



GEOGRAFIA DE LA SALUD EN EL ECUADOR

Coordinadores: Alba Moya
Juan B. León V.



IPGH Instituto Panamericano de Geografía e Historia
ORSTOM Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo
IGM Instituto Geográfico Militar

GEOGRAFIA BASICA DEL ECUADOR

TOMO II GEOGRAFIA DE LA POBLACION

VOLUMEN 2

**GEOGRAFIA DE LA SALUD
EN EL ECUADOR**

C.E.D.I.G.

Impreso en los talleres gráficos del IGM del Ecuador

- Revisión de textos y supervisión editorial: Juan B. León V.,
Alba Moya y Eloy Soria
- Levantamiento de textos: Mariana Ayala
- Diagramación y graficación en Macintosh™: Darwin O. Montalvo P.
- Asistencia Técnica y Coordinación: Alba Moya y Juan B. León V.

© 1991 Derechos de la primera edición :

IPGH (Sección Ecuador), apartado 3898, Quito, Ecuador
ORSTOM (Francia), 213, rue La Fayette - 75480 Paris Cedex.

QUITO - ECUADOR

Las opiniones expresadas en este libro son de responsabilidad exclusiva de sus autores
y no constituyen necesariamente criterio atribuible a las entidades auspiciantes.

GEOGRAFIA BASICA DEL ECUADOR
TOMO II GEOGRAFIA DE LA POBLACION
VOLUMEN 2

GEOGRAFIA DE LA SALUD
EN EL ECUADOR

Autores : Silvia Argüello Mejía
Jaime Breilh
Arturo Campaña
Wilma Freire
Edmundo Granda
César Hermida Bustos
Alba Moya
Plutarco Naranjo
Mauro Rivadeneira

IPGH Instituto Panamericano de Geografía e Historia (Sección Ecuador)
ORSTOM Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación
IGM Instituto Geográfico Militar



Publicación del Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica, en el marco del acuerdo de Cooperación Científica entre el Instituto Panamericano de Geografía e Historia, sección Nacional del Ecuador, y el Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación

50
EPID
IPG

18 AOUT 1995



F 35.257

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen de manera especial a los señores Oficiales del Ejército que en estos últimos años han ocupado la Dirección del Instituto Geográfico Militar y la Presidencia de la Sección Nacional del Instituto Panamericano de Geografía e Historia, a los miembros del Consejo Directivo y a todo el personal de la Secretaría Técnica del IPGH, así como al personal administrativo del Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica.

SUMARIO

Presentación	Juan B. León V.	VII
1 Instituciones estatales de salud en el Ecuador	Alba Moya	1
1. La Beneficencia		3
2. La Sanidad frente a la Beneficencia		29
3. Asistencia Pública y Asistencia Social		32
4. Ministerio de Salud Pública		49
2 Medio social, medio geográfico y salud	César Hermida Bustos, Silvia Argüello Mejía	75
1. Formación Precolonial		75
2. El Sistema Colonial		77
3. La República		79
4. Desarrollo Capitalista		80
3 Regionalización de la calidad de vida y salud materno-infantil: Aproximación a la Geografía de las condiciones de Salud-Enfermedad en el Ecuador	Jaime Breilh, Arturo Campaña, Edmundo Granda	91
1. Sociedad, medio geográfico y salud		91
2. Geografía de la Salud en el Ecuador		93
3. Hacia una regionalización de la calidad de vida y la salud materno-infantiles		97
4 Geografía de la Nutrición	Plutarco Naranjo.	111
1. Alimentación y Nutrición		111
2. La alimentación precolombina		112
3. La producción de alimentos en el Ecuador contemporáneo		117
4. La alimentación del pueblo ecuatoriano		123
5. Distribución geográfica de la desnutrición		126
5 La desnutrición de la población ecuatoriana menor de cinco años y su distribución espacial	Wilma B. Freire	129
1. Introducción		129
2. La mala nutrición de los niños menores de cinco años		129
3. Deficiencia específicas		144
4. Conclusiones		144
6 Bocio y cretinismo endémicos en el Ecuador	Mauro Rivadeneira	149
1. Distribución geográfica de Bocio endémico en el mundo		149
2. El ciclo del yodo		150
3. La situación en el Ecuador		150

Presentación

Este segundo volumen del tomo de Geografía de la Población es una natural continuación del primero, sobre todo de su tercera parte en donde las fuerzas de la vida y de la muerte en los ecuatorianos son confrontadas con los espacios, diferenciadores y discriminantes. Aquí también, libro de geografía, el espacio aparece como un elemento central a través del cual se miran los variados estados de salud y enfermedad en el Ecuador.

Asociada a su disciplina hermana, la Historia, la Geografía comienza en este libro con un vasto capítulo sobre la evolución de las instituciones de salud en el país. Desde la Beneficencia, de la época colonial, hasta el actual Ministerio de Salud Pública, pasando por la Sanidad, la Asistencia Pública y la Asistencia Social, mucho ha cambiado el papel del Estado y de la Iglesia frente a la salud de los ecuatorianos. Es lo que estudia Alba Moya quien sustenta sus acertos en razones de orden político y social ampliamente documentadas. Su tesis de entrada es que "la atención de la salud es discriminatoria y selectiva; refleja y reproduce las desigualdades de la sociedad en la que se inscribe"

Muy sociológico, pero menos histórico y más geográfico que el anterior, el capítulo dos combina analíticamente tres temas de interesante fecundidad: medio social, medio geográfico y salud. Sus autores, César Hermida Bustos y Silvia Argüello Mejía, investigadores del Instituto Juan César García, vertebran estos temas en cuatro grandes secuencias temporales, a saber: la formación social precolonial, el sistema colonial, la República y el desarrollo capitalista.

