

**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE ECUADOR**

COMITÉ DE INVESTIGACIONES

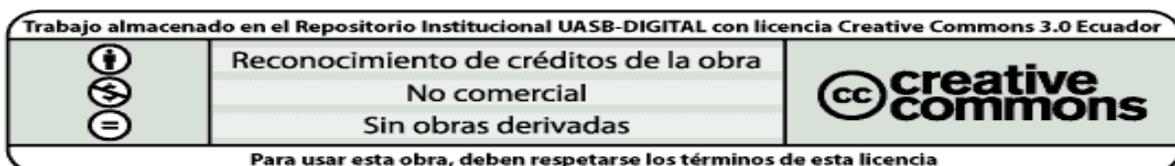
INFORME DE INVESTIGACIÓN

**El Pensamiento Higienista Público en el Periodo Liberal-Alfarista y
Juliano y el Pensamiento de Salud Pública en el Periodo Juliano-Ayorista.**

Germán Rodas Chaves

Quito – Ecuador

2013



Resumen:

El periodo liberal, iniciado en 1895 con el régimen de Alfaro, enfrentó graves problemas estructurales de salud-enfermedad, heredados a lo largo del siglo XIX, a los cuales, hegemonicamente, los confrontó desde una perspectiva de asistencialismo público. La siguiente administración liberal, la de Plaza Gutiérrez, definió la atención de salud desde el higienismo público, de primer grado, que tibiamente lo había esbozado Alfaro. No obstante fue el propio Alfaro quien en su segundo gobierno imprimió a la gestión de salud la huella del higienismo público al que he denominado de segundo grado. Por su parte el periodo juliano marcó dos etapas concretas: en los gobiernos provisionales impulsó el higienismo público de tercer grado mientras en los regímenes de Isidro Ayora se construyeron políticas de salud que dieron paso a las bases de la Salud Pública. Tanto el periodo liberal como el juliano se preocuparon desde lo público para la atención de la enfermedad. En aquello no solamente hubo una determinación ideológica y política; también estuvo presente la incidencia de la escuela de salud europea, a pesar de que para entonces la visión de salud, en Estados Unidos, había asumido roles de acción mediante corporaciones y fundaciones que propusieron el cuidado de la salud a partir de la gestión privada. Por las características señaladas esta investigación hace una caracterización del pensamiento y la práctica en salud de los períodos históricos estudiados.

Palabras Clave:

Revolución Liberal, Revolución Juliana, Salud, Enfermedades, Asistencialismo, Higiene pública, Salud pública, Salud colectiva, Historia-Medicina,

Datos del Investigador

Historiador, Universidad de La Habana; Diploma en Relaciones Económicas Internacionales, Flacso-Sede Cuba; Master en Estudios Latinoamericanos, Universidad de La Habana. Autor de varios libros sobre la Realidad Nacional y Latinoamericana. Docente de la UASB; Profesor Invitado de Universidades Latinoamericanas. Premio “Isabel Tobar” a la mejor producción bibliográfica en el área de Ciencias Sociales, año 2012; Coordinador del Taller de Historia de la Salud de la UASB; miembro de la Red Latinoamericana de Historiadores de la Salud; Miembro de la Asociación de Historiadores Latinoamericanos y del Caribe, ADHILAC. Pertenece a la Academia Nacional de Historia.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción

Motivaciones de esta investigación.....	1
Problema fundamental de la investigación y líneas generales de trabajo ...	3
Aportes específicos de la investigación.....	7

Capítulo Primero

Antecedentes históricos del higienismo individual, del higienismo público y de la salud pública.

• Prolegómenos históricos.....	10
• El higienismo Europeo: la importancia de una realidad del siglo XIX que influyó, posteriormente, en los Estados Latinoamericanos	16
• El higienismo y la salubridad norteamericana: una doctrina y una estrategia de salud que dejó de lado el rol del Estado	28

Capítulo Segundo

Referencias generales sobre la situación de salud-enfermedad en el siglo XIX en el Ecuador, particularmente en Quito y Guayaquil, previas a la “Revolución Liberal”.

• Una doble paradoja que abrió el siglo XIX	46
• Las enfermedades más comunes en Quito en el siglo XIX	49
• Las enfermedades prevalentes en Guayaquil en el siglo XIX	55
• Algunas respuestas desde el poder frente a las enfermedades	60

Capítulo Tercero

Realidad Histórica en la que emerge la Revolución Liberal; visión general del periodo (1895-1911) y ¿del asistencialismo público a los inicios de la higiene pública?.

• Contexto latinoamericano	64
• El Liberalismo en el Ecuador de finales del siglo XIX y en la primera década del siglo XX	67
• El periodo liberal (1895-1911) y la responsabilidad del Estado frente a la asimetría salud-enfermedad y a los conflictos provocados por esta dicotomía.....	72

Capítulo Cuarto

La Revolución Juliana: un proceso cualitativo expresado en la consolidación de la higiene pública y en la construcción de la salud pública.

- Síntesis histórica de la Revolución Juliana 92
- Determinantes que incidieron para que se provocara la Revolución Juliana 96
- Políticas de Salud Pública propiciadas desde el proceso Juliana..... 103

Capítulo Quinto

Comparación, caracterización y singularización de los períodos liberal y juliano en materia de salud a propósito de las conclusiones fundamentales.

- Comparar o singularizar los procesos? 116
- El periodo liberal: del asistencialismo público al higienismo público ... 120
- El Periodo Juliano: desde el Higienismo Público a la Salud Pública ... 127
- Conclusiones fundamentales sobre el desarrollo de políticas de salud en el periodo liberal y en el juliano 140

Bibliografía..... 147

Anexos

EL Pensamiento Higienista Público en el periodo Liberal-Alfarista y Juliano y el Pensamiento de Salud Pública en el periodo Juliano-Ayorista.

Introducción

Motivaciones de esta investigación

El Taller de Historia de la Salud del Ecuador, adscrito al área de Salud de la UASB, estudió el periodo histórico de la Revolución Juliana (1925-1931) para comprender los valiosos aportes que en algún momento de dicho lapso se logró, particularmente, en materia de lo que se ha denominado salud pública.

El estudio en referencia -como el que ocurrió cuando en el Taller de Historia de la Salud se analizó detenida y seriamente la obra y el pensamiento del Doctor Eugenio Espejo- ha sido fundamental para entender no solamente los procesos vinculados con el desarrollo del pensamiento médico ecuatoriano, sino para conocer los entornos económicos, políticos y sociales de la Revolución Juliana y, sobretodo, su conexión de doble vía con las modificaciones supra estructurales que alentó al interior de la sociedad, entre otras cosas, la voluntad para enfrentar la asimetría salud-enfermedad.

Bajo la determinación que la Revolución Juliana constituyó un corte al proceso económico, político y social iniciado con la revolución liberal en 1895, el estudio al que aludo tuvo su propio sello y su particular detenimiento en este periodo histórico.

En efecto, la Juliana fue un proceso en el cual se consolidó una particular conducta frente a la sociedad a propósito del desarrollo de orientaciones sociales

que tuvieron una visión propia impulsada básicamente desde el Estado, asunto que, asimismo, caracterizó a la Revolución Liberal puesto que en dicho periodo se consolidó el rol del Estado para resolver diversos problemas de los ciudadanos

Así pues, en ambos periodos históricos el Estado tuvo un rol de primer orden; entonces la importancia de la comparación de estos dos procesos radica en redescubrir el carácter del Estado que se estructuró en cada período y por lo tanto la tarea que le fue asignado en materia de salud, bajo la certeza, además, que tales conductas para enfrentar las enfermedades o para impedir que ellas se propagaran tuvieron una interdependencia con los objetivos planteados desde el modelo hegemónico que iba construyéndose en el mundo, en la región y en el país.

De allí que se volvió necesario, inicialmente, el que me aproximara a una lectura general de la historia de la salud –en el espacio del denominado “mundo occidental”- con el objetivo de perfilar, luego, el pensamiento médico europeo y, posteriormente, orillarme en el pensamiento médico norteamericano que, en su orden, han tenido una notable influencia en el desarrollo del pensamiento médico latinoamericano y local.

En esta perspectiva se volvió necesario comprender la historia de las escuelas higienistas -atadas a la realidad estructural histórica de Europa y de los Estados Unidos- así como de los intereses que ellas promovían en unos casos desde el estado y, en otras oportunidades, desde la vía privada para el cuidado de la salud, asuntos todos estos que influenciaron en Latinoamérica y que han sido tratados en el capítulo primero de esta investigación.

Estas influencias no deberán entenderse como un hecho aislado en la relación de los países del centro con la periferia, sino como un elemento adicional en el complejo vínculo

de nuestros pueblos con las metrópolis, particularidad que determinó, adicionalmente, el comportamiento del estado frente a las enfermedades.

Si bien esta investigación tiene como telón histórico de fondo al primer cuarto del siglo XX del Ecuador, el recurrir a los antecedentes históricos -regionales y mundiales, a más de locales- particularmente del siglo XIX ha sido indispensable en la perspectiva de comprender el rol de la medicina como factor subyacente a los intereses geoeconómicos. A partir de este contexto la comprensión de los periodos liberal y juliano ha sido significativa para este trabajo. Por ello en los capítulos tercero y cuarto de este trabajo dediqué la atención necesaria, en su orden, a los procesos históricos liberal y juliano, procesos a cuyo interior se configuraron las políticas frente al conflicto salud-enfermedad.

Problema fundamental de la investigación y líneas generales de trabajo

Cuando inicialmente planteé la hipótesis central de esta investigación, partí de la idea siguiente: tanto en el periodo liberal de 1895-1911 así como en el periodo juliano, 1925-1931, se habían desarrollado políticas de salud colectivas, debido a lo cual la comparación de tales políticas de salud se volvía indispensable. Por eso denominé, inicialmente, a la investigación “Estudio comparativo de las principales políticas de Salud Colectiva entre la Revolución Liberal (1895-1911) y la Revolución Juliana (1925-1932)”

La realidad a la que me vi conducido, mientras efectuaba el trabajo de investigación fue otra, debido a que ni en el periodo liberal ni en el de la Revolución Juliana hubo políticas de salud colectiva.¹ Lo que si existió fue, en muchos de los casos,

¹ La salud colectiva ha sido un proceso que nació del interés –y del compromiso- para construir la salud con la más amplia participación colectiva, en un proceso de abajo hacia arriba, en donde la sociedad se vuelve actor de las políticas de salud y en cuya tarea la nueva epidemiología, entre otras ciencias que actúan interdisciplinariamente, han sido capaces de “descubrir” los determinantes sociales que distorsionan la salud y de inferir los arquetipos curativos que, también,

comportamientos higienistas frente a los problemas de la salud, lo cual se tradujo que el Estado respondiera -por lo tanto frente a las enfermedades- con políticas higienistas públicas -esas si comparables- que buscaban impedir la propagación de las endemias o de las pandemias, el abandono de los enfermos o, como en el caso del algunos momentos del periodo juliano, la constatación de “otras causas” que habían incidido para el desarrollo de las enfermedades.

Este desfase pude advertirlo en el primer Alfarismo: por un lado se impulsaron reformas políticas de corte liberal -por lo tanto supeditados al pensamiento liberal-ilustrado- mientras en materia de atención a la salud el comportamiento de la revolución liberal y del estado anduvieron por etapas del asistencialismo neo-conservador; mientras que, en el periodo de la Revolución Juliana el proceso de atención a la salud tuvo, particularmente en los Gobiernos de Isidro Ayora, un componente de comprensión de lo social mucho más importante que el liberalismo y que en los primeros momentos de la propia “Juliana”, tanto así que en el estudio he podido demostrar que el régimen de Ayora superó las reformas políticas impulsadas por los gobiernos del propio periodo juliano y no se diga en relación con el periodo liberal.

Entonces, debido a la circunstancia de no haber hallado las políticas de salud colectiva a ser comparadas -tanto más que para el efecto me basé en los criterios que sobre salud colectiva ha formulado uno de los fundadores de esta escuela médica, Jaime Breilh (ver anexo uno),- opté, luego de recuperar la información pertinente y de haber avanzado en el estudio histórico de los periodos liberal y juliano, por un proceso investigativo con un eje

involucran la modificación estructural de la sociedad. Este concepto solo forma parte de una explicación complementaria que debe revisarse en el anexo uno, que ha marcado una guía fundamental a este trabajo. (N.A.)

transversal diferente que también fue posible trazarlo, como ya lo señalé, luego de aprehender los contextos en los que emergió el cuidado de la salud, la confrontación con la enfermedad y el modelo de desarrollo del higienismo.

En efecto, a partir de todo lo señalado, he trabajado en lo que he denominado la singularización de las políticas de salud emprendidas en el periodo liberal de 1895-1911 y en el correspondiente a la Revolución Juliana, 1925-1931, con la finalidad de identificar el momento del pensamiento en salud que el Estado poseía en cada periodo -en el liberal y en el juliano- para cumplir su rol frente a la enfermedad o de cara a la necesidad de cuidar la salud de la población, y a propósito de varias conductas hacia “lo público” que evidencian que tanto en el periodo liberal como el juliano hubo la voluntad política necesarias -adscrita a una estructura ideológica específica- a fin de edificar una forma de comprensión de las necesidades de la sociedad frente a la presencia de toda clase de enfermedades. Esta singularización -a partir de la caracterización y comparación de los periodos históricos en estudio y de la contrastación de sus acciones en salud- se halla concretada en quinto capítulo de este trabajo

En el marco de los objetivos señalados fue necesario hacer una especie de inventario de la situación de salud o, mejor dicho, de las enfermedades que habían afectado a la población, circunstancia que heredó la revolución liberal en medio de un constante hostigamiento de las fuerzas conservadoras que no la permitieron (no le proporcionaron el tiempo) para incidir sobre el conflicto de las enfermedades, más allá de las limitaciones en la historia del pensamiento médico de aquel entonces. Este inventario -distante de cualquier estudio histórico de las enfermedades o del análisis médico o clínico respecto de ellas- tiene el único propósito de poder constatar la presencia de algunas enfermedades que

se volvieron una especie de “carga” o que fueron una forma de “herencia” con la cual se inició el periodo liberal. Este particular se halla tratado en el capítulo segundo.

A contrapelo, las enfermedades, o algunas de ellas, que se expandieron en Ecuador entre 1912 y 1924 no han sido citadas en este texto porque no forman parte del periodo de estudio que abordó este trabajo y sobre todo porque tengo la certeza que esos años forman parte de un periodo en el cual, mediante la acción de ciertas corporaciones privadas supranacionales, se inició una arremetida perversa para responder a los intereses, particularmente norteamericanos, cuya intención fue la de construir un pensamiento médico satélite a sus intereses que se expandió, entre otras cosas, con la presencia de la Fundación Rockefeller en la región y en territorio ecuatoriano. Fueron los momentos, adicionalmente, del control de ciertas epidemias a fin de sanear el espacio de desarrollo del capital norteamericano en expansión. No constituyó una respuesta de salubridad, sino una serie de políticas de salud atrapadas en la lógica de la expansión del capital. En todo caso una explicación pertinente a esta realidad se halla tratada en el primer capítulo al discernir sobre el rol de la Rockefeller, tema de enorme trascendencia que deberá ser tratado en una investigación posterior, conforme es el interés del Taller de Historia de la Salud de la UASB.

Finalmente, ya en el propio proceso de singularización de la atención a la salud en los periodos históricos estudiados, he configurado varias categorías que explican el avance del Estado en esta materia, pero que sobre todo denotan las particularidades de cada uno de estos periodos, distintos entre sí, que responden a momentos históricos diversos y a percepciones de lo individual y de lo social profundamente asimétricos. Estas categorías tienen la finalidad de consolidar la

idea que ni en el Alfarismo ni en los primeros momentos de la Juliana hubo prácticas de medicina colectiva. Dejo en claro, eso sí, que desde el asistencialismo público se avanzó -en el periodo liberal- al higienismo público y que en el periodo juliano se consolidaron, inicialmente, las formas de higienismo público que permitieron luego un salto cualitativo expresado en la construcción de los cimientos de la salud pública.

En todo caso bien puede entenderse que en el periodo liberal alfarista (1895-1911) y en los dos primeros años de la Revolución Juliana existe una especie de nexo -con cambios cualitativos en el periodo juliano- en lo referente a la construcción del higienismo público (lo cual para nada puede ser entendido como una continuidad en el modelo político-económico y social de los periodos políticos en análisis) y que es en el momento de los regímenes de Ayora cuando se edifica el Pensamiento de la Salud Pública en el Ecuador.

Aportes específicos de la Investigación.

A propósito de lo señalado en el párrafo anterior, y recapitulando lo dicho, he de precisar que este trabajo ha permitido, pues, contextualizar los niveles de influencia de la Revolución Liberal y de la Revolución Juliana en materia de salud, así como las políticas concretas que en esta materia y en cada uno de estos periodos se ejecutaron, lo cual a su vez favoreció un estudio comparativo, al que he denominado de singularización, en salud; además de establecer en forma cronológica las diversas políticas que permitieron el desarrollo desde el asistencialismo público al higienismo público (de primero, segundo y tercer grados) y luego a la construcción de las bases de la salud pública, todo ello

paralelamente al aparecimiento de Instituciones que trabajaron fortaleciendo y concretando las políticas del Estado.

Ha sido de trascendencia y de necesidad, la aproximación histórica para comprender el marco de desarrollo del higienismo a partir de la influencia europea y mundial. Este asunto será esclarecedor para la realidad regional y local y contribuye al análisis de los problemas planteados en este trabajo.

Se vuelve necesario puntualizar que el estudio minucioso en las fuentes primarias permitió corregir la información demasiado general o inexacta de otras publicaciones y de otros autores -ninguno de ellos vinculados al Taller de Historia de la Salud- que comentan sobre determinados sucesos en materia de políticas públicas, de higienismo y de salud pública poniendo como referencia a determinados Registros Oficiales, así como, adicionalmente, a Decretos Oficiales, Leyes y fechas que no siempre sustentan la realidad de los sucesos. Por ello he mantenido, en el texto central, la referencia de los Registros Oficiales en los cuales hemos trabajado, porque la inexactitud de la que hablo se encuentra, precisamente, cuando determinados autores citan, especialmente a los Registros Oficiales. Pero el uso de esta información, particularmente, ha permitido esclarecer los niveles de compromiso del Estado, en los periodos liberal y juliano, frente al conflicto de la enfermedad.

El tratamiento de todas estas realidades, finalmente, se construyó adscrito al pensamiento crítico, porque no se trataba, por ejemplo, de señalar fechas y circunstancias vinculadas al higienismo público, o de referirse a la presencia de una u otra enfermedad en un momento dado de la historia, o de dar cuenta

respecto de la constitución de determinadas instituciones de salud, sino de analizar, en lo posible, los contextos epistemológicos, sociales, económicos y culturales que han condicionado al Estado Ecuatoriano (en este caso en los periodos estudiados) para que cumpla un rol determinado frente a la asimetría salud-enfermedad. Un esfuerzo que siempre demandará trabajos complementarios.

CAPITULO PRIMERO

Antecedentes históricos del higienismo individual, del higienismo público y de la salud pública

Prolegómenos históricos

No pretendo hacer un estudio histórico de las concepciones de la enfermedad y de la evolución del pensamiento médico al calor de las determinantes epistemológicas; no obstante en este apartado abordaré, brevemente, algunos elementos que han determinado el carácter de la antinomia salud-enfermedad, en la perspectiva de comprender al pensamiento médico de inicios del siglo XX en el Ecuador.

El objetivo de conocer en el primer cuarto del siglo XX, las características de lo que debe ser entendido como higiene y salud pública en el Ecuador, nos demanda que partamos

de los orígenes del cuidado de la salud a propósito de la circunstancia que los arquetipos para enfrentar las enfermedades llegaron a América a través de la conquista, luego de que los modelos e ideas sobre esta materia se organizaran y se expandieran, previamente, entre los países europeos metropolitanos.

En nuestro continente, posteriormente al siglo XV, la propagación de las enfermedades y luego la necesidad de precautelar la salud, corresponde no solo a un periodo de hegemonía cultural de la conquista, sino a los intereses estratégicos que ella fue articulando en la perspectiva de consolidar sus intereses geopolíticos y geoeconómicos en la región.

Las raíces epistemológicas para definir la enfermedad se encuentran en el viejo mundo, debido a lo cual es importante aproximarnos a algunos factores que configuraron el pensamiento médico occidental que, posteriormente, se expandió en nuestra región y en nuestro territorio² luego de la conquista europea a América. Veamos tales orígenes históricos:

² En materia de salud, los conocimientos tradicionales, las prácticas curativas y el uso de las plantas medicinales, solo por citar algunos ejemplos, formaron parte de la realidad de los pueblos conquistados y, posteriormente de nuestros pueblos mestizos a pesar de la hegemonía del pensamiento europeo y occidental y de su influencia en las sociedades colonial y republicana. En efecto, a partir de la conquista española se produjo la dependencia filosófica, científica y técnica con Europa Occidental. El escolasticismo, la ilustración, el romanticismo y el positivismo se difundirán y serán incorporados, aunque con evidente retraso, en el pensamiento nacional. Las ideas médicas del renacimiento español se institucionalizaron con la fundación de los hospitales, así como con la creación de la cátedra de medicina en 1693 en la Universidad de Santo Tomás. El escolasticismo -que modificó el pensamiento galénico e hipocrático- sustentaron el pensamiento médico de los siglos XVI y XVII. En el siglo XVIII la ilustración llegará a nuestro medio. Una vez consolidada la República en la enseñanza médica el pensamiento romántico tendrá notoria influencia mientras en la segunda mitad del siglo XIX el positivismo asumirá influencia manifiesta en la medicina nacional. (E. Estrella, 2004: 10). En las tres últimas décadas se ha favorecido, por la lucha de los pueblos indígenas y la comprensión del conjunto de la sociedad, una conducta de respeto a la diversidad cultural. En este entorno la necesidad de configurar el sistema único de

La higiene hipocrática-galénica de la antigüedad clásica y del imperio Romano estuvo apoyada en un modelo humoralista que entendía la salud como el resultado del equilibrio de los cuatro humores que, a su saber, componían el cuerpo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra.

La enfermedad, en este contexto, provenía de la prevalencia de uno de los humores citados en relación a los demás. De su parte el equilibrio de los mismos se hallaba, según esta concepción, determinada por las interrelaciones entre la estructura humoral de la persona y las condiciones externas como el frío, el calor, la humedad (P. Laín Entralgo, 1970:187).

Hipócrates fue mucho más allá al precisar que cualquier exceso en el régimen de vida propiciaría un desequilibrio entre las condiciones externas e internas desajustando el equilibrio humoral y conduciendo al individuo a la enfermedad.

Posteriormente, la comprensión de la ausencia de salud se ligó a las carencias de higiene –lo que constituyó adicionalmente un tema referencial básico en la respuesta a la causa de la enfermedad- debido a lo cual las prácticas de salud se orientaron a evitar los desequilibrios garantizando una dieta y una conducta que impidieran el predominio de un humor sobre los otros. Esta visión higienista propició el control individual del régimen de vida. Se articuló así la higiene privada y constituye el primer momento del desarrollo del higienismo.

Empero, en el curso de la historia de la humanidad se desataron epidemias y pandemias que devastaron, por ejemplo, gran parte de la población europea, como sucedió,

salud que de cuenta de esta realidad plural, es cada vez no solo una necesidad, sino una responsabilidad histórica. (N. A.)

entre 1348 y 1351, con la presencia de la peste bubónica. En tales circunstancias la medicina y la higiene hipocrática-galénica frente a estas circunstancias demostraron su anacronismo e insuficiencia.³

Ante dicha realidad surgieron, alrededor de la segunda centuria del siglo XVII, nuevas concepciones para interpretar el fenómeno de la enfermedad e impedir que ellas se propagaran. Tales ideas, elaboradas durante la edad media, persistieron durante el Renacimiento y la Ilustración y se expresaron en la teoría miasmática⁴ que buscaba controlar las enfermedades pestilentes.

Para facilitar este control se construyeron juntas de sanidad -cuya tarea fue la de informar a las autoridades de la presencia de cualquier epidemia- que estuvieron obligadas a procurar la limpieza de las ciudades, enterrar cadáveres, desecar pantanos, entre otras cosas, a fin de que no proliferaran las miasmas.

En el marco de estas circunstancias, también, se establecieron las cuarentenas, que no fueron más que un método de aislamiento de los enfermos para evitar el contagio de sus males a las personas sanas.

³ Las graves limitaciones en el tratamiento y la curación de las enfermedades se volvieron notorias, algunas décadas después, en el proceso de conquista a América cuando las enfermedades traídas por los colonizadores desde Europa no pudieron ser controladas de acuerdo a sus métodos y técnicas. (N. A.)

⁴ La palabra misma tiene sus orígenes en Grecia y significa mancha o polución que contamina el aire. De acuerdo a esta teoría las enfermedades agudas, febriles, purulentas y contagiosas, fueron provocadas por las miasmas que surgían de la tierra en descomposición y producían el daño del aire, envenenándolo y afectando, de esta manera, a los individuos y a los animales. Las miasmas se “pegaban” a las personas por el aliento o por el contacto físico; penetraban por los poros del cuerpo, alteraban la sangre y generaban la enfermedad. Esta circunstancia, según la teoría en referencia, se agudizaba en las estaciones cálidas, cuando el calor y la humedad facilitaban el daño de las materias orgánicas (C. Cipolla, 1993:145).

Las conductas referidas se constituyeron en el punto de partida para lo que se denominaría higiene pública; es decir corresponde al momento en que el poder –local en la mayoría de las ocasiones- se preocupó por razones diferentes para precautelar la situación de conglomerados afectados por carencias higiénicas que provocaban la expansión de las enfermedades.

Durante los siglos XVII y XVIII la higiene privada y esta forma de higiene pública, a las que he hecho relación, actuaron de manera paralela. La primera asumida por los médicos como un instrumento para controlar el comportamiento individual; y la segunda como una forma de evitar las enfermedades epidémicas, asunto que ya fue de preocupación de las esferas vinculadas con el control social.

Luego, en Europa aparecieron nuevas corrientes de interpretación de la enfermedad, concepciones que establecieron una ruptura con la estructura conceptual y metodológica que se habían elaborado desde la Antigüedad Clásica y que habían dominado el pensamiento médico durante más de veinte siglos.

Así durante la segunda mitad del siglo XIX en Europa se formularon nuevos planteamientos científicos amparados en el modelo explicativo de la teoría microbiana⁵ que se enfrentó a la teoría miasmática, asunto que modificó la concepción de la salud y de la enfermedad y que influyó en lo que se puede llamar bacterialización de la higiene, circunstancia que se volvió relevante a la hora de combatir⁶ principalmente a las llamadas enfermedades tropicales.

⁵ La invención del microscopio fue determinante para la construcción de la teoría microbiana, como lo fue el trabajo investigativo de Luis Pasteur (1822-1895) y de Robert Koch (1843-1910). (N.A.)

⁶ La lucha contra las enfermedades tropicales provino en Europa desde Gran Bretaña, en medio de la “coincidencia” de sus adquisiciones (invasiones) a nuevos territorios tropicales en África, asunto

No cabe duda que la modificación de las ideas, en todo este contexto, debe ser entendida, adicionalmente, como uno de los tantos factores de transformación de la estructura social, asunto que demanda varias precisiones adicionales, no sin antes señalar que estas rupturas conceptuales en una sociedad de clases, condicionarán el rol de la humanidad y el comportamiento de los grupos hegemónicos de ella, sobre los grupos subalternos.

Esta circunstancia, que implícitamente determina todas las relaciones de poder - cuyo trasfondo altera los linderos de la hegemonía económica, social y política de los grupos sociales en contradicción- incidió en las prácticas para enfrentar las enfermedades.

En este entorno tuvieron acceso a mayor salud las clases sociales hegemónicas; pero luego fue necesario ampliar la “cobertura de salud” para impedir que proliferara la enfermedad en la base social debido a que el poder requería de los grupos dominados para que sus objetivos, los de los sectores hegemónicos, puedan cumplirse adecuadamente, especialmente en materia de crecimiento económico.⁷

Volviendo al andarivel del análisis histórico es menester señalar que a mediados del siglo XIX el higienismo europeo logró un desarrollo institucional que fue de la mano con los nuevos conocimientos sobre el origen de algunas enfermedades y que actuó, particularmente frente a las necesidades planteadas por el sistema de producción industrial y mercantil que sustentaba la economía de las grandes potencias europeas, contexto que

que ocurrió entre 1880 a 1890, mientras Estados Unidos, pocos años después, en 1898, invadió a territorios, también tropicales, como Cuba y Puerto Rico (N. A.).

⁷ Esta característica fue notoria, en su momento, en los países colonizadores y en las colonias, así como fue evidente en los mismos momentos de la construcción de las repúblicas, cuando concomitantemente se configuraron las nuevas dependencias. (N.A.)

culminó con lo que se conoce como la revolución burguesa,⁸ que puso, finalmente, el poder en manos de los productores industriales, enfrentándole a la aristocracia terrateniente feudal.

El nuevo tipo de organización económica determinó, entre otras cosas, el desplazamiento de gran cantidad de personas desde las zonas rurales hacia las ciudades - casi siempre en búsqueda de trabajo- con el consecuente hacinamiento urbano y el aumento en la incidencia de enfermedades debido a la mala alimentación, a la marginalidad; en suma, a la explotación del sistema, en lo económico y social, sobre los más amplios sectores de la población.

Esta realidad, también, exigió que en las ciudades europeas la clase social en el poder intentara asegurar mejores condiciones de salud a los trabajadores, favoreciendo con tal comportamiento el cuidado del capital humano necesario para el desarrollo del sistema hegemónico predominante. Fueron, entonces los momentos de la construcción del higienismo público.

El higienismo Europeo: la importancia de una realidad del siglo XIX que influyó, posteriormente, en los Estados Latinoamericanos.

En este apartado voy a referirme al contexto del pensamiento médico europeo que influyó en nuestro continente de manera directa a lo largo del siglo XIX y en las tres primeras décadas del siglo XX, es decir paralelamente al desarrollo de la revolución liberal y de la revolución juliana en el Ecuador.

⁸ Las revoluciones burguesas, iniciadas en Francia en 1789, se extendieron en Europa contra las monarquías absolutistas. Las marejadas de este fenómeno, que buscaban implantar regímenes liberales, se sentirá no solo en 1789, sino en 1830 en la propia Francia cuyas repercusiones luego tendrán su punto culminante en el viejo continente en 1848; fue una oleada revolucionaria que acabó con la Europa del Renacimiento. (N.A.)

Esta incidencia en el pensamiento de la salud ecuatoriana fue complementada, adicionalmente, cuando muchos médicos del país fueron formados profesionalmente en Europa, de tal suerte que adentrarnos en los entornos europeos, en el periodo señalado, es de indispensable necesidad para comprender algunas realidades locales.

Inglaterra y Francia, principalmente, tuvieron un protagonismo histórico-conceptual en materia del pensamiento de salud sobre nuestra América. Revisemos esta realidad.

