ecuador, Vol, 15, Corporación Editora Nacional, Quito, 1995, p: 232-234.

de esta Institución, -y al decir de ellos, de sus múltiples actividades-, ha estado referida a los ingresos que les deja las rifas y la llamada lotería nacional.

Más aún, como la Junta ha estado regentada por importantes sectores de la burguesía guayaquileña, ha sido difícil concertar acciones con las políticas de salud del Estado y, por el contrario, su gestión ha aparecido como complementaria o para llenar el vacío que deja la gestión estatal, más allá de los cuestionamientos a sus enormes ingresos y a su autonomía, realidades que han pasado a un segundo plano por la importante labor social desplegada. Esta breve exposición sobre esta Institución que en Guayaquil se mantiene en plena labor, -a diferencia de la que desapareció en Quito-, es indispensable formularla porque cualquier política nacional de salud debe, necesariamente, tomar en cuenta en su quehacer a dicha Institución guayaquileña.

Volviendo al año de 1908 y a las circunstancias de la creación de las Juntas de Beneficencia., recordemos que se declararon del Estado todos los bienes raíces de las comunidades religiosas establecidas en la República. Las Juntas de Beneficencia en Quito y Cuenca debían contar con el Gobernador, el Presidente del Concejo Municipal, y tres ciudadanos nombrados para los cargos, para su adecuado funcionamiento. En el caso de Guayaquil se dispuso que la Junta subsistiera bajo la forma ya organizada. Por lo que el Estado dio pasos de enorme trascendencia para asegurar políticas estatales para institucionalizar la salud pública, pues muchos de los bienes eclesiásticos fueron destinados, también, al cuidado de la salud.

En 1908, además, se creó la ley de Sanidad Pública y Militar y el Código de Policía General. En 1910 se inauguró la Cruz Roja Ecuatoriana en Guayaquil y en 1914 se estableció la Cruz Roja Militar. Al mismo tiempo, el personal médico de la subdirección de sanidad ofrecía un contingente para la organización de las ambulancias militares<sup>127</sup>. En 1911, asimismo, se puso en conocimiento de las ramerías de las ciudades, la necesidad de portar una libreta profiláctica, para evitar el contagio de enfermedades<sup>128</sup>.

Siguiendo en orden cronológico los acontecimientos que configuraron las políticas de salud, es menester señalar como en 1916 se reglamentó en ocho horas la carga horaria de trabajo,

---

<sup>127</sup> Libro de Actas de Cabildo, Archivo Histórico Municipal, Tomo II, Quito, 23 de abril de 1910, f: 40.

<sup>128</sup> Libro de Actas de 1911, Tomo I, 0.0293, Quito, 18 de enero de 1911.

asunto de enorme significación en la lucha de los trabajadores ecuatorianos, tanto más que este asunto debe ser considerado como una conquista laboral, vinculada, obviamente, en la búsqueda de precautelar la salud de los trabajadores, a despecho de quienes han querido explotarles para lograr la acumulación de riqueza que les anima en sus vidas.

En el mismo año de 1916 llegó la Primera Comisión Sanitaria Norteamericana de la Fundación Rockefeller para la lucha contra la Fiebre Amarilla. En 1918, de otra parte, se organizó en Guayaquil la primera campaña antilarvaria para evitar los focos de infección de la enfermedad. La Comisión Sanitaria Norteamericana luchó, además, contra la peste bubónica, la tifoidea, la viruela y otras enfermedades infectocontagiosas (Crespo: *Ibid*).

En 1923, la Junta de Beneficencia de Guayaquil obtuvo su autonomía total y en 1926 se creó la Ley de Asistencia Pública, en tanto en 1927 se inauguró, en Quito, la primera planta pasteurizadora de leche<sup>129</sup>. Estos tres hechos son fundamentales, pues permitió la autonomía de la Junta de Guayaquil, de la que goza hasta hoy, y su desarrollo que, también, pervive hasta nuestros días, permitiéndole poner en marcha sus programas de salud y de asistencia social, conforme sus objetivos que, a largo plazo, en todo caso, deberán formar parte de un proyecto nacional de salud. La ley de Asistencia Pública, de otro lado, fue una respuesta frente a la precaria situación de salud de los sectores populares; fue, entonces, una acción social desde el Estado frente al conflicto de la enfermedad que afectaba a sectores desposeídos de la población. La pasteurización de la leche, en cambio, denota una acción profiláctica de enorme significación vinculada a la higiene, al punto que el Cabildo de la ciudad de Quito tuvo, por aquel tiempo, enorme participación y control en esta tarea en la cual, también, se insertó el gobierno central.

La crisis económica de los años 30 finalizó con la Segunda Guerra Mundial y abrió una etapa de relativa expansión, en cuyo período se dinamizaron las exportaciones ecuatorianas de balsa, caucho y cascarilla<sup>130</sup>. En 1933, después de cuatro siglos de atender la salud de la población de Quito y sus alrededores, el Hospital San Juan de Dios quedó destinado a la atención de los enfermos infecciosos, neumológicos y dérmicos de tifus excentemático y

---

<sup>129</sup> Informe del Director General de Sanidad Pública al Señor Ministro de Instrucción Pública y Sanidad, 1927. Archivo Histórico Municipal N. 2 de Guayaquil.

<sup>130</sup> Wilson Miño Grijalva, "La Economía Ecuatoriana de la Gran Recesión a la Crisis bananera", en **Nueva Historia del Ecuador**, vol 10, Corporación Editora Nacional, Quito, 1990, pp: 38-69.

demás enfermedades de aislamiento obligatorio, mientras se inauguraba el Hospital Eugenio Espejo, policlínico con capacidad para 500 camas<sup>131</sup>.

En 1937 se produjo la estructuración del Departamento Médico Social de la Caja del Seguro destinado, inicialmente, a favor de los empleados privados y de los obreros. Esta circunstancia marcó un fenómeno de enorme trascendencia en la atención de salud de los ecuatorianos, pues el Estado asumió el cuidado de la salud de sectores que hasta entonces habían estado al margen de beneficios sociales. Esta política, -que protegía a la fuerza laboral y a los sectores productivos que la usaban-, fue una conquista importante para la población y para los empleadores que ha persistido a lo largo del siglo XX y que a pesar de sus falencias y limitaciones no puede ser dejada de entender como una de las más importantes políticas del Estado frente a los ecuatorianos. Vinculados a esta misma estructura de salud se crearon, en el mismo 1937, los primeros dispensarios médicos dentales en Quito, Cuenca, Ambato, Riobamba y Guayaquil, bajo la dirección nacional del Dr. Pablo Arturo Suárez.

Como complemento al apareamiento de las Instituciones referidas, se codificaron las Leyes de Hogares y de Protección Social, leyes mediante las cuales se coordinaba y se creaban instituciones y departamentos como las casas cunas, hogares infantiles y centros de reeducación (Astudillo; 1981), instituciones que denotaron la voluntad de cuidar, desde el Estado, a la población infantil, uno de los grupos de mayor riesgo ante las enfermedades y uno de los sectores afectados debido a que en las grandes ciudades quedaban marginados, mientras sus progenitores buscaban formas de subsistencia laboral diversa. (Aquello de dar atención a los trabajadores, de proteger a los empleados públicos, de precautelar la situación de los infantes, ciertamente fueron conquistas de enorme trascendencia social, no obstante que también deben ser miradas como conductas del Estado para dar facilidades a los trabajadores para que cumpliesen adecuadamente sus actividades que, a la postre, beneficiarían a los dueños de los medios de producción. Una política de doble vía que no puede dejar de ser comentada, pero que, en esencia fue conquistada por la lucha de los trabajadores del campo y la ciudad y, además, en medio de la influencia de las ideas progresistas del periodo a nivel internacional y local).