La connotación geográfica de la salud y de la enfermedad no se traduce únicamente en la distribución espacial del nivel de vida. El auténtico sentido de la Geografía frente a la salud está en la estructuración histórica del espacio. En este no sólo se hallan expresados los fenómenos físicos y biológicos sino, sobre todo, las consecuencias benéficas y destructivas de la organización social. Es en torno a estas ideas centrales que Jaime Breilh, Edmundo Granda y Arturo Campaña, conocidos investigadores del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (C.E.A.S.), despliegan con rigurosidad estadística una regionalización de la calidad de vida y salud materno infantil, tercer capítulo del libro.

Plutarco Naranjo, reconocido médico, científico y hombre público, ha tenido la amabilidad de colaborar con la redacción de una geografía de la nutrición, capítulo cuarto de esta obra. Y lo hace en cinco puntos, todos sustentados en amplios inventarios y abundantes informaciones estadísticas: alimentación y nutrición, la alimentación precolombina, la producción de alimentos en el Ecuador contemporáneo, la alimentación del pueblo ecuatoriano y la distribución geográfica de la desnutrición.

El capítulo cinco es una muestra, corta pero muy densa, de los resultados de la investigación más seria y completa que se ha hecho hasta el momento en el país sobre desnutrición. La autora, Wilma Freire, que es al mismo tiempo la principal responsable de esta gran investigación, aborda el tema en dos subcapítulos: la mala nutrición en los niños menores de cinco años y las deficiencias específicas.

Se concluye el libro con un tema muy especializado, de inmensa repercusión en la sociedad ecuatoriana y de incontrastable contenido geográfico: el bocio y el cretinismo endémicos. Mauro Rivadeneira lo aborda desarrollando tres cuestiones: primera, de cómo está distribuido este tremendo mal en el mundo; segunda, de cómo el ciclo del yodo, es el elemento central de la problemática y, finalmente, de cómo, gracias a políticas estatales actuales —en las que se halla comprometido el autor—, la situación del bocio endémico en el Ecuador tiene buenas perspectivas de solución.

Una vez más el CEDIG tiene la satisfacción de concluir un nuevo número de la colección Geografía Básica del Ecuador. Y no puede ser de otra manera porque, en realidad, este constituye el primer libro de geografía de la salud en el Ecuador.

Juan B. León V.

Coordinador del CEDIG

INSTITUCIONES ESTATALES DE SALUD EN EL ECUADOR

Alba Moya

Estado, espacio y servicios de salud

Así como existe una forma diferenciada de enfermar y morir, así también hay un acceso diferenciado a los servicios de salud, de acuerdo al modo de inserción que tengan los individuos en la sociedad.

La atención de la salud es discriminatoria y selectiva; refleja y reproduce las desigualdades de la sociedad en la que se inscribe.

En general, cuando se abordan las transformaciones del saber y de la práctica médica, desde una perspectiva histórica sólo se toman en cuenta los elementos más dinámicos e innovadores de su desarrollo y dentro del marco de una atención de corte individual.

El principal problema de este enfoque es que topa lo que apenas constituye la “punta de lanza” de los procesos sociales bastante lentos, el de la difusión del conocimiento y el de la expansión de los servicios de salud. Estos procesos son discriminatorios permean selectivamente desde los estratos más altos de la sociedad hasta los de la base. Esta selectividad tiene que ver, fundamentalmente, con las dificultades económicas que bloquea dicho acceso. Esto significa que cuando hacemos un análisis de los fenómenos de vanguardia del saber y de la técnica médica, estamos topando únicamente los avances científicos manejables por los sectores privilegiados de la población, es decir por una minoría. Por lo tanto, no reflejan la forma en que se resuelven los problemas colectivos de salud.

En esta oportunidad nos interesa explicar cómo se ha dado la prestación de servicios colectivos de salud en el Ecuador, desde la colonia hasta la actualidad. Dado que

una de las funciones del Estado es la de responder a las demandas de la sociedad en su conjunto, consideramos que el análisis de las instituciones estatales de salud darán cuenta, por un lado, de los procesos macroestructurales de la sociedad global, puesto que el Estado representa y refleja tanto las transformaciones económicas, sociales y políticas del país como el desarrollo de la medicina, de las instituciones y servicios de salud. El dinamismo de estos procesos depende de múltiples determinaciones: del nivel de desarrollo de las fuerzas productivas, de las relaciones de producción, de los procesos políticos, de los fenómenos culturales, del desarrollo del conocimiento, de las transformaciones que experimenta el Estado, de la lucha de clases, etc.

En síntesis consideramos que el seguimiento de las instituciones estatales de salud nos permitirá no solo caracterizar a estas unidades de análisis sino interpretarlas a la luz de acontecimientos sociales que se dieron a través del tiempo y dentro del espacio físico y social que se ha ido constituyendo y configurando en el país.

Debido a que desde que se inicia la colonia, en el Ecuador como en el resto de América Latina, la atención colectiva de salud se ha encarado con un enfoque asistencial y hospitalario, consideramos que el *hospital* constituye uno de los mejores ejes del análisis de las instituciones estatales de salud.

Evidentemente la salud no sólo compete al Estado. En primer lugar, les interesa a los propios actores sociales quienes a través de sus pugnas y luchas, modifican las demandas que plantean al Estado. En segundo lugar, a un sin número de instituciones privadas, como la Iglesia y otras entidades nacionales e internacionales. Esto significa que la práctica médica es muy heterogénea, de

allí que es erróneo referirse a la misma como si se tratará de un todo monolítico. Desde el momento en que optamos por las instituciones estatales de salud estamos haciendo la selección de *una práctica médica*, de allí que muchas de sus características no sean generalizables a las otras.