En el caso inglés, el proceso de atención a los crecientes problemas de la higiene - generado en doble vía, es decir en el contexto de cuidar la salud de los individuos a fin de no afectar el desarrollo de la producción, y de haberse constituido la presencia de las enfermedades en un fenómeno social debido a las características del modelo socio-económico- ocurrió desde el siglo XVII, pero fue en el siglo XIX, periodo al cual se referirá este análisis, cuando dichas circunstancias provocaron una situación de crisis, la misma que provino a propósito de la migración de los campesinos a las ciudades,⁹ realidad que fue enorme y constante por el cada vez creciente proceso de industrialización de esta sociedad.

El desarrollo de condiciones inadecuadas en materia de salubridad en muchas de las áreas urbanas inglesas desembocó en el apareamiento de enfermedades que llegaron a expandirse a manera de epidemias afectando a los habitantes en niveles catastróficos.

Diría Engels¹⁰ sobre esta realidad: “Las repetidas epidemias de cólera, tifus, viruela y otra enfermedades mostraron al burgués británico la urgente necesidad de proceder al

⁹ Esta migración contribuyó al apareamiento de los trabajadores urbanos. (N.A.)

¹⁰ Federico Engels (Barmen 1820 – Londres 1895). Pensador, economista político y revolucionario alemán. Sostenía que la historia sólo podía explicarse sobre la base del desarrollo económico de la sociedad; creía que los males sociales de su tiempo eran el resultado inevitable de la aparición de la propiedad privada, y sólo podrían eliminarse mediante la lucha de clases que culminaría en una sociedad comunista. (N.A.)

saneamiento de sus ciudades, para no ser, él y su familia, víctimas de esas epidemias”. (F. Engels, 1974 /1892/: 465-466)

La circunstancia comentada debió ser enfrentada por los grupos hegemónicos ingleses que no solo estuvieron obligados a precautelar la situación de salud de la población, sino de impedir que proliferaran diversas enfermedades, así como de favorecer acciones sanitarias para no afectar el desarrollo del sistema industrial que corría el riesgo de desacelerar su ritmo y llegar hasta el colapso en medio de la protesta social, particularmente obrera, carente de las condiciones más elementales para precautelar su salud en el engranaje perverso de una estructura social injusta.¹¹

En todo caso, para mantener el sistema se volvió indispensable actuar sobre las distorsiones sanitarias, para cuyo efecto, en el siglo XIX, se crearon en las diversas ciudades inglesas los Consejos de Higiene, constituidos por médicos, magistrados y ciudadanos voluntarios, todos ellos a los grupos empresariales.

¹¹ Los trabajadores empobrecidos en Europa, en el contexto del desarrollo del capitalismo industrial, comenzarían a buscar formas para solucionar sus necesidades básicas y superar sus condiciones de vida cotidianas. De las expectativas del ascenso individual, muchos trabajadores optaron por la acción colectiva como forma única para superar su situación. Durante la primera mitad del siglo XIX los trabajadores ingleses, franceses y los alemanes -en menor medida en los de otros países europeos- desarrollaron una gran actividad organizativa. La creación de sindicatos, cooperativas, grupos de agitación y la puesta en circulación de periódicos, propiciaron una forma de resistencia a la explotación de la que venían siendo víctimas. Luego de las experiencias como la ocurrida en Inglaterra en 1832 que, aunque permitió el incremento del número de votantes, mantuvo marginados a los obreros del sistema político; o bien como la circunstancia ocurrida en Francia, en 1831, en la cual muchos obreros, especialmente textiles que apoyaron que llegara al poder el rey Luis Felipe -rechazando el absolutismo de Carlos X- pronto vivieron el desencanto y la represión. Por ello cuando en 1848 circuló el Manifiesto Comunista, redactado por Carlos Marx y Federico Engels, a pedido de la Liga Comunista reunida en Inglaterra en 1847, gran parte de los trabajadores encontraron en dicho manifiesto una propuesta no solo organizativa a sus luchas, sino ante todo una explicación a las falencias del sistema injusto del que fueron objeto y se adhirieron, por ello, con entusiasmo, en 1864 a la Primera Internacional que fuera fundada en Londres. Las expectativas en el sentido de que los trabajadores tenían un rol en la historia había comenzado a ser explicada y comprendida. (N. A.)

El comisionado por el Estado para atender este asunto, que fue declarado de prioridad, fue Edwin Chadwick,¹² quien no solamente cumplió un rol burocrático en esta actividad sino que debido a la constatación de un problema de magnitud se interesó por encontrar soluciones al mismo, así como trabajó en la búsqueda de las causas que habían afectado a las poblaciones en materia de insalubridad.

Chadwick en 1842 publicó un estudio¹³, en el cual demostraba las relaciones existentes entre las condiciones sociales de vida y la situación sanitaria de los trabajadores, estudio en el cual señaló la necesidad para que el estado¹⁴ interviniera en esta materia con la finalidad de mejorar las condiciones sanitarias de los ciudadanos y de esta manera aumentar la capacidad productiva.

Es evidente luego de las conclusiones a la que llegara Chadwick, que el interés de su investigación estuvo conceptualmente en relación con el objetivo estructural de la sociedad que se había instalado en Inglaterra; por ello sus conclusiones investigativas se configuraron alrededor de la sugerencia de conductas higienistas puntuales, que no apuntaban a tratar las causas de fondo de un conjunto de enfermedades que, entonces, azotaban a los sectores asalariados ingleses.

¹² Edwin Chadwick (1800 – 1890). Inglés y reformador social, conocido por sus reformas en las leyes que regulaban la atención médica y la atención a indigentes. (N.A.)

¹³ Este trabajo se tituló “Report on the Sanytary Condition of the Labourng Population of Great Britain”.

¹⁴ El acierto de este planteamiento que procuraba que el Estado asuma un rol protagónico frente al conflicto de las enfermedades es de enorme trascendencia histórica.(N.A.)

Esta forma de entender la realidad de la salud y la enfermedad provocó respuestas de otros investigadores y estudiosos. Uno de ellos, William Farr¹⁵ inició una polémica frente a los escritos de Chadwick, pues el mentado Farr puntualizó en sus trabajos, como idea central, que las condiciones de salud de los trabajadores se debían al exceso de trabajo que los mataba de inanición.

De todas formas, ligadas a la figura y a la producción de Chadwick, surgió un importante movimiento sanitarista inglés, bajo cuya influencia se creó, en 1843, la Real Comisión para la Salud de las Ciudades y más tarde, en 1848¹⁶, el Consejo General de Salud (G. Rosen, 1985: 222-223).

La explicación de las causas de la enfermedad, en este periodo, siguió siendo de carácter miasmático.¹⁷ La población obrera y pobre inglesa continuó en su situación de enfermedad y explotación, en medio de movimientos importantes de la propia clase trabajadora por organizarse y enfrentar al sistema que la depredaba.¹⁸

¹⁵ William Farr (1807 – 1883). Epidemiólogo británico, fue propulsor del uso de las estadísticas en la medicina inglesa, como una forma de análisis casi exclusivo de la situación de las enfermedades durante el siglo XIX. (N.A).

¹⁶ Sin duda, la epidemia de cólera que azotó Europa en este mismo año, fue una de las causas adicionales para que los ingleses favorecieran el apareamiento de Instituciones para proteger a los ciudadanos de las enfermedades. (N. A.)

¹⁷ Las teorías microbianas formarían parte del arsenal interpretativo de la enfermedad varios lustros después, de manera específica cuando Pasteur en 1878 en una comunicación a la Academia de Medicina de París le hace conocer sobre “La teoría de los gérmenes y sus aplicaciones en medicina y en cirugía”. En tal estudio, en el cual se incluyen referencias a los descubrimientos análogos realizados por Robert Koch, quien descubrió el bacilo de la tuberculosis en 1882, así como también el bacilo del cólera en 1883. (N. A.)

¹⁸ La industrialización, el maquinismo y el aumento productivo no mejoraron las condiciones de vida de los trabajadores en este periodo. El trabajo infantil y las pesadas jornadas laborales en talleres inhóspitos y nada higiénicos fue deteriorando el nivel de vida de los asalariados cuyos ingresos, de otra parte, no les permitía llevar una vida digna. Por ello, mientras “el orden” buscaba los mecanismos para interesarse tangencialmente sobre la salud de los obreros, en el verano de

En 1849, John Snow¹⁹ publicó varios artículos explicando las formas de contagio de la tifoidea y la forma de impedirlo, basado en sus observaciones sobre el consumo de agua contaminada proveniente del río Támesis. Estas observaciones exigieron que los miembros del movimiento sanitarista inglés pidieran al Parlamento la necesidad de legislar sobre la sanidad pública.

El primer director de la Sanidad en Londres, Sir John Simon, bajo las orientaciones y expectativas referidas, puso en marcha un sistema de control sanitario que se preocupó de la asistencia médica al pobre, del control de la salud de la fuerza laboral y del control general de la salud del público, favoreciendo con ello que los sectores pudientes se protegieran de los peligros generales.

Así el sistema inglés permitió la superposición y coexistencia de tres sistemas médicos distintos: la asistencia pública en salud que bien puede denominarse medicina asistencial a los más pobres; una salud pública de carácter administrativo encargada de atender la vacunación y las epidemias y una medicina privada para quienes tenían la posibilidad de pagarla (M. Foucault, 1977: 105-108).

Las actividades y funciones del Consejo General de Salud fueron traspasadas en 1858, a otro organismo que se denominó Consejo Privado, el mismo que estableció el Acta de Salud Pública en 1875 creando por primera vez un sistema de administración de salud

1847 en Londres se reunieron diversas corrientes del proletariado, con el fin de constituir una entidad que les agrupara y con la finalidad de elaborar un documento en el que quedaran expresadas sus demandas. Surgió así la Liga Comunista que le encargó a Karl Marx y a Frederich Engels la redacción de una proclama que sirviera de orientación para las acciones de la nueva agrupación. (N.A.)

¹⁹ John Snow (York 1813 – Londres 1858). Médico inglés precursor de la epidemiología quien demostró que el cólera era causado por el consumo de aguas contaminadas. (N.A.)

pública que intentaba contribuir con soluciones integrales a los problemas sanitarios de la comunidad.

Para entonces, diplomados en Salud Pública (curso creado por primera vez en junio de 1871) favorecieron a estas tareas poniendo en marcha todas las medidas de higiene conducentes a resolver el problema de la salud pública diseñadas por el movimiento sanitarista inglés que, en la segunda mitad del siglo XIX, alcanzó gran influencia en Estados Unidos de Norteamérica.

Veamos a continuación, sobre igual materia, la realidad francesa. En el país galo, de otra parte, la higiene pública ilustrada fue alcanzando algún grado de desarrollo y aquello comenzó a expresarse con la presencia de un movimiento de reformas de los hospitales, cuya finalidad fue asegurar la salubridad pública, en contra de la tendencia de la higiene privada o individual que había sido característica de la Francia pre-revolucionaria.

En efecto, entre 1820 y 1830 se comenzó el proceso de institucionalización de la higiene pública francesa con el surgimiento del llamado *Movimiento Higienista Francés*, apoyado en el Consejo de Salubridad de París y en la nueva Sociedad de los Anales de Higiene Pública y Medicina Legal. En este movimiento, que estuvo ligado de manera muy cercana al gobierno, participaron figuras destacadas de la medicina francesa como Luis René Villermé²⁰ quienes fueron conduciendo su quehacer hacia la investigación de la morbilidad y la mortalidad y sus relaciones con la situación ambiental.

²⁰ Luis René Villermé (París 1782 – 1863). Médico francés quien escribió sobre temas sociales como por ejemplo sobre la mortalidad entre los presos y la promiscuidad sexual en las prisiones. (N.A).

Estos nuevos higienistas, de otro lado, buscaron construir un arquetipo propio de la higiene pública, es decir definirla como una disciplina específica con sus propios fundamentos teóricos y metodológicos.

Tanto es así que se preocuparon de diferenciar los términos higiene pública y salud pública. *La higiene pública*, entonces, fue catalogada como la disciplina científica encargada de la investigación de las condiciones de salubridad de las personas, mientras *la salud pública*, en su concepto, constituía el problema mismo de la situación o las condiciones materiales de salubridad del público (A. La Berge, 1984: 371).

De esta manera la higiene pública fue institucionalizando un modelo ambientalista para responder ante la enfermedad contagiosa y epidémica, pensamiento con el cual los fenómenos sociales y las situaciones de crisis estructural del sistema quedaban de lado en la comprensión de la salud.

Concomitantemente al desarrollo de este pensamiento médico excluyente de la realidad social como factor desencadenante de las enfermedades, los sectores más empobrecidos y explotados de la población fueron despertando de manera progresiva para entender que solo su organización y lucha podría detener el camino de injusticia al que se hallaban sometidos y, por lo tanto, adicionalmente conducidos a niveles de deterioro en su salud.

La toma de conciencia de la clase trabajadora estuvo por encima de la contingencia ideológica referida a la construcción de un modelo higienista y de salud pública en Inglaterra y en Francia -en cuyo contexto las ideas de la revolución de 1789 siguieron pesando en la vida política de una parte del siglo XIX- pues a pesar que en los dos países el

tratamiento de la enfermedad fue un comportamiento que pretendió aislarse de la realidad social, la organización comunitaria asumió enorme trascendencia para enfrentar sus dramas.

De otra parte, ante la presencia de un pensamiento hegemónico en materia de salud en Europa, hubo contrapesos, en este mismo andarivel, que emergieron en la propia Europa, como fue el caso del patólogo alemán Rudolf Virchow²¹ quien señaló que “la política es medicina a gran escala” infiriendo con ello que las transformaciones socio políticas podían y debían generar mejores condiciones para los trabajadores y a partir de esta circunstancia superara la situación de salud de la población.

Valga señalar, en todo caso, que las reforma sanitaria alemana, finalmente, fue paralela al proceso inglés y al francés, como fue paralelo, en estos países, el conflicto de contradicciones sociales de los cuales hemos hablado en párrafos anteriores y que, no obstante sus particularidades y las expresiones de contrapeso al poder²², la oleada

²¹ Rudolf Virchow (Schivelbein 1821 – Berlín 1902). Médico alemán considerado como uno de los patólogos prominentes del siglo XIX. (N.A.)

²² En el texto he señalado que la lucha de los asalariados ingleses, fundamentalmente, se constituyó en una especie de detonante para confrontar al orden, asunto que se vivió en Francia y que, valga señalar, también ocurrió en Alemania, pues en este país además del componente nacionalista y liberal de la movilizaciones populares para lograr la reunificación alemana, se abogó por la implantación de reformas que, entre otras cosas, dieran solución a la situación de pauperización de las clases populares que se veían afectadas en sus condiciones de vida cotidiana y cercadas por epidemias de diversa naturaleza que afectaron su salud. Si bien la industrialización en Alemania fue posterior a la de Inglaterra y Francia, sus conflictos fueron los mismos, y por lo tanto la lucha social no se redujo a lograr conquistas laborales, sino a demandar, como en el caso de la insurrección de los tejedores de Silesia, en 1844, que exigieron el mejoramiento de sus ingresos para mejorar sus condiciones de vida. Paulatinamente a los largo del siglo XIX los asalariados alemanes se organizaron y, luego, buscaron participación en los espacios de decisión del poder, en medio de disputas internas pues con la influencia de la Primera Internacional, hubo sectores de trabajadores que se plantearon cambios estructurales mediante acciones revolucionarias. De todas formas el escenario europeo estuvo marcado por la huella de la revolución industrial que favoreció la explotación de inmensos sectores obreros en medio de problemas graves de enfermedad laboral y de crisis de salud por la ausencia de políticas de higiene y salubridad mínimas que pudieran atender a los sectores marginales que la sociedad capitalista, en su versión industrial, había construido. (N.A.)

industrializante del capitalismo en el viejo continente imprimió una huella en las diversas esferas de la actividad humana

Ahora bien, todas estas concepciones europeas en materia de higienismo y de salud públicos, que habían emergido en el siglo XIX como una fórmula para impedir la enfermedad debido a la inequidad del sistema económico prevaleciente y con el fin de mantener los ritmos de trabajo de la población que debía asegurar el mantenimiento del “establishment”, comprendieron que era necesario poner reglas de comportamiento sanitarias para no afectar la situación de salud de un país a otro.

Esta circunstancia constituyó una determinación que no solo precautelaba la salud de los habitantes de ciertas regiones y geografías europeas, sino que intentaba cuidar las economías nacionales que podían verse afectadas por las enfermedades que asechaban a los trabajadores de los diversos países, es decir a la mano de obra que sustentaba dichas economías.

Claro está, también, que las políticas sanitarias respondieron a las exigencias de protección en esta materia demandadas en las luchas de los sectores marginales de la población que reclamaron sus derechos de una vida más digna sobre todo frente a circunstancias de pandemias que azotaban, entonces, a Europa.

En el marco de las consideraciones referidas se tejió un entramado para reunir las denominadas Conferencias Sanitarias Internacionales, que en el fondo, como queda inferido, fue un sistema para la protección sanitaria del comercio internacional.

Así, el 23 de julio de 1851 se convocó a la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en París. Fue un espacio para intentar poner de acuerdo a los gobiernos sobre una reglamentación internacional de cuarentena (N. Howard-Jones, 1977: 435), fórmula

mediante la cual, y debido a la presencia de una determinada enfermedad que afectaba a un país, se intentaba proteger a los habitantes de otro país o región del posible contagio.²³ Empero, luego del acuerdo convenido entre doce países, al cabo de cuatro meses apenas cinco de ellos intentaron cumplir con el mismo.

Ocho años más tarde, en 1859, se reunió la Segunda Conferencia Sanitaria Internacional, la misma que no tuvo ninguna trascendencia, tanto más que no se aprobó ningún documento. Habría una tercera reunión, en Constantinopla, en 1866, en la cual el tema del cólera fue reconocido como un mal proveniente de la India, aceptándose el carácter transmisible de esta enfermedad. La cuarta conferencia se efectuó en Viena en 1874. En tal reunión se determinó la necesidad de constituir una Comisión Internacional Permanente de las Epidemias, comisión que debió estar integrada por médicos de diversos países, con la finalidad de estudiar las causas del cólera y sus posibles formas de evitar tal enfermedad y, desde luego, las técnicas que pudiesen contribuir a su curación.

La breve revisión efectuada respecto de la corriente higienista y de salubridad inglesa y francesa, que se difuminó luego hacia el conjunto de países europeos, ha tenido la finalidad de establecer una especie de telón de fondo que explique la voluntad -en medio de las contradicciones que habían emergido entre los países europeos a propósito de la construcción de sus economías y de la formación de una clase hegemónica particular- para que los conflictos de la enfermedad fueran atendidos desde el Estado, asunto de enorme

²³ Si bien se intentó configurar una medida que impidiera que las enfermedades, con el tránsito de los enfermos, se expandiera de un lugar a otro, hay un elemento que debe señalarse como razón para que la reglamentación de la cuarentena no se cumpliera en aquel momento: la necesidad de la mano de obra que los países y regiones fueron necesitando en el marco del desarrollo industrial, así como la circunstancia referente a que las dificultades en los intercambios comerciales -que demandaba movilidad de personas- comenzó a fracturar las economías de los países europeos. (N. A.)

significación y trascendencia en la historia de las ideas, tanto más que aquella influencia se evidenció en la vida de nuestra Patria en los dos periodos históricos que son comparados en este trabajo.

No obstante a lo referido, en nuestro continente, la segunda década del siglo XX fue testigo de nuevas ideas sobre el pensamiento de salud que provenían desde los Estados Unidos de Norteamérica, asunto que revisaré en los siguientes párrafos.

El higienismo y la salubridad norteamericana: una doctrina y una estrategia de salud que dejó de lado el rol del Estado.

En 1776 se producirá la liberación de las trece colonias inglesas en Norteamérica²⁴ que, luego, en 1783, condujo a que Inglaterra reconociera la independencia de EEUU. Dicha independencia si bien fue el punto de partida formal para la construcción del estado nacional norteamericano, no rompió del todo varias dependencias con la metrópoli, entre ellas la influencia cultural y, en lo que nos atañe, respecto del pensamiento médico que, lentamente fue amoldándose a las necesidades internas norteamericanas.

En efecto, los Estados Unidos de Norteamérica vivieron una situación de confrontación primero para lograr su independencia y luego para construir su territorio en medio de una política expansionista, debido a lo cual la situación prioritaria de atención en relación a los conflictos de enfermedad estuvo dirigida hacia quienes habían conquistado espacios territoriales y mantenían el orden interno, es decir el ejército que, supeditado a los grupos hegemónicos internos, puso en marcha el proyecto geopolítico de los grupos dominantes norteamericanos.

²⁴ Once años más tarde, en 1787, EEUU adoptaría su primera Constitución, de esta manera pasó de la categoría de una Confederación a la de un Estado Federal. (N.A.)

Así la política expansionista se volvió dramáticamente evidente en 1805 cuando EEUU comunicó a Inglaterra que si Estados Unidos entraba en guerra con España por la posesión de la Florida Occidental, invadirían Cuba, porque aquella Isla era fundamental como defensa militar de Luisiana y de La Florida (G. Rodas: 1998:26).

La política referida se volvió más notoria entre 1817 a 1825 en el marco de lo que se conoce como la doctrina Monroe,²⁵ la misma que asumió paulatinamente eficacia no solo como doctrina, sino como estrategia geoeconómica de poder respecto del resto del Continente (G. Rodas, 1998:26).

Fueron momentos en que el poder norteamericano comenzaba a sustentarse en el ejército, en sus acciones de guerra, de conquista y de presión sobre el resto de países. Para mantener tropas listas para cumplir acciones militares, el poder se preocupó de mantenerlas en situaciones higiénicas relativamente adecuadas.

En el periodo de la segunda revolución industrial y la formación del capitalismo financiero (1853-1883), momento que corresponde a la penetración del capital europeo en la región, la sociedad burguesa e industrial del norte derrotó a la sociedad aristocrática y agraria del sur, con lo cual Norteamérica entró en una etapa de rápido desarrollo capitalista y vino a ocupar un espacio entre las potencias industrializadas. Aquello marcó una nueva caracterización de la sociedad norteamericana.

²⁵ La Doctrina Monroe que se sintetizó en la frase “América para los Americanos”, fue presentada al Congreso en 1823, como una propuesta por el Presidente James Monroe que y no solo adquirió el matiz de defensa de los procesos de independencia de los países sudamericanos, sino que se convirtió en un referente de la estrategia de la política exterior norteamericana en el mediano plazo. Se convirtió con el tiempo en una doctrina que justificó las intervenciones de Estados Unidos en Latinoamérica y el Caribe. Justificación política que hoy se aplica, adicionalmente, a su presencia en la geo-política y en la geo-economía de la región. (G. Rodas, 1998: 113-118).

Luego de consolidarse la situación interna norteamericana, estructurada, como queda señalado, mediante el proceso de expansión, Estados Unidos inició el camino de la industrialización. Esta nueva fase demandó, complementariamente, la atención de la salud de los trabajadores. Se trataba, de cuidar, entonces, la mano de obra de ese país para que pudieran cumplir los fines del proyecto capitalista en ciernes, a la par de los cuidados que se prodigaba al ejército que hacia finales siglo XIX se apropió de las últimas colonias españolas²⁶ en la región, y que en caso de Cuba y Puerto Rico fueron focos de enfermedades tropicales frente a las cuales los ejércitos invasores se vieron obligados a confrontarlas en el esquema de eliminar cualquier distorsión que pudiese afectar su presencia colonizadora.

Es en este contexto histórico que deben comprenderse las políticas de higiene y salubridad norteamericanas de cuyo desarrollo institucional, una vez que he señalado el entorno correspondiente, me referiré en los siguientes acápite.

En efecto, las primeras políticas sanitarias comenzaron con el apareamiento del Servicio de Hospitales de la Marina, creado en 1798, el mismo que se constituyó en el antecedente de la sanidad estatal de los Estados Unidos de Norteamérica.

Dicho servicio estaba destinado inicialmente a dar cuidado médico y tratamiento a los marinos mercantes; luego en 1799 sus actividades se extendieron al personal de la Armada (J. García, 1994: 116-117).

²⁶ Con el pretexto del hundimiento de un acorazado norteamericano, el *Maine*, que explotó cuando este se hallaba fondeado en la Bahía de La Habana (15 de febrero de 1898), Estados Unidos declaró la guerra a España y con la intervención de su flota naval logró apropiarse de Cuba, Puerto Rico, Filipinas y las Islas Guam, en una guerra conocida como Guerra Hispano-Cubano-Norteamericana, la misma que logró el propósito de hacerse de los últimos territorios españoles en América, asunto que se concretó en el Tratado de París que fue el acta de rendición española ante los norteamericanos, suceso acaecido el 10 de diciembre de 1898. (N. A.)

Posteriormente, en la primera mitad del siglo XIX, la influencia del movimiento sanitarista inglés fue evidente. Tanto es así que en 1845 J.C. Grisco, bajo el mismo esquema del inglés Edwin Chadwick, publicó un informe sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de New York, mientras Lemuel Shattuck²⁷ editó en 1850 su informe “Reporte de la Comisión Sanitaria de Massachusetts”, en la cual además de describir la situación sanitaria y las causas de ella, propuso la creación de una junta estatal de salud, que debía estar conformada por legisladores y médicos. Esta iniciativa fue impulsada y aprobada y comenzó a funcionar en 1869 (L. Burton, H. Smith y Nichols, s/f: 32).

El ejemplo que se instauró en Massachusetts pronto se diseminó por otros estados norteamericanos. Así se crearon juntas de salud en California (1871); en Virginia (1871); en Minnesota (1872) (L. Burton, H. Smith y Nichols, s/f: 32).

Adicionalmente, se fueron organizando una serie de convenciones nacionales de salud pública que tuvieron por objeto preparar el camino para la creación de la American Public Health Association, que nació en 1872 con el objetivo de coordinar todos los servicios y campañas sanitarias (L. Burton, H. Smith y Nichols, s/f: 32).

En 1878 se aprobó la ley sobre la cuarentena nacional y en 1879 el Congreso creó la Junta Nacional de Salud, con la finalidad de manejar la epidemia de fiebre amarilla que se presentó ese mismo año en el sur de los Estados Unidos. Esta junta atendió la situación de

²⁷ Lemuel Shattuck (EE. UU. 1793-1859). Se lo recuerda como un innovador de la salud pública. (N.A.)

los sectores civiles, en tanto el Servicio de Hospitales de la Marina aplicaba las medidas cuarentenarias para sus tropas²⁸ (J. García, 1994: 117).

En 1879 el Congreso de los Estados Unidos debido a la “introducción” a su territorio por vía marítima de enfermedades como la fiebre amarilla que venía desde el sur y del cólera, que arribaba desde Europa, aprobó una ley por medio de la cual se estableció que ningún barco con rumbo a otro país podía zarpar del puerto de origen sin que un funcionario diplomático del país de destino hubiese efectuado una inspección a bordo de la embarcación y hubiere extendido el correspondiente certificado sanitario.

Fue esta una clara intervención sanitaria en la vida de otros países para precautelar los intereses norteamericanos que, insisto, tenían relación con la vida de su gente y el mantenimiento de un orden económico específico. Esta medida que necesitaba de un acuerdo multilateral internacional, fue impracticable. Los negocios de los diferentes países estuvieron por encima del control sanitario y las contradicciones de los grupos económicos de diversas partes del mundo hicieron estallar la iniciativa norteamericana. Los conflictos de contradicciones de los grupos hegemónicos en el poder en los diferentes países, entraron en tensión.

Debido a esta circunstancia, que explícitamente significó un fracaso para la política norteamericana, el Congreso de dicho país adoptó el 14 de marzo de 1880 una resolución

²⁸ Cuando se produjo la expansión territorial norteamericana, a costa de afectar los intereses españoles en América, el Servicio de Hospitales de la Marina expandió sus actividades - fundamentalmente los referentes al control de las cuarentenas- en Cuba, Puerto Rico y las Filipinas. De esta manera se controló la propagación de enfermedades desde las zonas de ocupación al territorio norteamericano preocupado, entonces de consolidar su actividad económica. (N.A.)

por la cual autorizaba al presidente norteamericano²⁹ para que convocara la Quinta Conferencia Sanitaria en Washington, con el objeto de organizar un sistema internacional de notificación referente al cólera y la fiebre amarilla.

Esta Quinta Conferencia se celebró un año después de la resolución del Congreso. Reunida en 1881 se constituyó en la única Conferencia Sanitaria Internacional que se celebró en el Hemisferio Occidental y en ella participaron delegados de diez países del continente americano y veinte y seis de los países europeos.

Los norteamericanos, hasta ese momento no habían participado de las cuatro Conferencias Sanitarias Internacionales, en las cuales los temas de preocupación fueron las relacionadas al control de las enfermedades que, como el cólera, afectaban a Europa.

Estado Unidos pretendió que en esta nueva Conferencia se incluyera como tema central lo correspondiente al análisis de la fiebre amarilla y de la malaria, problemas sanitarios urgentes para los norteamericanos debido a que habían iniciado sus relaciones comerciales con Latinoamérica, en cuya región estas enfermedades se habían expandido.

Debido a los intereses comerciales diferentes no hubo acuerdo en esta reunión. Una vez más quedó en claro que el cuidado de la salud y los intentos por frenar el apareamiento y expansión de diversas enfermedades estaban atados al interés comercial, antes que a la impostergable necesidad de cuidar la salud de los habitantes de cualquiera de las regiones del planeta.

Por las razones expuestas y debido a que la actividad comercial de EE.UU con Latinoamérica constituían la prioridad de aquel momento, debe entenderse que los norteamericanos comenzaron a pensar en la necesidad de construir una organización

²⁹ Entonces ejercía la Presidencia Rutherford Birchard Hayes quien gobernó desde 1877 a 1881.(N.A.)

sanitaria regional que atendiera, particularmente, los conflictos de la fiebre amarilla y de la malaria que, finalmente, se volvieron en factor de distorsión de los intereses geoeconómicos norteamericanos.

En 1883 dejó de existir la Junta Nacional y el Gobierno norteamericano le otorgó al Servicio de Hospitales de la Marina, la administración de la ley de cuarentenas. Así a la sanidad militar se le entregó la facultad y la responsabilidad para asegurar la protección norteamericana contra el ingreso de la fiebre amarilla proveniente de los países latinoamericanos, en cuya región la expansión de los intereses capitalistas norteamericanos se había vuelto una realidad.

En 1893 el Congreso norteamericano promulgó una ley para reforzar todo lo referente a los reglamentos de cuarentenas. Esa misma ley otorgó poderes al Jefe de Sanidad del Servicio de Hospitales de la Marina, con el objetivo que esta jefatura destacara oficiales médicos del Servicio en las oficinas consulares de los principales puertos de embarque. Estos oficiales debían examinar a los ciudadanos que pretendían llegar a EE.UU y extenderles un certificado para que pudiesen entrar a dicho país (Howard-Jones, 1980: 397).