---

<sup>131</sup> Celín Astudillo, **Páginas Históricas de la Medicina Ecuatoriana. Instituciones, ideas y personajes**, Instituto Panamericano de Geografía e Historia.1981.

En el mismo año de 1937 se trasladó de Quito a Guayaquil la sede de la Dirección General de Higiene, a cargo del Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, fundador del Instituto Nacional de Higiene, con lo cual se estableció la obligatoriedad de obtener una patente a todas las personas que elaboraban y vendían productos químicos y farmacéuticos, mientras tanto en Quito se hacían también muchas investigaciones en este campo de la producción de fármacos. (Astudillo; 1981), asunto relevante en la historia de la medicina ecuatoriana.

Se constata, así, la importante voluntad política por cuidar a ciertos segmentos de la población al punto que podemos decir que este período fue de una fructífera consolidación de la salud pública y que en aquel año de 1937 se pusieron las bases de la Salud Pública Nacional, en el contexto de un proyecto de salud nacional que tuvo una visión de largo plazo y una clara connotación política ideológica que debe rescatarse en la historia nacional.

En 1939 se fundaron los Laboratorios Farmacéuticos Ecuatorianos (LIFE) industria que emergió en la vida nacional como productora de fármacos y que, además, promovió la investigación. El 14 de abril de ese mismo año, fue registrado como la fecha en la cual se presentó el último caso de peste bubónica en Guayaquil. En 1940, en relación a la fiebre amarilla, se declaró a la ciudad de Guayaquil como Puerto Limpio Clase A, aunque se notaba la persistencia de focos endémicos de dicho mal en las zonas rurales de las provincias del Guayas, Chimborazo, Loja y Manabí; así mismo se fundó la Liga Ecuatoriana Antituberculosa y un año más tarde, en 1941, se constituyó el Instituto Nacional de Higiene en Guayaquil. En 1942, por otra parte, se fundó la Federación Médica del Ecuador que tuvo entre sus principales objetivos el gestionar la creación del Ministerio de Salud Pública (Astudillo; 1981). En 1945, entre otros asuntos de enorme trascendencia, se inauguró en Quito la Clínica del Seguro y se creó el Instituto Nacional de Nutrición.

En 1948 se fundaron en Quito el Banco de Sangre y el Hospital de Niños Baca Ortiz, se realizaron las gestiones, -provenientes desde los gremios médicos-, por conseguir la creación del Ministerio de Salubridad y de Asistencia Pública del Ecuador. Los médicos, especialmente de Quito, hicieron todos los esfuerzos por consolidar una estructura institucional que se preocupara de la protección de la salud de la población<sup>132</sup>, situación que confrontó, en un primer momento, a la Junta de Beneficencia de Guayaquil con ciertos

---

<sup>132</sup> Eduardo Estrella y Antonio Crespo, **Desarrollo Histórico de las políticas de Salud en el Ecuador (1967-1995), Proyecto de Promoción y Análisis de políticas de Salud**, USAID, 1997.

sectores del Estado, pues las delimitaciones de funciones y de recursos económicos fueron temas de conflicto que debieron ser superados en el tiempo, pero que, en su momento, expresaron la visión diversa, -y los intereses, también distintos-, de las dos importantes regiones del país respecto del tema del cuidado y atención de salud de los ciudadanos.

Hacia la década de los años cincuenta tuvo gran presencia la Federación Médica que potenció su quehacer en la creación de una organización estatal (Crespo y Estrella; 1997) que atendiera el tema de la salud pública en el país. En los asuntos puntuales es importante resaltar que en 1951 se fundó la Sociedad Ecuatoriana de Lucha contra el Cáncer (SOLCA). En 1952, de otro lado, se completó la campaña antimalárica con la ayuda de las Naciones Unidas. En 1961 se intensificaron las luchas por la institucionalización de la Salud, así entre 1964 y 1966 se impulsó un Plan Nacional de Salud ligado a las actividades de la Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica que, -en un cambio cualitativo importante desde las esferas del Estado-, consideró a la salud como un elemento inseparable del desarrollo económico. Entonces, y bajo estas consideraciones, se decidió que los servicios nacionales de salud fuesen manejados directamente por el Estado.

En este entorno se produjo la creación del Ministerio de Salud, ocurrido en 1967, cuya aparición fue el resultado de una gesta para una Política Nacional de Salud llevada a cabo entre 1966 y 1972 (Crespo y Estrella; 1997) y que definió, después de muchos años, la competencia total del Estado ante los temas referentes de la salud y la enfermedad, no obstante que, recuperando la realidad concreta del país y de sus regiones, se intentó armonizar la actividad de otras instituciones, vinculadas al tema de la salud y la enfermedad..

En 1970, se inauguró el Hospital Carlos Andrade Marín en Quito y el Ministerio de Salud dio inicio al programa de Medicina Rural, programa mediante el cual los médicos recién graduados atendían a los sectores rurales de la población. Las Políticas de Salud de la época pretendieron alcanzar varias metas:

- a) Unificación de los diferentes componentes del sector de la salud, mediante programas de coordinación e integración a nivel local, provincial y regional, asunto que despertó un debate interno muy importante pero que encontró sus límites a causa de los escasos recursos económicos para esta iniciativa que, además, tuvo una limitación adicional, en

el hecho de no dar cuenta que en la cultura de nuestros pueblos están presentes otras formas alternativas de cuidado de la salud, que en Quito y Guayaquil se usan de manera permanente y que se refieren a la medicina tradicional y popular;

- b) Desarrollar campañas a largo y corto plazo tendientes a evitar enfermedades prevenibles y con el objeto de controlar la difusión de epidemias, temas asimismo, vinculados con la presencia de importantes recursos económicos, los cuales no estuvieron a la mano de quienes planificaron esta fundamental estrategia de salud;
- c) Iniciaron programas de expansión y desarrollo de servicios de salud en: centro, litoral y austro (Crespo y Estrella; 1997: 30-32) lo cual denotó los niveles de centralismo con los cuales se inició la planificación del cuidado de la salud en la población, más allá de que la iniciativa expresó la preocupación del Estado por la situación de la población.

Entre 1972 y 1975, durante la Dictadura de Guillermo Rodríguez Lara, hubo una transformación epidemiológica, con una importante disminución de la hospitalización por enfermedades infecciosas, disminuyó la mortalidad general y se redujo la muerte por enfermedades prevenibles. En este período se reformuló la organización de la administración de salud, con el objeto de lograr funcionalidad de los programas (Crespo y Estrella; 1997: 32).

Entre 1979 y 1988 se creó el Consejo Nacional de Salud. A mediados de los años ochenta el Ecuador contaba con aproximadamente 8'799.732 habitantes, distribuidos un 50% en la zona rural y el resto en la zona urbana, debido a lo cual el desarrollo institucional de la salud no podía ser atendido solamente en función de los intereses de las grandes ciudades. Aquella comprensión fue importante para enfrentar los conflictos de salud-enfermedad con una visión realmente integradora del país.