Hay varias "prácticas médicas" en el Ecuador, y cada una de que éstas se modifica a lo largo de la historia. Por lo tanto, un análisis adecuado de estos fenómenos sociales demanda el establecimiento de cortes en el tiempo y en la estructura social.

Las políticas estatales de salud se inscriben dentro de las políticas sociales. Tanto las unas como las otras se modifican de acuerdo a las transformaciones que el propio Estado experimenta.

A partir del hecho colonial, en lo que hoy es el Ecuador, se ha dado cabida a diferentes tipos de Estado. Del Estado colonial pasamos a tener un Estado nacional. Este último ha adoptando distintos modelos, de acuerdo al impacto que han producido los procesos internos e internacionales y a la modalidad de desarrollo económico que se ha ido adoptando. Por lo tanto, cuando se habla de "políticas estatales de salud" es necesario especificar a qué tipo de Estado corresponden, así como también caracterizar tales políticas de acuerdo a las concepciones del proceso salud-enfermedad que se dan en la época o período analizado y a la forma en que interpreta el Estado su rol frente a la sociedad.

El proceso de consolidación del Estado Nacional supone, entre otras cosas, la integración del territorio y la configuración de una "cultura nacional". El primer fenómeno ocurre en la medida en que se forma y consolida el mercado interno y las distintas regiones del país se integran a dicho mercado a diferente ritmo e intensidad.

El espacio y la cobertura de los servicios de salud

Cuando el Estado distribuye los servicios sociales, la concepción del "espacio nacional" no corresponde, necesariamente, a la totalidad del territorio sino más bien a la de espacio "*integrado*". Esto supone que el territorio nacional, es concebido como fraccionado en dos: un espacio "interior" y un espacio "exterior". El primero es el integrado y el segundo el susceptible de "conquistarse" o "asimilarse".

En un país colonizado existe siempre una mentalidad colonizadora. Los distintos dominios del saber y de la práctica son jerarquizados y, muchos de ellos, discriminados o subsumidos. En el área de la salud encontramos que, desde la óptica de la "sociedad nacional", sólo se reconoce una forma de abordar sus problemas y es a través de la medicina occidental o "científica", que es la hegemónica y la asumida por el Estado. Este último

considera entre sus obligaciones, no sólo la instrumentalización sino la difusión de la medicina científica dentro del espacio nacional. Difundirla significa llevarle de "*adentro*" hacia "*afuera*" a las regiones o áreas donde aún no ha penetrado. Esto último supone un desconocimiento de otras formas de asistencia de salud, de otras formas de entender y atender a los enfermos, de "saber" y "practicar" la medicina. Supone al menos, que los dominios de la denominada "medicina tradicional" son vistos como un "espacio vacío", como un espacio *conquistable*.

En los últimos años se ha empezado a reconocer la existencia de la medicina tradicional pero se la considera como una "*medicina alternativa*" cuando, en la práctica, dadas las raíces históricas y la amplitud del fenómeno, es ésta la medicina de los sectores mayoritarios de la sociedad, sobre todo de los asentados en el área rural, y es la medicina "occidental" o "científica" la que, para los usuarios cumple el rol de "*medicina alternativa*".

Las dimensiones del espacio "*interno*" y del espacio "*exterior*" se han ido modificando a lo largo de la historia. La noción de "totalidad" espacial en la cobertura de salud depende de estas variaciones; de las estrategias de "desarrollo" que adopta el Estado, del modelo de acumulación que se implanta en el país.

Durante la dominación española la cobertura de salud privilegia el espacio urbano, porque es el espacio desde el cual se ejerce la administración colonial en tanto que, después de la Independencia, en la etapa del auge agroexportador, el espacio rural y los puertos marítimos pasan a ocupar el primer plano. Actualmente y gracias al desarrollo de los intercambios, se vuelven importantes tanto el espacio rural como el urbano pero, dadas las diferencias de inserción en la estructura global del país, reciben un tratamiento distinto, y su modalidad de cobertura es también distinta.

En el Ecuador hay cuatro instituciones que sintetizan y expresan las políticas estatales de salud desde la colonia hasta el presente: la Beneficencia, que va desde la Colonia hasta 1925; la Asistencia Pública, que se inicia en la revolución Juliana y (...) termina en 1969; la Sanidad que también arranca en la colonia pero que se modifica significativamente en el siglo XIX y, el Ministerio de Salud, que emerge en 1969 y funciona hasta el presente.

Los acontecimientos que marcan la vida económica, social y política del país, así como los procesos internos relativamente autónomos de estas instituciones permiten establecer una periodización de estas últimas.

Las transformaciones internas que con mayor profundidad marcan las etapas claves de las instituciones

son las que se relacionan con el enfoque que asume el Estado respecto a sus tareas en el área de la salud pública. Estas últimas que tienen que ver, sobre todo, con los sujetos sociales a los que están dirigidas las acciones, con las fuentes y mecanismos de financiamiento de los servicios; con la modalidad de administrar los mismos y, con los elementos técnico-científicos que se utilizan.

1. LA BENEFICENCIA

Erróneamente se afirma que, en el Ecuador, la Beneficencia fue una institución privada durante la Colonia y que sólo a partir de 1828, para unos, y desde 1895, para otros, empieza a ser una “preocupación del Estado”.

Si bien la iniciativa privada jugará un papel preponderante en el área de la salud desde los inicios de la administración colonial, el Estado asumió la responsabilidad de manejar los establecimientos de beneficencia: hospitales, casas para niños expósitos, para mendigos y para prostitutas e incluso los cementerios.