En 1902 se cambió el nombre del Servicio de Hospitales por el de Servicio de Salud Pública y Hospital de la Marina, el cual mantuvo esta denominación hasta 1912 cuando pasó a denominarse Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, oficina que intervendría en la creación de la Oficina Sanitaria Internacional, que más tarde se llamaría Oficina Sanitaria Panamericana y cuya finalidad fue la de poner en ejecución en Latinoamérica un sistema cuarentenario idéntico que facilite la actividad comercial.

También el Departamento médico del ejército, que dependía del Departamento de Guerra y la Oficina de Medicina y Cirugía de la Armada, fueron organismos del Gobierno que asumieron un nivel de influencia fundamental en Latinoamérica, en el contexto de actividades desplegadas para consolidar un Cuerpo de Médicos y Cirujanos militares que participaron directamente en la organización de la sanidad y la medicina estatal en Cuba, Puerto Rico, Haití, República Dominicana y Panamá (J. García, 1994: 117).

La intervención norteamericana en salud para América Latina fue paulatina y creciente –de la misma manera que fue la circunstancia de alejarse de las matrices de salud de la metrópoli- y ocurrió por acción del Gobierno a través de los ya referidos instrumentos de salud que se fueron creando y articulando incluida la llamada Oficina Sanitaria Internacional.³⁰

No obstante, estas políticas de Estado sufrieron una ruptura cuando las empresas privadas como la United Fruit Company y la Fundación Rockefeller,³¹ lograron incidir para que sus objetivos de atención a la salud –objetivos privados- formaran parte de los intereses gubernamentales.

³⁰ Creada el 2 de diciembre de 1902 en la I Convención Sanitaria Internacional celebrada en Washington D.C Esta oficina se llamaría más tarde Organización Panamericana de la Salud (OPS).

³¹ John D. Rockefeller (1839 – 1937), quien fuera uno de los empresarios más ricos de los EEUU y dueño de Estándar Oil Company fue hábilmente generando, mediante la filantropía, un espacio ascendente de influencia en los Estados Unidos. En 1910 constituyó una de las instituciones norteamericanas más importantes a la que se conoció como la Fundación Rockefeller. Las iniciativas filantrópicas, que también provinieron a partir de una conducta religiosa que también le eximieron del pago de impuestos al Estado, le permitieron convocar a prominentes constructores de la sociedad norteamericana de esos días alrededor de propuestas de naturaleza social diversa. La Fundación, adicionalmente, constituyó un espacio para definir las urgencias con las cuales se debía enfrentar a las enfermedades mediante métodos y tratamientos elaborados en la propia fundación con el fin de, por un lado, no deteriorar la productividad de los trabajadores -fenómeno inscrito en el proceso de desarrollo del capitalismo y de expansión de la economía norteamericana- y, de otra parte, para favorecer la industria farmacéutica que Rockefeller fomentó a propósito de la investigación científica puesta al servicio de sus intereses económicos.(N.A)

Así, los intereses privados de las compañías norteamericanas señaladas pusieron en marcha varios de sus objetivos estratégicos: precautelar los mercados latinoamericanos; impedir que las enfermedades contagiosas llegaran a sus centros de producción, es decir donde se hallaban sus trabajadores, muchos de los cuales fueron migrantes; y, también, curar las enfermedades mediante productos terapéuticos producidos por sus investigadores.

En este contexto, los Estado Unidos, luego de la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional, fueron instrumentando los mecanismos conducentes para garantizar el control sanitario del comercio interamericano, tanto así que se convocó a una Segunda Conferencia Sanitaria Internacional de los Estados Americanos para 1901 que debía reunirse en la ciudad de México.

En México se decidió que el Consejo de Administración de la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas³² convocara a una reunión de los representantes de las administraciones sanitarias americanas para establecer acuerdos y reglamentos sanitarios comunes con el objeto de reducir los requisitos de las cuarentenas frente a enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla, la peste bubónica y la viruela.

Esta convención tenía previsto designar una Junta Ejecutiva permanente que recibiría el nombre de Oficina Sanitaria Internacional y que establecería su sede en Washington.

Con estos antecedentes se reunió del 2 al 4 de diciembre de 1902, en Washington, la primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, encuentro que

³² Creada en 1890 en la Primera Conferencia Internacional Americana, precursora de lo que hoy se conoce como Organización de Estados Americanos (OEA). (N.A.)

en lo posterior continuó produciéndose cada cuatro años y que, luego, comenzaron a llamarse Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Este fue el mecanismo mediante el cual los Estados Unidos, su gobierno y los intereses privados adheridos al mismo, iniciaron, como en otros terrenos y objetivos, una incidencia activa en materia de higienismo, salubridad y, en general, respecto de la salud, en el continente, incidencia que derivaría, en muchas oportunidades en control abierto sobre la región.

Se forjó, entonces, la construcción de políticas de salud en nuestra región desde una direccionalidad que logró que en nuestros países se estructuraran comportamientos en materia de salud pública bajo la mirada norteamericana, preocupada, solo por citar un ejemplo, de la sanidad de los puertos para desembarcar sus mercancías y, sobre todo, para llevar las materias primas en forma óptima.

En este contexto no solo se fabricaron las dependencias económicas, políticas, sociales y culturales. También se fueron construyendo las sumisiones referentes al pensamiento de salud y al pensamiento médico que en su momento, ya iniciado el siglo XX, en el marco de lo conceptual, fueron distintas a las ideas que provenían desde del capitalismo eurocéntrico.

Tales contradicciones no solamente deben entenderse en el espacio puro de la epistemología, pues ellas -las contradicciones- se evidenciaron como expresión de las diversas formas de desarrollo del modelo capitalista a partir del control del Estado, de la conducción de los gobiernos o de la construcción de las variadas iniciativas privadas.

Además, mientras el modelo económico buscaba adecuar a sus intereses a los países latinoamericanos, hacia finales del siglo XIX los grupos hegemónicos internos de cada

estado en la región también intentaron construir sus propias iniciativas en las relaciones con Europa y Norteamericana, lo cual se explica a partir de las características particulares de cada uno de los países, no obstante su carácter general de burguesías agro-exportadoras.

Las negociaciones económicas, el flujo de las exportaciones e importaciones, las características de las migraciones, los elementos supraestructurales de incidencia en Latinoamérica se constituyeron en factores que inclinaron la balanza por una u otra opción en referencia a los bloques de poder del capitalismo.

A la par, la atención a la salud o la confrontación a la enfermedad, denotaron en nuestra región una situación de péndulo frente a la incidencia europea y posteriormente ante la influencia norteamericana. La modificación de las dependencias, en todo caso, fue muy importante, pues los bloques de poder capitalistas europeos y norteamericanos tuvieron formas distintas de desarrollar sus intereses estratégicos, lo cual se expresó como formas de control diferenciadas en la región americana, a partir de su incidencia objetiva.

En Europa, en algunos ejes de su economía, el desarrollo del capital demandó comportamientos expresos del Estado para proteger las iniciativas privadas, con la finalidad de suprimir las distorsiones que afectarían al modelo capitalista industrial. Aquello sucedió en materia de salud, debido a lo cual el Estado³³ combatió la insalubridad, por ejemplo, para proteger a los grupos de trabajadores que habrían de fortalecer el desarrollo del capitalismo industrial.

³³ Esta afirmación en nada se refiere a nuestra realidad, y a los procesos históricos comparados en este trabajo, pues las características de la influencia del capitalismo industrial en el país ocurrió, parcialmente, a partir de los años setenta del siglo XX (N.A.).

En la realidad norteamericana, el capital actuó de manera diversa: le interesó romper, en lo posible, la dependencia con la metrópoli a propósito de su propio desarrollo económico -expresión de las asimetrías secundarias de un mismo sistema que ante los contrapesos estructurales, fácilmente dejan de ser contrarios- para cuyo efecto el control de las economías latinoamericanas le fue fundamental, así como le fue imperativo la incidencia sobre los modelos políticos regionales. Logradas estas dependencias, algunos de los grupos económicos internos norteamericanos optaron por consolidar directamente sus estrategias de acumulación de la riqueza.

Para este fin en los Estados Unidos de Norteamérica, mantener poblaciones sanas en la región –por lo tanto productivas- fue uno de los objetivos. Asumir la lucha contra la enfermedad fue otra de las variables que le permitió hacer de la investigación médica adicionalmente un negocio, puesto que la producción de los medicamentos se desarrolló por iniciativa privada, en el contexto de un modelo de salud cuya estructura conceptual respondió a una visión ideológica determinada, en donde el Estado atendió fundamentalmente la consolidación de sus fuerzas armadas como factor de protección de su sistema y de resguardo al desarrollo estratégico de su economía.

Tanto es así que los norteamericanos atacaron a fondo dos problemas de salud concretos en cuya acción pretendían lograr algunos objetivos. Direccionaron su acción para enfrentar la fiebre amarilla y la malaria, Los otros conflictos de salud se plantearon atenderlos de manera oportuna mediante su influencia a través de los medios supranacionales que se habían ido constituyendo desde finales del siglo XIX.

De la mano a esta práctica de higienismo y salubridad, Rockefeller se planteó la necesidad de crear un nuevo tipo de profesional capacitado para el desafío que implicaba

desarrollar este tipo de actividades sanitarias exigidas por los programas que la Fundación se había propuesto.

Debido a lo anterior Rockefeller promovió todos los mecanismos para que las universidades se interesaran en presentar³⁴ una propuesta para la creación de un nuevo Instituto de Salud Pública, en cuyo seno aspiraba a capacitar al personal dedicado a los servicios de la salud pública, orientados, desde luego, en el marco de las aspiraciones y objetivos de la fundación y de la industria farmacéutica ligada a tal institución.

La Fundación Rockefeller, finalmente, apoyó las iniciativas de la Universidad de Johns Hopkins, Institución universitaria que impulsó las reformas de la educación médica norteamericana al calor de los intereses y objetivos de la Fundación.

El estudio y control de la fiebre amarilla en las Américas se inició en 1916 -con la participación de la Fundación Rockefeller- debido, adicionalmente, a los temores europeos³⁵ que suponían que la apertura del Canal de Panamá favorecería la expansión de esta enfermedad desde los focos caribeños y brasileños hacia el oriente.

Para el efecto se hizo un análisis de la situación en Sudamérica, encontrándose que en Guayaquil había un brote epidémico, debido a lo cual en esta ciudad se inició la lucha contra el vector que producía la enfermedad.

El general norteamericano William Gorgas³⁶ trabajó personalmente en Guayaquil³⁷ desde finales de 1918 usando en su campaña el mismo método que pusiera en práctica en

³⁴ A esta especie de convocatoria acudieron las Universidades de Harvard, la de Columbia y la Universidad de Johns Hopkins. (N.A.)

³⁵ Temores que ponían en peligro las relaciones comerciales norteamericanas con Europa. (N. A.)

³⁶ William Gorgas había trabajado en el saneamiento en Santiago de Cuba, pero no había podido erradicar la fiebre amarilla, fue Jefe Superior de Sanidad en La Habana desde 1898, limpió La

Panamá y Cuba: impedir el desove de mosquitos en las comunidades pobladas mediante la fumigación en los centros claves, los mismos que eran de carácter urbano y estaban localizados en puertos y grandes ciudades costeras (M. Cueto, 1997: 64).

Los resultados no siempre fueron eficaces. Las teorías respecto de las zonas que debían ser controladas entraron en duda³⁸. La Fundación Rockefeller direccionó, entonces,

Habana, pero la fiebre amarilla seguía avanzando; trabajo con el Dr. Finley, el cual propuso bajo sus preceptos: guerra al mosquito y aislamiento de los enfermos, el resultado fue positivo, la fiebre amarilla desapareció de La Habana en 7 meses. El doctor Gorgas fue designado Jefe de Sanidad en la obra de la construcción del Canal de Panamá; para acometer las tareas de saneamiento, a finales de 1904 se desató la primera epidemia, lo cual los hizo tomar medidas urgentes como: colocar mallas en ventanas y puertas, fumigar de casa en casa, así como llenar de aceite semanalmente las cunetas y letrinas, además el plan incluyó la creación de potabilizadores de agua en las fuentes, para eliminar la necesidad de mantener contenedores de agua que pudieran servir de criadero del *Aedes Aegypti*, como resultado de estas medidas la Fiebre Amarilla fue totalmente erradicada del Istmo (E. Quevedo, 2004: 273).

³⁷ En 1916, llegó a Guayaquil la Primera Comisión Científica Norteamericana dirigida por el Dr. Gorgas, quienes informaron el propósito del Instituto Rockefeller que fue explicar la práctica de las medias profilácticas necesarias, ayuda económica y se encargarían de proveer de ciertos materiales. La Comisión Gorgas después de un estudio de la Fiebre Amarilla en todo el mundo, informo que Guayaquil era el único centro endémico en la costa occidental de Sudamérica. En julio de 1918 llegó a Guayaquil una segunda Comisión presidida por el Dr. Arturo Kendal, con el objeto de celebrar un Convenio de Cooperación para Saneamiento de las Costas y la Erradicación de la Fiebre Amarilla. Arribó el mismo mes y año el Dr. Hideyo Noguchi, para incorporarse a dicha Comisión, traía 60 conejillos de indias y un equipo de Laboratorio Bacteriológico completo. Esta segunda Comisión estuvo hasta el 2 de septiembre de 1919, cuando la campaña contra el mosquito fue un éxito en Guayaquil. El Dr. Noguchi comenzó sus investigaciones en el Laboratorio del Hospital de Fiebre Amarilla, a los nueve días descubrió lo que buscaba el germen de la Fiebre Amarilla y realizó diferentes procedimientos de experimentación hasta que elaboró una vacuna preventiva (R. Lazo, 1985: 32-34).

³⁸ Estas dudas a las que me refiero se produjeron incluso cuando la Fundación Rockefeller había anunciado que estaban cerca de exterminar la enfermedad, la misma que, paradójicamente volvió a hacerse presente en algunas ciudades costeras como en Rio de Janeiro, circunstancia que luego de varios estudios demostró focos selváticos de fiebre amarilla donde las poblaciones o eran restringidas o los accesos culturales a la población fueron difíciles. (N.A.)

su atención al otro conflicto de salud al cual me referí en párrafos anteriores, el referente a la malaria.³⁹

Las primeras campañas experimentales de la Fundación se iniciaron en 1916 y 1918, combinando las medidas de tratamiento del medio ambiente y la prevención de las personas sanas y el tratamiento de los portadores con la quina.

La campaña experimental contra la malaria, que además potenció el negocio de la Fundación Rockefeller en relación a la producción y distribución de la quina, se inició en Arkansas, EEUU, en donde se llevaron a cabo drenajes, enrejado de las viviendas y tratamiento con quina (S. Franco, 1990: 104) y luego continuó en las regiones aldoneras de Carolina del Norte y en los bosques del Mississippi.

Hubo resultados alentadores -y negocios también de magnitud- debido a lo cual la campaña se extendió, en 1920, a Puerto Rico con la participación de la Aguirre Central Sugar Company y el Departamento de Salud de Puerto Rico. En este mismo año la campaña siguió hacia República Dominicana y Venezuela. En este último país las zonas escogidas para atacar a la enfermedad fueron las zonas petroleras.

De esta manera puedo afirmar que las zonas azucareras y petroleras de la región, fueron los lugares de atención primordial de la Fundación a partir de objetivos claramente deducibles: se trató de enfrentar la enfermedad mediante la quina, actividad que dejó remanentes de toda naturaleza para La Fundación; se atendieron a los países en donde las

³⁹ En 1915, en el informe anual de la Fundación Rockefeller, apareció como un problema importante la situación provocada por la malaria. Se dice allí: "la malaria debe considerarse como la manifestación del problema médico e higiénico más serio que hoy es necesario enfrentar, debido a su amplia distribución geográfica, a su extremadamente amplia prevalencia en vastas regiones tropicales y subtropicales, en donde es responsable de más mortalidad y morbilidad que todas las enfermedades juntas y, debido a sus obvios efectos en las pérdidas económicas, la ineficiencia económica y el retardo del desarrollo mental y físico" (Rockefeller Foundation, 1915: 72).

inversiones norteamericanas buscaron proteger sus inversiones y mantener, para el efecto, trabajadores sanos y en pleno rendimiento laboral; y se trabajó con la finalidad de impedir que la enfermedad tropical se expandiera a los Estados Unidos.

Las acciones de la Fundación, de esta manera, dejaron de lado el antiguo modelo higienista predominante en Latinoamérica que provenía de la conquista europea, la misma que fue remplazada por una forma norteamericana de entender la salud pública: la acción desde el prisma de lo privado.

Esta “forma norteamericana de entender la salud pública”, desde luego, estaba atada a los intereses de las corporaciones transnacionales que se habían constituido en los Estados Unidos, a los cuales se pertenecía el grupo Rockefeller, y al momento de desarrollo del modelo imperial norteamericano.

CAPITULO SEGUNDO

Referencias generales sobre la situación de salud-enfermedad en el siglo XIX en el Ecuador, particularmente en Quito y Guayaquil, previas a la “Revolución Liberal”.

En este apartado efectuaré una revisión de la situación general de salud en el país y me referiré sobre algunas de las enfermedades que afectaron al Ecuador –de manera

particular en Quito y en Guayaquil- en el siglo XIX, las mismas que fabricaron el entorno salud-enfermedad de este periodo, constituyéndose en una especie de dramático acumulado social que heredó el liberalismo y frente a cuya realidad el nuevo proyecto político económico y social del Ecuador estaba llamado a actuar. Por lo tanto no es un estudio de las enfermedades, sino un antecedente para comprender la situación que debió enfrentar la revolución de 1895.

Las circunstancias de la salud-enfermedad en el siglo XIX no constituyeron una línea continua. Hubo diferencias marcadas si miramos las tres primeras décadas del siglo, con lo que luego aconteció desde la fundación de la República en 1830 hasta los años cincuenta, y desde ese momento hasta 1895.

Empero, no voy a detenerme en los ciclos históricos que he advertido para visualizar las condiciones de salud del país. La intención de estos párrafos es señalar algunas prevalencias de enfermedades en la época, las acciones asumidas frente a ellas por parte del poder local de y precisar cuáles de estas enfermedades afectaron a las ciudades de Quito y de Guayaquil, centros urbanos fundamentales que dieron el contexto de los acontecimientos en salud en nuestro territorio, más allá de la circunstancia que en las áreas rurales los problemas provocados por la diversidad de enfermedades fueron repercutieron en la vida de las poblaciones y, desgraciadamente, no han sido adecuadamente reportadas en la historiografía de la salud ecuatoriana.

En efecto, la concurrencia de las enfermedades fueron dramáticas, no solamente por las condiciones estructurales del Ecuador de aquel entonces, sino por la hegemonía de una forma de pensamiento –en lo concerniente a la historia de las ideas- que no atendió las razones sociales y económicas que provocaban la enfermedad, a pesar de los claros indicios

que sobre esta realidad había surgido gracias a figuras como la del médico, científico y precursor libertario, el Doctor Eugenio Espejo.

Una doble paradoja que abrió el siglo XIX

El siglo XIX se inició en el país con dos ventajas en términos científicos: la herencia de la Real Audiencia de Quito, en donde se había producido la exploración de los académicos franceses para las mediciones geográficas, en cuyo contexto se produjeron avances en el conocimiento botánico y médico de la época; y la campaña que se había emprendido contra la viruela a partir de la “Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (G. Rodas, 2004:7).

La primera circunstancia provocó un importante desarrollo en el conocimiento de la botánica y de la geografía de nuestros territorios. Las misiones científicas aportaron al desarrollo de nuestro medio propiciando la puesta en marcha de nuevas técnicas en el tratamiento de las enfermedades (G. Rodas, 2004:8).

Gracias a lo referido, entre otras cosas, Eugenio espejo, superó los trabajos de Mutis, Caldas, Humboldt y Bompland⁴⁰ y contribuyó con sus estudios a descubrir las razones médicas debido a las cuales se producían las enfermedades y las causas que favorecían su transmisión.

Las reflexiones de Espejo ocurrieron alrededor de la presencia de la enfermedad de la viruela, respecto de cuya circunstancia Espejo propuso la idea que la viruela se transmitía por contaminación. Para 1785 Espejo había escrito ya varios textos como resultado de sus

⁴⁰ Estos últimos llegaron a Quito en 1802 (E. Estévez, 1996: 26).

estudios. El más importante de ellos fue “Reflexiones”⁴¹ cuyo trabajo se construyó como resultado de una observación crítica del estado higiénico y sanitario de la ciudad de Quito y de los hábitos de sus pobladores (E. Estévez, 1996: 29); a partir de esta realidad se logró establecer las posibles causas de la propagación de las enfermedades y como complemento a estas disquisiciones Espejo propuso reformas en la enseñanza médica, profundizando el aprendizaje de la Anatomía, la Fisiología y la Botánica, a más de señalar expresamente lo imprescindible de asumir normas del convivir diario que impidieran el que se contraigan ciertas enfermedades.

Aquellas normas, no cabe duda, tenían relación con su aprehensión sobre las condiciones nada higiénicas en las que vivía la población y con una crítica implícita al comportamiento de las autoridades de la época frente a la comunidad; asuntos todos estos que no fueron de satisfacción del poder y que constituyó una de las razones para la persecución al Eugenio Espejo.

La segunda ventaja con la cual se inició el siglo XIX es lo que bien podría llamar, contradictoriamente, las consecuencias de la viruela y las acciones encaminadas para enfrentarla. En efecto, desde Europa se emprendió una campaña para librar a las colonias americanas de esta terrible enfermedad, lo cual involucró a la Audiencia de Quito a cuyos territorios la Misión encargada para tal efecto llegó en 1804 y luego, mediante la creación

⁴¹ Reflexiones acerca de las viruelas (1785), Eugenio Espejo hizo un extraordinario aporte científico. Enfrentó uno de los problemas más apremiantes de aquellos tiempos. Describió los pasos que debían darse para preservar a la Audiencia de Quito de las plagas, epidemias y enfermedades contagiosas. Delineó políticas alimenticias, de control de productos y precios, de limpieza local y personal. Además abordó aspectos de diagnóstico de las enfermedades e incluso de carácter teórico e interpretativo sobre la literatura médica más avanzada de aquellos tiempos.(N.A.)

de la Junta de la Vacuna, en julio de 1805, se estableció el mecanismo de distribución de la vacuna en nuestro territorio.

No obstante lo referido, el aporte más importante de la misión fue la información científica sobre la forma de obtener el fluido vacuno que impediría la propagación de la viruela, lo cual trajo consigo el compromiso de los cabildos⁴² para cuidar a los ciudadanos y sobretodo, como ocurrió en Quito, el que se definiera una conducta profiláctica que estableció un antes y un después de los Municipios frente a las enfermedades.

Si la viruela fue un factor nocivo del siglo XVIII, heredado en el Siglo XIX, la situación sanitaria y de salud en Quito y Guayaquil fueron, en el mentado siglo XIX, de enorme complejidad por el nivel de afectación sobre los conglomerados humanos. Revisemos tal situación, con varios ejemplos, para obtener un panorama sobre dicho periodo.

Las enfermedades más comunes en Quito en el siglo XIX.

En los siguientes acápite voy a establecer una información global de la situación de salud en Quito. No es una referencia cronológica, ni una aproximación sobre las instituciones de salud; se trata de ejemplos que nos permitan comprender los acontecimientos de la salud en la ciudad y sus alrededores con la finalidad de aproximarnos, como ya lo he insistido, a la realidad que enfrentó el proceso liberal que se inició a finales del siglo XIX.

⁴² El Cabildo de Quito movilizó al personal para la búsqueda del fluido de la vacunación. Los gastos 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. El proceso tendiente a la búsqueda del fluido vacuno, así como las campañas de vacunación se constituyó en un nuevo eje de desarrollo de salud higienista de la época. Este proceso abarcó un periodo de larga data que se extendió desde 1847 hasta 1875 (G. Rodas, 2004: 22).

Por ejemplo, en 1838, el Cabildo entró en una serie de discusiones a propósito de los contagios de múltiples enfermedades debido a que desde la Casa del Lazareto se evacuaban aguas contaminadas de forma tan precaria, que al mezclarse con las aguas públicas contribuyeron a la expansión de enfermedades de naturaleza diversa. Esta situación nos demuestra el grado de carencia de elementales normas de higiene en las que vivía, entonces, la ciudad.

Si lo dicho se constituía en un problema, el enterramiento de los cadáveres constituyó otro conflicto central y, al mismo tiempo, un foco infeccioso que produjo, por ejemplo, que en 1859 en el Barrio de San Roque ante el apareamiento de enfermedades infecciosas graves, uno de sus vecinos, el doctor Roberto Sierra, estableciera los procedimientos para precautelar la salud de los ciudadanos, entre los cuales debe mencionarse la restricción de visitas entre los vecinos del barrio. (G. Rodas, 2004: 12)

Los problemas de salud cada vez fueron más notorios y de contagio evidente. Así en 1865 en la zona de Perucho apareció una epidemia desconocida que comenzó a diezmar a su población. Igual circunstancia ocurrió en el Valle de los Chillos. Para contener los estragos de la enfermedad se requirió movilizar personal médico hacia las zonas afectadas, tanto más que algunas de las haciendas del lugar notificaron continuamente la situación alarmante de campesinos y trabajadores enfermos,⁴³ por lo cual el Municipio envió a un facultativo de salud con la finalidad de enfrentar la crisis⁴⁴ que, a contrapelo, fue expandiéndose a Puembo y luego a Guajaló. De todas formas esta epidemia, ocurrida en

⁴³ Acta del 21 de febrero de 1865. Archivo Metropolitano de Quito.

⁴⁴ Se fijó como honorarios del facultativo la cantidad de cien pesos y una cantidad para la compra de drogas y medicinas. Tomado de: Acta del 27 de marzo de 1865. Archivo Metropolitano de Quito.

1865, dejó alrededor de 20 muertos y 100 enfermos por día, problema que fue controlado con mucha dificultad y a un costo social y humano extremos.⁴⁵

Si bien la indicada circunstancia formó parte de la realidad de la ciudad de Quito, en la segunda mitad del siglo XIX, el conflicto de la tifoidea debe ser catalogado como un momento realmente grave, pues entre 1880 y 1904 ingresaron al Hospital San Juan de Dios 6.184 enfermos que dejaron 695 muertos.

Los brotes epidémicos de tifoidea en Quito obligaron al Cabildo a utilizar la policía para visitar ciudades y pueblos infectados con el respaldo de la Facultad de Medicina. El personal de policía se encargaba de vigilar la limpieza de las calles, mientras el personal médico se dedicaba a atender a la población enferma (G. Rodas, 2004: 18).

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. Aquello ocurrió indistintamente a lo largo del siglo XIX; así en 1839 cuando se presentó una enfermedad desconocida, el Consejo obligó a que se revisara el estado de las medicinas; la auditoría señalada demostró que las boticas no se hallaban adecuadamente surtidas en medio de una conducta de precios arbitrarios que, a su vez, provocó que las autoridades de la ciudad actuaran enérgicamente para poner orden a estas irregularidades; a partir de 1846 las visitas del Consejo a las ciudades y la preocupación sobre la situación de las boticas fueron constantes, como fueron de preocupación para tal Institución, la constatación de los tratamientos que se brindaba a los enfermos.⁴⁶

⁴⁵ Acta del 3 de julio de 1869. Archivo Metropolitano de Quito.

⁴⁶ Acta del 25 junio de 1846. Archivo Metropolitano de Historia.

Otro problema central en el mismo periodo fue el hecho de las dificultades para que los sectores pobres pudieran tener acceso a las medicinas. Frente a este conflicto el Consejo Municipal reguló la asistencia médica para los pobres y además para los enfermos incurables.⁴⁷

De esta forma, “los médicos de pobres” pudieron atender a los enfermos en el hospital de La Caridad, además de haberse establecido contratos públicos con las boticas para la provisión de medicamentos para los pacientes en condiciones económicas críticas, con lo cual queda evidenciado el drama en la relación estructural de la ecuación sociedad-enfermedad.

Es imperativo señalar que la Facultad de Medicina tuvo una importancia fundamental tanto por su afán de regular la práctica médica, así como por su vinculación, a instancias del Cabildo, para respaldar las actividades científicas de la época. La Facultad, además, adquirió en 1869 la responsabilidad de velar por las tarifas de los medicamentos que se expendían en las boticas.⁴⁸

Entre los aspectos más perjudiciales que afectaron a la ciudad de Quito debe señalarse el referente a la inexistencia de normas de higiene. Esta realidad provocó la presencia de enfermedades que, por ejemplo en 1859, afectaron a barrios enteros. Este fue el caso del barrio de San Roque, sector en el cual se inició la limpieza de las calles, el control de las acequias y la prohibición de mataderos de ganado en las cercanías.

⁴⁷ En 1853, el administrador del Hospicio discutió la determinación del Ilustre Consejo en el sentido que debía admitirse en el Hospital a los enfermos declarados incurables. Acta del 2 de julio de 1853. Archivo Metropolitano de Historia.

⁴⁸ Acta del 15 de septiembre de 1869, t. 2. Archivo Metropolitano de Historia.

Complementariamente a lo referido, se estableció que en el panteón de San Diego se inhumaran los cadáveres, haciendo que las bóvedas se sellaran con cal y ladrillo.⁴⁹

Es de enorme trascendencia señalar que en el siglo XIX hubo dos instituciones dedicadas a recibir y cuidar a los enfermos. El Hospital de la Ciudad y el Lazareto. Ambas, bajo diferentes administraciones, lograron ser una especie de amparo para los enfermos y para los pobres. La administración de las dos instituciones estuvo regulada por el Cabildo de la ciudad, que al mismo tiempo debió aprovisionarlas (G. Rodas, 2004: 22).

Pese a ello, las administraciones de estos dos lugares fueron casi siempre desordenadas y no favorecieron un desarrollo sostenido y menos aún un crecimiento económico que les permitiera autofinanciarse. Durante gran parte del siglo XIX, ambas casas atravesaron, como en la época colonial, muchas restricciones, pese a ello los enfermos recibían su ración de alimentos y un espacio para el descanso.

En su momento, el Hospital de la ciudad atendió a toda clase de gentes, y en las etapas de las luchas independentistas se constituyó en el centro de atención médico para los soldados, por lo cual comenzó a denominársele como Hospital Militar. El trabajo de estas dos instituciones fue complementado por la Junta de Sanidad, instalada en 1820.

En 1851, las casas del hospicio y los hospitales, que habían venido atendiendo en ese periodo la enfermedad de la lepra⁵⁰ tuvieron una notoria decadencia administrativa y económica, debido a lo cual el Consejo fue urgido, desde la Gobernación, para que asumiera varias medidas a fin de atender las necesidades de dichos establecimientos.

⁴⁹ Para el efecto se emitió un Reglamento Municipal en donde, por ejemplo, se disponía “lo conveniente para el aseo de las calles y evitar el progreso de epidemias generales”. Libro de Actas del Consejo 1834-1839. Archivo Metropolitano de Historia.

⁵⁰ Acta del 19 de febrero de 1864. Archivo Metropolitano de Historia.

En 1857 la unión de los hospitales civil y militar provocó mayor crisis en el hospital civil, pues el Hospital Militar absorbió la mayor parte de las especies del llamado Hospital Civil; se consumieron las rentas administrativas de dicho hospital y se produjeron circunstancias críticas debido a la mezcla de los enfermos, tanto así que en una misma sala llegó a dar la situación de hospitalizar a hombres y mujeres.