El Ministerio de Salud, en aquel mismo período, identificó las enfermedades más frecuentes del Ecuador, (y no solo de Guayaquil o Quito) las mismas que se resumieron en: trastornos diarreicos, respiratorios, desnutrición, polioparasitosis, dermatopatías, escabiosis, piodermatitis, infecciones de vías urinarias, entre otras <sup>133</sup>, debido a lo cual se puede afirmar que nuevas

---

<sup>133</sup> Informe del Ministro de Salud Pública, Virgilio Macías, 10 de agosto de 1984, Archivo Palacio Legislativo, Quito.

enfermedades socio-económicas abundaban en el país y que, como lo había dicho el propio Estado, las causas de las enfermedades en el Ecuador, estaban ligadas a la situación económica y cultural de sus pobladores, razonamiento que a su vez nos lleva a otro: solo un cambio en las condiciones de vida de los habitantes puede contribuir significativamente a superar los conflictos de enfermedad, más allá de los esfuerzos estatales que, como los hemos visto, fueron de trascendencia y que no pueden ser menospreciados.

En los años siguientes, a finales de la década de los años ochenta e inicios de los noventa, el Ministerio de Salud estableció el control y vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. Entre ellas se privilegió la vigilancia del SIDA (los nuevos tiempos abrieron paso a las nuevas enfermedades de la aldea global) y dicho control, -debido a los indicios de contagios-, se efectuaron, sobre todo, en el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez así como en los Bancos de Sangre de Quito y de Guayaquil.

Al mismo tiempo se observó rebrotes de la enfermedad de Hansen (Lepra) y se agudizó la vigilancia sobre enfermedades inmunoprevenibles como las gastroenteríticas, la tuberculosis, la rabia, la teniasis, la cisticercosis y respecto de enfermedades crónicas como la estreptococia patógena, la fiebre reumática, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes<sup>134</sup>, todo ello mientras el país, además, fue víctima de la pandemia de el cólera, (que cobro muchas vidas en el país, pero de manera principal en provincias como El Oro, Guayas, y Manabí, no obstante que muchos casos se reportaron en el resto del territorio nacional) y que puso a prueba la eficacia del Ministerio de Salud, cuya actividad siempre ha estado limitada por la carencia de recursos y, últimamente, por el debilitamiento de sus estructuras institucionales debido a las nuevas concepciones que algunos grupos pretenden darle al Estado.

En efecto, hacia finales del siglo XX, se ha podido constatar que surgieron visiones económico-políticas interesadas en reducir la presencia del Estado en la vida pública. Esta visión bajo el argumento de que los poderes locales, regionales y nacionales no tienen capacidad operativa o que carecen de recursos, -y no favorecen acciones de autofinanciamiento-, para cumplir eficientemente sus actividades, han intentado deslegitimar la atención de salud a favor de la población.

---

<sup>134</sup> Informe de Labores del Ministro de Salud Pública, Dr. José Tohme Amador, al Presidente constitucional de la República, Agosto de 1986, Quito, Archivo del Palacio Legislativo.

Esta conducta, que emergió bajo los conceptos de la privatización que se sustenta en la globalización del neoliberalismo, pospone por completo el rol del Estado frente al ser humano y busca, en base a las falencias del Estado que ellos mismo construyeron, transferir responsabilidades a los sectores privados bajo un horizonte perverso que puede expresarse en razonamientos como el siguiente: "el enfermo debe curarse en Centros de primera calidad a costos altos; podrán obtener los medicamentos que las transnacionales fabrican, siempre y cuando tengan el dinero para hacerlo. La salud, aún en materia de profilaxis, estará bajo la eficiente labor de la medicina prepagada. Los demás, pueden ser clientes del Estado ineficaz".

En efecto, queremos reiterar que desde inicios del siglo anterior hemos podido constatar como paulatinamente el Estado se involucró en la defensa de la salud de los ciudadanos de las dos más grandes ciudades del país (como de las del resto del Ecuador), tarea que, como hemos revisado, significó el que se crearan instituciones diversas para atender los conflictos epidemiológicos más importantes. Sin embargo, aún así la dispersión respecto del cuidado de la salud fue evidente. Solamente luego de la creación del Ministerio de Salud, el Estado asumió el proceso de atención de las enfermedades y las acciones de profilaxis con una visión integradora, no obstante la siempre carencia económica y la falta de atención adecuada en otras áreas sociales que impedirían, en su conjunto, los riesgos de salud.

Ha sido, también, evidente, la falta de apoyo desde el Estado para la investigación científica sistemática y se ha podido observar como la ausencia de un Plan Nacional de Salud, -en el cual las medicinas alternativas y la tradicional estén plenamente incorporadas-, ha contribuido para las deficiencias que hemos anotado, a partir de cuya circunstancia, especialmente en los 30 últimos años, la medicina privada ha adquirido un auge importante, lo cual en sí no sería grave, si paralelamente la atención y cuidado de salud para los que menos tienen hubiese logrado igual repunte desde el Estado.

Precisamente frente a la realidad indicada, los Cabildos de Guayaquil y Quito, en las dos últimas décadas, han retomado, -muy parceladamente-, la atención de la salud, especialmente de la reproductiva, y vienen financiando la existencia de maternidades, cuya actividad es realmente restringida y cuanto a la tónica, a lo largo de todo el siglo XX, fue la de transferir todo el cuidado de salud de la población al Estado, en tanto su tarea primordial

se dirigía a atender los conflictos provenientes del crecimiento urbano y, en ese contexto, a dotar de servicios básicos a las comunidades.

Es evidente que, con las deficiencias anotadas, se ha producido en el Ecuador a lo largo del siglo XX un desarrollo de Políticas de Salud, lo cual fue posible, además, debido a las acciones de interrelación propiciadas desde otros países frente a los fenómenos sociales y económicos producidos por el azote de determinadas enfermedades que afectaron a diversos países de la región. En este contexto, muchas pandemias fueron enfrentadas no solo casa adentro, sino debido a su expansión, fueron atacadas por políticas y acciones provenientes desde diferentes países, lo cual permitió que el país se insertara en acciones médicas y, especialmente, en programas de prevención, que le obligaron a manejar respuestas más adecuadas frente a determinados problemas de salud-enfermedad, asunto que contribuyó para que el Estado tuviese un comportamiento idóneo en su tarea del cuidado de la salud frente a la población.

### **3.3 Políticas Inter-Estatales en la lucha contra las enfermedades.**

La lucha contra algunas de las enfermedades graves ocurridas en el país proviene de las acciones que en esta materia se ha adoptado en el mundo y en la región, asunto que es trascendente pues la confrontación con determinadas epidemias y enfermedades graves no ha sido, pues, efecto de acciones internas, sino resultado de actitudes epidemiológicas externas a las cuales debió responder el país, corporativamente.

Así, la Convención Sanitaria de 1905, celebrada en Washington, convino que los gobiernos de Chile, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Estados Unidos, Guatemala, México, Nicaragua, Perú, Venezuela y Ecuador se comprometieran a resguardar la Salud Pública contra la invasión y propagación de la fiebre amarilla, peste bubónica y el cólera<sup>135</sup>.

En la mencionada Convención los países signatarios se comprometieron a notificar inmediatamente el apareamiento de casos de dichas enfermedades con especificación precisa: lugar, fecha de aparición, síntomas. Los gobiernos se obligaron, asimismo, a establecer medidas de acción en los lugares de procedencia de las enfermedades, así como a

---

<sup>135</sup> Registro Oficial N. 74, Quito, 4 de mayo de 1906, p: 577 – 584.

observar el flujo migratorio, sin restricciones, a fin de notificar si hubiese el apareamiento de epidemias<sup>136</sup>.

Además, se acordó en asumir normas de control con respecto al transporte y uso de determinadas mercancías, desinfección, importación y tránsito de personas y equipajes. Se precisaba que no existen mercancías que sean por sí mismas transmisoras de peste, cólera o fiebre amarilla, sino en caso de haber sido contaminadas por productos pestosos o coléricos y, en el caso de la fiebre amarilla, por ser susceptible de conducir mosquitos se convino que era menester asumir las normas profilácticas de las que damos cuenta en este párrafo.