Paradójicamente, la emergencia de las Juntas de Beneficencia a fines del siglo XIX significó la creación de una instancia administrativa que aseguraba la autonomía y el poder de los gobiernos seccionales -Municipios- que empezaban a perder espacio, precisamente debido al proceso de centralización de los poderes del Estado nacional.

Si bien en el lapso comprendido entre la Colonia y la Revolución Liberal la Beneficencia experimentó una serie de transformaciones, estructuralmente se mantuvo inalterada. La Independencia no implicó un cambio de concepción de la prestación de servicios de salud por parte del Estado y el manejo de estos establecimientos siguió la trayectoria establecida durante el dominio español. Sin embargo, de la Independencia a la Revolución Liberal se produjeron hechos premonitorios de los cambios a ocurrir en el siglo XX, por lo que consideramos que éste constituyó un “período de transición”.

1.1. La Beneficencia durante la Colonia

En este período la Beneficencia Pública y la Beneficencia privada fueron de la mano. En algunos casos la iniciativa del sector público se adelantó a la del sector privado y en otros casos se dio el fenómeno inverso pero, en definitiva, la vida misma de los establecimientos de Beneficencia dependía de los recursos financieros provenientes de las dos fuentes.

Se supone, como se ha sugerido, que durante la colonia las actividades de la Beneficencia no fueron responsabilidad del Estado, razón por la cual, la población en general nada podía reclamar de él, y que su único recurso era acudir a la caridad cristiana y a la Iglesia. Sin

dejar de reconocer la importancia del papel que cumplían los poderosos benefactores y la Iglesia, es necesario puntualizar que desde el principio el Estado asumió el control de las Instituciones de Beneficencia. Al comienzo los hospitales tenían múltiples funciones pero, con el tiempo, éstas se fueron diversificando y separando como instituciones distintas. La “caridad cristiana” de los benefactores individuales y de la Iglesia jugaron un rol fundamental en la vida de los establecimientos de Beneficencia, pero estos recursos siempre fueron canalizados y regulados por el Estado; inclusive las limosnas estuvieron sujetas a un ordenamiento de carácter estatal. Más aún, desde el principio, el Estado se declaró como único “patrón” de los establecimientos de salud, y, explícitamente proscribió a la Iglesia —al menos en el discurso— del manejo de estas instituciones.

1.1.1. Como enfrenta la Beneficencia el Estado colonial

El Estado monárquico español asumió la responsabilidad de atender a las necesidades de salud de sus colonias con un enfoque asistencial y hospitalario. El propósito de asistir a los enfermos, pobres y desvalidos es más comprensible si se toma en cuenta el marco económico y social de la época. Se vivía el período de “acumulación originaria del capital” lo cual suponía la profundización de las disparidades económicas y sociales, la expansión de la población depauperada y la agudización de sus problemas. Este paisaje social fue trasladado a las colonias americanas de allí que, los propios monarcas señalaban en una cédula real señalaban que:

...”si la debilidad, la miseria y la pobreza sufren hondo dolor junto al choque desigual con la opulencia inmisericorde y con la riqueza sin entrañas “ (Velasco, apud. López, de la Torre, 1988, 89),

se debería contar con los medios jurídicos indispensables para que esta pobreza, debilidad y miseria obtuvieran algún “consuelo y esperanza” (Idem).

El Estado colonial debía dar una respuesta a los requerimientos de españoles e indios en América porque la vida misma del aparato productivo de España había pasado a depender de los acontecimientos de las colonias americanas. Los españoles eran los ejecutores del proyecto colonial y los aborígenes la fuerza de trabajo.

La caída demográfica experimentada en América, por efectos de la conquista, las epidemias y el ejercicio de una sobreexplotación del trabajo indígena ponían en grave riesgo a las diferentes actividades económicas (ver: Mörrer, Magus - s.f.)

Ya en 1502 la reina Isabel instruyó que a la par que se fomentaba el desarrollo de la colonización se abrieran hospitales

“para (...) que se acojan y *curen los pobres, así cristianos como indios* y que para estos se viese *donde fuere necesario y se señale alguna tierra* que se pongan heredades, para que aquellos se puedan sustentar... además de los *bienes que las buenas gentes dieran para ellos ...*” (Paredes, Borja, 1963, 200) (el subrayado es mío).

Felipe II, por su parte había dispuesto entre las condiciones de la fundación de las ciudades, la apertura de un hospital:

“Ordenamos que habiéndose resuelto poblar alguna provincia o comarca de las esta a nuestra obediencia o después se descubrieren, tengan los pobladores consideración y advertencia a que el terreno sea saludable, reconociendo fina complexión, disposition y color, si los animales son fanos y de competente tamaño, y los frutos mantenimientos buenos, abundantes, y de tierras a propofito para sembrar y coger: si se *cría* cosas poncoñosas y nocivas: el cielo es de buena y feliz conffelación, claro y benigno, al aire puro y suave, sin impedimentos, ni alteraciones, el tiempo sin exeso de calor, o frío; si hay pafitos para criar ganados, montes y árboles para leña; materiales de casas y edificios, muchas y buenas aguas para beber y regar, indios y naturales a quienes predicar el Santo Evangelio como primer motivo de muestra intención, hallando que concurren estas, o las más principales calidades, procedan a la población” (Paredes, Borja 1963, 205. Ley I, Libro IV, Recopilación de Leyes de Indias).

1.1.2. *Financiamiento de los Hospitales*

El financiamiento de los hospitales durante la Colonia estaba sostenido fundamentalmente por los fondos de la Hacienda Real y por el tesoro recolectado por las Cofradías o Hermandades a las que la Corona encargaba solicitar limosna. Además se les habían asignado los ingresos obtenidos en las galleras y en los corrales de comedias (estos últimos fueron los precursores de los teatros). Muchos hospitales en América fueron construídos cerca de los corrales de comedias aunque esto no ocurrió en Quito. (Paredes, Borja, 1963, 201).