Si lo señalado ocurría con los hospitales, a finales de la década de los sesenta del siglo XIX, la situación del Hospicio se volvió caótica, pues las personas al amparo del Hospicio fueron, entre otras, vagos y prostitutas, debido a que, en el marco de las ideas de la época, el Hospicio funcionaba no solo como casa de curación, sino como casa de castigo, lo cual contribuyó a que fuera insuficiente cualquier presupuesto.

La situación comentada fue volviéndose difícil con el paso del tiempo y durante la década de los años sesenta hacia adelante el conflicto salud-higiene-enfermedad-pobreza se constituyó en una fórmula en la cual sus componentes dependían el uno del otro; tanto es así que que en la zona alto-andina se puede advertir que el trato que los sectores hegemónicos ejercieron sobre los campesinos e indígenas contribuyó para el apareamiento de las enfermedades, agravadas por la carencia de políticas de higiene y de atención médica; además las prácticas “de salud” del Municipio, sobre quien estuvo todo el peso de las diversas acciones para enfrentar la situación descrita, fueron incipientes con lo cual se puede advertir que el poder local no estuvo en condiciones de dar respuestas a los problemas de salud-enfermedad.

Todo lo descrito, no es sino un perfil general que pretende demostrar que en la ciudad de Quito los niveles de enfermedad fueron graves y que no existían normas profilácticas y de higiene para evitar esta situación que afectaba a gran parte de la

población y respecto de cuya circunstancia el régimen de Eloy Alfaro debió actuar para aplacar un conflicto de enorme significación social.

Las enfermedades prevaletentes en Guayaquil en el siglo XIX.

La situación en Quito, descrita brevemente, no fue distinta de la de Guayaquil, pues la ciudad porteña, durante el siglo XIX estuvo sometida a varios factores de crisis que devinieron, también, de la circunstancia de la separación del Distrito del Sur de la Gran Colombia, en cuyo contexto las dos ciudades comenzaron a constituirse en centros de lucha por el poder y de acceso indiscriminado a sus territorios por parte de una amplia diversidad poblacional.

Guayaquil, por ejemplo, estuvo sometida a diferentes cambios poblacionales. El puerto fue constituyéndose a manera de un centro de intercambios y de desarrollo económicos, a más de que hasta sus límites llegaron ciudadanos interesados en fomentar sus actividades ocupacionales, así como fueron dotándose de organización los 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 al reforzamiento de las corrientes migratorias desde la sierra ecuatoriana

De esta manera, el siglo XIX fue un periodo de aceleración demográfica en la costa, con una creciente migración masculina de origen rural (G. Rodas, 2004: 43), debido a lo cual se reforzó el crecimiento de grupos mestizos, indígenas y negros, surgiendo este

fenómeno como un hecho notorio en Guayaquil, que para entonces ya contaba con centros de conexión regional, ligadas al comercio y a la producción, principalmente, del cacao.

Hacia finales del siglo XIX la población en Guayaquil fue de alrededor de 100.000 habitantes, mientras en otras poblaciones costeras apenas se llegó a cinco mil. Es lógico suponer los niveles de concentración de las enfermedades en Guayaquil y las afectaciones que esta circunstancia provocó; las consecuencias de lo afirmado fueron notorias en las actividades comerciales, tanto más que Guayaquil había tomado el control administrativo de dos zonas que empujaron su crecimiento: Babahoyo y Machala, cuyas ciudades estuvieron ligadas, también, a la producción cacaotera.

Si bien al final del siglo XIX la concentración urbana en Guayaquil precipitó cuantitativamente la constatación de enfermedades, es menester señalar que desde inicios del siglo comentado se vivió en la ciudad en medio de la propagación de varios conflictos de salud serios como la fiebre amarilla y la tuberculosis.

La fiebre amarilla, conocida también como vómito prieto, afectó a Guayaquil en repetidas ocasiones. La más 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 esas circunstancias que provino uno de los mayores contagios conocidos de la época, pues se contabilizaron aproximadamente 1500 muertes. Muchos marineros enfermos ingresaron al hospital de la Caridad y fallecieron uno tras otro, entre ellos el capitán de la mencionada Goleta.

En septiembre del mismo año la fiebre amarilla se expandió entre la población de Guayaquil y así se dio inicio a un contagio epidémico de proporciones. Esta enfermedad recrudeció en 1883 y muchas de las víctimas se contabilizaron en el ejército, donde hubo

más de 25 soldados muertos en forma diaria. La enfermedad afectó a finales del siglo XIX y se quedó en las primeras décadas del siglo XX, generando un 50% de mortalidad de dicho periodo (J. Estrada, 1974: 143)

Otra enfermedad desarrollada en Guayaquil de manera vertiginosa fue la tuberculosis. La patología acompañó principalmente a los trabajadores del puerto, aunque la enfermedad afectó indistintamente a los diversos grupos sociales y económicos de esta ciudad.

La lucha contra este conflicto de salud estuvo en manos de la Beneficencia Municipal (entidad de la que hablaré en el siguiente capítulo), pero ni tal entidad y menos la ciudad contaban con los suficientes recursos para enfrentar la enfermedad, debido a lo cual las autoridades locales debieron actuar en varios frentes: intentos por combatir el mal en los sectores económicos más vulnerables, iniciativas para dotar a la ciudad de infraestructura salubre y deseos para promover el desarrollo científico que frenara la tuberculosis.⁵¹

Y si la tuberculosis fue un problema en el siglo XIX, lo fue además, la sífilis, pues Guayaquil estuvo expuesta al ingreso de embarcaciones provenientes de latitudes diversas y, debido a ello, los marineros que arribaban a la ciudad fueron portadores de esta enfermedad venérea cuyo origen estuvo en Europa.

Las características culturales del periodo propiciaron que la enfermedad de la sífilis –como el resto de las enfermedades venéreas- se constituyera en un mal de salud guardado en medio de la reserva, lo cual condujo a que los niveles de contagio fuesen elevados. El tratamiento de la enfermedad, en estas circunstancias, fue insuficiente en el siglo XIX y por

⁵¹ Informes del Interior dirigidos al Supremo Gobierno, 1870, 1890. Archivo Municipal, Guayaquil.

ello sus secuelas fueron, adicionalmente, tanto más que no hubo una política sanitaria pública para enfrentar el conflicto.

Su curación estuvo en manos de la medicina tradicional gracias al uso de la zarzaparrilla, producto natural que se lo obtenía del Río que bordea la ciudad de Guayaquil (G. Rodas, 2004: 49).

Adicionalmente a las enfermedades referidas, la viruela, fue otra de las enfermedades que azotó a Guayaquil y, en general a la costa. Las primeras vacunaciones se efectuaron en 1805 por parte de la correspondiente Junta de Vacuna.

Una segunda etapa de vacunación se produjo en la ciudad de Guayaquil ocho años más tarde del arribo de la misión Filantrópica a la ciudad. Fue así como en 1813 se produjo una activa vacunación con 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 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 repitiera los problemas anteriores y a fin de institucionalizar la actividad de la Junta, se designó como Presidente de la Junta al Presbítero y cirujano Antonio Ruiz Bernal (S. Ramirez, 1999: 565).

De todas formas, el problema de la salud, en materia de la viruela, no solamente dependía de la oportunidad con la cual el fluido podía o no estar en la ciudad. Causas estructurales constituyeron la causa básica para la presencia de la enfermedad; la carencia de una institucionalidad permanente, el ningún desarrollo de acciones constantes de

profilaxis, entre otras cosas, fueron los factores que determinaron para que la enfermedad tuviera ciclos de presencia a lo largo del siglo XIX.

El hospital del Cabildo se mantuvo en una situación precaria constante, por ello a lo largo del siglo XIX su rol estuvo limitado a la de dar abrigo a los mendigos y a los menesterosos, constituyéndose en un espacio del “buen morir”. Aquella circunstancia se agudizó en la época de los conflictos independentistas y aún a lo largo del periodo republicano en cuyo momento los conflictos internos solo contribuyeron a saturar el hospital de enfermos y heridos de guerra.

Si bien he intentado establecer de manera diferenciada, entre Quito y Guayaquil, la situación de salud en el siglo XIX, como una forma de demostrar las deficiencias en la atención médica, la carencia de infraestructura para enfrentar el conflicto provocado por las enfermedades y, desde una perspectiva de ejemplos puntuales, establecer el tipo de enfermedades que azotaron a dichas ciudades y regiones, lo importante es advertir, adicionalmente, que en las tres primeras décadas del siglo XIX, hubo ausencia de acciones estratégicas comunes, en Quito y Guayaquil, para enfrentar el conflicto salud-enfermedad.

Algunas respuestas desde el poder frente a las enfermedades.

Aún cuando las respuestas higiénicas, profilácticas, de curación y también de tipo administrativo aparentemente se articularon desde la segunda mitad del siglo XIX para buscar soluciones a los desequilibrios de salud, todas estas acciones constituyeron, inicialmente, respuestas aisladas a una herencia colonial que se preocupó, mediante sus hospitales, de los enfermos menesterosos, en tanto las municipalidades fueron responsables de algunas actividades vinculadas con la higiene.

Las emergencias de salud empujaron, con la constitución de la República, a que las autoridades decidieran ocuparse de las enfermedades y de sus pobladores, aunque sin una visión integral y nacional. Esta realidad, además, se provocó debido a que ciertos segmentos económico-sociales, vinculados especialmente a la acumulación de riquezas y en servicio de las castas internas se fueron consolidando gracias al trabajo de los ciudadanos comunes, cuya salud, entonces, comenzó a ser precautelada con la finalidad de no afectar, en lo posible, las características económicas del entorno y las formas de acumulación de los grupos hegemónicos.

Para tal efecto se provocó un proceso de institucionalización de las Juntas de Sanidad o Juntas Médicas (P. Naranjo, 2011: 16) que se preocuparon, como he afirmado, de la higiene de las ciudades. Al mismo tiempo se dieron otros procesos, como la inauguración de la Sociedad Médica de instrucción para mejorar la enseñanza de las ciencias.

En este orden de cosas se produjo la construcción del Hospital Militar en 1855 en la ciudad de Guayaquil.

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 Paul. En esta 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. En Quito, por ejemplo, se construyó el anfiteatro junto al Hospital San Juan de Dios (A. Crespo y F. Rigail, 2002: 85).

En 1870 se organizó la sociedad de Medicina Práctica, posteriormente en 1872, se inauguró la Escuela de Obstetricia a cargo de la profesora francesa Mamalie Sión (A. Kroeger, s/f: 111), en 1877 se creó la Facultad de Medicina en la Universidad de Guayaquil.⁵²

Otro elemento significativo en este periodo, relacionado al cuidado de los enfermos, se refiere a la creación, desde 1870 hasta 1878, de establecimientos de beneficencia, no solo dirigidos a la atención de los enfermos, sino con la finalidad de proteger a los niños abandonados y huérfanos, la rehabilitación moral de la mujer, el control de la delincuencia y de la mendicidad (L. León, 1957: 51).

A este periodo corresponde, pues, la administración de los hospitales y de las entidades de beneficencia por parte de las municipalidades, cuya actividad fue complementada con la presencia y el apoyo de personas notables del lugar. En algunos casos estas personas integraron las Juntas Municipales de Beneficencia, debido a lo cual este periodo es conocido como el de Beneficencia Municipal.

El rol de la Municipalidad se estableció claramente en la Ley de Régimen Municipal de 1877, ley que se mantuvo vigente hasta 1912. Allí se determinaba, entre las atribuciones del Municipio algunas referentes con la higiene de la ciudad y con el cuidado de los enfermos y de las instituciones encargadas, también, de ellos. Expresamente estas fueron las responsabilidades asignadas (L. León, 1957: 51):

- Dictar reglamentos sobre aseo, ornato e higiene de las poblaciones de acuerdo con los reglamentos que dictare la Dirección de Sanidad.

⁵² Solamente hacia finales de 1892 se puede afirmar que gran parte de la ciudad de Guayaquil tuvo agua potable como un paso previo a lo que fue la constitución de la Junta Superior de Sanidad Marítima y Urbana, cuyo fin fue evitar, en lo posible, la amenaza de la fiebre amarilla (N.A.)

- La organización, dirección e inspección de los hospitales, hospicios, lazaretos, manicomios, casas de temperancia y cualesquiera otros establecimientos de beneficencia que no tengan el carácter de provinciales. En la ciudad de Guayaquil corresponde a la Junta de Beneficencia Municipal la organización, dirección e inspección de todos los establecimientos, que esta administra y que en lo sucesivo fundare.

- La creación, dirección e inspección de las plazas de mercados, cárceles y casas de corrección, carnicerías y cementerios de carácter cantonal o parroquial.

- La provisión de agua potable, canalización y alumbrado de las poblaciones

- Proporcionar uno o más médicos para la asistencia de los pobres y conservar y propagar el fluido vacuno.

En el año de 1887, el Congreso Nacional autorizó a las municipalidades la delegación de la responsabilidad de administrar los hospitales e instituciones de beneficencia a juntas de beneficencia autónomas reservándose “el derecho de inspección” (L. León, 1957: 52). En este mismo año se creó la Junta de Beneficencia de Guayaquil, como una Institución diferente de la municipalidad a la cual se le transfirieron todas las organizaciones de beneficencia existentes hasta ese momento.

Paulatinamente esta Institución fue acrecentando su autonomía y actividad. En 1890 el Congreso Nacional le confirió la facultad de fijar las tarifas por los servicios entregados en sus establecimientos.

Posteriormente, en 1894, mediante decretos legislativos del 2 y del 6 de agosto, se le eximió de rendir cuentas al Tribunal del ramo y se le asignaron los fondos producto de los juegos de lotería que le autorizaron organizar; así como de la elaboración del azúcar y de la importación de licores, todo ello con la exoneración de gravámenes (L. León, 1957: 53).

Como se podrá ver las respuestas de la institucionalidad republicana a los conflictos de salud, salubridad e higiene fueron parciales y provinieron no solo de una visión tangencial respecto de los derechos sociales, sino, al propio tiempo, debido a la circunstancia epistemológica del pensamiento médico del periodo que comprendía la realidad estructural de su entorno desde una concepción positivista, realidad de conjunto a la que, adicionalmente, debió enfrentarse la Revolución Liberal de 1895.

CAPITULO TERCERO

Realidad Histórica en la que emerge la Revolución Liberal; visión general del periodo (1895-1911) y ¿del asistencialismo público a los inicios de la higiene pública?

Contexto latinoamericano

Entre 1850 y 1930 la expansión de la economía europea y norteamericana en el mundo, se hizo evidente gracias a las inversiones económicas y a las intervenciones militares propiciadas desde los centros hegemónicos del poder. Las necesidades de estas expansiones –en un contexto que marcó una ecuación cuyos componentes dependían el uno del otro- respondieron a las características del sistema económico capitalista, cuya fase imperialista apareció en la segunda mitad del siglo XIX, debido al gran desarrollo de los países europeos, lo cual les obligó a buscar materias primas baratas y condiciones económicas aceptables para la inversión de los capitales.

El carácter de la dependencia cambió cualitativamente con la penetración del proyecto imperial en nuestra región a mediados del siglo XIX. Gran Bretaña al financiar la independencia de las colonias españolas, convirtió sus préstamos en deuda externa y en convenios librecambistas para Latinoamérica, circunstancia que les dotó de mercados y

materias primas, con el crecimiento de las importaciones sobre las exportaciones, iniciándose así un déficit en la balanza comercial y de pagos, a más de la destrucción y congelación del proceso industrial en nuestros territorios.

Fueron los tiempos de la explotación británica en nuestras minas, las concesiones de dineros para la construcción de caminos y vías férreas y el otorgamiento de toda clase de privilegios cambiarios y de navegación (R. Alameda, 2006: 6).

Debido a las circunstancias anotadas nuestros países se transformaron, lenta pero progresivamente, en semicolonias inglesas o norteamericanas, más allá de su actividad de zona exportadora en favor de los países industrializados.

En efecto, desde finales del siglo XIX lo que se apreció fue un progresivo sometimiento de las economías Americanas a los capitales extranjeros. Los países sudamericanos fueron ligándose al capital extranjero inglés, mientras los caribeños al estadounidense.⁵³

De esta forma bien puedo afirmar que los últimos años del siglo XIX se fue consolidando, en la región, el desarrollo de un proyecto económico y político que demandaba la modificación de sus estructuras sociales y que, en términos generales, significó la necesidad de erradicar los modelos conservadores que habían predominado y que estuvieron relacionados con las denominadas economías cerradas o de casa adentro.

⁵³ Lo cual en el caso caribeño se volvió evidente en 1898 cuando Estados Unidos obligó a España que le cediera sus últimas colonias en América, luego de aquella guerra llamada Hispano-Cubano-Norteamericana, por la cual EEUU impidió la liberación cubana, impuso a España, en momentos de una crisis estructural de la Metrópoli, el Tratado de París de Diciembre de 1898 y se hizo de las Filipinas, Cuba y Puerto Rico a más de la Isla Guam. El gran pretexto norteamericano para involucrarse en la guerra de independencia cubana frente a España fue la explosión del barco Maine que EEUU fondeó en la Bahía de la Habana y que explotó en febrero de 1898 y debido a cuya circunstancia EEUU inició la guerra en contra de España. (G. Rodas, 1998: 92)

Precisamente por este razonamiento que expongo es necesario señalar, adicionalmente, que entre 1850 y 1880 se produjo un significativo auge del liberalismo en los países latinoamericanos, lo cual debe explicarse por la relativa modernización económica, la integración al mundo internacional capitalista, las tensiones sociales correlativas, la influencia cultural europea, el desarrollo del positivismo y la reacción frente a la Iglesia Católica que, además del poder económico que le vinculaba a los sectores oligárquicos, intervino como aliada de los sectores conservadores y con la tendencia “a seguir las directrices del pontificado integrista y ultramontano que procuraba someter al clero latinoamericano” (C. Rama, 1978: 110)

Fueron así construyéndose los regímenes liberales y exportadores cuyas metas estuvieron orientadas a hacer a un lado la herencia colonial e integrar a la población como ciudadanos; incorporación que debía producirse, en su criterio, a través del mercado y no mediante la religión o las costumbres.

Por ello los conceptos de “propiedad” y de “mercados” adquirieron nuevas valoraciones; la tierra y el trabajo se convirtieron en bienes sujetos al mercado; los fueros de diversos grupos sociales desaparecieron y las tierras comunales se entregaron a determinados grupos privados; mientras la clase, raza y género asumieron distintos significados en los nuevos sistemas laborales (E. Sáenz, 2011: 173).

Para confirmar lo señalado, coincido con la afirmación del historiador Juan Paz y Miño sobre el periodo liberal en el sentido que la acción de las burguesías liberales enfrentó la política conservadora y permitió ciertas transformaciones sociales mediante la ampliación de la democracia, la abolición de la esclavitud, la introducción de salarios, la reforma institucional y jurídica, el avance de inversiones extranjeras y el desarrollo de una

amplia economía mercantil (J. Paz y Miño, 2007: 26). Esta fue una realidad de conjunto en el entorno latinoamericano a propósito de la construcción del liberalismo como forma de pensamiento y como mecanismo político y económico de inserción en la vida de nuestros países.

El Liberalismo en el Ecuador de finales del siglo XIX y en la primera década del siglo XX

Los liberales llegaron al poder en 1895 en el seno de una sociedad caracterizada, en ese momento, por el bipartidismo ideológico –conservador y liberal- que respondió a los procesos de conformación política de los Estados tanto en Europa como en América Latina,⁵⁴ más allá de las particularidades del desarrollo de dichas corrientes ideológicas en nuestro país.

En efecto, al hablar de los conservadores –antítesis del proyecto liberal- debo decir que aquellos habían consolidado en el Ecuador el poder político y económico luego del proceso de la independencia frente a la metrópoli. Su poder se basó en la tenencia de la tierra –particularmente en el alto-andino-, en la producción local y en la dependencia laboral de los campesinos -en su mayoría indígenas- a través del concertaje, sin embargo de lo cual no pudieron, como afirma Juan Paz y Miño, articular un sistema nacional de dominación ya que el poder tendió a dispersarse como consecuencia de los localismos económicos y geográficos (J. Paz y Miño, 2007: 30).

⁵⁴ Al finalizar el primer cuarto del siglo XIX, los países iberoamericanos se empeñaron en la tarea de formar y consolidar sus Estados. En lo político la influencia de las corrientes ilustradas se reflejaron en la organización del poder. De esta manera las ideologías políticas se estructuraron en liberales y conservadoras, denominaciones utilizadas por la clase dirigente, demostrando su esencia europea (A. Hernández, 2012: 3).

Su economía fue poco dinámica y al ser local impidió la articulación con el resto de la economía nacional y mundial, lo cual entró en contradicción con otros grupos económicos que habían emergido hacia la última década del siglo XIX.

Los liberales, a contrapelo, estuvieron ubicados en la región de la costa ecuatoriana y su economía se fue dinamizando por la existencia en su poder de grandes campos productivos enriquecidos por las cuencas hidrográficas, como la del Río Guayas; la existencia de una mano de obra asalariada gracias al peonaje; la mejor comunicación regional e internacional, todo lo cual les permitió abrir relaciones con el mercado externo y obtener ventajas de acumulación a causa de la inicial exportación de la cascarilla, el tabaco y fundamentalmente del cacao.

Frente a una realidad como la descrita, que se contrapuso con los terratenientes de la sierra adscritos a las viejas estructuras políticas y económicas heredadas de la época colonial, se ha de comprender el requerimiento de los variados sectores comerciales de la costa para modificar la estructura política y económica del país con la finalidad de insertarse en el contexto mundial.

Fueron estos sectores modernizantes los que impulsaron el proyecto liberal y los que consolidaron su poder a propósito del triunfo de la llamada Revolución Liberal que proclamó al General Eloy Alfaro, el 5 de junio de 1895, como Jefe Supremo. El momento de la construcción del liberalismo, entonces, como espacio económico, social y político, si bien estuvo impulsado por los forjadores de tal pensamiento y por actores políticos y sociales populares, no es menos verdad que “la burguesía comercial fue el sector que logró la dirección política con la transformación liberal” (E. Ayala, 1999: 87).

De esta manera el proceso iniciado en el Ecuador el 5 de junio de 1895, constituyó la última de las revoluciones liberales decimonónicas que cerró el ciclo abierto a mediados de la centuria del siglo antepasado.

Alfaro arribó desde Managua al país, el 19 de junio de 1895 y dedicó los siguientes meses a vencer a la oposición conservadora hecho acontecido con el apoyo de las masas populares. Inició su gobierno adoptando la Constitución de 1878, lo cual le permitió convocar a una Asamblea Constituyente que fue reunida el 9 de octubre de 1896 en la ciudad de Guayaquil. Debido al incendio ocurrido en dicha ciudad la Asamblea Constituyente se trasladó a Quito a partir del 19 de Octubre. La mayoría liberal de la mentada Asamblea se instaló con dos objetivos centrales: legitimar los postulados de la lucha liberal y nombrar a su Jefe Supremo como Presidente Constitucional de la República.

La décimo primera Constitución del Ecuador fue expedida el 14 de enero de 1897 y en ella se establecieron profundas reformas.

Bajo este contexto se puede advertir que en la primera administración de Eloy Alfaro hubo transformaciones significativas para el país. La más importante fue el establecimiento del Estado Laico y la determinación política para que el Estado fuera quien administre algunos de los asuntos más importantes de la vida de los ecuatorianos, entre ellos la educación.

El régimen inmediato a Eloy Alfaro correspondió al de Leónidas Plaza Gutiérrez, cuyo gobierno, nacido en medio de la división de los propios sectores liberales, se preocupó en su periodo (1901-1906) de buscar las conciliaciones políticas, dejando de lado la profundización de las reformas políticas y las transformaciones liberales. Su sustituto, Lizardo García –enemigo político de Eloy Alfaro- duró en el cargo 4 meses. Una revuelta

liberal liderada por Emilio Terán proclamó, el 1 de enero de 1906, como Jefe Supremo del Ecuador al General Eloy Alfaro.

Alfaro gobernó casi un año como Jefe Supremo; convocó a una nueva Asamblea Constituyente que reunida en Quito promulgó, el 23 de diciembre de 1906, la decimo segunda carta constitucional que consolidó al Estado laico, favoreció la educación, defendió la libertad de conciencia, perfeccionó la independencia de los Poderes del Estado y amplió las garantías ciudadanas. Fueron muchas las obras del liberalismo en este periodo entre las cuales debe citarse la construcción del ferrocarril.

En todo caso confiero enorme trascendencia, en este entorno, cuando el 6 de noviembre de 1908 se promulgó la Ley de Beneficencia mediante la cual se crearon las juntas de beneficencia en las principales ciudades del país, las mismas que, a su vez, se encargarían de crear hospitales de atención gratuita, asunto este último que difícilmente se puso en marcha.

Para los fines de este trabajo este hecho, el de la creación desde lo público de las Juntas de Beneficencia, es de enorme significación, pues con la ley antes indicada, se ratificó la voluntad liberal de responsabilizar al Estado frente a los conflictos que exacerbaban la presencia de las enfermedades, con el drama que aquello acarrea al individuo enfermo –a veces desamparado- y a las poblaciones afectadas por trastornos de salud de enorme significación.

Lo referido en párrafos anteriores marcó un antes y un después en materia de salud en el país –y también dentro del propio proceso liberal- a pesar de las debilidades en la comprensión sobre la dicotomía salud-enfermedad, pues las reformas liberales inicialmente se restringieron a las formas institucionales de enfrentar a las enfermedades;

complementada esta visión con la concurrencia de medidas de beneficencia y de comportamientos higiénicos públicos que debieron ser puestas en marcha desde el poder local. Hubo, en todo caso, ausencia conceptual para comprender que los conflictos de la enfermedad estaban supeditados a los factores estructurales y supra estructurales de la sociedad.

Concluyo este análisis señalando que la segunda administración de Alfaro dio un paso trascendente al preocuparse, desde el poder, sobre una parte sustantiva en la relación salud-enfermedad-higiene, lo cual a su vez confirma la aprehensión del Estado por parte de la clase hegemónica para desde allí favorecer una serie de acciones que le serían de su beneficio estratégico.

Cuidar a la población frente a los conflictos de la enfermedad; ante la carencia de higiene pública; favorecer que la educación también fuese conducida desde el Estado, son algunos elementos demostrativos de la conducta de la burguesía liberal que, habiendo logrado el control del Estado, fortaleció su crecimiento económico desde la actividad privada, mientras “delegaba” en el Estado algunas responsabilidades que le permitiría construir una sociedad adecuada a sus intereses.

Empero, el comportamiento comentado de la burguesía liberal y de su proyecto en el Ecuador, estuvo lejos de las características que, por ejemplo, se suscitaron en los Estados Unidos de Norteamérica (conforme lo he demostrado en el primer capítulo de este trabajo) y que a finales del siglo XIX comenzó a orientar su gestión, en el campo de la salud-enfermedad, por la vía de la “acción privada” menguando la consolidación del Estado.

De allí que si bien en este trabajo es menester las precisiones históricas, en modo alguno pongo en entredicho las primeras acciones del liberalismo para enfrentar las

enfermedades de la población a propósito de haberle entregado un significado particular al Estado Ecuatoriano frente a la estructura de la beneficencia.

Esta realidad constituye una de las características en los inicios del proceso liberal ecuatoriano, y aún en el gobierno de Plaza Gutiérrez, en medio de una estructura adscrita al pensamiento clásico liberal y de un marcado sesgo positivista que en la historia de las ideas formó parte del telón de fondo del periodo histórico referido.

El periodo liberal (1895-1911) y el comportamiento del Estado frente a la asimetría salud-enfermedad y a los conflictos provocados por esta dicotomía.

La concepción del liberalismo sobre el rol del Estado frente a la salud, ante todo fue una determinación para confrontar la enfermedad como producto de la ausencia de una institucionalidad que se preocupara del bienestar de los ciudadanos.

Tal voluntad, empero, no fue una matriz igual en el periodo liberal estudiado. Se dieron matices diferentes en las distintas administraciones liberales y aquello ocurrió por la preocupación de los regímenes por afirmar, en primera instancia, el carácter político y económico de sus gobiernos -confrontado con posturas conservadoras y con intentos de llevar al fracaso al proyecto liberal- y, adicionalmente, por las diversas formas de comprender, al interior de la mentalidad liberal, las causas de la presencia de la enfermedad en la sociedad.

Debido a lo afirmado se puede constatar que existieron limitaciones en las políticas de salud –algunas de las cuales no entraron en plena ejecución o fueron motivos de sucesivas rectificaciones- pero no cabe la menor duda que el periodo liberal fue, a pesar de todo lo dicho, un espacio fundamental para propiciar la atención de la enfermedad y de sus secuelas desde el compromiso del Estado con los ciudadanos, más allá de la circunstancia,

todavía prevaeciente, de la beneficencia pública que paulatinamente fue superada desde una visión que se sujetó básicamente en políticas de asistencialismo público, como ocurrió en el primer mandato liberal, y que devinieron en políticas higienistas en los siguientes Gobiernos Liberales.

Para hablar de lo que corresponde en este sub-capítulo, debo decir que en materia de asistencialismo -categoría desde la cual se construyó el andamiaje de atención a determinadas enfermedades y a las consecuencias sociales dejadas por ellas- existe un antecedente histórico fundamental que no puede ser dejado de señalárselo y que se refiere a la expedición de una Ley Reformatoria promulgada el 13 de agosto de 1887, en el gobierno de de José María Plácido Caamaño, por la cual se permitió a las Municipalidades crear las Juntas de Beneficencia⁵⁵, cuyo accionar sería administrar y prestar servicios de bienestar público. Esta decisión del Congreso de 1887 respondió al pedido específico del Municipio Guayaquileño.

En aquel entorno, y una vez que el Congreso allanó todo el camino para que aparecieran las Juntas de Beneficencia, el Concejo de Guayaquil resolvió en su Ordenanza Municipal crear la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la misma que fue instituida el 29 de enero de 1888 por un grupo de guayaquileños liderados por Francisco Campos Coello.⁵⁶

⁵⁵ Las Juntas de Beneficencia, instituidas en este periodo si bien fueron creadas por el Gobierno y encargadas de su funcionamiento a las Municipalidades, no respondieron a una política de Estado frente a la Salud. Tanto así que no proliferaron en el país. Fue una forma de socorrer las dificultades extremas en lo económico, social y de salud que vivían los ciudadanos, al punto que si bien los Municipios tenían incidencia sobre el funcionamiento de ellas, su estructuración y el cumplimiento de sus funciones dependían de las buenas intenciones de grupos de élite de la ciudad, quienes además debían “socorrer” económicamente a las Juntas para su funcionamiento. (N.A.)

⁵⁶ Para aquel entonces Campos Coello fue el Presidente del Concejo Municipal. (N.A.)