Las medidas de control establecieron, también, que en los puertos y en las fronteras de mar, sobre todo cuando los buques se encontraban infectados durante los últimos siete días antes de llegar a puerto o durante toda la travesía, tuvieran que ser inspeccionados para su desinfección correspondiente, proceso que, posteriormente se constituyó en una norma obligatoria para cualquier tipo de embarcación, lo cual devino en una medida profiláctica de enorme eficacia.

Como los puertos fueron considerados como posibles focos de movilización de las enfermedades, se adoptaron una serie de comportamientos que debían ser cumplidos con exactitud a riesgo de que el incumplimiento de las conductas sanitarias pudiesen generar restricciones de tránsito, con los agravantes económicos correspondientes. Frente a esta realidad Guayaquil tuvo que sumarse a las medidas sanitarias: limpieza exhaustiva de todas las partes del buque, barcos, etc; los pasajeros y la tripulación debían ser sometidos a observación y visitas médicas; cuando se producía el desembarco y se detectaba la presencia de enfermos, estos debían inmediatamente ser aislados, a más de que se debía, en estos casos, iniciar un proceso de tratamiento colectivo y a la desinfección de ropas y enseres, así como a la desinfección de las aguas, etc.

Frente a la propagación de las enfermedades que hemos enumerado, también las autoridades decidieron no descuidar las fronteras terrestres. A partir de ciertas consideraciones profilácticas, se convino, por ejemplo en no establecer cuarentenas terrestres, pero sí campamentos de observación y detección temporal de los sospechosos de ser portadores de

---

<sup>136</sup> Registro Oficial N. 74, Quito, 4 de mayo de 1906, p: 579.

las enfermedades. Cada país, en este contexto, se reservaba el derecho de cerrar o abrir sus fronteras frente al apareamiento de las enfermedades antes referidas. Así mismo, se convino en mantener en observación a los viajeros procedentes de lugares contaminados. Cada gobierno, adicionalmente, se tomaba el derecho de tratamiento a los vagabundos, emigrantes, grandes grupos y bandas de personas que atravesaran sus fronteras<sup>137</sup>.

Con los procedimientos profilácticos antes anotados, -lo cual evidencia que los problemas de salud abrumaban a varios países del continente y del mundo-, se lograron evitar el ingreso de enfermedades y que los riesgos de contagio múltiple avanzaran incontrolables en el país. Pero sobretodo, queda demostrado que el Estado Ecuatoriano debió desde inicios del siglo XX, y con la prontitud del caso, responder a los requerimientos sanitarios de otros países, lo cual a su vez le exigió, -casa adentro-, avanzar en su rol de promotor de la salud, de ente de cuidado y control de las enfermedades y en sujeto activo para enfrentar las pandemias que ocurrían en el Ecuador, tanto más que, el incumplimiento de las normas de prevención internacional, lo podían aislar comercial y económicamente del resto del mundo, en detrimento de los intereses de quienes controlaban el poder político y económico del país. Posteriormente, y de manera especial entre las décadas de los años cincuenta a los setenta,<sup>138</sup> el control de las vacunas y la exigencia de ellas para ingresar a un país determinado, se sumarían a las normas internacionales sanitarias que impidieron que la migración internacional fuese, o continuase siendo, un foco de expansión de enfermedades y causante de destrucción y muerte.

En referencia al tema migratorio, finalmente, podemos decir que en los aeropuertos, especialmente, y aún en los polos de frontera se mantienen niveles de control de vacunas así como de traslado de alimentos, animales y plantas, en la perspectiva de dar cumplimiento a las normas internacionales que por este medio pretenden impedir que ciertas enfermedades pudiesen ser transportadas de un lugar a otro, medida profiláctica que deja al descubierto la configuración de un sistema internacional frente a determinadas enfermedades que, como la fiebre amarilla, la bubónica y recientemente, el cólera, afectaron nuestro territorio y muchos lugares del continente provocando pandemias y, de la mano, normas de seguridad para precautelar la vida de la población.

---

<sup>137</sup> Registro Oficial N. 74, Quito, 4 de mayo de 1906, p: 579.

<sup>138</sup> El control de la vacunación sigue siendo activo en algunos países de la región, debido a que se ha constatado que algunas enfermedades, supuestamente erradicadas, se mantienen latentes. (N.A)

En momentos en que el mundo del siglo XX es un recipiente pequeño en donde todo, o casi todo, se difumina con prontitud, las enfermedades pretenden ser controladas con inusitada rapidez, más allá que para llegar a esta circunstancia han debido pasar decenas de años para asumir (en nuestro País y fuera de él) comportamientos distintos frente a las enfermedades; las epidemias y pandemias debieron casi desaparecer poblaciones enteras; los hombres y mujeres debieron luchar para que el poder (local o nacional) asumiera compromisos frente a la vida y los intereses de pocos pudiesen, en lo más, ser pospuestos por el bien común. No obstante queda mucho por hacerse ante nuevos riesgos de pandemias provenientes de nuevas enfermedades, de distintos virus y bacterias, favorecidas en su aparición por las cambiantes circunstancias de vida del género humano.

Frente al nuevo y complejo mundo, en nuestros lares y en todas partes, es menester comprender que toda acción que permita atender los conflictos de la salud, deberá provenir de acciones estatales adecuadamente combinadas entre sí. La curación solo será posible si el enfermo está en la capacidad de proveerse de la receta médica. La enfermedad y los vectores causantes de ella deberán desaparecer si las normas profilácticas forman parte de la educación ciudadana. Los servicios básicos no pueden estar ausentes en la vida de la población. Las medicinas alternativas deben formar parte del sistema único de salud. El presupuesto nacional debe privilegiar los gastos e inversiones en salud, todo lo dicho entre tantísimas otras cosas.

El acceso a la salud, en suma, debe ser un derecho y no una dádiva. Solamente en una realidad social distinta a la actual el equilibrio salud-enfermedad puede ser posible, caso contrario, las nuevas epidemias del siglo, (junto a las tantas que hemos revisado en este trabajo) estarán constituidas como efecto exclusivo y único de la miseria y la pobreza y como resultado, tan solo, de la inequidad. La profilaxis ante tanto mal, entonces, no es tan solo desde una postura médica, ha de partir de la comprensión de que la salud es el resultado de un equilibrio biológico, social, económico, cultural, psicológico, fisiológico y que el deterioro de ella debe ser una preocupación colectiva de la comunidad y no el resultado para nuevos y florecientes negocios.

## **ANEXOS**

## ANEXOS

### ANEXO 1

“ En las acequias abiertas caen animales, entra polvo, vegetales y suciedades que la impurifican, se carga de arcilla proveniente de los aluviones que en tiempos de lluvia se arrastra de los terrenos arados y de gérmenes de enfermedades quizá contagiosas por el lavado de ropas que en ellas efectúa la gente ignorante.

En los cajones caen personas sucias, se introducen trastos desaseados, penetran los aluviones de las calles.

En las pilas igual daño que en los cajones por tanto el agua es ya imbebible por lo sucia y dañada.