Los mecanismos utilizados para financiar a los hospitales fueron múltiples y experimentaron algunas modificaciones a lo largo del tiempo. Habían algunos impuestos que se habían fijado para sostener a los hospitales “reales”, por ejemplo el noveno y medio de la mitad de los diezmos (es decir el duodécimo del diezmo) que se había asignado mediante la Cédula Real del 29 de octubre de 1570 (Estrada, 1974, 13); el “*tomín anual por cabeza*” que en 1578, había impuesto el Vi-

rrey Toledo, a todos los indios para que tuvieran hospitales.

“.. en todos los puestos de su reducción... para que puedan ser curados de sus enfermedades para lo cual los hospitales se levantarían a costa de los propios beneficiarios...” (Idem)

Para 1572 el Virrey de Nueva Granada disponía que todos los indios del Corregimiento pagaran un tomín y medio (Estrada, 1974, 47)

En el siglo XVIII, cuando se había expandido el uso del alcohol, los estancos de aguardiente pasaron a ser una importante fuente de ingreso fiscal. Pocas eran las ciudades que no tenían este recurso, parte del cual se destinaba a los hospitales(1). Además, los hospitales disponían de tierras asignadas para sembrar o criar ganado(2).

Algunos Cabildos que eran los responsables del manejo económico de los hospitales, compraban negros esclavos, entre otros bienes. Muchas veces estos negros fueron vendidos o ellos mismo se redimieron y estas sumas de dinero ingresaban a la Caja del Hospital(3).

Las limosnas y donaciones lejos de ser aportes sin control estuvieron reguladas, controladas y seleccionadas por el Cabildo, muchas de ellas fueron rechazadas por las condiciones en las que se efectuaban(4). Aún las personas encargadas de recolectar estas limosnas, eran designadas por el Cabildo. Así por ejemplo en 1650 en Guayaquil se nombró a Blas de Vera y Alfonso Morán de Buitrón para este cometido y en 1736, fue nombrado el Capitán Francisco Ramírez de Arellano (Estrada, 1974, 41).

A pesar de que las principales ciudades y pueblos contaban con hospitales éstos, permanentemente, estuvieron expuestos a necesidades apremiantes. No siempre contaron con el auspicio de las autoridades locales. Más aún: las Cajas de los hospitales cuyos fondos estaban destinados a la construcción, equipamiento o mantenimiento de los mismos frecuentemente fueron saqueadas por los propios cabildos para financiar actividades de distinta naturaleza, incluso las de tipo festivo como la bienvenida a un Virrey, el cumpleaños de algún personaje importante, etc. Esto ocurría en vista de que las Cajas de los Cabildos eran, con frecuencia, más pobres que las de los hospitales, como lo ilustra el caso de Guayaquil (Estrada, 1974).

No todos los hospitales recibieron el respaldo económico del Estado. De hecho muchos de ellos surgieron y se mantuvieron por varios años gracias a múltiples contribuciones de personas caritativas sin participación del Estado(5).

Parece que la Corona apoyaba únicamente a los hospitales ubicados en lugares estratégicos para la economía y la administración colonial; puertos, ciudades y poblaciones cercanas a los centros mineros. Esta práctica era generalizada en toda América.

Así tenemos el Hospital de Santa María la Antigua de Darién que fue fundado por disposición del Rey en 1513, el de San Lázaro en Cartagena de Indias, al que se le otorgó las terceras partes de las penas de cámara en 1538; los hospitales de Nombre de Dios en Panamá a los que Francisco Pizarro entregó como ayuda dos mil pesos en 1535 (Estrada, 1974, 8).

En México se asignó dos mil pesos de penas de cámara y 400 pesos anuales de la Real Hacienda (1553) para levantar un hospital “donde sean curados los indios pobres que allí ocurren” (Estrada, 1974, 9).

Al Hospital de Lima, fundado en 1538, se le asignó, en ese mismo año, solares para su construcción más un subsidio anual de mil ducados. El Hospital para indios en Lima (Hospital de Santa Ana) también fue apoyado en 1548 (Estrada, 1974, 9).

Al Hospital San Juan de Dios de Bogotá (fundado por el arzobispo Juan de los Barrios, en 1564), en cumplimiento de la cédula de 1556, se le otorgó los tributos de indios que sacaren por los primeros seis meses.

En el Ecuador, a más del Hospital San Juan de Dios de Quito y del de Guayaquil tempranamente se abrieron hospitales en poblaciones pequeñas como ejemplo el hospital de Sigsig, cercano a un centro minero, y el de Tomebamba (creado en 1556). A este último se le asignó dos solares para su creación, más cincuenta fanegas para sembrar. El de Ibarra, creado en 1612, contaba con el noveno y medio para financiar su construcción y mantenimiento. Lo mismo ocurrió con el de Loja, que fue iniciado por un vecino del lugar, pero que luego estuvo a cargo del cabildo.

1.1.3. La Iglesia en las Instituciones de Beneficencia.

La voluntad del Estado de brindar servicios asistenciales de salud se explicitó reiteradamente. Carlos V expidió una Cédula Real el 27 de Octubre de 1541, en la que señalaba:

“Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores que con especial cuidado provean en todos los pueblos de españoles y indios de las provincias y jurisdicciones se funden hospitales donde sean cuidados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana “. (Gangotena, apud Estrada, 1974,4).