Los primeros fondos de la mentada Junta de Beneficencia provinieron de donaciones; luego su actividad fue financiada mediante Ley del Congreso, aprobada el 18 de agosto de 1894, por medio de la cual se le dotó de recursos mediante el visto bueno para que funcionara la lotería, cuyo primer sorteo se efectuó el 21 de noviembre de 1894.⁵⁷

Los antecedentes referidos en los párrafos anteriores deben ser entendidos como tales y como previos al año de 1896 cuando, el 25 de junio, según consta en el Registro Oficial de 1896 No 178, Año II, (anexo dos) se estableció la integración de la Junta de Beneficencia de Quito compuesta por “treinta y cinco propietarios honorables para que la dirijan y administren” conforme reza el Decreto Supremo Alfarista, lo cual a su vez revela que Eloy Alfaro, siguiendo la huella de lo ocurrido en Guayaquil, confiaba en que un sector de notables pudiera llevar a feliz término la idea de la Junta de Beneficencia y de sus labores; debido a las carencias económicas este objetivo no fue cumplido plenamente, a más del hecho de que muchos de los denominados notables respondían a los grupos políticos adversarios al régimen y por ello no se integraron en las tareas previstas en la Junta de Beneficencia de Quito.

Con igual criterio se crearon, posteriormente, Juntas de Beneficencia en Latacunga (1898), en Babahoyo (1903) y en Cuenca (1904); no obstante ninguna de estas juntas tuvo el desarrollo económico de la de Guayaquil y menos su actividad, a pesar de los esfuerzos de toda índole de los regímenes liberales para que funcionaran estas estructuras públicas que debía preocuparse de los sectores sociales abandonados o desamparados, enfermos y causantes para que se propagaran sus males.

⁵⁷ Tomado de: www.juntadebeneficencia.org.ec.

Lo trascendente de la creación de estas Juntas radica en el hecho que ellas respondieron, desde lo público, al interés para socorrer las situaciones precarias, de diversa índole –entre ellas a causa de la enfermedad- que vivían las poblaciones del Ecuador.

Fueron los tiempos, por lo señalado, de la edificación del asistencialismo público en todo el país, política que caracterizó la gestión central del primer régimen liberal, más allá de algunas gestiones diferenciadas que en materia de salud también se provocaron, pero que al no constituirse en una acción nacional, constante y en el marco de una planificación previa, deben ser entendidas en otra perspectiva. Correspondieron a gestiones puntuales para favorecer a los núcleos económicos vinculados con la gestión comercial, particularmente en Guayaquil; empero fueron políticas que poseyeron una importante trascendencia regional, porque dieron cuenta de algunos problemas de higiene que afectaban a los ciudadanos.

Así el 3 de enero de 1896, se declaró como obra prioritaria la canalización de la ciudad de Guayaquil. Esta determinación fue publicada en el Registro Oficial⁵⁸ No 18 del

⁵⁸ Esta investigación estableció como fuente de información importante en materia de salud, desde el año de 1895 a 1931, entre otras fuentes primarias, a los Registros Oficiales que reposan en el Archivo Metropolitano de Historia de Quito. En los Registros Oficiales se fue decantando la información referida a las políticas de gobierno para enfrentar los conflictos de higiene, de salubridad, etc. Debido a que existen varios estudios que han trabajado con información similar y a causa de haber constatado que en tales trabajos muchos de los Registros Oficiales citados no corresponden a los temas motivos de esos estudios, he optado por mantener la información de la fuente primaria en la redacción central de este trabajo investigativo y establecer un análisis cronológico a partir de la información recuperada, en la perspectiva de construir una visión de contexto que permita estudiar adecuadamente los periodos liberal y juliano. Se comprenderá que no se ha incorporado toda la información que poseen los Registros Oficiales, sino que el escogitamiento de la información ha sido realizada para aproximarnos a los hechos emblemáticos que en materia de salud caracterizaron a los periodos analizados. Otro asunto importante, sobre esta materia, es el señalar que, adicionalmente, las leyes, decretos y reglamentos de esos periodos han sido escrutados y citados con el interés básico de demostrar la voluntad político-ideológica expresado en estos periodos para atender desde el Estado, la situación higiénica del país; ha sido una mecanismo para demostrar que los objetivos políticos en materia de salud fueron

año referido y deja entrever el afán de anular en la ciudad los focos de infección; aquello constituyó una medida profiláctica que debe agregarse a la disposición, promulgada en el Decreto Ejecutivo del 26 de septiembre del mismo año de 1896, por medio del cual se creó el Instituto de Vacuna de Guayaquil con lo cual la prevención de la salud adquirió matices importantes en el puerto.

En este punto es necesario que me refiera a otro hecho: Alfaro comprendió, adicionalmente, que era indispensable formar médicos ecuatorianos que pudieran responder, en el mediano plazo, frente a los problemas de la salud y actuar técnicamente, desde el Estado, para enfrentar los problemas de la salud y orientar el quehacer en esta materia. Desde esta perspectiva se preocupó en enviar a varios países europeos a algunos jóvenes a fin de que pudiesen seguir sus estudios universitarios de medicina o para que lograsen especializaciones en su formación médica.

El médico historiador Plutarco Naranjo en su Estudio Introdutorio a la segunda parte (volumen) del “Pensamiento Médico Ecuatoriano”⁵⁹ refiere que varios distinguidos médicos fueron seleccionados por el régimen liberal, para proseguir sus estudios conforme el detalle siguiente:

Miguel Alcívar quien efectuó estudios en París y en Berlín; Ricardo Villavicencio en Bélgica; Julio Vásquez en New York; Mario de La Torre, en París; Isidro Ayora en Alemania y Francia; Francisco Cousin en París; Luís Dávila en Francia; Francisco Corral,

trasladados a las leyes y reglamentos, publicados en los Registros Oficiales, a fin de responder a los conflictos de la enfermedad y con el objetivo de actuar, acorde a los principios de hacer que el Estado confronte las múltiples contingencias de la salud. (N.A.)

⁵⁹ El segundo Volumen del Pensamiento Médico Ecuatoriano se editó en el año 2011 en coedición del Ministerio de Cultura y la Corporación Editora Nacional; por ello la información a la que aludo es relativamente nueva. (N.A.)

igualmente en Francia; Ángel R. Sánchez así mismo en Francia; Pablo Arturo Suárez en Alemania y en Francia; Luis G Dávila y Manuel María Casares también en Francia, muchos de los cuales tuvieron enorme relevancia en la historia del pensamiento médico ecuatoriano y en el desarrollo institucional de la salud pública, así como, en el caso de Isidro Ayora, en la construcción de un proyecto de salud de trascendencia a propósito de su presencia en el periodo juliano -del cual hablaré en el siguiente capítulo- en su calidad de Presidente del Ecuador.

En 1897, el 26 de Febrero, mediante Decreto Ejecutivo, Eloy Alfaro instituyó los Médicos de la Policía; en el espacio educativo el 29 de mayo del mismo año, promulgó la Ley de Instrucción mediante la cual creó las cátedras de Bacteriología y Deontología Médica,⁶⁰ con clara visión de preparar profesionales médicos capacitados para comprender los conflictos de la enfermedad y el rol ético en el ejercicio de su profesión.

En 1898 se produjeron tres sucesos importantes: mediante Decreto Ejecutivo del 11 de abril se estableció la casa de maternidad, anexa al Hospital San Juan de Dios; como ya he referido se instituye la Junta de Beneficencia en Latacunga (21 de octubre) y mediante Decreto Ejecutivo del 2 de noviembre se establece el Centro de Salud que deberá atender a los tuberculosos, realidad esta última que devela el azote de esta enfermedad en la población del país. Para que funcionara este centro se lo exoneró de impuestos, de la misma forma que fueron exonerados los establecimientos de beneficencia de Guayaquil.

⁶⁰ La Deontología Médica tiene por objeto el estudio de los fundamentos del deber y de las normas éticas que deben prevalecer en la práctica médica. La importancia de esta ley por lo tanto se refiere no solamente a la concepción de superar las corrientes anatomistas en la medicina - para cuyo efecto se instituyeron cátedras como la de bacteriología- sino a fin promover entre los médicos un comportamiento profesional de calidad y apegado a normas de respeto al enfermo y a su entorno, ausente de aprovechamientos económicos y en la perspectiva de hacer de la ética un determinante en el ejercicio de la práctica profesional. (N.A.)

En el Registro Oficial No. 831 del 8 de abril de 1899 se encuentra un tema de importancia vinculado a la designación de los médicos Wilfrido Venegas y Ricardo Cucalón para que ellos participen en representación del país, a propósito de su residencia en Europa, en el congreso sobre Tuberculosis a reunirse en Alemania en aquel año. Este no es un dato tomado al azar. Denota la preocupación del régimen sobre uno de los problemas de salud más importantes en el Ecuador y su constante preocupación para formar técnicos y académicos que con conocimientos de otras realidades fuesen capaces, luego, de incidir en las políticas de salud del régimen liberal.

Por su parte en el Registro Oficial No. 969, año V, del 12 de octubre del mismo año de 1899 (ver anexo tres), se establece en Guayaquil una Junta Superior de Sanidad Marítima y Urbana, presidida por el Intendente de la ciudad y debiendo ser su Vicepresidente el Decano de la Facultad de Medicina, así como miembros del directorio, entre otros, el médico de Sanidad, el médico del mercado, el médico de rastro, los profesores de química, higiene y bacteriología de la Facultad de Medicina.

Es evidente que esta disposición dio cuenta de la comprensión del régimen respecto de las actividades portuarias vinculadas con los desplazamientos constantes – principalmente por razones de comercio- de los ciudadanos y de las mercancías entre los puertos del país y principalmente en relación con los puertos de la cuenca del Pacífico, así como con otros lugares del mundo.

Por todas estas razones se puso especial atención para que se cuidara de recibir enfermedades (enfermos) o productos de consumo que podrían provocar el desarrollo de epidemias en nuestro territorio. Una visión todavía reducida de la salud que reprodujo aquellas políticas que ya se habían puesto en vigencia en otras ciudades portuarias del

Continente y de Europa para evitar enfermedades infecto contagiosas en momentos del desarrollo del comercio.

Fueron conductas de salud que no lograron por si solas fortalecer la concepción del higienismo, pero que abrió paso a nuevas políticas –más integradas entre sí- en el gobierno de Plaza Gutiérrez.

Los fondos para el funcionamiento de la Junta Superior de Sanidad a la que me he referido, fueron constituidos con el aporte de veinte centavos por cada tonelada de mercadería procedente del exterior. El Tesoro Nacional, contribuyó, por una sola vez, con la suma de cincuenta mil sucres. Los intereses económicos determinaron esta fase de cuidado de la salud, antes que la concepción de salud-higienismo.

He señalado en líneas precedentes que en 1898 se constituyó la Junta de Beneficencia en Latacunga, pues bien, como el decreto de su creación estableció que bajo su administración funcionaría el Hospital, el 25 de noviembre de 1899, en el Registro Oficial No. 1003, se expidió el Reglamento de la Junta de Beneficencia de Latacunga, en cuyo texto se busca articular el control de la higiene que hasta entonces, como en todo el país, había estado en manos de los Municipios, conforme la Ley de Régimen Municipal de 1878.

Empero, los esfuerzos por dotar a las Juntas de Beneficencia de una actividad concreta en favor de la salud y de la higiene tuvieron tropiezos constantes, especialmente en la sierra ecuatoriana, en medio de la confrontación política.

Esta digresión es válida señalarla a propósito del informe del Ministro del Interior y de Policía presentado al Congreso en 1898, (ver anexo cuatro) lo cual demuestra que el Asistencialismo Público –y su muy parcial y localizada obra sanitaria- del régimen liberal

tuvo constantes dificultades por las confrontaciones políticas en dicho periodo, situación que no afectó el accionar de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, pues no obstante estar en marcha un proceso político para consolidar la preeminencia del Estado, la Junta de Beneficencia de Guayaquil no fue modificada⁶¹ ni en su estructura, ni en su actividad fundamental y menos en referencia al sistema de recaudación de sus fondos económicos.

Entre 1901 y 1905 gobernó al país Leónidas Plaza Gutiérrez. La orientación básica de atender los problemas de salud a partir de confrontar con determinadas enfermedades no varió en lo sustantivo; sin embargo, desde la perspectiva administrativa, se intentó consolidar –iniciativa que apareció en el primer Gobierno Alfarista- el rol de las Juntas de Beneficencia alrededor de las cuales se trató de centralizar el funcionamiento de las instituciones que trataban la diversidad de enfermedades de la población o que cumplían acciones administrativas distintas en materia de salud.

⁶¹ Luego de su fundación en 1888, la Junta de Beneficencia de Guayaquil ha mantenido su funcionamiento con autonomía a los poderes centrales del Estado. El régimen liberal de finales del siglo XIX y aquellos Gobiernos que le sucedieron en el siglo XX, optaron por una conducta de no interferir con la mentada Junta a propósito de haberse constituido en un espacio de los sectores más importantes de la burguesía guayaquileña, la misma que articuló un mecanismo de asistencia en salud con clara orientación de control ideológico sobre los beneficiarios y de manejo “caprichoso” de los recursos ingentes que le ha prodigado el juego de la lotería que existe hasta el momento de redactar este trabajo. Es indudable que Eloy Alfaro y la revolución liberal, asentada en la costa ecuatoriana, no estuvo en la predisposición de confrontar con el sector económico beneficiario de la Junta, tanto más que muchos de sus directivos fueron adherentes al proceso de modernización liberal y, además, confrontaron al pensamiento y a los sectores económicos de la sierra ecuatoriana, inicialmente contrarios al proceso liberal. Empero, en la segunda administración alfarista, se promulgó el 16 de mayo de 1910, en el Registro Oficial No. 1247 (ver anexo cinco) un reglamento por el cual se permitía, asimismo, que la Junta de Beneficencia de Quito, pudiera tener a su favor fondos provenientes de loterías locales, lo cual nunca fue concretado por las confrontaciones que aquello generaba entre los sectores hegemónicos de Quito y Guayaquil. (N.A.)

De esta forma la visión hegemónica del primer régimen liberal expresado en el asistencialismo público tuvo relativa continuidad, no obstante que en este periodo, en el de Plaza, las preocupaciones por la presencia de las enfermedades en el país tuvieron otros rasgos de atención –desde el higienismo- con lo cual bien puedo afirmar que las políticas de higienismo público comenzaron a articularse a nivel nacional imprimiendo por ello, una huella específica a este Gobierno Liberal. Lo referido se exteriorizó en el control migratorio en el Puerto de Guayaquil; en el mejoramiento de los sistemas de vacunación a nivel nacional que tuvieron un notable impulso; y en los esfuerzos por dotar a todas las ciudades del Ecuador de mejor higiene, para impedir las enfermedades. Este último asunto fue encauzado a través de los Municipios.

Es decir, si bien la visión asistencialista pública se mantuvo, hubo un ejercicio más afinado para atender la higiene de las ciudades del país, debido a lo cual el Estado comenzó a configurar un trabajo nacional desde la visión higienista que hace importante, en materia de salud, al régimen placista, con lo cual, adicionalmente, la perspectiva del pensamiento liberal en referencia a que al Estado le corresponde enfrentar los conflictos salud-enfermedad, fueron consolidándose e institucionalizándose.

En todo caso la visión asistencialista del Estado no estuvo descuidada y en algunos momentos bordeó los límites con las posturas higienistas para enfrentar las enfermedades. Este límite entre el asistencialismo y el higienismo público, se mimetizó en varios instrumentos de atención a la ciudadanía.

Para demostrar lo señalado, valga precisar algunos hechos concretos del periodo de Plaza en materia de salud. En efecto, el Ministro de Beneficencia –la gestión de la beneficencia pública con algunas acciones de higienismo fue llevado a nivel ministerial-

Felicísimo López, invitó mediante una nota publicada en el Registro Oficial No 1366 del 11 de abril de 1901 a varias personas para que conformaran la Junta de Beneficencia de Quito. Entre los convocados estuvieron Carlos R. Tobar, Alejandro Reyes, Alejandro Cárdenas, Juan Game, Jorge Zaldumbide, José María Lasso, Manuel Jijón Larrea, Domingo Gangotena.

Lo curioso del caso, es que la invitación a la que me refiero, y habiendo circulado en pleno periodo de General Plaza, se la efectuó a nombre de Eloy Alfaro, conforme he podido leer el Decreto Ejecutivo al que he hecho referencia en este acápite.

La Junta terminó conformándose por 35 miembros entre los que estuvieron, adicionalmente, el Ministro Fiscal de la Corte Suprema de Justicia, el Gobernador y el Decano de la Facultad de Medicina. El reglamento para su funcionamiento fue publicado el 24 de abril de 1901 en el Registro Oficial No 1376.

De manera concreta el Reglamento estableció que la actividad de la Junta se relacionaría con la atención de los lazaretos, manicomios, cementerios, hospitales y demás recintos de beneficencia. Insisto: allí se produjo una especie de mixtura entre el asistencialismo público y los comportamientos públicos de las nascentes concepciones del rol de la higiene.

En el año de 1903, y este es un paso trascendente que me ha permitido señalar el carácter del régimen placista por los iniciales andariveles del higienismo público, se creó el Consejo Supremo de Sanidad de Quito, organización muy parecida, en cuanto a su estructura con la Junta Superior de Sanidad de Guayaquil que fuera creada el 5 de octubre de 1899 y respecto de la cual he señalado sus características fundamentales; en todo caso el

Consejo de Sanidad de Quito fue orientado a proteger a los ciudadanos de enfermedades que provenían a causa de la ausencia de una estructura básica de higiene.

El reconocimiento de esta realidad es muy interesante y diversa en referencia con la estructura que se había creado en Guayaquil años atrás.

Hay, adicionalmente, un hecho relevante en la administración de Plaza que debe ser observado y que responde a la definición de someter a todos los sectores, incluido el eclesiástico, al control del estado en materia de salud. Esta circunstancia se volvió evidente cuando el 14 de octubre de 1904, en el Registro Oficial No 912, el Congreso expidió la Ley de Cultos que fuera aprobada dos días antes, el 12 de octubre, por esta función del Estado.

En la referida Ley, en la cual se tratan asuntos diversos (libertad de cultos, prohibición para que las autoridades eclesiásticas ejercieran cargos de elección popular, etc.) se estipuló claramente el sometimiento de los conventos y monasterios al control de las Juntas de sanidad e higiene, con lo cual la concepción higienista en medio de la separación de la Iglesia y del Estado se abrió paso de manera evidente a propósito de la Ley a la que hago referencia.

Más aún, con la finalidad de financiar las Juntas de Beneficencia, la Ley dispuso que los predios rústicos de las comunidades religiosas debieran ser arrendados en subasta pública y que el sobrante de la renta obtenida, después de financiar los gastos de la Orden y del Culto, debiera ser invertida en las obras impulsadas por las Juntas de Beneficencia, obras que a estas alturas estuvieron enfocadas a precautelar la higiene de los conglomerados sociales.

No obstante que se mantuvo la designación de Junta Benefactora a la institucionalidad que se preocupó por la enfermedad de la población, estas Juntas iniciaron

un rol diferente si las comparamos con las primeras Juntas de Beneficencia: ya no fueron instituciones solamente para socorrer a los menesterosos; comprendieron que su papel era el de instrumentar acciones para dotar de infraestructura mínima a las poblaciones para que se impidiera el apareamiento de algunas enfermedades, a más de instituirse, de manera aleatoria, observancias y comportamientos poblacionales frente a desajustes de higiene (forma inadecuada de enterrar a los muertos o de proveerse de agua) que podían provocar algún tipo de enfermedad.

Fue un periodo inicial de fortalecimiento del higienismo, en su más elemental lectura, que en todo caso propició diferenciaciones respecto de la salud con la etapa anterior. Fue un paso pequeño, pero trascendente en la historia del pensamiento médico ecuatoriano.

Vendría luego el segundo periodo de gobierno Alfarieta (1906-1911) en el cual se produjeron algunas definiciones fundamentales para atender los problemas de salud; estas políticas se expresaron en varias acciones que las detallo a continuación:

El 9 de octubre de 1906, se publicó un Decreto Supremo, aprobado el día 6 de ese mes, el mismo que se halla en el Registro Oficial No. 199 Año I, mediante el cual, y luego de revisar el informe de los delegados de la Facultad de Medicina y de la Junta Superior de Sanidad de Guayaquil, se estableció la exigencia para que los médicos denunciaran los casos de fiebre amarilla –enfermedad que principalmente azotaba a Guayaquil- y de esta manera poder controlar la expansión de la epidemia.

Aquellos médicos que incurrieran en la infracción del silencio frente a los casos de fiebre amarilla fueron advertidos de una multa de 100 sucres y quince días de prisión, con lo cual se evidencia el conflicto social provocado por la epidemia y la medida drástica para

poder controlar los focos de infección a partir de la acción de “denuncia” médica, en el marco de una forma de higienismo tutelado.

En 1907 se emiten varios decretos reformativos de las Juntas de Beneficencia de la región andina, particularmente de Quito con lo cual se promovió otros objetivos para el funcionamiento de las Juntas de Beneficencia, lo cual acrecentó, concomitantemente, un nuevo eje de la política higienista pública puesta en marcha y de los nuevos perfiles de salud del régimen liberal, en una sociedad que, a contrapelo, fue estructurando aceleradamente su proceso de expansión económica con el consiguiente aumento de sectores asalariados, así como con la presencia del componente de movilidad social que condujeron a diversos niveles de vulnerabilidad de la salud de los ciudadanos; movilidad que, adicionalmente, se incrementó a propósito de la construcción del ferrocarril.

En el Registro Oficial No. 626 del 24 de marzo de 1908 se encuentra un Decreto de enorme trascendencia pues se refiere a la conformación en la ciudad de Guayaquil de una Comisión Especial de Saneamiento, considerándose que por ser el primer puerto del país, es una necesidad atender su desarrollo económico y el saneamiento definitivo de la ciudad. Es evidente la visión del gobierno respecto de Guayaquil, como centro económico fundamental del Ecuador y por ello la preocupación constante debido a sus falencias en materia sanitaria, fenómeno que se presentaba no solo en las grandes ciudades, sino en zonas específicas de la República.

Sin embargo el hecho más destacado del segundo periodo de Alfaro –que da al régimen en su conjunto la categorización de higienista público - se refiere a la promulgación de la Ley de Sanidad Pública que fue publicada en el Registro Oficial del 5

de Noviembre de 1908. Esta Ley provino del Congreso el mismo que emitió la Ley el 3 de Noviembre del mismo año. (ver anexo seis)

La Ley en referencia tiene la significación de hablar, por primera vez, sobre la “Salud Pública” -aunque tal categorización no correspondiera a la realidad de aquellos años- como un derecho de los ciudadanos y como una obligación del Estado para atender los conflictos de salud; de esta manera se expidió un cuerpo jurídico para legislar en el país sobre temas de higiene, salubridad, cuarentenas marítimas, interprovinciales o interurbanas.⁶²

Debido a la importancia de la Ley, que respondía plenamente al modelo económico en ciernes en el Ecuador, la máxima autoridad debía ser designada por el Congreso Nacional; asimismo, para el cumplimiento de los objetivos de esta manera de hacer Higiene Pública –trascendente para el momento histórico e innovadora frente al inmovilismo de otras épocas- el Estado proveyó a la Dirección Sanitaria de un fondo económico importante.

A más de lo referido se emitieron, luego, en el marco de la consolidación del higienismo público, una serie de disposiciones de regulación general y particular sobre las Juntas de Beneficencia con lo cual se modificó la composición de estas Juntas y el carácter de ellas; se las estructuró de manera diversa; se les entregó competencias diferentes al calor de las políticas de salud que entonces navegaban, como queda dicho, en dirección del higienismo.

⁶² La influencia europea en esta materia son evidentes y expresan sindéresis en el comportamiento del Estado Liberal frente a los problemas de la higiene y al desarrollo del capital y de las actividades comerciales. (N.A.)

Las Juntas de Beneficencia sufrieron una modificación cualitativa y adoptaron responsabilidades cambiantes conforme los brotes de enfermedad, a propósito de las pandemias y de acuerdo a los nuevos requerimientos del Estado. Todo ellos en medio de dificultades económicas y de no pocas exigencias del régimen para que las Juntas cumplan su nuevo rol.

Tanta fue la dificultad económica de esas Juntas de Beneficencia que el 16 de mayo de 1910 en el Registro Oficial No. 1247 se publicó el reglamento de loterías de la Beneficencia de Quito, reglamento que permitía, como en Guayaquil, juegos de azar para ayudar económicamente a la Junta, pero que jamás pudo ponerse en práctica por la oposición y la confrontación que aquello inmediatamente trajo con los responsables de la Junta de Guayaquil.

En el mismo año de 1910, el 13 de mayo, en el Registro Oficial No. 1245 se publicó el Decreto expedido el 10 de mayo, por el Ejecutivo, mediante el cual se estableció el Servicio de Sanidad Militar – con lo cual la nueva visión del Estado frente a la salud-enfermedad- queda más que evidenciada-; lo concerniente al sanitarismo militar fue de enorme importancia pues de esta manera el ejército liberal encontró un mecanismo idóneo para ser atendido directamente, tanto más que conforme establece el decreto el servicio de Sanidad Militar tuvo tres secciones: un puesto de socorro y cuidado de los batallones en marcha; tiendas de ambulancia y el Hospital de Campaña.

Desde luego la visión sanitarista de atención a las tropas estuvo ligada a la consolidación de las fuerzas que habían hecho posible el proyecto liberal; pero también es evidente que se les proveía de atención específica –como una supra estructura de la

sociedad- porque de su idoneidad militar, ligada a la idoneidad de salud, dependía la consolidación del poder.

Valga señalar, finalmente -en esta revisión de los Decretos Oficiales del periodo liberal referentes al asistencialismo e higienismo públicos del país- que en el Registro Oficial No. 1392 del 14 de noviembre de 1910 se publicó el Decreto Legislativo por medio del cual se declaró que la Cruz Roja Ecuatoriana, fundada en ese mismo año, debía ser entendida como “Una Institución de utilidad pública” circunstancia por la cual se le exoneró de todo impuesto fiscal o municipal.

Del análisis de las políticas liberales en los años de 1895 a 1911, se desprende que este periodo estuvo signado por un contexto en el cual el tema de la salud se constituyó en una preocupación del Estado y no solo de los gobiernos y aquello es lo más relevante a la hora de hacer un análisis global de este contexto histórico, a pesar de las limitaciones provocadas en la historia de las ideas por el carácter predominante del pensamiento médico positivista.

Las acciones sobre salud que se ha sintetizado dejan entrever, en todo caso, que el sanitarismo en el país se tornó funcional a las necesidades estatales de protección de la economía y que con la salubridad en las grandes ciudades, puertos y enclaves de producción se dio cabida a la expansión del capitalismo, debido a que permitió, con todas estas acciones, una forma adecuada para la entrada y salida de materias primas (J. Breilh, 2011: 39)

Mientras ocurría esta realidad en el espacio político y económico del país, que determinó las conductas de asistencialismo y de higiene pública del periodo liberal, el pensamiento médico había transitado, como lo he señalado, a un proceso de

bacterialización de la higiene, lo cual permitió un encuentro entre las necesidades de quienes controlaron el Estado y aquellos que ejercieron el cuidado médico sobre la población, asuntos que estuvieron plenamente demostrados al combatir la tuberculosis, la tifoidea, la viruela, etc. mediante acciones médicas particulares, entre ellas con la creación de instituciones para enfrentar tales problemas de salud.

Finalmente un tema que siempre será específico en el análisis de este periodo es el referente a la práctica de la beneficencia. Del periodo colonial había quedado la norma de favorecer al enfermo bajo el concepto de “el buen morir”. El periodo conservador en la construcción de la república echó mano de “la caridad cristiana” frente al conflicto de la enfermedad, mientras el liberalismo, sin romper inicialmente con el concepto de caridad, trazó caminos de atención a la salud a partir del asistencialismo público que fue asumiendo su metamorfosis, en el mismo periodo liberal, hasta alcanzar la definición como conducta de Estado, en materia de salud, la higiene pública.

1895-1911 fue un periodo de invaluable significación para la construcción del proceso que determinó que el Estado asumiera el control de la enfermedad y socorriera a los enfermos. Los matices de este fenómeno son explicables por la preocupación de la consolidación del proyecto político y debido a las ausencias de un pensamiento médico liberal que, paulatinamente, logró estructurarse en medio de las exigencias sociales, de las demandas populares y a propósito de referencias conceptuales que en el pensamiento médico –así como en el contexto del pensamiento liberal- fueron aprehendidas.

CAPITULO CUARTO

La Revolución Juliana: un proceso cualitativo expresado en la consolidación de la higiene pública y en la construcción de la salud pública.

Síntesis histórica de la Revolución Juliana

En 1924, el 1 de septiembre, se posesionó como Presidente del Ecuador Gonzalo Córdova,⁶³ luego de imponerse con el tradicional mecanismo del fraude electoral sobre las candidaturas del conservador Jacinto Jijón⁶⁴ y del militar progresista Juan Manuel Lasso,⁶⁵ lo cual propició una imagen negativa para el desempeño de las funciones del supuesto ganador.

El triunfo del candidato liberal se produjo, además, en medio de divisiones al interior de tal corriente política, circunstancia que permitió que el conservador Jijón y Caamaño acaudillara una revuelta en el norte del país que pudo ser sofocada por el ejército, pero que, finalmente, contribuyó a debilitar al régimen que paulatinamente fue confrontando a una oposición diversa en el país.

Córdova fue la expresión del poder bancario de Guayaquil, al cual se opusieron diversas fracciones económicas y sociales, como la que liderara el empresario liberal Luis

⁶³ Gonzalo Córdova (Azogues 1863 – Valparaíso 1928). Presidente de la República de 1924 y 1925. Abogado de profesión, fue político y diplomático. Diputado a la Asamblea Constituyente de 1896-97. Tomado de: Diccionario Biográfico Ecuatoriano, César Alarcón, Quito, 2000.

⁶⁴ Jacinto Jijón y Caamaño (Quito 1890 – 1950). Historiador, investigador, político, empresario. Miembro del Partido Conservador Ecuatoriano. En 1946 fue alcalde de Quito. Tomado de: Diccionario Biográfico Ecuatoriano, César Alarcón, Quito, 2000.

⁶⁵ Juan Manuel Lasso (París 1874 – 1948). Político y militar. Patrocinó el 1923 el periódico Humanidad. Participó en mayo de 1926 en la Asamblea constitutiva del Partido Socialista Ecuatoriano realizada en Quito. Tomado de: Diccionario Biográfico Ecuatoriano, César Alarcón, Quito, 2000.

Napoleón Dillon, o la que dirigieran un grupo de intelectuales serranos cuya formación ideológica se había producido en su contacto con las fuentes del socialismo científico y del anarquismo que para entonces ya habían llegado al Ecuador.

Además de los sectores señalados como de contradicción con el régimen, en las Fuerzas Armadas, particularmente entre los jóvenes militares, comenzó a vivirse un descontento creciente⁶⁶ -que también expresó el sentimiento de los más amplios sectores de la colectividad- que favoreció para que al interior de la institución militar apareciera una estructura política, la Liga Militar, que se organizó bajo el pensamiento transformador de la época a más de la crisis en la que había entrado el Estado Liberal.