Ahora las aguas que vienen cerradas, con igual inconveniente que las anteriores al atravesar la población tienen a más otro desde su origen: en su interior tienen plantas que pertenecientes a diferentes familias botánicas no son indiferentes a la composición del agua, muchas de ellas microscópicas y que si bien durante su vida la purifican, cuando muertas se vuelven materia orgánica cuya putrefacción daña y altera la calidad del agua. Nuestras acequias no han sido limpiadas quizá desde su fundación, se habrá abierto a trechos uno que otro punto, que por el atasco del lodo lo pedía, por tanto el lodo y vegetales en putrefacción vienen formando en tal agua un medio de cultivo para gérmenes y bacterias de variada especie y que tienen que influir desfavorablemente en el organismo del que con el agua los ingiere”.<sup>139</sup>

---

<sup>139</sup> Archivo Histórico Municipal de Quito, Libro de Actas de 1902, Carta enviada al Sr. Presidente del Concejo Municipal de la ciudad, Quito, 16 de junio de 1902, 8 ff

## **ANEXO 2**

**Entrevista al Dr. Plutarco Naranjo Vargas**  
**Ex Ministro de Salud del Ecuador**  
**(Julio el 2.004.- versión magnetofónica)**

**¿Qué enfermedades, pueden ser consideradas en Quito y en Guayaquil con el carácter de epidemias en los últimos siglos?**

Podemos señalar como las epidemias más importantes al sarampión y a la viruela. En Guayaquil la epidemia de la fiebre amarilla fue un mal de enorme significación.

En 1937 Isidro Ayora dio una importante contribución al saneamiento de la ciudad y acabó con la fiebre amarilla. En el siglo XIX encontramos el apogeo de enfermedades parasitarias como el paludismo, y enfermedades infecciosas como la tuberculosis. Pero hay que destacar que momentáneamente en 1903 se cortó la viruela en Quito y Guayaquil, luego como no se siguió la vacunación la enfermedad continuó.

Es importante anotar el papel de las cofradías, las instituciones religiosas y la propagación del acompañamiento de los enfermos. La dirección Sanitaria en Guayaquil desde fines del siglo XIX vino cumpliendo un papel importante para la Salud de la ciudad. A ello se debe agregar los esfuerzos que hizo el Estado a inicios del siglo XX.

Hay varios momentos que nos pueden ilustrar el desarrollo de las políticas de salud. En 1937 aproximadamente se dictó el Código de Trabajo, creándose, además, el Seguro Social, siguiendo lo que se hacía en otros países. Subsistieron las Juntas, pero surgió la necesidad de entender la pobreza del campesinado y promover la necesidad de cambios importantes para el bienestar de la población.

El Dr. Pablo Arturo Suárez hizo una investigación al respecto y se creyó en la necesidad de mejorar las condiciones de vida del campesinado para mejorar económicamente, esto se realizó con miras a extender el Seguro Social al campesinado. En medio de ello, se puede anotar que se mantuvo la tuberculosis, el paludismo y la fiebre amarilla.

En 1948 se creó la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA), el diputado Neptalí Sancho hizo que el Congreso aprobara dicha creación. En Guayaquil, Juan Tancamarengo apoyó la lucha antituberculosa. Al mismo tiempo se crearon la Sociedad para la erradicación de la malaria (SNEM), junto con la OMS. Los últimos 10 años se tomó en cuenta que no se puede erradicar la malaria, sino controlarla. Tanto la malaria como la tuberculosis se vuelven epidemias de tiempo en tiempo. En el Ecuador había solo un foco de malaria que fue controlado, casi erradicado, pero en políticas de salud se debe trabajar entre países, y sucedió que Colombia no hizo lo mismo y desde la región del Chocó esta enfermedad volvió a difundirse hacia nuestro país, con enorme impulso.

Por falta de fondos, entre otras razones, el Ministerio de Salud ya no hizo un trabajo sistemático por tanto la malaria volvió a invadir todo. Luego se produjo la presencia del dengue, difundándose por la costa, mientras la viruela gracias a la vacunación pudo erradicarse. En la segunda mitad del siglo XX, a mediados de los años ochenta, se puede anotar a la epidemia del cólera que se difundió desde el Perú y llegó a las provincias del Oro y Guayas, desde donde contaminó al resto del país produciéndose una epidemia de difícil

control. Por tanto fue necesario educar a la gente en las formas de tratar sus desechos fecales, así se impulsó la campaña de letrización entre 1989 y 1992 en los barrios populares de Guayaquil. Como dato curioso, hay que agregar que las casas no tenían los servicios higiénicos, pero se impulsó la utilización de letrinas.

En todo este contexto tanto la medicina estatal como la privada han tenido participación en el control de las epidemias. El desarrollo de la medicina privada se dio como resultado de las dificultades del manejo de los Centros dedicados al cuidado y curación de los enfermos. Los leprocomios a fines del siglo XIX fueron asilo de enfermos y de pobres. Las instituciones tuvieron impulso en los diferentes niveles. Pero se debe nombrar a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que como ente local que tuvo y tiene mucha importancia en el apoyo a la ciudad y sobre todo a los ciudadanos de menos recursos. En el siglo XX, y sobre todo en la segunda mitad, el Estado ha estado relegando su poder a manos privadas, debido al mal manejo de sus bienes y a los intereses creados de los dueños de los centros privados. Es indispensable provocar un equilibrio de atención a la salud, en base a la definición de un Plan Nacional de Salud, en el cual el Estado regule el cuidado de la población y establezca el nivel de participación de otras instituciones, -aún de las privadas-, para el mantenimiento de un ordenado proceso en el cual no pueden haber excluidos.

## ANEXO 3

### **Entrevista al Dr. Plutarco Naranjo Ex Ministro de Salud del Ecuador (Septiembre del 2.005.- versión magnetofónica)**

#### **Doctor: quisiéramos que nos hable sobre el desarrollo de las instituciones de salud en el país y de manera particular en Quito y Guayaquil.**

El Ecuador heredó un sistema médico no de salud, es decir médico que funcionó durante la Colonia en beneficio principalmente de la población española y por otra parte como servicio religioso de caridad cristiana para la gente pobre española que tenía que ir a los hospitales para salvar el alma, porque no había posibilidades de salvar al cuerpo. Bajo ese criterio se fundó el Hospital San Juan de Dios en Quito y en otras ciudades, sin médicos y atendidos por señoras caritativas.

Cuando a fines del siglo XVIII apareció Eugenio Espejo, el aporte del conocimiento de la epidemiología fue muy importante en muchos campos de salud. En el siguiente siglo, a finales del siglo XIX, durante la Revolución Liberal se trataron aspectos políticos y de la salud del país. La salud y los hospitales fueron objeto de reformas. Se crearon las Juntas de Asistencia Pública en la mayoría de las Provincias que empezaron a regentar los hospitales y otros servicios de sanidad, gracias a los fondos y otros recursos del Estado que pasaron la riqueza de la iglesia como bienes de la Asistencia Pública. Como un bien fundamental para los enfermos.

Entonces el Estado asumió la responsabilidad de la Salud a través de los hospitales que dependían de las Juntas que funcionaban con delegados del Gobierno. Se exceptuó de ello la Benemérita Junta de Beneficencia de Guayaquil. No fue nacionalizada como en las otras provincias por razones locales. En Guayas las comunidades religiosas no tuvieron tantos bienes como en la sierra, de tal forma que la Junta dependió, en mucho, de la gente que manejaba los mayores recursos económicos del país, quienes, -importadores y exportadores-, ayudaron económicamente en el manejo de la Junta de Beneficencia.

Las Juntas de asistencia Pública tienen un gran papel, pues se secularizó la atención en los Hospitales con un sacerdote para atender a los enfermos con enfermeras y religiosas como auxiliares. Con la revolución del 28 de mayo de 1944, que luego de la Revolución Liberal fue otro momento de importancia en los cambios sociales y políticos del país, se cambió el sentido de la atención de la salud. Luego la constitución en 1945 incorporó el derecho a la Salud de los individuos como objetivo del Estado. En 1927 el gobierno de Ayora, quien se había formado en Europa, ya había dado pasos importantes al respecto.