El poder terrenal que había ganado la Iglesia en Eu-

ropa durante el medioevo determinó que, desde el inicio, la Corona pretendiera manejar a los hospitales como “cosas profanas”, desligando a la Iglesia de su conducción. Así, durante la fundación del Hospital de la Misericordia en Quito se declaraba que:

“dicho hospital se funda e instituye en nombre de su majestad y es el fundador del que el patronazgo del sea y se entienda ser nexa a su Corona Real y sus patronos del su Majestad y los reyes sus sucesores para siempre jamás porque desde ahora ponen y aplican la dicha casa y hospital en su Real Corona y que ningún Prelado Obispo ni otra persona eclesiástica se entremeta ni pueda entrometer en el régimen ni administración de dicho hospital” (López, de la Torre, 1988, 90).

A pesar de lo expuesto y en la práctica, la Iglesia tuvo ingerencia directa en el surgimiento y vida de los hospitales. El hecho de que el saber médico se procesara en los claustros(6) durante el medioevo, y dado que los hospitales mismos emergieron en Europa como una obra de la Iglesia se volvía difícil el implementar nuevos mecanismos de creación, atención y mantenimiento de estas instituciones. En la antigüedad no había existido el espíritu de compasión hacia la desgracia y la enfermedad y, menos aún, el de brindar ayuda a gran escala.

“la mayor gloria de la medicina medieval fue indudablemente la organización de los hospitales y el tratamiento de los enfermos que tuvo su origen en Cristo” (Garrison, 1966, 133).

Es apenas en el siglo V que aparece el primero hospital en occidente, y la finalidad de éste era

“recoger a los enfermos de las calles y cuidar a los pobres sufrientes, agotados por la pobreza y la enfermedad” (Ibid, 134).

Luego se expanden los hospitales en Europa, todos éstos católicos, creados por distintas órdenes y fraternidades. Así, en la orden “teutónica”, por ejemplo se profesaban votos de curar a los enfermos y de construir un hospital dondequiera que ésta se introdujera.

Habían también órdenes de enfermería. Es así es como aparecieron las *enfermerías privadas* y los “*hospitales limosneros*” (7).

El siglo XV es la época de apogeo de la construcción de hospitales. Pero el tipo de atención que se brinda es estrictamente de enfermería, puesto que en la época hay un manifiesto desprecio al tratamiento médico.

En América esta situación se reprodujo con una

comprensible fidelidad. Por un lado, la corona apeló a los sentimientos de caridad y misericordia de los contribuyentes para la creación y mantenimiento de los hospitales, e instruyó, que se organizará una hermandad o confraternidad para canalizar y estimular las contribuciones. Por otro lado la propia corona daba su propio aporte, utilizando distintas formas de apoyo.

En 1529 en la capitulación firmada por la Reina y por Francisco Pizarro se decía:

“Haremos merced y limosna al hospital en la dicha tierra, para ayudar al remedio de los pobres que allá fueren, de cien mil maravedís librados en las penas aplicadas de la Cámara de dicha tierra. Ansimismo a vuestro pedimento y consentimiento de los primeros pobladores de la dicha tierra, decimos que haremos merced, como por la presente hacemos a los hospitales de la dicha tierra de los derechos de la cubilla e relaves que hubiere en las fundiciones que en ella si hiciere e de ella mandaremos dar nuestra provisión en forma” (Prescott, apud. Estrada, 1974, 4).

1.1.4. La Práctica Médica en los Servicios de Beneficiencia.

A menudo se plantea que una forma de manifestar el poco interés que tiene el Estado por la salud de la población, es la de brindar una atención exclusivamente *asistencial y hospitalaria*. Sin embargo, las razones de este tipo de práctica hay que encontrarlas más bien en las limitaciones del conocimiento y de la técnica médica de la época, limitaciones que condicionaban la concepción de los hospitales y de sus objetivos.

En una época en la que epidemias azotaron a las poblaciones no sólo de América sino también de Europa produciendo graves efectos de despoblamiento(8), en una época en la que no se descubre el microscopio; en la que ni siquiera se tiene una idea definida de contagio; en la que se cree que la supuración o infección de las heridas es una etapa necesaria para la cicatrización, en la que las enfermedades son percibidas como un castigo de Dios, un efecto de las constelaciones, de los satélites que se acercan a la Tierra; en la que las plagas motivan peregrinaciones e invasiones colectivas a los templos en pos del perdón de los pecados; en una época como ésta, los hospitales no podían ser otra cosa que hospederías de pobres y de enfermos, donde lo importante era *atender* a los pacientes antes que *curarles*.

Por otro lado, la formación de los médicos en el viejo continente, se caracteriza por la separación entre la teoría y la empiria. Las universidades eran formalistas y teóricas; transmisoras de tradiciones, y por tanto, entidades conservadoras, donde se institucionalizaba el des-

precio por el trabajo manual, considerado como inferior y hasta inútil.

Los médicos prácticos se formaban fuera de las universidades. Eran los trotamundos, como Paraselso(9). Los llamados cirujanos eran personas que prestaban sus servicios en los ejércitos y campos de batalla y que tenían, entre otras de sus “*inmundas*” obligaciones la de rasurar a los oficiales, de allí que eran conocidos más bien como “*barberos*”

Además hay que recordar que la formación académica de los médicos de la época no se daba como una especialización en esta disciplina. Hasta bien avanzada la edad media eran una mezcla de filósofos, teólogos y médicos; para fines del siglo XVII eran una mixtura de matemático, astrónomo, físico, microscopista químico y médico. La química misma apenas había empezado a distinguirse de la alquimia.

En América, los hospitales eran generalmente atendidos por los clérigos de la orden de San Juan de Dios una especie de médicos-filósofos o de las Betlemitas o por personal de enfermería constituido también por religiosos o esclavos antes que por médicos tratantes. De allí que frecuentemente los hospitales compraban negros esclavos para que curaran a los enfermos y, por largos períodos, estos últimos constituían el único personal.