El movimiento de la oficialidad joven del Ejército actuó en contra de la superioridad politizada de dicha Institución y provocó un golpe militar, el 9 de julio de 1925, que defenestró a Córdova y que en la historia se conoce como Revolución Juliana (J. Paz y Miño, 2000: 19).

La Revolución Juliana no solamente cuestionó el ejercicio del régimen de Córdova sino que surgió como una respuesta frente al comportamiento inescrupuloso propiciado por los sectores hegemónicos del país que habían gobernado en el último periodo, lo cual, además, significó enfrentar a la bancocracia que lideraba el Banco Comercial y Agrícola gerenciado por Urbina Jado (G. Pérez, 2009: 56).

El comportamiento lleno de corruptelas políticas y económicas, a su vez constituyó el resultado de la crisis a la que fueron conducidos los poderosos grupos oligárquicos,

⁶⁶ Además de lo referido, la inestabilidad política estuvo acrecentada debido al estado de salud del gobernante, lo cual le impedía ejercer el cargo a plenitud, más allá de algunos negocios inescrupulosos del régimen que fueron evidenciándose en la conciencia nacional (G. Rodas, 2011: 70).

comerciales y financieros del país debido a la debacle del modelo cacaotero, sectores que intentaron transferir sus pérdidas al conjunto de la sociedad, utilizando para sus fines los gobiernos de la plutocracia liberal que se habían consolidado luego del asesinato del General Eloy Alfaro. Dichos gobiernos fueron los artífices de la Ley de Inconvertibilidad, en 1924, del endeudamiento al Estado y de las sobre emisiones inorgánicas de billetes que llevaron al país a una situación inmanejable.⁶⁷

Como queda dicho la oficialidad joven del Ejército fue receptiva a los problemas del Ecuador en un contexto en que el pensamiento crítico y las ideas de cambio tuvieron un espacio notable en la sociedad de aquellos años. De tal manera que el derrocamiento de Córdova no fue un simple cuartelazo, sino una respuesta en el contexto de una asfixia estructural que había comenzado mucho tiempo antes a julio de 1925.

En el contexto señalado, los hechos se sucedieron de la manera siguiente: la insurrección militar procedió en la tarde del 9 de julio de 1925 a remover de manera incruenta al gobierno de Córdova; se constituyó en este entorno la Junta Militar que sustituyó al defenestrado gobernante. La Junta estuvo presidida por el Teniente Coronel Luis Telmo Paz y Miño y fueron miembros de ella, en su condición de vocales, el Sargento Mayor Carlos Guerrero, Juan Pareja, el Capitán Emilio Valdiviezo, el Subteniente Ángel Bonilla; fue secretario de la Junta el Teniente Federico Struve. La Junta Militar designó, luego, dos Juntas Plurales de Gobierno Provisional y un Gobierno Provisional de la República, unipersonal, representado por Isidro Ayora (J. Breilh, 2011: 94).

⁶⁷ La realidad descrita condujo a la fundación del Banco Central el 9 de octubre de 1925 con la finalidad de controlar, desde el Estado, la gestión bancaria (N.A.).

La primera Junta de Gobierno Provisional, que gobernó entre el 10 de julio de 1925 al 9 de enero de 1926, estuvo conformada por Rafael Bustamante, Luis N. Dillon, Francisco Gómez de la Torre, Pedro Pablo Garaicoa, Francisco J. Boloña y Francisco Arízaga Luque. Esta Junta fue remplazada por una nueva Junta de Gobierno, también denominada Provisional constituida por Julio Moreno, Homero Viteri Lafronte, Isidro Ayora, Humberto Albornoz, Adolfo Hidalgo y José Gómez Gault.

La segunda Junta Provisional fue sustituida por el Presidente Interino doctor Isidro Ayora⁶⁸ quien gobernó como tal desde el 3 de abril de 1926. Ayora fue electo, posteriormente, como Presidente Constitucional,⁶⁹ presidencia que se instaló el 17 de abril de 1929 hasta el 24 de agosto de 1931.

⁶⁸ Isidro Ayora (Loja 1879 – Los Ángeles 1978). Entró a la vida política siendo aún estudiante de medicina, cuando se desempeñó como oficial mayor en la Cámara de Diputados. Fue el mejor médico graduado de su generación. Ayora, si bien siguió con éxito los estudios de la especialidad, se preocupó de conocer los progresos que en Europa se habían producido en el campo sanitario, en las normas de higiene y aseo, en la naciente medicina social. En Alemania realizó estudios en la Universidad de Berlín, en la especialidad de Ginecología y Obstetricia y las prácticas correspondientes efectuó en la Farver Klinik, de Dresden. En 1909 regresó al país y muy pronto fue designado profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central y además, organizó y dirigió la Maternidad. En 1916 fue elegido diputado por su provincia natal, Loja. Cumplió sus funciones de modo sobresaliente y 1917 fue elegido Decano de la Facultad de Medicina. En 1918 fundó y dirigió la Escuela de Enfermeras y el mismo año fue elegido Concejero Municipal de Quito. En 1924 gracias a su iniciativa se creó la Cruz Roja Ecuatoriana y fue elegido su presidente. La Cruz Roja Ecuatoriana es una de las más antiguas de Latinoamérica. Después organizó la primera Casa Cuna de la capital y dirigió el Hospital San Juan de Dios. En 1924, fue electo Presidencia del Concejo Municipal de Quito. Fue la oportunidad para que el Dr. Ayora sirva a la ciudad de Quito con capacidad, sentido organizativo disciplina y suma honradez y además demuestre cuanto había aprendido en Europa sobre la medicina social. Su primera preocupación fue mejorar los servicios básicos: agua potable, canalización, luz eléctrica, aseo de las calles. Ayora hizo canalizar las quebradas. Hizo construir lavanderías y servicios higiénicos en diversos sitios de la ciudad. Modernizó y convirtió en sitios higiénicos los mercados y parques y estableció un sistema de recolección de basura. Quito se modernizó y su aspecto era de salud y belleza urbana. Los éxitos en sus actividades de personero del Municipio de Quito le llevaron a nuevas funciones. Fue elegido Rector de la Universidad Central. Devino así en una de las personas más importantes y respetables en la ciudad de Quito y del país. (P. Naranjo, 2012: 113-115)

⁶⁹ El 9 de julio de 1928, Isidro Ayora convocó a una Asamblea Constituyente que se instaló el 9 de octubre del mismo año. El 29 de marzo de 1929 la Asamblea Constituyente promulgó la nueva

Determinantes que incidieron para que se provocara la Revolución Juliana.

Si bien la crisis económica del país que había provocado en el contexto internacional de finales de la Primera Guerra Mundial, contribuyendo al grado de inestabilidad económica en el Ecuador -debido a la crisis cacaotera- y no obstante que el régimen de Córdova fue la expresión del fraude político-electoral, hubo factores diversos que brevemente los señalaré para llegar a la conclusión reiterada, que no solamente se produjo el 9 de julio de 1925 un motín para enfrentar a ciertos desafueros de la banca o debido al afán de sustituir al Presidente.

Luego del asesinato del General Eloy Alfaro, parte de sus huestes -que no es lo mismo que decir los liberales- y otros grupos radicales⁷⁰ que habían emergido en el escenario nacional, vivieron la traición a sus objetivos de lucha y fueron testigos de las componendas políticas provocadas por los grupos civilistas liberales que, en medio de esta realidad, edificaron las sucesiones presidenciales.

Si bien lo señalado es una realidad, no es menos cierto que una serie de circunstancias internacionales contribuyeron, adicionalmente, para que se abriera el camino de la reflexión crítica sobre la situación del país.

En efecto, dos sucesos trascendentes, externos, formaron parte del telón de fondo en el Ecuador en la segunda década del siglo XX. Por un lado la Revolución Mexicana desencadenada en 1910 -en medio del conflicto de la desigual tenencia de las tierras-

Carta Política, la decimo tercera en la vida del Ecuador, y eligió al propio Ayora como Presidente Constitucional (G. Rodas, 2011: 70).

⁷⁰ Cuando me refiero a los sectores radicales, no solamente lo hago para señalar a los grupos que se alzaron en armas junto a Alfaro, sino a corrientes de pensamiento y de acción, como los anarquistas -los de segunda generación- que habían comenzado a expresarse en el país. (N.A.)

fenómeno que tuvo un seguimiento particularmente de los sectores intelectuales del Ecuador. La otra circunstancia internacional se refiere al triunfo de la Revolución Bolchevique en Rusia que alentó una importante discusión bajo la percepción que los sectores obreros y populares podían hacerse del Poder para gobernar conforme a sus intereses.

Si lo referido se constituyeron en factores de enorme trascendencia, a más de la significación de la primera guerra mundial -en un contexto nacional en la que esta situación contribuyó, como ya lo he señalado, a la crisis en el Ecuador- no hay la menor duda que el martirologio de la clase obrera, ocurrido el 15 de noviembre de 1922, fue un elemento desencadenante en la atmósfera local; primeramente en repudio de los sucesos y, luego, por la aprehensión que en el Ecuador había un momento de organización social que irradiaba su lucha en los diversos entornos pauperizados del país.

A más de lo referido, hay una realidad conceptual que no puede ser desestimada y que forma parte del contexto de influencia para las acciones de la Revolución Juliana. Aludo a los componentes ideológicos del proceso juliano en el marco de la historia de las ideas en la Patria.

Esta circunstancia se vuelve indispensable tratarla, así sea brevemente, porque en el país se ha deslegitimado a la Revolución Juliana desde tres perspectivas: la una, al haberse señalado que el proceso del 9 de julio de 1925 fue un cuartelazo que enfrentó a sectores económicos de la sierra con algunos grupos de poder Guayaquil; la segunda, que la Revolución Juliana fue un intento para recuperar el camino extraviado de la revolución liberal y finalmente, que luego del triunfo de la Revolución Juliana hubo, en algunos momentos, una especie de continuidad a la truncada revolución liberal, debido,

particularmente, a que muchos de sus actores fueron formados al calor de las ideas del liberalismo.

Sobre estas consideraciones discrepo absolutamente. Por ello en estos párrafos argumentaré mi comprensión sobre el proceso juliano que, a mi entender, explica su comportamiento frente a los conflictos de la salud y respecto de su quehacer en materia pública.

En esta línea de análisis debo insistir en los factores externos e internos, mencionados ya en este texto, que se sucedieron en el contexto internacional y en el local, desde 1910 hasta 1925, cuya precisión es importante porque es mi interés señalar que cada uno de estos acontecimientos –el inicio de la Revolución Mexicana, el asesinato de Eloy Alfaro, el triunfo de la Revolución Soviética, la Primera Guerra Mundial, la masacre del 15 de noviembre de 1922 entre otros- tuvieron incidencia directa en la vida de nuestros actores sociales, quienes además fueron asimilando las diferentes concepciones que, paralelamente a estos hechos, ocurrieron en el campo de las ideas.

La lucha por la tierra, el desarrollo del pensamiento revolucionario ruso y la masacre del pueblo organizado en Guayaquil, si bien no pueden ser entendidos como hechos concatenados en la historia, fueron procesos que emergieron de la lucha social –diversa y hasta contradictoria- y que fueron receptados analíticamente por importantes sectores de la sociedad ecuatoriana y por mentes lúcidas que se habían empoderado de nuevas formas de reflexión desde la filosofía.

Este fenómeno, la aprehensión de nuevas vertientes epistemológicas, gracias a las cuales pudieron comprender los fenómenos sociales que, entre otros, he señalado, contribuyeron a construir un nuevo espacio de análisis del mundo, la región y de la

sociedad ecuatoriana; esta interpretación de la que hablo se produjo ya no en las élites de la sociedad o en los espacios próximos al poder, sino en el naciente movimiento obrero, en los grupos artesanales, en los jóvenes estudiantes, en algunos espacios del ejército y en variados núcleos de intelectuales.

Las modificaciones de la estructura económica nacional, como efecto de los sucesos mundiales y de la creciente dependencia del país al modelo internacional, contribuyeron para que en el Ecuador emergieran grupos sociales y económicos diferenciados, lo cual estructuró, paulatinamente, una diversidad que activamente fue entrando en contradicción con los detentadores del poder y con sus visiones supra estructurales, entre ellos el de la salud y la enfermedad; arquetipo epistemológico que había prevalecido en las primeras décadas del siglo XX atado a las concepciones de mejoramiento de los individuos, antes que al de las colectividades y que, adicionalmente, debido a las corrientes del pensamiento médico prevalecientes, estuvieron imbricadas con la percepción de que la enfermedad debía ser confrontada, exclusivamente desde el sanitarismo y el higienismo individuales.

Estos hechos de carácter general obviamente que deben complementarse, en esta línea de análisis, con la situación local también ya mencionada: la crisis agro exportadora del cacao, el debilitamiento del régimen liberal que había devenido en una depresión económica comandada por la bancocracia guayaquileña que fraudulentamente designaba Presidentes y que además controlaba las cúpulas del ejército para mantener su hegemonía (J. Breilh, 2011: 92).

Todos estos fenómenos, entonces, no hubieran podido ser procesados adecuadamente en la conciencia individual y colectiva si las categorías de análisis de la

realidad se hubieran mantenido supeditadas al pensamiento positivista y si las concepciones del individualismo liberal hubieran primado en algunos actores del periodo.

Las fuentes del marxismo, por ejemplo, formaron parte de la discusión en importantes centros obreros, artesanales, de estudiantes y de intelectuales del país. De otra parte las contradicciones sociales y económicas fueron advertidas por los grupos afectados desde una perspectiva diferente a la que había primado, lo cual les hizo llegar a la comprensión que con su acción podían revertir la realidad en favor de sus intereses que constituían, a su vez, los intereses mayoritarios de la población.

Todo lo afirmado, adicionalmente, no fue solo privilegio en la conciencia de sectores específicos de la población civil. No queda duda que ciertos sectores del Ejército, los mandos medios por ejemplo, también se abrieron a las reflexiones de la realidad nacional no solamente desde la influencia del pensamiento crítico, sino por la circunstancia vital de ser parte de los conglomerados populares, una de las características históricas de nuestras Fuerzas Armadas.

Frente a la desigualdad social, ante la injusticia, debido a la conducta depredadora de un sector hegemónico de la sociedad, a causa de la presencia de un régimen incapaz y de corruptelas, y teniendo como ejemplo otras realidades del mundo, no fue nada raro que se viviera una atmosfera de cambio y de búsqueda de un nuevo momento en todos los órdenes.

Ese es el espacio en el cual advino la Revolución Juliana, cuya visión de los derechos colectivos –de la sociedad- supero a la comprensión de los derechos individuales del liberalismo; esta afirmación se traducirá plenamente en el análisis sobre las políticas de salud que desarrolló el proceso juliano.

Desde luego que el periodo de la Revolución Juliana no puede ser entendido como una unidad entre lo que significó la Junta Militar, las dos siguientes Juntas Provisionales o el Gobierno Interino y el constitucional de Isidro Ayora. En estos diversos regímenes se advirtieron contradicciones y diversidades, pero es de importancia reconocer que hubo un factor común a todos ellos: la ruptura con el proyecto de los gobiernos antecesores, los liberales, y con el inicio de una manera diferente de entender nuestra realidad lo que vuelve a la Revolución Juliana, en su contexto, un proceso de particulares características que se evidenció en su praxis.

En la fase de la presencia militar en el Gobierno, se perfiló un potencial proyecto revolucionario y se esbozaron las bases de un proceso cuyos actores buscaban establecer puentes con el socialismo de la época. Luego se dio la fase de los gobiernos provisionales, en los cuales comenzaron a readecuarse las fuerzas y los objetivos estratégicos. Y una tercera fase, la del gobierno de Isidro Ayora en la cual se estableció una correlación de fuerzas entre la débil clase obrera y las clases dominantes, lo que permitió construir un pacto social de renovación de la justicia para los trabajadores y de protección social, desde un Estado Central, orientado a los derechos sociales y colectivos (J. Breilh, 2011: 94)

Esta lectura de la Revolución Juliana de Breilh, con la cual coincido, fue la que, en su momento, incentivó, a uno de los más importantes constructores del pensamiento marxista en el Ecuador, Ricardo Paredes Romero, para que él y su entorno –de importante significación histórica en el país- estuvieran cerca de los acontecimientos de 1925, y no

solamente en la oposición a Córdova; fue el mismo Paredes quien definió a la intervención militar como “revolucionaria y socialista”⁷¹.

De esta manera, la orientación social de la Revolución Juliana es el antecedente para una serie de acciones en la Salud, tanto más que al haberse definido al Estado como garante y protector de los derechos sociales en lugar de instrumento de la reproducción de la economía y del poder oligárquicos, le permitió asumir una conciencia colectivista por encima de los intereses regionalista y caudillistas (J. Breilh, 2011: 96).

Políticas de salud propiciadas desde el proceso Juliano.⁷²

Inmediatamente al 9 de julio de 1925, se inició el proceso de organización de la actividad Ministerial. El 13 de julio de 1925 la Junta de Gobierno Provisional organizó la

⁷¹ Ricardo Paredes Romero, 1898-1979, vivió con gran intensidad el periodo del derrocamiento del presidente Córdova y el inicio de la Revolución Juliana, tanto más que aquel suceso fue una especie de corolario a las intenciones iniciales del Grupo Antorcha que se organizó a los pocos días de la posesión de Córdova, en la perspectiva de oponerse a este régimen y sustituirlo en un momento determinado; el Grupo Antorcha atravesó a su actividad la concepción de un poder alternativo que debía sustituir al régimen liberal por un gobierno popular. Así actuó este grupo y Ricardo Paredes, quienes ya estuvieron alertas respecto de las condiciones críticas económicas del Ecuador en medio de la crisis del proyecto liberal. Cuando se produjo el 9 de julio de 1925 Paredes y Antorcha dieron todo su apoyo a los militares, con los cuales habían tenido diálogos previos. Se entusiasmaron luego con la presencia en el Gobierno de Dillon, tanto así que tres días después de proclamarse la Juliana, Antorcha se constituyó en un núcleo de carácter socialista dispuesto a organizar un partido con igual fundamentación ideológica. Con esta determinación comenzaron a actuar en apoyo de la Revolución Juliana. Es necesario destacar que Paredes, formado en la doctrina marxista, adicionalmente, fue alumno de Isidro Ayora en la Facultad de Medicina y que como médico, graduado en 1921, estaba cerca de los conflictos de salud de la población ecuatoriana (su tesis versó sobre la sífilis y la forma como el Estado debía actuar para impedir que esta enfermedad se propagara) y esta circunstancia también facilitó el hecho de su apoyo al proceso de la Juliana en las etapas de Isidro Ayora, lo cual aconteció desde el Partido Socialista que Paredes contribuyera a organizar y fundar en mayo de 1926 (G. Rodas, 2011: 73)

⁷² Con los antecedente señalados esta investigación se ha preocupado de explorar los archivos que contienen los registros oficiales y decretos del periodo juliano referentes a la construcción de la salud, volviendo estas fuentes parte del texto central, con su correspondiente análisis, todo ello a propósito de consolidar una información sistematizada y fidedigna; lo cual es un aporte de esta investigación (N.A.)

distribución de las distintas actividades de trabajo en las Carteras de la Administración Pública. El instituido Ministerio de Previsión Social y Trabajo, asumió los ramos de previsión social, trabajo, beneficencia, sanidad e higiene, agricultura, inmigración, colonización y estadística general. Su primer Ministro fue Francisco J. Boloña. El presupuesto de este Ministerio fue publicado en el Registro Oficial No 21 del 4 de agosto de 1925, y en tal instrumento público se constata que la asignación de dicho portafolio, para el cumplimiento de sus actividades, fue de 9.790 sucres.

La primera respuesta al problema de salud, en este inicial periodo, se produjo con la finalidad de enfrentar la peste blanca y la sífilis; así en el Registro Oficial No 15 del 28 de julio de 1925, se encuentra el Decreto No. 19 mediante el cual se creó las Ligas de Salud Pública, que se encargarían del control de las enfermedades antes referidas.

Luego se sucedieron otras acciones más sistematizadas. Entre ellas se propició aquella de enorme trascendencia y que se refiere a la reorganización del Servicio Sanitario en el país -asunto aprobado por el gobierno en los primeros días de agosto- para cuyo efecto se expidió, en el Registro Oficial No 31 del 17 de agosto de 1925, el mentado Decreto, constituido de 27 artículos (ver anexo siete) y que se denominó “Decreto de Reorganización del Servicio Sanitario en el Ecuador”.

El Decreto en comentario centralizó todos los servicios nacionales, municipales y particulares relacionados con la higiene y la salubridad públicas bajo una dirección científica y administrativa, con la finalidad que las disposiciones en esta materia fueran

únicas y a fin de que favoreciera a las diversos distritos en los cuales se dividió al territorio nacional, para atender lo pertinente al tema sanitario.⁷³

De esta manera se buscó que las enfermedades infecto-contagiosas fueran declaradas obligatoriamente a las Direcciones de Sanidad Distrital y que la respuesta ante estos problemas fuera organizada, ágil y con seguimiento, desde el Estado; todo lo dispuesto en el afán de impedir la propagación de las enfermedades, a más de poder llevar un sistema de control estadístico adecuado, asunto este último que constituyó un paso trascendente en materia de salud pública, pues el seguimiento estadístico de los conflictos de enfermedad es un mecanismo científico fundamental propio de la salud pública.

Junto al comentario anterior debo agregar otro de enorme valor respecto de lo actuado por la Juliana: la visión de impedir las enfermedades. Esta conducta profiláctica, que es orientada a los grupos sociales -y no solamente a los individuos- se constituyó en una clara demostración de la preocupación del régimen respecto de los problemas de enfermedad en los colectivos sociales, más allá que su preocupación seguía siendo en todo lo referente a los problemas de higiene.

Volviendo al asunto de la organización del servicio sanitario, también se previó que en cada capital de distrito habría un Director de Sanidad bajo cuya dependencia se atenderían los siguientes servicios: asistencia pública, desinfección y desratización,

⁷³ Los distritos fueron los siguientes: El Norte, que agrupaba a las provincias del Carchi, Imbabura, Pichincha, León, Tungurahua, Chimborazo y Bolívar y a las del Oriente, tuvo como capital a Quito. El distrito Sur, con capital en Guayaquil, se halló conformado por las provincias Cañar, Azuay, Loja, El Oro, Los Ríos, Guayas, Manabí, Esmeraldas y el Archipiélago de Galápagos (G. Pérez, 2009: 162).

protección a la infancia,⁷⁴ higiene escolar, servicio de boticas y droguerías, servicio de bacteriología, servicio de higiene urbana y rural, servicio de profilaxis venérea, servicio de policía sanitaria y servicio de estadísticas.

En el Registro Oficial No. 119 del 2 de diciembre de 1925, consta el decreto de funcionamiento complementario del Servicio de Sanidad Pública en el Ecuador (anexo ocho); su importancia radica, vuelvo a insistir, en la visión estrictamente higienista de los problemas de salud, pero es trascendente porque a partir de esta fecha se instruye que los referente a ordenanzas, reglamentos que fueran formulados por los Municipios,⁷⁵ el ejército, las Juntas de Beneficencia, etc. deberán emitirse previo el conocimiento del Director de Sanidad del Distrito respectivo, para ser aprobados, finalmente por este espacio administrativo. Esta norma, denota el criterio centralizador del tema de higiene en manos expertas para que no se produjeran disposiciones subjetivas, inconexas y deficientes.

Si bien la Primera Junta de Gobierno Provisional de la Revolución Juliana tuvo objetivos claros en materia de higiene y sentó bases sólidas para que la higiene fuera pública y, de esta manera, se construyera, más adelante, los pilares de la salud pública, fue evidente que la segunda Junta Provisional de Gobierno tuvo iguales propósitos y por ello es fácil notar continuidad plena con los objetivos de institucionalizar la atención de la salud

⁷⁴ Para dar énfasis a este trascendente tema, el 24 de agosto de 1925, la Junta Provisional de Gobierno emitió un decreto específico para protección de la infancia, en cuya exposición de motivos se lee “que en la clase proletaria se encuentra en el mayor porcentaje de mortalidad infantil por falta de asistencia antes y después del nacimiento del niño” (G. Pérez, 2009: 162).

⁷⁵ El Doctor Isidro Ayora, entonces Presidente del Concejo Municipal de Quito, en el marco referencial de estas disposiciones, entregaría a la ciudad capital varios servicios sanitarios: lavanderías barriales y servicios higiénicos. Fueron aportes de enorme trascendencia para el sanitarismo de la ciudad. (N.A.)

ciudadana, asuntos que fueron concurrentes en las dos juntas provisionales del periodo juliano, todo ello a pesar de sus cortas duraciones al frente del Gobierno Central.

Así, en el registro Oficial No. 182 del 16 de febrero de 1926, se publicó la Ley de Asistencia Pública, (ver anexo nueve), sustituyéndose, de esta manera, la ley de Beneficencia de 1908. En la nueva ley se lee, entre otras cosas: “Toda persona indigente o desvalida tiene derecho a la asistencia gratuita por el Estado de acuerdo con la presente Ley”.

La Ley de 1926 prevé la asistencia a los enfermos; el cuidado y asistencia de los alienados; la asistencia y protección de los ancianos, inválidos, mendigos; asistencia y protección de las embarazadas y parturientas; asistencia de los niños desamparados. En suma, es una Ley que ya no solo se limitaba al problema de la enfermedad, sino a favorecer condiciones elementales de vida digna -a diversos grupos sociales de riesgo- frente a los cuales el Estado asumió el compromiso de atender sus necesidades básicas de salud, complementadas con acciones de higiene y salubridad para evitar complicaciones colectivas.

Para cumplir los objetivos señalados se crearon en Quito y en Cuenca Juntas Centrales de Asistencia Pública. La Jurisdicción de Quito la constituyeron las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha, León, Tungurahua, Chimborazo y Bolívar.

La Jurisdicción de Cuenca fue organizada con las provincias de Cañar, Azuay y Loja. En la misma ley, como se lee, se respeta la organicidad de la Junta de Beneficencia de Guayaquil⁷⁶ conforme la ordenanza de 1887, con el agregado que será miembro de la Junta

⁷⁶ Una vez más la Junta de Beneficencia de Guayaquil, su poder e influencia fueron respetados, lo cual denota, una vez más, la ninguna intención del régimen de confrontar con determinados grupos

de Guayaquil el Director de la Asistencia Pública. A la Junta de Beneficencia se le encargó hacer las funciones de Junta Central de Asistencia, articulando a las provincias de Manabí, Esmeraldas, El Oro y Los Ríos.

Dije en párrafos anteriores que toda esta actividad de asistencia Pública se consolidó, en la visión de la Segunda Junta Provisional Juliana, con normas respecto de la higiene. Paso a demostrarlo. En efecto, en el Registro Oficial No. 194 del 2 marzo de 1926 se publicó La Ley de Sanidad Pública (ver anexo diez) -aprobada por el régimen el 23 de febrero- en cuyo texto se estructuró el orden administrativo que pondría en vigencia la mentada Ley y para cuyo efecto se determinó que habría dos poderes: El Poder Central y el Poder Local y Municipal o designados también como Administración Central y Administración Local.

Lo interesante de de esta ley radica, a más de su preocupación higienista, en la concepción respecto del rol de los Municipios frente al problema de la enfermedad, debido a lo cual la Ley entrega facultades expresas al poder Municipal y direcciona su quehacer en materia de higiene.

La importancia de esta Ley, también, se halla en la caracterización que en ella se hace de las diversas enfermedades (tuberculosis, alcoholismo, paludismo, anquilostomiasis y enfermedades venéreas) a las cuales se las define como enfermedades sociales. Esta definición es necesario puntualizarla porque denota la comprensión del Estado respecto del carácter de algunas enfermedades y, adicionalmente, la forma de tratarlas.

sociales de Guayaquil, de la misma manera que lo había hecho Alfaro y, en la historia ecuatoriana, los diversos regímenes del país (N.A.).

La Ley además determina implícitamente a los grupos sociales de riesgo de las prenombradas enfermedades y bajo la consideración que existen determinantes sociales para que estas se produjeran, asume un compromiso social y ético con la sociedad, lo que implicó, asimismo, la definición de prácticas profilácticas para impedir que las enfermedades afectaran a los ciudadanos. Esta ley constituye pues un paso importante en la consolidación de la higiene pública y, también, un paso trascendente en el desarrollo de la medicina en el Ecuador y en la formulación de una visión de salud pública.

Tanto es así que esta misma Ley se preocupará de la higiene urbana y establecerá lo pertinente para los sistemas de canalización, dotación de agua potable y construcción de vías públicas, así como, en el conjunto del país, a fin de fortalecer las políticas referentes a la creación de boticas y droguerías, o el cuidado pertinente de los cementerios, mercados, etc.

Desde luego que se vuelve evidente, de manera adicional y sustantiva, la evolución del pensamiento médico ecuatoriano de mano de la evolución de las ideas, en un sistema de interrelación dialéctica que es capaz de demostrar de que manera en el proceso juliano las ideas de lo social tuvieron importante cabida, y cómo además ellas direccionaron a las nuevas concepciones científicas de la salud.

El periodo Interino y en el Constitucional del Doctor Isidro Ayora hay una serie de Decretos y Reglamentaciones que fueron configurando el carácter del proceso juliano en el marco de un significativo avance social respecto de los problemas de salud y, particularmente, del enfoque que desde el poder se efectuó ante tal realidad, con el consiguiente compromiso del Estado para superar las distorsiones provocadas en la ruptura de la ecuación salud-enfermedad.

Desde luego que la formación profesional de Ayora contribuyó para esta realidad, habida cuenta que su tendencia política estuvo alineada a los conceptos de mejoramiento social de la población ligada a las nuevas condiciones laborales marcados por la industrialización, el comercio y el capital.

Su tendencia hacia lo social también estuvo signada por su compromiso como académico universitario y sujeto comprometido con la organización popular -a la que atendió desde su paso por la municipalidad- así como por su sensibilidad y apertura frente a las ideas de cambio que se discutían en ese momento en el país, en medio de todos los factores exógenos y endógenos que incidieron en la realidad nacional, y a los que me he referido oportunamente en este trabajo.

En el periodo de Ayora hay varios asuntos de enorme relevancia que forman parte del contexto de la vigorosa institucionalización de la higiene pública y que dieron continuidad al proyecto Juliano, pero es menester detenernos en lo concerniente a las acciones para proteger a los sectores laborales, pues tales políticas fueron generadas no solo para defender los derechos de los trabajadores sino, concomitantemente, para inaugurar las condiciones elementales de la salud pública.

Aquello es uno de los aportes formidables de los regímenes ayoristas en el marco del proceso juliano.

En efecto, Ayora creó la Inspección General de Trabajo, bajo la dependencia del Ministerio Social y de Trabajo, el 12 de julio de 1926; tal decreto, el No. 24, fue publicado en el Registro Oficial No. 83 del 15 de julio del mentado 1926 (ver anexo once). La finalidad de este decreto estuvo en vigilar y asegurar las condiciones de trabajo -y de salud- de los obreros vinculados laboralmente en las industrias nacionales. El control previsto en

el decreto respectivo determinó, paralelamente, que en el país hubiera una división del territorio en cinco zonas, cada una con su respectivo Inspector de Trabajo.