En el período de Ayora, -período al que regreso por su importancia-, se realizó el saneamiento de Guayaquil que había venido sufriendo de epidemias de fiebre amarilla. Como Puerto principal y lugar de astilleros, Guayaquil fue un foco de infección y contagio para los puertos de Santa Elena y aún para países como el Perú y Chile, pues desde Guayaquil zarpaban hacia aquellos lugares las embarcaciones.

Habiéndose deforestado los bosques cercanos y vendido las maderas preciosas, Guayaquil estaba siendo afectada ambientalmente pero también en la salud. Ayora saneó Guayaquil transformándolo de Puerto terrible apestando por la fiebre amarilla, en Puerto Limpio. Otro

acierto de Ayora fue la creación de la Caja de Pensiones para los empleados del gobierno, de los municipios y de los bancos con atención limitada a los enfermos de la Caja de Pensiones. Al mismo tiempo también se creó el Banco Central como entidad reguladora monetaria.

En 1937 se aprobó la ley de Seguro Social obligatorio para empleados privados, se creó la Caja del Seguro y un ente regulador de ambas. El Instituto Nacional de Previsión Social. Con la creación de la Caja se creó el Departamento Médico como entidad nueva con recursos económicos propios. Comenzó, luego, el servicio médico a empleados privados como un gran paso a la Asistencia Social. De esta manera se dio impulso a la Medicina Social. El Instituto Nacional de Previsión tenía entonces a su cargo la Caja de Pensiones Gubernamental y la Caja de Pensiones para empleados privados. Ellos tuvieron directa relación con el Departamento médico. Luego se amplió el servicio a los hijos de los trabajadores, se dio un subsidio a los trabajadores debido a las enfermedades, a causa de los accidentes de trabajo y cuando enfrentaban la maternidad. A partir de estas políticas se construyeron los grandes hospitales Andrade Marín en Quito y Teodoro Maldonado en la ciudad de Guayaquil.

En 1945 el Código de Trabajo apoyó el servicio de salud para los trabajadores. Hay que mencionar que la constitución política de 1944 tuvo un importante enfoque social. La promulgación del Código de trabajo y las Juntas de Asistencia pública pasaron a llamarse Juntas de Asistencia Social donde el interés de la comunidad para las prestaciones tuvo enorme impulso.

Quiero recordar, en este punto algunas acciones personales que debí cumplir. Fui Director General de la Junta de Asistencia Social. Entre 1963 y 1966, cree la mayoría de las especializaciones médicas, y concedimos becas a México, Francia, Brasil, Argentina para que los médicos y otros profesionales de la salud se especializaran. En 1964 se dio impulso a lo que se conoció como medicina preventiva. Participé en el proceso de unificación de las dos cajas y en ese mismo período se consolidó lo que hoy se conoce como Instituto de Seguridad Social, donde el Departamento Médico fue independiente y unificado. Posteriormente, el gobierno de Velasco Ibarra arruinó al Departamento Médico cuando lo hizo dependencia de la Caja del Seguro y dejó de ser autónomo, de esa manera empezó la crisis del Departamento Médico del Seguro.

Desde fines del siglo XIX había servicios sanitarios, especialmente la Dirección de Sanidad en Quito que luego se trasladó y quedó en Guayaquil, luego esta Dirección participó en La Unión Panamericana de Salud. A mediados de siglo XX había una fuerte presión de los sectores médicos y sociales para la creación del Ministerio de Salud por que la atención médica estaba a cargo de la Cruz Roja, de los Hospitales Militares y de las Juntas de Beneficencia. Al mismo tiempo se había creado la LEA y el SNEM, departamentos en los cuales estaban funcionando los Servicios Médicos Municipales y las Direcciones de Higiene; todas ellas constituían un mosaico de instituciones que funcionaban sin coordinación y por ello hacía falta la creación de un órgano regulador.

En esas condiciones se creó el Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud se creó tomando en cuenta las ideas que se tenían frente a la enfermedad, concepción que expresaba el interés de mantener y proveer de salud a los ciudadanos, de tal suerte que cuando se quebrantaba la salud, entraba en acción la atención médica.

En este mismo periodo las Juntas de Asistencia Médica desaparecieron y se crearon las Direcciones Provinciales; desapareció la LEA y el SNEM obtuvo presupuesto propio. Se creó SOLCA como ente autónomo por ley. Al Ministerio de Salud le tocó la tarea de organizar e integrar los diferentes entes autónomos de salud que tenían sus propios intereses.

Precisamente por estos antecedentes, cuando fui Ministro de Salud se amplió la cobertura de salud a la gestión preventiva, a la atención familiar, y se trabajó para que los médicos amplíen su visión a los aspectos preventivos de la salud, lo cual constituyó una tarea muy difícil. Esta labor ha sido diferente en países con un enfoque más claro de lo que es la atención familiar y comunitaria. Allí los médicos se preparan desde la Universidad para cumplir con esta tarea. La tendencia moderna es poner en marcha la atención primaria de la salud como una estrategia. En la actualidad de lo que se trata es de trabajar en la cobertura de agua potable, en la dotación de letrinización, de alcantarillado, de servicios básicos.

Volviendo al enfoque histórico, debemos recordar que cuando los hospitales se secularizaron se requirió de enfermeras graduadas. Así apareció la maternidad Isidro Ayora en Quito, mientras en Guayaquil la Junta de Beneficencia cumplía un rol muy importante en esta misma materia de cuidado a la madre parturienta.

En cuanto a la situación de las enfermedades (que obligaron a ciertos niveles de desarrollo de la estructura de salud en el Ecuador,) podemos decir que la Fiebre Amarilla, que venía desde Guayaquil, produjo graves consecuencias tanto en el resto del litoral y, aún, en la sierra. La Malaria y el Paludismo quedaron como endemias permanentes durante el siglo XIX y XX. Estas endemias se volvían epidemias en cada cambio climático, sobre todo en los Fenómenos del Niño. Por ello se creó el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, siguiendo la idea de erradicar la enfermedad, pero ahora sabemos que la enfermedad no se puede erradicar, sino solo controlar, por ello ahora es el Servicio Nacional de Control de la Malaria.

Juan Montalbán logró erradicar la malaria y quedó un foco pequeño en Esmeraldas, pero con los fenómenos del Niño y la difusión de la enfermedad en el Chocó esta enfermedad se volvió permanente. Se vuelve epidemia según la intensidad de los inviernos porque no se ha hecho trabajos de prevención ni educación, ni limpieza de los pozos de agua.

Debemos nombrar por otra parte, a las epidemias de Dengue clásico, por ejemplo la de 1988 en Guayaquil que se extendió hacia la costa, la cual logró ser controlada en una campaña extensiva en la cual colaboró Cuba. Lamentablemente no se ha logrado erradicar y ahora tenemos el dengue tipo hemorrágico.

Como caso aparte se debe nombrar la epidemia del cólera que vino desde el Perú en un barco de pescadores que llegó a los Bajos del Alto en el Oro y fue el primer foco del Cólera en el Ecuador. Se extendió a Guayaquil y luego al resto del país como un epidemia. Para atacarla se emprendió la campaña de letrinización sobre todo en lugares donde no había canalización en 1989. Se logró erradicar la enfermedad en 1992.