En la historia de la fundación del Hospital de Guayaquil se hace referencia a este tipo de experiencias (Estrada, 1974). De allí que el cabildo se quejaba de que “*era más fácil comprar enfermeros*” que tener médicos.

En Europa los médicos se clasificaban más bien de acuerdo al sector social al que servían: habían médicos de los potentados; médicos del Estado, de una ciudad en particular o médicos para controlar una plaga determinada (Garrison, 1966, 203).

En Ecuador, si bien desde muy temprano, el gobierno colonial instituyó los *tribunales de Potomedicato*. Estos eran los encargados de examinar a “*médicos*” barberos, sangradores, flebotomistas, boticarios, de otorgar permisos de ejercicio profesional y de controlar y vigilar que éstos practicaran sus especialidades dentro del marco de la legalidad. En la práctica, la mayoría escapaban del control de estos tribunales. Más aún, ante la escasez de personas preparadas para curar a los enfermos, frecuentemente se recurría, como ya se ha dicho, a los esclavos negros para que se responsabilizaran de la atención de los enfermos. En el mejor de los casos estaban en manos de las comunidades religiosas. Para 1683 ante la carestía de médicos en la Real Audiencia de Quito se decidió traer a los religiosos de San Juan de Dios (Estrada, 1974, 7).

1.1.5. El uso de los Recursos de Salud.

Como se viene sosteniendo, el poder de la Iglesia durante la colonia invadía todos los campos y el del conocimiento fue uno de sus principales dominios.

Las propias universidades primero surgieron como “pontificias”, más tarde como “Reales y Pontificias” y, aún después de secularizadas, no lograron romper el esquema imaginado por la Iglesia. El caso ecuatoriano así lo ilustra(10).

El ejercicio de la medicina institucionalizada estuvo —durante la colonia— en manos de tres tipos de agentes de salud: los “latinos” que eran los médicos y cirujanos que tenían título universitario; los “romancistas” o cirujanos empíricos y los “sangradores” o “flebotomistas”, que eran indígenas que aprendían el oficio de un maestro, pagándole por sus enseñanzas y que, después de rendir pruebas, se convertían en “primer oficial” (Paredes, Borja, 1966, 81).

El proceso de expansión colonial que vivía Europa no sólo que le había asegurado la acumulación de riquezas, sino la incorporación de nuevos conocimientos. En el área de la salud, el descubrimiento de nuevas plantas utilizadas por los pueblos colonizados constituyó una revolución para la farmacología y la terapéutica occidentales. Los tratamientos y curaciones de los enfermos experimentaron profundas innovaciones gracias a un exhaustivo trabajo de recopilación de las experiencias populares y de sus agentes de salud como comadronas y otros especialistas empíricos que se encontraban en Europa y en las colonias.

Para el siglo XVII las rutas comerciales y los mercados de las drogas estaban dominados por los holandeses e ingleses. Las plantas pasaron a constituirse en el botín disputado por las potencias. Las guerras se desencadenaban por el “inofensivo” clavo de olor. Los monopolios se configuraban en torno a la “myristica fragaus” (de donde sale la nuez moscada), como era el caso de Holanda o de la canela o de cualquier otra planta (Garrison, 1966, 207). Tal parecía que “el destino del mundo” dependía de “una florecita cualquiera” (Motley, aput Garrison, 1966, 209).

Las drogas orientales y americanas fueron descritas y dibujadas; en Inglaterra se elaboraron tratados farmacológicos. Uno de los más significativos aportes de lo que hoy es el Ecuador fue el de la quina o cascarilla (para el tratamiento del paludismo), también fueron famosas en su época la zarparrilla y el “palo santo”(11) (Paredes, Borja, 1963, 226) (Estrada, 1974).

Los reyes de España emitían cédulas reales mediante las cuales se instruía que se abrieran hospitales y universidades y que, al interior de estas instituciones, funcio-

naban cátedras de medicina, que se recopilara toda información sobre la farmacología y la medicina utilizadas por las poblaciones aborígenes.

Felipe II en la Cédula Real de 1570, decía:

“Deseando que nuestros vasallos gocen de larga vida y se conserven en perfecta salud. Tenemos a nuestro cuidado proveerles de médicos y maestros que los rijan, enseñen y curen sus enfermedades y a este fin *se han fundado cátedras de Medicina y Filosofía en las universidades* más principales de las Indias como parece por las leyes de su título y reconociendo de cuanto beneficio será para estos y *aquellos reynos la noticia, comunicación y comercio de algunas plantas, yerbas y semillas y otras cosas medicinales que pueden conducir a la salud* y curación de los cuerpos humanos: hemos resuelto enviar algunas veces uno o muchos protomédicos generales a las provincias de las Islas, y sus Islas adyacentes, las cuáles tengan el primer grado y superintendencia de los demás: *usen y ejerzan cuanto por el derecho de estos y aquellos Reynos les es permitido*” (Paredes Borja, 1963, 201).

El interés de España por conocer las plantas medicinales de las Indias llevó a la Corona a costear varios estudios e investigaciones en esta rama.

En la misma cédula Felipe II disponía:

“...*Todas las yerbas, árboles, plantas y semillas medicinales que hubiere en la provincia donde se hallaren... como se cultiven; y si nacen en lugares secos o húmedos; y si de los árboles y plantas hay especies diferentes, y escribieran notas y señales... Harán experiencias y pruebas de todo lo posible... De todas medicinas, yerbas y simientes que hubiere por aquellas partes y les parecieren notables harán enviar a estos reinos si acá no las hubiere*”. (Paredes, Borja, 1963, 202).