Para regular las funciones de las Inspectorías de Trabajo, se emitió un reglamento el 29 de julio de 1926 y se lo publicó en el Registro Oficial No. 99 del 4 de agosto de 1926. En el reglamento se estableció el campo de acción de las inspectorías, las funciones en los sectores en los cuales debía actuar y se estableció disposiciones generales sobre los riesgos de trabajo y accidentes indemnizables, lo cual supuso un paso trascendente en la protección de los trabajadores.

Asimismo el Reglamento expresó los niveles de preocupación respecto de los trabajadores cuando estableció el número de horas de trabajo de aquellos; la identificación plena de lo que es un trabajo nocturno o suplementario, y, adicionalmente, cuando determinó las disposiciones específicas referentes a la higiene, a la protección de la salud de los trabajadores y al pago de indemnizaciones en caso de accidentes laborales.

Este aspecto de protección laboral fue complementado en 1928 -por ello es menester hacer esta digresión cronológica y temática- cuando se expidió, en el Registro Oficial No. 763 del domingo 7 de octubre de 1928, la Ley de duración máxima de la jornada de trabajo y de descanso semanal; la Ley sobre el trabajo de mujeres y menores y de protección a la maternidad, la Ley de desahucio del trabajo y la Ley sobre responsabilidad de accidentes de trabajo.

Estas leyes, en su conjunto, fueron emanadas para establecer la jornada laboral en un máximo de 8 horas diarias y 48 horas semanales; la prohibición del trabajo a los menores de 14 años; asimismo la prohibición de trabajo nocturno a las mujeres y a los varones menores de 16 años; la determinación para que las mujeres no puedan trabajar por

un periodo de tres semanas anteriores y tres posteriores al parto y la imposibilidad del despido por la circunstancia del embarazo.

De esta manera no solamente se creó un marco de legislación para garantizar la vida digna de los trabajadores, cuya realidad en los modelos de expansión del capitalismo industrial europeo afectó hasta niveles que bordearon con la existencia misma de la clase obrera -y que debieron ser plenamente observados por Ayora- sino que se garantizaron derechos elementales de los obreros, de las obreras, y de los menores de edad para que gozaran de protecciones específicas y de derechos particulares –como en el caso de las trabajadoras embarazadas-, asuntos todos estos que no están relacionados exclusivamente con el cuidado del capital humano para que fuese capaz de producir mejor en el sistema hegemónico –como inadecuadamente se ha afirmado al referirse a las políticas impulsadas por Ayora- sino que la legislación referida en estas líneas, provino de la comprensión que la salud debía atender a uno de los sectores fundamentales de la sociedad de aquel entonces, los sectores obreros y que hacerlo significaba mirar el contexto y exigía actuar desde una manera integradora.

Esta visión del rol del Estado, asumida desde 1926 y consolidada en 1928, constituyen las acciones básicas de la auténtica salud pública. Es un salto cualitativo entre lo que había sido la higiene pública y lo que pasó a constituirse como salud pública en el Ecuador. Representa, también, la configuración de una visión desde el poder para precautelar la salud de los ciudadanos trabajadores dictando normas específicas para impedir que la explotación laboral destruyera la vida de determinados sectores sociales.

Ciertamente que otros grupos colectivos, entonces, no fueron favorecidos con las leyes que he tratado en este texto; aquella asimetría que corresponde a las características

propias del capitalismo no pudieron ser confrontadas porque es indispensable comprender que si bien la Revolución Juliana y sus regímenes tuvieron un componente social importante en su quehacer, en modo alguno expresaron, particularmente hacia finales de la década de los años treinta -por los sucesos históricos ya consignados- un proceso de ruptura estructural.

En todo caso, lo que si es necesario recuperar es la apertura de la Juliana para dar espacio a los momentos de cambio y de reformas que demandaba el país, a propósito del apareamiento de la clase trabajadora, del desarrollo del capital y de la atmosfera de modificaciones que se vivían en una sociedad que se había empoderado de hechos históricos ocurridos en diversos lares de la región y del mundo, así como frente a las demandas populares y sociales que pocos años atrás habían sido negados a sangre y fuego en nuestro país.

Y también es importante anotar que el régimen de Ayora se caracterizó por la atención particular a los temas de la sanidad, entendida esta rama de la salud, como antecedente de la Salud Pública, y no como un factor aislado de las políticas gubernamentales.

En efecto en 1927, antes de que se consolide en 1928 el salto al que he dominado transición entre el higienismo público a la salud pública, hubo una serie de disposiciones para favorecer la sanidad pública, entre ellas: los incrementos de las asignaciones públicas en favor de las políticas higienistas; la expedición del código de Policía Sanitaria, publicado el 18 de junio en el Registro Oficial No. 364, por medio la cual se efectuaría control de la higiene de las ciudades; el establecimiento de una Estación Cuarentenaria de Sanidad Animal, con la finalidad de protegerla industria ganadera del país, asunto que fue publicado

el 22 de diciembre de 1927 en el Registro Oficial No. 519; todo lo anterior entre otras cosas.

En el mismo año de 1927 creó la Escuela de Enfermeras anexa a la Maternidad Central en el contexto de una visión interdisciplinaria de la formación del equipo de salud que, en 1928, se complementó cuando en el Registro Oficial No 561 del mes de febrero, se establecieron los requisitos para otorgar el título de Experto en Ciencia y Práctica Sanitaria a la par que se puso a las Fuerzas Armadas en la línea de hacerlos operar en acciones de sanidad militar, conforme dispuso el Reglamento respectivo publicado en el Registro Oficial No 599 del 23 de marzo de 1928.

Luego de todo lo referido entre 1927 y 1928, se consolidó en la década de los años treinta la nueva concepción del rol del Estado frente a la Salud. Tanto es así que el 31 de marzo de 1931 se publicó en el Registro Oficial No. 588 la Ley de Boticas y Droguerías con su respectivo Reglamento, mientras al propio tiempo entró en circulación la Primera Estadística Nacional de Mortalidad, bajo la consideración que al establecer una línea base de control del Estado sobre la mortalidad, al futuro la estadística debería contribuir para que se asumieran decisiones acertadas frente a los problemas de salud.

Las décadas siguientes al proceso de la Revolución Juliana serían los tiempos para que en el país, como en toda Latinoamérica, se abrieran las puertas a la influencia del modelo salubrista norteamericano, cuya característica fue la de desarticular, lenta pero paulatinamente, el rol del Estado frente a los conflictos de la salud -o ante la presencia de las enfermedades- y construir un pensamiento médico alrededor de la cada vez más alta especialidad puesto al servicio de la sociedad con un enfoque de atención privado en cuyo

contexto el Estado fue limitando su accionar en medio, adicionalmente, de la sumisiones de los países a los intereses del capital transnacional de la salud.

CAPITULO QUINTO

Comparación y singularización de los periodos liberal y juliano en materia de salud a propósito de las conclusiones fundamentales.

Comparar o singularizar los procesos?

Al final de este trabajo –que deviene, también, a manera de conclusiones- es fundamental encontrar si hay o no paralelismos o asimetrías, en materia de políticas de salud, entre los periodos históricos que han sido abordados; también si existen o no complementariedades en relación a la salud o si desde esta misma perspectiva es pertinente, por el contrario, singularizar los periodos liberal y el juliano.

No obstante debo partir de una precisión fundamental: tanto el periodo liberal –en sus diversas etapas- como el correspondiente a la Revolución Juliana –también con marcadas especificidades a propósito de los regímenes que gobernaron- constituyen

momentos concretos de nuestra historia con dependencias particulares respecto a las estructuras de la sociedad.

Debido a ello, si bien intentaré aproximarme a una constatación expresa en materia de salud en estas etapas históricas, no es menos verdad que antes de atender ese propósito es menester señalar que las políticas de salud no han sido consideradas como hechos aislados de los contextos conceptuales, ideológicos, económicos y sociales propios de cada uno de estos periodos, sino como eslabones super-estructurales de cada uno de estos ciclos históricos.

Precisamente por lo afirmado he de partir de algunas premisas previas, señalados en el texto: el periodo liberal y el juliano, constituyen dos momentos diferentes de la historia ecuatoriana. No son complementarios ni son interdependientes. No tienen correspondencia ideológica, ni fueron eslabones de un proceso continuo. Cada uno representa un momento particular y específico en la historia nacional.

La afirmación establecida, parte de la circunstancia, adicional, que el momento liberal y el juliano, correspondieron a circunstancias particulares de la estructura económica y social ecuatorianas, a cosmovisiones ideológicas distintas y a arquetipos filosóficos - expresado en la historia de las ideas- diferentes, cada una de las cuales estructuró, por los antecedentes señalados, una visión específica de salud y una práctica médica, asimismo, individualizada.

Debido a estas particularidades el análisis en materia de salud en estos dos periodos será abordado con la finalidad de establecer individualizaciones concretas en el periodo liberal y en el de la revolución juliana.

Con el propósito indicado me detendré en el señalamiento de cinco categorías médico-sociales⁷⁷ que a mi modo de ver he logrado construirlas en este trabajo y que en este apartado las individualizaré y explicaré de manera objetiva.

Tres pertenecen al periodo liberal. La primera, denominada como asistencialismo público, corresponde al primer gobierno de Alfaro. El higienismo público de primero y segundo grados, estuvieron presentes, en su orden, en los regímenes de Plaza y en la segunda administración de Eloy Alfaro. Mientras el higienismo público de tercer grado correspondió a las dos Juntas Provisionales de Gobierno del periodo Juliano. La salud pública, finalmente, se desarrolló en los Gobiernos de Ayora, de la misma etapa Juliana.

Estas categorías, usadas a lo largo de este trabajo, las desarrollo específicamente en este apartado porque forman parte de las conclusiones a las que he llegado luego de estudiar las políticas de salud tanto del periodo liberal como del juliano, políticas cuya característica común fue la de imprimir una huella de atención a las poblaciones desde la esfera de lo público, a pesar que la comprensión para conocer los antecedentes de la enfermedad fueron, en estos mismos periodos históricos, diferentes; como fueron distintas las prácticas médicas frente a la relación salud-enfermedad.

⁷⁷ Estas categorías constituyen, más bien, una versión didáctica para referir el nivel de desarrollo – y hasta de comprensión- de lo que significó el higienismo en el periodo liberal y en un tramo correspondiente a la Revolución Juliana. Las expuse por primera ocasión, como ideas generales, con oportunidad del encuentro de Historiadores Latinoamericanos de la Salud que se efectuó el 21 y 22 de marzo del 2013 en Quito en la UASB, por convocatoria del Taller de Historia de la Salud. Fue una forma de analizar comparativamente el proceso de la Salud Pública en el Ecuador. En lo referente a Salud Pública me he ceñido, por el contrario, a las observaciones que sobre esta materia tiene el epidemiólogo social y constructor de la epistemología de salud colectiva, Jaime Breilh (N.A.).

Varios hechos denotan la incomprensión de las causas de la enfermedad y del rol de la sociedad y del Estado frente a este problema tanto en el periodo liberal como en el juliano.

De ellas dos son fundamentales: la necesidad de fortalecer el poder político - particularmente en el régimen liberal- por sobre cualquier otra acción y, la segunda, un déficit en el pensamiento médico ecuatoriano a causa de la hegemonía del positivismo académico que cercó, hasta la segunda década del siglo XX. la configuración de ideas de cambio en dicho pensamiento.

En efecto, las ideas de modificación en el periodo liberal actuaron sobre lo político y lo económico, conforme el requerimiento del vértice social; en tanto que las ideas por un nuevo orden, estuvieron presentes en el periodo juliano, incidiendo en el pensamiento social de la época y a manera de respuesta de intereses provenientes de grupos sociales de la base estructural ecuatoriana.

Precisamente por lo afirmado no es contrasentido que la comparación no curse sobre salud colectiva, conforme inicialmente rezaba el título de esta investigación y la estructuración de la hipótesis central. Pero no cabe la menor duda que, en los dos periodos analizados, hablar de salud colectiva hubiera sido forzar la realidad de los sucesos, tanto más que si nos atenemos a las definiciones de Jaime Breilh⁷⁸ cuando se refiere al objeto real de la salud colectiva y a la praxis de ella.

⁷⁸ Jaime Breilh Paz y Miño resume en el anexo uno las ideas fundamentales de lo que debe entenderse como salud colectiva. Sus ideas son imprescindibles, pues es uno de los pioneros en Latinoamérica en la construcción de la "salud colectiva". No solo por su formación académica, sino por su constante construcción de esta disciplina que ha llevado a que sus opiniones científicas constituyan un referente en la interpretación de la moderna medicina social. (N.A.)

Dice Breilh sobre el objeto real de la salud colectiva: "...abarca los fenómenos que se producen, observan y afrontan en la dimensión social o colectiva...más allá de las personas, los procesos económico-políticos y culturales de una sociedad, que imprimen la lógica de la reproducción social del conjunto..." (J. Breilh, 2103: anexo uno).

En lo atinente a la praxis de la salud colectiva, el mismo Jaime Breilh señala: "...es el conjunto de acciones que la sociedad, sus organizaciones sociales y los especialistas de sus instituciones desde variados sectores impulsan. La salud colectiva si bien tiene al sector salud como pilar fundamental, lo trasciende y complementa mediante la construcción interdisciplinaria, intersectorial e intercultural de la acción". (J. Breilh, 2013: anexo uno)

Puesto así los contextos por Breilh, es evidente que cuando nos referimos a los procesos históricos liberal y juliano no podemos hablar, insisto, de salud colectiva.

El periodo liberal: del asistencialismo público al higienismo público.

El proyecto liberal iniciado en 1895, instalado alrededor de la producción del cacao y en medio del desarrollo de la bancocracia guayaquileña, como lo he dicho a lo largo de este trabajo; sustentado bajo la influencia del pensamiento liberal de finales del siglo XIX y, añadiría, identificado epistemológicamente con las ideas del positivismo –en el marco de la ruptura con el pensamiento romántico (J. Breilh, 2011: 55)- asumió en materia de salud, en el primer Alfارismo (1895-1901) una visión de la salud a la que he denominado de asistencialismo público, diferenciado, eso sí, de las conductas asistenciales individuales que fueron propias de los periodos anteriores.

En efecto, en el siglo XVIII –siglo al que ubico como antecedente mediato de las siguientes reflexiones- se evidenció respecto de la enfermedad y de los enfermos una conducta de los poderes locales que atendieron el conflicto de salud como una situación

particular de los individuos y que por tener el carácter de tal, fue enfrentada, asimismo, aislando el conflicto de salud de la colectividad; a manera de un problema circunscrito exclusivamente al enfermo respecto del cual, por incidencia de la religiosidad predominante, se optó, también, una conducta de con misericordia cristiana.

La enfermedad, en tales circunstancias, se comprendió como una afectación que demandaba recluir al enfermo para que su condición no incidiera, en lo posible, sobre los otros, tanto más que las distorsiones de salud también fueron entendidas como una situación proveniente de determinaciones “divinas”. Las raíces epistemológicas de la enfermedad entonces estuvieron atadas al pensamiento escolástico.

En un panorama como el descrito, los poderes locales –adscritos a la tutela religiosa- respondieron a las enfermedades desde la perspectiva de procurar el “buen morir” del enfermo (G. Rodas, 2004: 57) asunto que no solo revela el momento de la historia de las ideas, sino los tiempos por los que transitaba la ciencia.

Así debe comprenderse, por ejemplo, el rol del Hospital de la Divina Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo en Quito –incluso se entenderá el nombre del hospital- que acogió enfermos en su momento final, convirtiéndose en un sitio donde transcurrieron los últimos momentos de su vida los enfermos, más allá de los afanes médicos de aquel entonces para “la investigación científica” a propósito de las autopsias que se practicaron para encontrar las causas de las enfermedades.

Correspondió a esta etapa el asistencialismo amparado en las ideas religiosas para socorrer a los enfermos en medio del rechazo social del que fueron objeto en los momentos próximos a su muerte; fue un comportamiento, además, selectivo e individualizado, que bordeó con los límites de la caridad.

Desde esta actitud frente a las enfermedades, posteriormente hubo un cambio notable debido al influjo del pensamiento ilustrado –desde el humanismo ilustrado al pensamiento liberal clásico (J. Breilh, 2011; 50)- que favoreció otras conductas y que se expresó, también, en las ideas; en la estructuración del poder y, en cuanto al tema que nos atañe, en su comprensión diferenciada respecto de las causas de las enfermedades. Fueron los tiempos del triunfo político del liberalismo.

El cómo actuar frente al apareamiento de las enfermedades siguió siendo un déficit de aquella época. Tal restricción se vio reflejada por causas diversas en los primeros momentos de la revolución alfarista.

La perspectiva de construir un poder centralizado y que se ocupara de todo el territorio nacional –comprendiendo además su diversidad- así como la implantación del laicismo, y desde luego la dependencia con el pensamiento científico ilustrado del periodo, a más del interés por precautelar los problemas de salud que limitaban el desarrollo económico del país, contribuyeron para que el gobierno de Eloy Alfaro, en su primera administración, optara por una gestión nacional asistencialista, que en materia de salud fue preocupación desde el poder público, asunto que se evidencia en la persistente política de articulación de las Juntas de Beneficencia.

Es comprensible la actitud que refiero pues el primer régimen liberal soportó una serie de dificultades políticas que le obligaron a que su principal gestión y su expresa determinación en el manejo del gobierno estuvieran vinculadas con el objetivo de lograr mantenerse en el poder y luego consolidarlo,⁷⁹ a fin de en lo posterior propiciar cambios en

⁷⁹ No olvidemos que entre el 5 de junio de 1895 hasta el 17 de enero de 1897, Alfaro ejerció primero la Jefatura Suprema y, luego, la Presidencia interina, en medio de una circunstancia

el modelo político al calor de las ideas liberales que, en materia de salud, fueron casi nulas, debido a que los factores de inflexión y de ruptura con el pasado inmediato se colocaron distantes. de las modificaciones al modelo político y económico.

Por todo lo señalado puedo afirmar que al margen del contexto referido, la creación de la Junta Superior de Sanidad Marítima y Urbana -en octubre de 1899- respecto de cuya actividad he hablado oportunamente, es una de las pocas respuestas institucionales que tuvieron otra perspectiva que no fuera el asistencialismo público; aquello ocurrió porque se buscó con esta ley garantizar la concurrencia de un médico en los puertos, particularmente en Guayaquil, para detectar la presencia o no de enfermos y de esta manera, como dice la ley que he anexado en este texto “evitar la invasión y propagación de enfermedades infecto-contagiosas”, en el entorno de precautelar, fundamentalmente, las actividades comerciales. Fue, de esta manera, una política de salud localizada que no determinó el carácter de atención de salud al resto del Ecuador.

El segundo régimen liberal, el del General Leónidas Plaza Gutiérrez (1901-1905), una vez puesta la casa en orden -me refiero a la construcción del modelo liberal que inició Alfaro- tuvo más oportunidades para atender el conflicto de las enfermedades desde una perspectiva distinta y sin los apremios que el primer gobierno alfarista tuvo.

En efecto, si bien en los primeros momentos se insistió en el funcionamiento de las Juntas de Beneficencia, surgió un proceso notorio por comenzar a preocuparse respecto de los problemas higiénicos del país, lo cual se volvió evidente debido al nuevo rol que fue imprimiéndose en las tareas de la Juntas de Beneficencia en el marco de una política

política difícil y de asecho permanente. Su ejercicio de Presidente Constitucional solo se produjo desde enero de 1897 hasta agosto de 1901. (N.A.)

nacional que demandaba que los hospitales se sometieran a estas Juntas para atender la salud de las poblaciones.

También forman parte de la apreciación anterior la creación, en 1903, del Consejo Supremo de Sanidad en Quito, así como la circunstancia, en el momento de crearse la Ley de Cultos el 14 de octubre de 1904 en el Registro Oficial No. 912, cuando se sometió, como ya he comentado, a los conventos y monasterios al control de las Juntas de Sanidad e Higiene.

Tales Juntas de Higiene y Sanidad, con un funcionamiento relativo por la carencia inicial de recursos, tuvieron por objeto detectar las enfermedades que afectaban en aquel periodo a las gentes (fiebre amarilla, viruela, tifoidea, entre otras) para que los médicos las trataran; o bien, cuando los médicos “las descubrían” asumieran la obligación de reportarlas, conforme mandaba la Ley, a la Junta de Sanidad a fin de que estas instancias ordenaran un proceso de seguimiento del enfermo para evitar contagios, en medio de un proceso de tratamiento al enfermo que tuvo falencias por los incipientes conocimientos sobre esta realidad (L. León, 2012: 57).

Por todo lo referido a este periodo lo he identificado como de higienista de primer grado; es la forma de identificar el relativo paso entre el asistencialismo público, expandido en todo el territorio nacional en el primer gobierno liberal, a una forma diferente de confrontar con un tipo de enfermedades y con las causas patológicas de ellas.

En la segunda administración de Eloy Alfaro, 1906-1911, se produjeron cambios cualitativos en la atención de la salud a los ciudadanos. Este comportamiento se volvió evidente desde el mismo momento de la Jefatura Suprema –enero a octubre de 1906-; las políticas de salud fueron más notorias en la Presidencia Interina –octubre 1906 a enero de

1907- y desde luego cuando ejerció plenamente el Gobierno en su Presidencia Constitucional hasta 1911.

Así el 4 de abril de 1906 Alfaro ratificó vigente el convenio Sanitario celebrado en Washington el 14 de octubre de 1905, por medio del cual se buscaba tener una postura de control de los puertos en la región respecto de enfermedades transmisibles como la malaria, lo que incluía seguimiento a los enfermos y curación de los mismos (E. Quevedo, 2004: 52).

Pero adicionalmente en el Registro Oficial No. 90 del 23 de abril de 1906, Alfaro creó la Sociedad Protectora de la Infancia, en cuyos estatutos se advierten algunas normas para cuidar a los niños frente a los conflictos de higiene, para cuyo efecto se determina, entre otras cosas, la obligatoriedad en el sentido de detectar enfermos y fumigar sus casas y los alrededores.

Aquello de vigilar la situación de los pasajeros que viajaban en tren o en embarcaciones –lo cual expresa una política con sentido nacional- para identificar a los portadores de enfermedades, formó parte de un plan para atender a los enfermos a los cuales ya no se les recluyó, sino se les prodigó alguna forma de atención médica (L. León, 2012: 58).

Quizá el paso de mayor trascendencia, en aquello de consolidar políticas de higiene, se evidencia cuando mediante decreto publicado el 23 de marzo de 1908 -expedido en el Registro Oficial No. 626 del mismo año y mes- se estableció la creación de una Junta Superior de Higiene y Sanidad en favor de Quito y Cuenca, con la finalidad de actuar, desde una perspectiva de prevención, sobre problemas básicos de la sociedad que al ser alterados, promovían graves conflictos de higiene y de salud en los habitantes.

Más aún, el 24 de marzo del mismo 1908 mediante decreto, se estableció, en favor de Guayaquil, una Comisión de Especial de Saneamiento, considerando que el primer puerto del país debía enfrentar con premura acciones de saneamiento.

No debo dejar de señalar que incluso las modificaciones que se fueron efectuando en esta segunda administración de Alfaro referentes a las reformas de estatutos de las Juntas de Beneficencia, así como a los niveles de competencia de dichas juntas, tuvieron un trasfondo de dotar a estos organismos de comportamientos higienistas en beneficio de la población. Tanto esto es así que en el Mensaje del Presidente Alfaro al segundo Congreso extraordinario de 1908 –que se halla publicado el 28 de octubre en el Registro Oficial No. 797- se advierte el llamado del Gobernante para que la Ley de Beneficencia fuera comprendida “como una acción de los poderes públicos para proteger a la clase desvalida”.

Quizá el momento culminante de todas estas políticas de higienismo público, correspondiente al segundo mandato del General Alfaro, se evidenció cuando, como se demuestra con el anexo correspondiente a este trabajo, el Registro Oficial No. 803 del 5 de noviembre de 1908, se publica el decreto legislativo por medio del cual se establece el Servicio de Sanidad Pública, organismo al que se le encomienda formular los reglamentos de higiene y salubridad pública, así como de las cuarentenas marítimas.

Son estos antecedentes lo que me han permitido establecer que el segundo gobierno del Presidente Alfaro, en donde hubo más pausa para atender temas diferentes, se establecieron a plenitud políticas de higiene que, por hallarse bajo el control del Estado o por estar reguladas por el mismo, las he catalogado como acciones que conforman un corpus y que definen al periodo mentado como de higienismo público de segundo grado.

El periodo Juliano: desde el Higienismo Público a la Salud Pública

La Revolución Juliana, cuyas características esenciales han sido ya abordadas en este texto, tiene en su haber dos momentos plenamente identificados en materia de atención a la salud. Son dos etapas diferenciadas que constituyeron parte de uno de los periodos de mayor trascendencia en la vida Republicana del Ecuador.

Es necesario, no obstante, partir de una reflexión previa. La Revolución Juliana ¿fue una revolución? Cuando se habla de revoluciones se corre el riesgo de entrar exclusivamente en la búsqueda y descripción de resultados de larga temporalidad donde las transformaciones profundas y las características de un espacio socio-político, económico o cultural deben ser diferentes a los ciclos históricos anteriores.

Esta manera de interpretar el fenómeno revolucionario tiene el problema de enfrentarnos a una visión épica y mítica de la revolución, cuando no hay la menor duda que los procesos revolucionarios deben ser juzgados, además, desde una categoría que nos conduzca a discernir los determinantes sociales que favorecen las luchas históricas de los pueblos –aún en medio de las derrotas- pero cuyo mensaje ideológico o las transformaciones que ha procurado contribuyen a desarrollar los puntos de inflexión para que el cambio de la sociedad ocurra desde otras circunstancias y particularidades.

Esta precisión no discurre paralelamente a las propuestas de cambio por etapas; ni propone que el ciclo de la Juliana debe ser entendido, en sus inicios, como un antecedente agitacional para impulsar determinadas reformas. Es una clara precisión para señalar que no todo movimiento revolucionario, a pesar de su valor cualitativo, logra consolidarse a propósito de la lucha de los contrarios.

La Revolución Juliana fue una circunstancia que emergió en medio de una serie de presiones de los nuevos actores sociales y debido a la presencia de ideas que proponía un

nuevo tipo de sociedad, reflexiones que no fueron canalizadas orgánicamente en su momento, lo cual imposibilitó la presencia de suficientes vasos comunicantes entre los actores del cambio y las tareas para favorecer ese cambio. Empero, la eclosión y el fervor de las transformaciones estuvieron presentes y aquello debe necesariamente caracterizar el primer momento de la Revolución Juliana.

Este análisis debe producirse, necesariamente, sin abandonar la relación dialéctica de las condiciones objetivas y subjetivas que formaron el contexto del proceso histórico. Relación que, en el análisis posterior, pudiera encontrarse como asimétrica, pero que no por ello debe cuestionar las posturas de orden modificadorio que en su momento aparecieron respecto del contexto estructural de la segunda década del siglo XX.

En esta perspectiva señalada es válido aceptar que las ideas julianas de transformación dieron cuenta de una conducta para derrotar el régimen y la ideología oligárquico - terrateniente (J. Breilh, 2011: 76); tanto más que tales ideas fueron construyéndose, como le he señalado oportunamente, por el influjo de factores externos –la Revolución Mexicana, la crisis económica generada por la Primera Guerra Mundial, el triunfo de la Revolución Bolchevique- y el desarrollo de de elementos internos –la masacre del 15 de noviembre de 1922, la aparición de clase obrera, la crisis del modelo capitalista local- que configuraron un modelo social predeterminado para buscar cambios cualitativos en la estructura social ecuatoriana y que para nada se constituyeron en elementos de modificación o de continuidad al proyecto liberal que, por el contrario, había entrado en crisis.

Todas estas circunstancias volvieron al proceso de 1925 en un referente particular. Sus limitaciones, luego, deben ser entendidas como la carencia de un liderazgo de masas

que contribuyó a que se establecieran momentos particulares del periodo juliano que a pesar de lo señalado, logró desestructurar al modelo liberal.

La fuerza revolucionaria inicial de los julianos respondió entonces a un modelo de transformación. Aquello estuvo expresado en la formación de la Liga Militar, cuya perspectiva inicial estuvo dada en la lucha por el Poder; la primera y la segunda Juntas Provisionales de Gobierno Juliano representaron, luego, una alianza político social –al desajustarse la correlación de fuerzas del grupo detonante del proceso y debido a la modificación de los factores objetivos y subjetivos para un cambio real- que impidió las rupturas estructurales; los gobiernos de Ayora, finalmente, expresaron los afanes modernizantes del periodo y de sustitución al modelo concentrador oligárquico anterior que, además fue receptivo a las demandas sociales y populares del periodo.

Al ciclo juliano, pues, no se le puede mirar como un todo. Como una línea continua. Tuvo momentos distintos, pero lo importante es comprender que su incidencia en el escenario nacional estuvo dada, como lo he reiterado, debido a que produjo una ruptura al modelo liberal y por esta razón es suficiente para señalarlo, en sus albores, como revolucionario, como transformador, a pesar de sus modificaciones que, por otro lado y “a pesar de ellas” contribuyeron a rediseñar al Ecuador de esos días.

La Junta militar no actuó sobre el modelo de salud. No le alcanzó el tiempo, pues su rol fue el de favorecer el cambio político, más allá de que sus actores tuvieron influencia de las ideas nacionalistas y socialistas del periodo; por el contrario las dos Juntas Provisionales inmediatas que gobernaron entre el 10 de julio de 1925 al 9 de enero de 1926 y del 10 de enero al 31 marzo de 1926, respectivamente, si tuvieron la oportunidad de actuar en políticas de salud.

La primera Junta Provisional centralizó los servicios municipales y nacionales de la higiene bajo una unidad científica y administrativa de sanidad para cuyo efecto dividió al país en distritos. Esta acción fue una clara demostración de poner al Estado al frente de los temas de la higiene.

La etapa de la higiene pública de tercer grado, conforme caracterizo al periodo de las dos Juntas Provisionales, se inició con la medida referida en el acápite anterior, política de salud que encontró continuidad cuando se estableció en esta misma oportunidad⁸⁰ que las enfermedades infectocontagiosas, el servicio de desinfección, el de higiene escolar, el de protección a la infancia y propaganda higiénica; así como los servicios de profilaxis venérea, de atención a la policía y el correspondiente al de seguimiento estadístico estarían sujetos a las Direcciones de Sanidad.

Luego, el 28 de julio de 1925, mediante Registro Oficial No. 15, se crearon las Ligas de Salud Pública encargadas de evitar la propagación de la peste blanca, la sífilis y otras enfermedades de “carácter grave”, Ligas que debían ser organizadas por las Juntas de Sanidad.

En suma, se fueron tomando una serie de medidas y de acciones que potenciaron la visión higienista, como una forma adecuada para cuidar a la población frente a la presencia de diversas enfermedades, en momentos en que la migración laboral fue constante; cuando las deficiencias estructurales del país dejaron ver sus falencias en materia sanitaria, etc.