Otro gran problema de salud en el país sobre todo en las áreas rurales fue el de la desnutrición como endemia, lo cual puede nombrarse no como enfermedad, sino como un problema de salud, uno de los más importantes del país. En 1957 se había visto que el 50% de los niños menores de 5 años eran desnutridos. La OPS y el Ministerio de Salud abordaron el problema de la desnutrición impulsando programas de salud, pero manteniendo

viejos sistemas de hospitalización. En 1988 se creó con el 8% del presupuesto del Estado un Fondo para la desnutrición, pero a partir de ese año también se fueron cortando los presupuestos. El gobierno de Sixto Durán trató de privatizar los servicios de salud y recortó los presupuestos para salud. En el año 2001 solo el 3% se dedicó a la Salud.

## **ANEXO 4**

### **Entrevista**

**Ing. Guillermo Arosemena**

**Miembro del Directorio de la Junta de Beneficencia de Guayaquil**

**(Agosto 2004.- versión magnetofónica)**

#### **1)- Quisiera conocer brevemente su opinión acerca de la situación de la salud en Guayaquil durante los siglos XIX y XX.**

Las enfermedades convertidas en epidemia diezmaron la población en algunas ocasiones, lo que significó enorme pérdida económica para la ciudad, por lo que la población tuvo un crecimiento muy lento y la economía no pudo desarrollarse con un mercado pequeño.

El impacto de las enfermedades se aprecia en la breve historia del Consulado de Estados Unidos en Guayaquil, la cual da cuenta del elevado número de cónsules que no terminaron el plazo para el que fueron nombrados, por haber fallecido por las enfermedades tropicales.

#### **2.- En su criterio, ¿Cuáles fueron los factores que determinaron el desarrollo de las epidemias en Guayaquil?**

La falta de recursos económicos y el limitado conocimiento de la medicina, no favorecieron al control de las enfermedades. Guayaquil no tuvo sistema de aguas servidas hasta bien entrado en siglo XX y la ciudad estuvo rodeada de lagunas y charcos de agua que se convirtieron en sitios de cultivo de larvas. La falta de un buen sistema de recolección de basura favoreció la reproducción de ratas, causantes de la bubónica.

#### **3.- En su opinión ¿Cuáles enfermedades o epidemias fueron las más importantes durante el siglo XIX y el XX?**

Supongo que fueron la fiebre amarilla, la peste bubónica y la tuberculosis. Esta última debió haberse erradicado con la creación de la Liga Ecuatoriana Antituberculosis. Entre las enfermedades tropicales más importantes en Guayaquil tenemos la fiebre amarilla que en el siglo XIX vino desde Panamá y afectó al Puerto, luego los ataques de la fiebre bubónica, se llegó al punto de quemar la casa consistorial por la cantidad de ratas que en ella había.

#### **4.- ¿Cree usted que hubo organismos locales o nacionales que se preocuparon por prevenir, controlar, o tratar las enfermedades o epidemias?**

Es posible que después del trabajo de la Misión Rockefeller se haya creado algún organismo. La Liga Ecuatoriana Antituberculosis hizo extraordinaria labor. La misión Rockefeller entre 1917 y 1918 fue muy importante en el afán de solucionar el problema de la fiebre amarilla.

#### **5.- ¿Hubo la intervención de organismos o fundaciones internacionales que contribuyeron a eliminar enfermedades, y epidemias para asegurar la dinámica política y económica de la región?**

La primera misión fue la Misión Rockefeller, posteriormente deben haber venido otras, La Organización Panamericana de la Salud ha jugado un papel importante. Desde hace 30 años hay ONGs que traen a médicos estadounidenses para operar y capacitar.

**6.- ¿Cuál cree usted que fue el aporte del Estado para mejorar las condiciones de salud de la población en el siglo XX?**

Hasta los años cincuenta, el apoyo fue marginal, la Junta de Beneficencia reemplazó al Estado. En la segunda mitad, hubo mayor apoyo financiero.

**7.- ¿Cuál ha sido el papel de la Junta de Beneficencia de Guayaquil? ¿Podría hacer una reseña histórica de este organismo?**

Ha sido fundamental. Su rol es histórico. Me atrevería a decir que sin la Junta Guayaquil no estaría de pie. Su actividad es tan intensa que aconsejo ver la página web de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Solo una cosa: nadie que quiera proteger a Guayaquil debe prescindir de la Junta.

**8.- ¿Hubo otras instituciones que colaboraron al bienestar de la población guayaquileña?**

SOLCA, La Sociedad de Beneficencia de señoras, La Casa del Hombre Doliente, FASINAR y un sinnúmero de ONGs.

**9.- ¿Qué papel han jugado las instituciones privadas para la investigación, control, prevención y cura de las enfermedades?**

Predominante. Entre las instituciones más importantes en Guayaquil tenemos el Hospital Luis Vernaza que fue en su momento el Hospital General. El Estado le entregó la administración del Hospital y el cementerio al Municipio. Luego podemos ver la importancia de otras instituciones, por ejemplo en 1906 el inglés Alejandro Man dio dinero para la construcción del Hospital de Niños. La filantropía ha apoyado el mantenimiento de los hospitales. Guayaquil ha tenido la suerte de que muchos de sus habitantes con influencia económica puedan mejorar la situación de la ciudad. Las falencias del Estado, incluso del Municipio, por la falta de recursos, por las disputas políticas, por causas diversas, no han permitido que Guayaquil tenga una atención adecuada en estos aspectos y en muchos otros. Los intereses de la ciudad históricamente se canalizaron con el esfuerzo propio de los guayaquileños.

## BIBLIOGRAFÍA

- Astudillo, Celín, **Páginas Históricas de la Medicina Ecuatoriana. Instituciones, ideas y personajes**, Instituto Panamericano de Geografía e Historia.1981.
- Brandin, Abel Victorino, “Enfermedades en Guayaquil”, Guayaquil 20 de julio de 1825, en **Revista de la Facultad de Ciencias Médicas**, Univ. Central, Vol. VI, N. 1 y 2, 1955.
- Crespo Burgos, Antonio “La OPS / OMS en el Ecuador”, en **El Cóndor y la Serpiente y el Colibrí**, 2002.
- Crespo, Antonio y Franciso Rigail, “El Estado Ecuatoriano y la Salud Pública hasta comienzos del siglo XX”, en **El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí, OPS y la Salud pública en el Ecuador del siglo XX**, OPS, 2002.
- Deler, Jean Paul, **Ecuador del espacio al Estado Nacional**, Quito, Banco Central del Ecuador, 1987.
- Estévez, Edmundo, **La Historia Médica de Quito en la Historia de las Ciencias Naturales**, Universidad Central del Ecuador, 1996.
- Estrada Icaza, Julio El Hospital de Guayaquil, Guayaquil, Publicación del Archivo Histórico del Guayas.
- Estrella, Eduardo, y Antonio Crespo, **Desarrollo Histórico de las políticas de Salud en el Ecuador (1967-1995), Proyecto de Promoción y Análisis de políticas de Salud**”, USAID, 1997.
- Kroeger, A. **Malaria y Leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario**, Quito.
- Larco Noboa, Nicolás, **Historia de la Medicina Ecuatoriana**, tomo I, 1990.
- León, Luis A., “Relación cronológica del tifus exentemático en el Ecuador”, **Gaceta Médica de Guayaquil**, 1ero de febrero de 1957.
- Mills, Nick, “Economía y Sociedad en el período de la Independencia, 1780 – 1845. Retrato de un país atomizado” en **Nueva Historia del Ecuador**, vol. 6, Corporación Editora Ecuatoriana, Quito, 1990.
- Miño Grijalva, Wilson, “La Economía Ecuatoriana de la Gran Recesión a la Crisis bananera”, en **Nueva Historia del Ecuador**, vol 10,
- Corporación Editora Nacional, Quito, 1990
- Nueva Historia del Ecuador, vol 14; Crespo, 2002.