⁸⁰ Conforme se desprende en el Registro Oficial 31 del 17 de agosto de 1925, que ya ha sido comentado por separado (N.A.)

La Segunda Junta Provisional, en la cual fue integrado como miembro de ella el Doctor Isidro Ayora, efectuó en febrero de 1926⁸¹ la sustitución de la Ley de Beneficencia Pública por el de Asistencia Pública. Este hecho es absolutamente demostrativo respecto de la mayoría de edad que fue asumiendo el higienismo público. Que, además, comprendió que su tarea no estaba circunscrita a atender los casos de los enfermos gravemente afectados, sino de favorecer la protección de los ancianos, de los inválidos, de los mendigos, de las embarazadas y de los niños, sectores vulnerables todos ellos y respecto de quienes el Estado asumió, con esta Ley, la obligatoriedad de protegerlos.

Los asuntos importantes que señalo, constituyeron una especie de antecedente para la formulación de la Ley de Sanidad⁸² que en 1926 entró en vigencia y en la cual se había previsto una serie de acciones contra las enfermedades infecto-contagiosas y la “lucha contra las enfermedades sociales” –así definidas por la Ley- entre las cuales se cita a la tuberculosis, al alcoholismo, el paludismo, la anquilostomiasis y las enfermedades venéreas. Fueron los tiempos de la consolidación de la higiene pública de tercer grado.

En este mismo contexto, corresponde a este periodo el conjunto de acciones y de disposiciones para que se prevea, mediante la gestión de las administraciones municipales, las construcciones de mercados, el desarrollo de la canalización y la dotación de agua potable a las ciudades, más allá de las preocupaciones para que funcionen boticas y

⁸¹ El Registro Oficial No. 182, que se halla anexado a este estudio, luego de su análisis en el capítulo relativo a la Revolución Juliana (N.A.).

⁸² Publicada el 2 de Marzo de 1926 en el Registro Oficial Número 194.

droguerías, todo ello en el marco de precautelar, desde el higienismo, la presencia de ciertas enfermedades en la población.

Todo este sistema al que hago relación se produjo –vuelvo a insistir- en el marco de una explícita preocupación higienista pública que demostró la preocupación para cuidar de la sociedad comprendiendo, adicionalmente, que la presencia de muchas enfermedades se hallaban supeditadas a las deficiencias estructurales del sistema de atención en salud, realidad que esta que fue procesada con inteligencia por el médico Isidro Ayora quien gobernó al país desde 1926 hasta 1931, inicialmente como Presidente Interino y luego como Presidente Constitucional, regímenes unipersonales de la Revolución Juliana.

Volviendo al punto de partida del régimen de Ayora, es indispensable señalar que el año de 1926 fue el año de consolidación orgánica de la izquierda ecuatoriana. En efecto, la primera agrupación política de esta naturaleza, el Partido Socialista, se fundó⁸³ un mes después del ascenso al gobierno de Ayora. Algunos de los fundadores del Socialismo habían optado por el apoyo, desde el inicio, al proceso Juliano tanto más que provenían, como fue el caso del médico Ricardo Paredes Romero,⁸⁴ del grupo Antorcha⁸⁵ que estuvo

⁸³ El Partido Socialista se fundó entre el 16 y el 23 de mayo de 1926. Sus antecedentes históricos estuvieron ligados a varios de los antecedentes internacionales e internos que he citado a propósito de explicar, también, los factores que influyeron en la articulación de la Revolución Juliana. No fueron procesos similares ni estuvieron atravesados por líneas convergentes, pero hay un paralelismo importante en relación a haberse constituido estos procesos en receptores de influencia de muchos fenómenos que en el mismo periodo se produjeron y que gravitaron en la vida nacional de las dos primeras décadas del siglo XX. (G. Rodas, 2006: 29)

⁸⁴ Médico alumno de Isidro Ayora, de formación marxista, que se insertó, con otros intelectuales, en el proceso inicial de la Revolución Juliana. Desplegó todas las iniciativas necesarias para la fundación del Socialismo en mayo de 1926, cuya estructuración no respondió a la coyuntura juliana, pero con cuyo devenir –particularmente entre 1925 y 1928- mantuvo una relación que no puede ser dejada de lado en cualquier análisis (Rodas, 2011; 75).

vinculado, entre otras cosas, a las tareas de favorecer el proceso del 9 de julio de 1925, al punto que a pocas horas de haberse anunciado la Revolución Juliana, Antorcha proclamó que dicha agrupación asumía el carácter de socialista y que con ese carácter se insertaba en el proceso iniciado pocas horas antes en la vida política nacional.

Antorcha, en esa misma oportunidad, señaló la necesidad de ir a la fundación de una estructura política socialista; fue una declaración, también, para incidir en las acciones del proceso juliano (G. Rodas, 2011: 72).

Miradas así las circunstancias, la presencia de Isidro Ayora en el poder fue importante para muchos sectores sociales y Ayora pronto lo entendió así, de tal manera que comenzó a articular varios cambios desde su gobierno para favorecer las expectativas señaladas, en el ánimo de reorientar la economía nacional y, en lo que concierne a analizar en este trabajo, también frente a la situación de las enfermedades que afectaban al pueblo ecuatoriano.

Así, el 7 de julio de 1926 se publicó en el Registro Oficial No. 77 el Reglamento para la aplicación de Sanidad; antes el 10 de junio del mismo año se había expedido, mediante el Registro Oficial No. 54 el Reglamento para la aplicación de la Ley de Asistencia Pública. Fue de esta manera como se puso en marcha los mecanismos adecuados para fortalecer la acción sanitarista que demanda el país, asuntos que no dejaron de tratarse y organizarse desde el régimen de Ayora en el curso de todo su mandato, bajo la clara

⁸⁵ El Grupo Antorcha se fundó en Quito el 16 de septiembre de 1924; publicó un periódico del mismo nombre —el mismo que circuló por primera ocasión el 31 de diciembre de 1924—, pertenecieron a este grupo Ángel Modesto Paredes, Ricardo Paredes, César Carrera Andrade, Néstor Mogollón, Leonardo Muñoz, Gonzalo Pozo, Hugo Alemán, Delio Ortiz, Julio Peñaherrera y Augusto Arias. El 13 de julio de 1925 se convirtió en el primer núcleo socialista de Quito, el cual organizó para el 5 de octubre del mismo año una Asamblea Socialista en la Universidad Central. (N. A.)

orientación –la misma que se había desarrollado en Europa- que correspondía al Estado a asumir estas responsabilidades.

Tanto así que una de sus gestiones de enorme valía en el ejercicio de sus responsabilidades, se refiere a lo que se conoce como el saneamiento de la ciudad de Guayaquil, ciudad a la que dotó de canalización, alcantarillado y pavimentación. (P. Naranjo, 2012: 119), para lo cual el Supremo Gobierno del Ecuador y la Sociedad J. G. White etc. Company Limited de Londres suscribieron un Contrato para la ejecución de dichas obras, conforme se desprende del estudio del Registro Oficial No. 584 del 6 de marzo de 1928.

Empero, vendrían acciones de otra naturaleza en materia de salud que establecieron el salto cualitativo desde el higienismo, en su máxima expresión,⁸⁶ a la salud pública que por su importancia la enfatizo por separado.

Si convenimos que la Salud Pública, en 1926, fue comprendida, cuando menos, en el sentido que los problemas de salud que padecían los individuos se debían a causas diversas –como por ejemplo a la ausencia de infraestructura higiénica y sanitaria- y que para evitar las distorsiones en la salud era necesario que los gobiernos desarrollaran medidas preventivas, no solo médicas, para impedir situaciones individuales y/o colectivas que conducían a los sujetos a la enfermedad, estamos constatando el salto cualitativo extraordinario que dio Isidro Ayora en materia de comportamiento del Estado frente al conflicto salud-enfermedad.

⁸⁶ Categoría de máximo desarrollo del higienismo y que lo he llamado de tercer grado para diferenciar con los niveles primero y segundo que se propiciaron, en otros momentos históricos, como política de Estado para enfrentar frente a ciertas enfermedades. (N.A.)

Ciertamente que la concepción biomédica se halla presente en esta formulación de salud pública y que ella “reduce a la salud a procesos individuales, bio-sicológicos y que substituye la elaboración integral sobre lo colectivo por una mera agregación empírica...” (J. Breilh, 2013: anexo), pero no es menos verdad que para el último lustro de la segunda década del siglo XX, tal comportamiento -desde el poder- frente a las enfermedades, constituyó un paso de trascendencia que deja traslucir la influencia del pensamiento renovador de la época y que da cuenta de la voluntad de Ayora, y de su entorno político, para responder frente a los conflictos de la sociedad.

Desde luego que la formación del médico Ayora en Europa, particularmente en Alemania, contribuyó notablemente en la aprehensión de que la salud debía ser una responsabilidad del Estado⁸⁷ frente a los ciudadanos. Pero adicionalmente se identificó con una idea central: el deterioro de la salud no solo se expresa por causas inherentes a la carencia de higiene, sino debido factores adicionales que quebrantan la salud de los individuos y que se relacionan, entre otras cosas, con la explotación laboral.

Ayora fue testigo en Europa de los esfuerzos desde el Estado para impedir –porque a más del drama de los individuos y de las poblaciones, los conflictos de salud reducían la capacidad de desarrollo del proyecto industrial- el hacinamiento social, la carencia de servicios básicos de las poblaciones, la explotación laboral a hombres, mujeres y niños, entre otras vicisitudes estructurales que soportó el viejo continente en pleno proceso industrial.

⁸⁷ El Estado europeo, atendió los intereses de la industrialización y adicionalmente se preocupó de la salud los sectores sociales que favorecieron el modelo de producción de aquellos años, conforme lo he demostrado en el estudio histórico (capítulo primero) de este trabajo. (N.A.)

En este contexto, Ayora comprendió que muchos problemas de salud podían ser reducidos si se actuaba sobre la raíz de ellos, conforme demandaban, adicionalmente, los obreros organizados del viejo continente, cuya influencia en la lucha social, adicionalmente, había sacudido la vida europea, particularmente luego del triunfo bolchevique en lo que se llamaría la URSS.

En Isidro Ayora fue notoria, la influencia de sus aprendizajes y vivencias. Pero fue trascendente, también, su cosmovisión de médico, el haber sido testigo de las movilizaciones sociales en el Ecuador en el marco de la conformación de la clase obrera y a propósito del desarrollo de las corrientes ideológicas que con sentido crítico cuestionaron el comportamiento de los regímenes que habían favorecido los intereses de grupos reducidos de nuestra sociedad. La conducta de Ayora, entonces, expresó no solo conocimiento médico, sino apertura frente a los conflictos de la sociedad y voluntad política para responder a estas circunstancias.

En el entorno de lo afirmado es posible, entonces, comprender la promulgación del Decreto del 13 de julio de 1926 –anexado en esta investigación- por el cual se crea la Inspección de Trabajo y la posterior promulgación de su reglamento, publicado el 29 de julio del mismo año, mediante el cual se dictaminan normas para las condiciones de trabajo y para la protección de los trabajadores al establecer límites de las horas de trabajo, normas vinculadas con la higiene laboral y con la protección de la salud; así como el demostrado interés para favorecer la presencia de las entonces llamadas asociaciones obreras profesionales.

Este marco de protección a los sectores obreros tendrá un complemento, el 7 de octubre de 1928, cuando se dictó la Ley en relación a la duración máxima de la jornada

laboral para el obrero asalariado, para el trabajador manual, en relación al dependiente de almacén o respecto del empleado privado.

En la misma Ley se puede valorar la determinación política de Ayora con respecto a la mujer y a la niñez, cuando se estableció la protección laboral de la mujer, la protección de la maternidad y las prohibiciones para el trabajo de los niños.

Todas estas regulaciones de protección a los sectores populares y obreros, debe comprenderse en el mismo contexto de las políticas sociales que favorecieron la creación de la Caja de Pensiones, asunto que fuera publicado en el Registro Oficial No. 605 del 30 de marzo de 1928, y a la promulgación de la Ley de Jubilación, de la ley de Montepíos, etc., que se hallan consignados en el Registro Oficial No 590 del 13 de marzo de 1928, temas diferentes que forman parte de la misma ecuación, esto es precautelar las condiciones de vida, entre ellas la de la salud, cuando el trabajador deje de formar parte de la actividad productiva.

Es evidente que hay limitaciones fundamentales en la concepción de la Salud Pública –incluso respecto de aquella que se fue desarrollando en la región-, pero no es menos verdad que los cimientos de esta forma de comprender y atender la salud se inauguró con Ayora y tal trascendencia es imperativo resaltar en este estudio.

De esta manera el periodo Juliano impulsado por Ayora tuvo una propia singularización en materia de comprender las enfermedades y sus causas; de allí que comprometió al Estado para que asumiera un rol específico frente a dicha circunstancia, construyendo las bases sustantivas de la Salud Pública y diferenciando el tratamiento de la salud respecto de la Higiene Pública, visión desde la cual, con diferentes grados de

desarrollo, los regímenes julianos –las Juntas Provisionales de Gobierno- habían atendido el conflicto salud-enfermedad en esos mismos años.

El salto cualitativo del que he hablado varias veces tiene la trascendencia, adicional de haber comprendido que la sociedad debe ser protegida en su hábitat de trabajo y fuera de él. Las limitaciones evidentes de atención de la salud frente a otros grupos sociales no asalariados, desempleados, del incipiente pequeño comercio no son causas para deslegitimar lo actuado en los regímenes de Ayora. Solo contribuyen a demostrar, entonces y una vez más, la importancia de los cambios estructurales en la sociedad, esos cambios y modificaciones de fondo que fueron pensados por los compactados para que la Junta Militar apareciera en el escenario nacional en julio de 1925.

Conclusiones fundamentales sobre el desarrollo de políticas de salud en el periodo liberal y en el juliano.

Este trabajo de investigación ha llegado a las siguientes conclusiones fundamentales:

1.-Las acciones para combatir la enfermedad, o lo que yo llamo la distorsión de la salud, dependieron de las configuraciones expresas en el desarrollo del pensamiento médico que, a su vez, respondió a los momentos por los cuales transitaba la historia de las ideas, cuyas variaciones sustantivas y explicaciones históricas forman parte del primer capítulo de este trabajo y de cuyo contexto es fundamental recuperara la circunstancia vivida en Europa, en los siglos XVIII y XIX, ciclo histórico en el que se afianzó el rol del Estado para atender los problemas de salud, independientemente del desarrollo del capitalismo industrial y de sus objetivos de impulso a una forma económica basada en el carácter privado de la misma.

El igual proceso ocurrió, inicialmente, en lo que fuera la colonia Inglesa, Estados Unidos de Norteamérica, que por sus particularidades en el desarrollo del proyecto económico se preocupó, desde finales del siglo XIX, en construir su propio modelo de salud y responder ante el conflicto de enfermedades desde una postura que fomentó, lenta pero paulatinamente, la acción de lo privado. La Higiene y la salud pública fueron, en esta perspectiva, preocupación de corporaciones y fundaciones norteamericanas que, sistemáticamente intentaron influenciar sobre la región desde su propia visión y a partir de sus intereses concretos.

No obstante, la huella histórica de la salud en el Ecuador a finales del siglo XIX y en las tres primeras décadas del siglo XX tuvo la impronta de la influencia del Estado – líneas de influencia evidenciadas en la revolución liberal y en el periodo de la revolución juliana- mientras que el punto de inflexión para que esta preocupación dejara de ser pública y asumiera andariveles de lo privado, conforme la visión norteamericana, ocurrió drásticamente, luego de 1932, a pesar que entre 1912 y 1924 hubo visos de influencia en el país de las corrientes norteamericanas –con la Fundación Rockefeller- con objetivos estratégicos vinculados a la hegemonía del capital y mediante prácticas “de lo privado” en su accionar frente a particulares problemas de salud.

2.-Las ideas de la Ilustración –en la versión humanista ilustrada- constituyeron la base de las acciones de salud con las cuales emprendió el liberalismo ecuatoriano el cuidado de la población a partir de la individualización del problema de la enfermedad, lo cual le llevó a discernir el conflicto desde el asistencialismo y la beneficencia en el marco de comprometer al Estado para el socorro de los enfermos hasta llegar, posteriormente, a una conducta de cuidado y prevención de los individuos -proceso que con sus variantes se

extendió desde 1895 a 1911- como una fórmula para actuar frente a las enfermedades que se habían propalado en el país afectando de manera dramática a las poblaciones, realidad que se halla plenamente evidenciada en este trabajo al registrar la situación de las enfermedades que invadieron a Quito y Guayaquil en el siglo XIX y con las cuales debió encontrarse el proyecto liberal, desde el inicio de su ejercicio en 1895.

A contrapelo, desde los momentos previos de la Revolución Juliana y luego en su pleno ejercicio, fueron las ideas vinculadas a los colectivos sociales y a sus problemas, y no a los individuos exclusivamente, las categorías conceptuales que formaron parte de la incidencia para que el poder asumiera el compromiso de atender la salud, contextualizando este problema como uno de los tantos que provenía de la estructura social.

En el periodo liberal, como en el juliano, el pensamiento médico ecuatoriano expresó el compromiso del Estado frente a la enfermedad. Esta realidad no vuelve similar a los dos procesos históricos, pues los dos momentos históricos fueron distintos y con particularidades propias. Ni el uno, el liberal, engendró al otro, ni el segundo, el juliano, fue una continuidad del proceso de 1895, tema que lo he reiterado a lo largo de estas páginas.

Lo actuado por los julianos fue, como lo he referido, un corte a la etapa de 1912-1924 cuando en el Ecuador comenzó a promoverse, en materia de salud, su dependencia a los intereses y a las políticas de la metrópoli norteamericana que había iniciado el proceso de incidencia en salud desde la perspectiva de la actividad privada, dejando de lado, entonces, la participación y regulación del Estado.

3.-El periodo liberal en estudio estuvo atravesado por tres etapas claramente definidas en materia de salud, las mismas que las he construido no solo para facilitar el análisis sino porque corresponden a una realidad.

El primer gobierno Alfarista definió su atención a la enfermedad a partir de una conducta de asistencia respecto de quienes tenían una determinada enfermedad o debido a los niveles de marginación que sufrían los individuos; aquello determinó la constante tarea de reproducir las Juntas de Beneficencia como el instrumento adecuado para socorrer la situación crítica de los enfermos y de los desamparados, en medio de un proceso político de complejidades que exigió del gobierno la mayor atención a esta circunstancia, a propósito de la consolidación de su régimen.

Si bien se produjeron acciones en el marco de iniciativas de higiene, fueron estas puntuales y no formaron parte de una política nacional, tanto más que respondieron a objetivos de cuidar el espacio comercial, particularmente de Guayaquil.

Fue el gobierno inmediato al de Eloy Alfaro, el de Leónidas Plaza -que gobernó una vez consolidado los cambios políticos en el Ecuador- quien pudo imprimir a su gestión en salud una línea que diera cuenta de las enfermedades y de sus causas elementales; por ello la matriz de comprensión de los problemas de salud estuvo vinculada a atender primariamente los problemas de higiene en todo el país. Fueron los tiempos en los cuales se inauguró el Higienismo Público de Primer Grado.

Luego, en el segundo gobierno de Eloy Alfaro, se impulsaron activamente los mecanismos para la institucionalización de la higiene pública que hasta entonces había sido tratada como un factor recurrente para atender la presencia de las enfermedades específicas en el Ecuador. Este periodo lo he denominado como Higienismo Público de Segundo Grado.

Por todo lo afirmado en esta conclusión se comprenderá que el interés de este trabajo ha estado en demostrar que el periodo liberal de 1895-1911 se transitó desde el

asistencialismo público al higienismo público, transición marcada por la presencia del Estado Liberal que a su vez denota la modificación del pensamiento médico en los espacios de poder.

3.- El periodo Juliano tiene dos etapas absolutamente diferenciadas en materia de salud: la de las Juntas Provisionales de Gobierno y la del ejercicio gubernamental de Isidro Ayora.

En las Juntas Provisionales la profundización de la comprensión del higienismo como un factor para impedir la enfermedad en la colectividad, llevó a que se creará una institucionalidad bastante sólida para la época, capaz de atender las políticas de higiene con visión nacional y estructurada en la descentralización de competencias.

De allí que la mayoría de edad del higienismo en el Ecuador correspondió a esta etapa que ha sido denominada por el autor de este trabajo como Higienismo de Tercer Grado, marcado además por la presencia de la Ley de Sanidad y de regulaciones expresas en esta materia, además de la construcción de una infraestructura sanitaria que complementó la visión sanitarista desde el espacio público

Posteriormente, en el mismo periodo de la Revolución Juliana, se produjo el salto cualitativo del higienismo público a la construcción de la salud pública, realidad que se constituye en un hecho de significación y que pudo apreciarse en la legislación impulsada en ese periodo en materia de lo social.

Así, las normas laborales en beneficio de los trabajadores, el cuidado de la salud de los mismos, las precauciones para favorecer los derechos de la mujer y de la niñez, las políticas sociales para proteger al final de la vida laboral a los ciudadanos, entre otras cosas, forman parte de una misma visión destinada a proteger la salud de los ciudadanos en base a

construir una estructura social que favoreciera a la colectividad para que la salud se constituyera, a su vez, en el resultado de mejores condiciones sociales proporcionada a las personas.

Desde luego que esta forma de Salud Pública que privilegió su atención a los sectores laborales del país, tuvo limitaciones. Aquellas, precisamente son las que no permiten el que podamos hablar de Salud Colectiva en el periodo del Doctor Isidro Ayora, cuya tarea, no obstante debe ser recuperada como la de fundador de la Salud Pública en el país y como gestor de un periodo, en la Revolución Juliana, de enorme trascendencia en materia de salud en favor de los ecuatorianos.

4.- El trabajo deja abierta una nueva ventana para comprender la historia del pensamiento médico ecuatoriano, pero al propio tiempo pone al descubierto la necesidad de estudiar el desarrollo de la escuela médico-social de “la salud colectiva” en el país. Esta será la oportunidad para que el Taller de Historia de la Salud emprenda en esa actividad mediante una nueva investigación sobre esta visión científica que expresa una forma diferente de entender la salud y la enfermedad, así como las causas que las determinan y que por ello exige un comportamiento del Estado –y de la sociedad- diferentes respecto de la relación salud-enfermedad.

El protagonismo de la colectividad en estas circunstancias se vuelve necesario de un análisis sistemático. Ya no son solo los tiempos de percibir el conflicto de la salud desde una postura social, sino de dotar a los sectores sociales un protagonismo histórico. El Taller de Historia de la Salud tiene un reto desde esta perspectiva.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Alameda, Raúl, *Las Etapas de la dependencia de América Latina*. Tomado de www.acceconómicas.org.co/.../SEXTA%20VERSION.doc, pp.6-7

Ayala, Enrique, *La Fundación de la República: panorama histórico 1830-1859*, En: Nueva Historia del Ecuador, Volumen 7, Época Republicana, Quito, Corporación Editora Nacional, 1996.

Ayala, Enrique, *Resumen de Historia del Ecuador*, segunda edición actualizada, Quito, Corporación Editora Nacional, 1999.

Breilh Paz y Miño, Jaime, *El proceso Juliano: pensamiento, utopía y militares solidarios*, Quito, CEN-UASB, 2011

Burton, Lloyd, y Smith, Hugh, *Publicación de la Comunidad Médica*. Tercera Edición. Sin fecha, ni lugar de edición.

Cipolla, Carlos, *Contra un enemigo mortal e invisible*, Barcelona, 1993.

Crespo, Antonio, y Rigail, Francisco, *El Estado Ecuatoriano y la Salud Pública hasta comienzos del siglo XX*, En: Cónдор, la serpiente y el Colibrí; OPS y la Salud Pública en el Ecuador del siglo XX, Quito, OPS, 2002.

Cueto, Marcos, *La Sanidad desde arriba: la fiebre amarilla, la costa norte y la fundación Rockefeller*, En: El Regreso de las Epidemias. Salud y Sociedad en el Perú del Siglo XX, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 1997.

Engels, Federico, *Prefacio a la Senda Edición Alemana de La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*, En: Marx-Engels. Obras escogidas. Tomo III, Moscú, Editorial Progreso. 1974.

Estévez, Edmundo, *La Historia Médica de Quito en la Historia de las Ciencias Naturales*, Quito, Universidad Central de Ecuador, 1996.

Estrella, Eduardo, *Estudio Introductorio*, En: Pensamiento Médico Ecuatoriano, primera parte, Quito, Banco Central del Ecuador- CEN, 2004.

Franco, Saúl, *El Paludismo en América Latina*, Guadalajara, Editorial Universidad de Guadalajara, 1990.

Foucault, Michel, *El nacimiento de la Medicina Social*, En: Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. No. 6, enero-abril, pág. 89-108, Costa Rica, 1977

García, Juan César: *La Medicina estatal en América latina*, En: Pensamiento Social en Salud en América Latina. México. OPS, 1994.

Hernández, Almudena, *América en el siglo XIX. Evolución Política y principales características económicas y sociales*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2012.

Howard-Jones, *Antecedentes científicos de las conferencias sanitarias internacionales (1851-1938)*, Ginebra, OMS, 1977.

Howard- Jones, *La Organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución. Crónica de la OMS*. Ginebra, OMS, 1980.

Estrada, Julio, *El Hospital de Guayaquil*, Publicación del Archivo Histórico del Guayas, 1974.

Kroeger, Albert, *Malaria y Leishmaniosis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario*. Quito, s.f.

La Berge, Ane F., *El desarrollo de la disciplina y la institucionalización de la higiene pública en Francia*, Publicado en el Boletín de Historia de la Medicina. Baltimore, 1984.

Lain Entralgo, Pedro, *La Medicina Hipocrática*, s.l., Ediciones Revista de Occidente, 1970.

Lazo, Ramón E., *Hideyo Noguchi. Su vida y su obra*, Colección Honoris Causa, Universidad de Guayaquil No. 2, Guayaquil, 1985.

León, Luis, *Relación cronológica del tifus exentemático en el Ecuador*, En: Gaceta Médica, pág. 37-117, Guayaquil, 1957.

Naranjo, Plutarco, *Estudio Introductorio. Pensamiento Médico Ecuatoriano*, Segunda Parte, Quito, Ministerio de Cultura-CEN, 2011.

Núñez, Jorge, *La Salud Pública en la Revolución Alfarista: Antecedente de la Salud Pública Juliana*, En: Revolución Juliana y Salud Colectiva. Quito, CEN- UASB, 2012.

Paz y Miño, Juan, *Removiendo el presente, latinoamericanismo e historia en el Ecuador*, 1era. Edición, Quito, Abaya - Yala, 2007.

Paz y Miño, Juan, *La Revolución Juliana: Nación ejército y bancocracia*, Quito, Abya - Yala, 2000.

Pérez, Gustavo, *Luis Napoleón Dillon, intelectual humanista del siglo XX*, Quito, Apolo, 2009.

Quevedo, Emilio, (y otros), *Estado y Ciencias médicas en Colombia*, En: Historia Social de la Ciencia, T. VII, Bogotá, Gráficas Atlantis, 1993.

Rama, Carlos M., *Historia de América Latina*. Barcelona, Editorial Bruguera, 1978.

Ramírez, Susana, *La Mayor Hazaña Médica en la Colonia*, Ediciones Abya-Yala. Quito, 1999.

Rodas, Chaves, Germán, *Partido Socialista Casa Adentro. Aproximaciones a sus dos primeras décadas*, Ediciones La Tierra, Quito, 2006.

Rodas, Chaves, Germán, *Las enfermedades más importantes en Quito y Guayaquil durante los siglos XIX y XX*, Investigación patrocinada por la UASB, Sin publicación, 2004.

Rodas Chaves, Germán, *La Guerra Hispano Cubana Norteamericana*, Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito, 1998.

Rodas, Germán, *Ricardo Paredes el médico que se formó bajo la huella de la Revolución Juliana*, Cen-UASB Quito, 2011.

Rodas Chaves, Germán (coautor-editor), *Revolución Juliana y Salud Colectiva*. Quito, CEN-UASB, 2012.

Rosen, George, *De la policía médica a la medicina social*, México, Siglo XXI, 1985.

Videla Sotomayor, Claudia, *Las fases históricas de la dependencia*, en: http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/...02lvchistsocal 10012.pdf.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Alarcón, César, *Diccionario Biográfico Ecuatoriano*, Quito, Editorial Raíces, 2000

Breilh Paz y Miño, Jaime, *Epidemiología. Economía Política y Salud*, Quito, CEN-UASB, 2010.

Buenaventura Navas, José, *Evolución social del obrero en Guayaquil 1849-1920*, Guayaquil, Imprenta Aguirre, 1920.

Comisión Nacional de Conmemoraciones Cívicas, *La Revolución Juliana y el Gobierno de Ayora*, Quito, 2005.

Foucault, Michel, *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid, Siglo XXI, 2007.

González Víctor A., *Guayaquil y su historia 1740-1987: crónica y reflexiones epidemiológicas sobre la fiebre amarilla en la ciudad*, s. ed., 1988.

Naranjo, Plutarco: “*La Medicina y la Salud Pública en la época de Ayora*”, En: *Revolución Juliana y Salud Colectiva*, Rodas, Germán Coautor-editor, Quito, CEN-UASB, 2012.

Paladines, Carlos y Guerra, Samuel, *Pensamiento Positivista ecuatoriano*, Biblioteca Básica del Pensamiento Ecuatoriano, Vol. 16, Quito, BCE-CEN, 1984.

Pérez, Gustavo, *Virgilio Guerrero. Protagonista de la Revolución Juliana. Su Praxis Social*, Academia Nacional de Historia, Quito, 2004.

Quevedo, Emilio y Gutiérrez, Francisco, *La Medicina Científica y la salud pública en América Latina durante el siglo XIX* en: Saldaña Juan José (coord.): *Historia Social de las Ciencias en América Latina*. UNAM/ Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, 1996.

Reyes, Oscar: *Los últimos siete años*. Colección Histórica XVII. Quito, Banco Central del Ecuador. No tiene año.

Samaniego, Juan José, *Cronología Médica Ecuatoriana*, Quito, Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1957.

Sánchez Vásquez, Adolfo, *Filosofía de la Praxis*, España, Siglo XXI Editores, 2003.

Sáenz Royner, Eduardo, *La Historia económica de América Latina: entre la teoría de la dependencia y el enfoque institucional*, Centro de Estudios Sociales. Ces, Universidad de Colombia, 2011.

Veinte Mil Biografías Breves (*Diccionario Biográfico Universal*), Enciclopedia Moderna, Pennsylvania, USA, 1963.

Publicaciones Periódicas

La Antorcha. 1924

El Comercio, 1924, 1925

Bibliotecas – Archivos

Archivo Aurelio Espinosa Polít

Biblioteca Universidad Andina Simón Bolívar

Archivo Metropolitano de Historia. Quito.

Archivo Municipal de Guayaquil

Archivo del Guayas

Archivo – Biblioteca Asamblea Nacional

Biblioteca Ministerio de Cultura