- Documento de la Historia del Ecuador, Nueva Historia del Ecuador, Vol, 15, Corporación Editora Nacional, Quito, 1995
- Paredes, Virgilio, **Historia de la Medicina en el Ecuador**, Quito, CCE, 1963, tomo II.
- Sáenz, Ángel, “Breves observaciones acerca del clima de la ciudad de Quito con relación a algunas enfermedades”, en Revista Corporación de Estudios de Medicina, Quito, marzo 5 de 1905, Tomo IV, N. 38, Archivo Histórico Municipal N.2 Guayaquil.
- Sosa, Jimena y Cecilia Durán, “Familia, ciudad y vida cotidiana en el siglo XIX”, en **Nueva Historia del Ecuador. Época Republicana II**, vol. 8, p: 181-182.

### ARCHIVOS Y BIBLIOTECAS CONSULTADOS

- Archivo Municipal de Quito: Libros de Actas de la Ciudad 1810-1945
- Biblioteca y Archivo Aurelio Espinosa Pólit.
- Biblioteca Universidad Católica
- Archivo Biblioteca Museo Historia de la Medicina
- Archivo Biblioteca Palacio Legislativo.
- Archivo Histórico del Guayas, Guayaquil
- Archivo Municipio de Guayaquil
- Libros parroquiales de la Curia
- Biblioteca Rolando, Guayaquil.

### INFORMES Y DOCUMENTOS

- Archivo Histórico Municipal de Quito, Copia del Boletín Sanitario de 1909, Libro de Actas de 1909, Guayaquil 15 de enero de 1909, Director Sanitario al Presidente del Consejo Municipal de Quito.
- “Causas de las defunciones ocurridas en la ciudad de Guayaquil entre 1911 y 1912”, Informe de la Dirección del Servicio de Sanidad Pública, Guayaquil, 1911 – 1912, Ministerio del Interior, Higiene y Vigilancia.
- Informe de la Dirección del Servicio de Sanidad pública, 1911-1916, N. 810, Guayaquil, Ministerio de lo Interior, Higiene y Beneficencia, p: 7 Archivo Histórico Municipal, N2 de Guayaquil.
- Informe del Director General de Sanidad Pública al Señor Ministro de Instrucción Pública y Sanidad, 1927. Archivo Histórico Municipal N. 2 de Guayaquil.
- Boletín de Medicina y cirugía, Organo de la Asociación Escuela de medicina, Guayaquil, 1920, N. 135, “La tuberculosis como factor de despoblación en el Litoral, medios de combatirla”, pp: 115-129.

- Boletín de Medicina y Cirugía, Órgano de la Escuela de Medicina, Guayaquil, 1920, n. 135, “La tuberculosis como factor de la población en el Litoral, medios de combatirla”..
- Informe de las labores del servicio sanitario nacional, durante la emergencia del 5 de agosto de 1949, Gaceta Médica, 1949.
- Boletín del Laboratorio Municipal de Guayaquil, Imprenta Municipal, Tomo 1, enero de 1920, N, 21, “Porcentaje de la mortalidad anual y mensual de Guayaquil en sus últimos 4 años.
- Informe del Director General Pública al Sr. Ministro de Instrucción Pública, 1924, Guayaquil, Archivo Histórico Municipal, N. 2.
- Informe que presenta el Director General de Sanidad Pública al Sr. Ministro de Instrucción Pública y Sanidad sobre los trabajos sanitarios correspondientes al año 1924, Guayaquil, 1925, Archivo Histórico Municipal, N. 2, Guayaquil.
- Boletín de Medicina y Cirugía, Asociación Escuela de Medicinas de la Universidad de Guayaquil, Francisco Campos R., “La campaña antimurina en Guayaquil.
- Gaceta Médica, Año 1, Guayaquil, abril de 1947, N. 6, p: 311, Julio Alvarez, “Informaciones epidemiológicas de la enfermedad de Chagas en la localidad de Guayaquil, 1942-46”, pp: 311-318.
- Gaceta Médica, Guayaquil noviembre a diciembre de 1949, Archivo Historia de la Medicina, Quito.
- Luis A. León, “Relación Cronológica del Tifus Excentemético en el Ecuador”, pp: 37 -137.
- Informe del Director General Pública al Sr. Ministro de Instrucción Pública, 1924, Guayaquil, Archivo Histórico Municipal, N. 2.
- Boletín del Laboratorio Municipal de Guayaquil, octubre de 1918, n. 1, “Contribución a la campaña contra la Ankilostomiasis”.
- Informe del Director General de Sanidad Pública al Señor Ministro de Instrucción Pública y Sanidad, 1927. Archivo Histórico Municipal N. 2 de Guayaquil.
- Comunicaciones dirigidas a la Dirección de Sanidad Pública, zona del Litoral, Luis María Cueva, al Director General de Sanidad, Guayaquil, 1930, f: 48.
- Informes al Ministerio del Interior, Archivo Municipal de Guayaquil, Guayaquil.
- Registro Oficial N. 74, Quito, 4 de mayo de 1906, p: 577 – 584.

- Informe a la Nación del Ministro de Salud Pública Dr. Francisco Parra Gil, Quito, 1969, Archivo del Palacio Legislativo, Quito.
- Informe del Ministro de Salud Pública, Virgilio Macías, 10 de agosto de 1984, Archivo Palacio Legislativo, Quito.
- Informe de Labores del Ministro de Salud Pública, Dr. José Tohme Amador, al Presidente constitucional de la República, Agosto de 1986, Quito, Archivo del Palacio Legislativo.
- Revista Vistazo, Abril – Julio- 1985.
- Revista Vistazo, Octubre – Diciembre, 1988.
- Revista Vistazo, Diciembre - Noviembre de 1989.
- Revista Vistazo, Abril, 1990.
- Revista Vistazo, Febrero de 1991.
- Revista Vistazo, Diciembre 1993.

## **INDICE**

<b>Introducción</b>	<b>2</b>
---------------------	----------

### **CAPITULO 1**

#### **GRANDES ENFERMEDADES EN QUITO EN LOS SIGLOS XIX Y XX**

1.1	Antecedentes	5
1.2	La herencia científica del siglo XVIII .....	7
1.3	Enfermedades importantes que afectaron a la población de Quito en el siglo XIX .....	10
1.3.1	Enfermedades comunes	
1.3.2	La viruela y las acciones de las autoridades locales	
1.4	Enfermedades que afectaron a la población de Quito en el siglo XX ...	28
1.4.1	La viruela epidemia del siglo XX	
	Conclusiones .....	41

### **CAPITULO 2**

#### **GRANDES ENFERMEDADES EN GUAYAQUIL EN LOS SIGLO XIX Y XX**

2.1	Antecedentes históricos .....	43
2.2	Enfermedades que afectaron en la ciudad de Guayaquil en el siglo XIX .....	46
2.2.1	Acciones del Cabildo para controlar las enfermedades .....	50
2.3	Enfermedades y Epidemias que afectaron a la ciudad de Guayaquil durante el Siglo XX .....	52
	Conclusiones .....	62

### **CAPITULO 3**

#### **DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN QUITO Y GUAYAQUIL DURANTE LOS SIGLOS XIX Y XX**

3.1	Acciones de salud y situación sanitaria en Quito y Guayaquil durante el siglo XIX .....	66
3.2	Acciones de salud y situación sanitaria en Quito y Guayaquil durante el siglo XX .....	74
3.3	Políticas Inter-Estatales en la lucha contra las enfermedades.....	84
	<b>ANEXOS</b> .....	89
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	99