1.1.6. La Beneficencia y las Poblaciones Indígenas.

Como es conocido, el sistema colonial español se basó en las diferencias étnicas entre españoles e indios. La imposición cultural que una de las expresiones que cobró la dominación económica.

En América la noción de “indio” irrumpe a partir de la llegada de los españoles. Desde el punto de vista de los colonizadores “indio” era sinónimo de “colonizado” y fue un concepto forjado para colocar a las poblaciones nativas en una situación de inferioridad (Muratorio, 1982, 24).

Los intereses fundamentales que movían a la colonización eran: la apropiación de las riquezas, de los medios y objetos de producción y de la fuerza de trabajo indígena pero, ideológicamente, los colonizadores se mistificaron con las tareas civilizadora y evangelizadora de los indios. La idea de “civilizarles” se popularizó en el siglo XVII, pero ya desde el XVI se usó la categoría “civilidad” que hacía referencia a la sociedad colonizadora y connotaba: gobierno bien organizado y cualidades de buena ciudadanía. En contraste con esta noción estaba la de “salvaje”, sinónimo de un pueblo sin leyes, gobierno ni religión, características que legitimaban el sometimiento.

Estas concepciones estuvieron presentes a lo largo de la conquista y la colonia, a pesar de que los españoles se enfrentaron a sociedades organizadas y con una fuerte estructura estatal, como la azteca y la inca (Muratorio, 1982).

Con respecto al Incario, la legislación española definía a los indios como “miserables”, o como menores de edad y los ponía bajo la tutela de un Corregidor o Protector de Indios (Spalding, apud Muratorio, 1982, 24). Este era un mecanismo ideológico que, según Giddens, permitía que las relaciones sociales, aparecieran como si fueran naturales, pues, la utilización del elemento “raza” permitía a la sociedad dominante concebir a los dominados como seres *incompletos* o *defectuosos* (Barnett y Silvermen, apud, Muratorio, 1982, 25).

Mediante las mitas -institución indígena refuncionalizada en la Colonia- se obligaba a los indios a trabajar quince meses seguidos en las minas de oro ubicadas en lugares muy distantes. Los indígenas eran llevados a la fuerza a trabajar en los lavaderos de Gualaceo, Zamora, Sevilla de Oro y Logroño (ciudades fundadas para la explotación del oro), donde fueron sometidos a largas jornadas de trabajo. Esto produjo un impacto tan grande en la morbi-mortalidad, que la administración colonial se vio obligada a declarar que “si el indio enfermase, debele curar a su costa el amo por tres meses” (Paredes Borja, 1963, 204).

Algo similar ocurrió en el área agrícola. Los indígenas fueron trasladados a lugares cálidos, aptos para los cultivos de algodón y caña de azúcar -donde se instalaban trapiches- lugares, con características distintas a las de su habitat original.

La escasez de mano de obra obligaba a los españoles a tomar precauciones, las mismas que, frecuentemente, han sido interpretadas como propias de una legislación “justa” y hasta “generosa” para con los indios. La legislación de Carlos V (28 de enero de 1541), ratificada más tarde por Felipe II, (20 de marzo y 19 de diciembre de 1568) recitaba:

“Que los indios de tierra fría no sean sacados

a la caliente, ni al contrario, que esta diferencia es muy nociva para su salud y vida” (Ibid, 203) (el subrayado es mío).

El 20 de julio de 1568, Felipe II, expidió otra Cédula Real en la que reiteraba:

“Que los indios que nos permitimos repartir no sean de provincias distintas ni de temples notablemente contrarios de temperamento que tuviese el sitio donde han de trabajar” (Idem).

Las diferencias de los ecosistemas en los que habitaban las poblaciones nativas, fueron reconocidas por los colonizadores una vez que éstas se manifestaran como condiciones “malsanas”, que atentaban contra la salud y la vida de los nativos, afectando de esta manera a la economía de los dominadores. Esto obligó al Virrey Toledo a emitir una serie de ordenanzas, en 1572, para proteger la salud de los indios. Se llegó, por ejemplo, a limitar el peso que debían cargar los hombres, a prohibir que las mujeres y niños participaran en los cultivos de coca, y que las mujeres embarazadas trabajaran en los últimos meses de gestación, “que ninguna india sea obligada a criar (amamantar) hijos de españoles, si su hijo viviese”

En los obrajes se prohibió el trabajo forzado de los indios y, en 1607, se prohibió el ejercicio de esta institución, aún en perjuicio de la producción de paños, importante actividad económica de la época.

Pero mientras la corona estaba interesada en propiciar condiciones que aseguraban la reproducción de su sistema económico a más largo plazo, los colonizadores estaban ávidos de acumular riquezas en el menor plazo posible. Así, las Leyes de Indias fueron letra muerta. El desarraigo de los indígenas, el agotamiento, el hambre, los estados depresivos, les hizo presa fácil de las enfermedades. La tuberculosis, las enfermedades bronco pulmonares, las disenterías, las epidemias de viruela, sarampión, fiebre tifoidea, el tifus exantemático (Paredes Borja, 1963, 290) el tabardillo, las enfermedades tropicales, como la anquilostomiosis, la fiebre amarilla -entre otras- arrasaban con la población indígena. Ya en 1582, el Corregidor de Otavalo Don Sancho de Paz Ponce de León, decía:

“se han acabado estos indios con los que tuvieron con el Inga cuando los conquistó, y después con la conquista de los españoles y a la postre con ciertas pestilencias, que en estas partes ha habido de sarampión, viruelas y tabardete” (Paredes Borja, 1963, 290).

Así la preocupación por evitar o disminuir la mortalidad era más que una tarea humanitaria una necesidad económica. Desde el principio, como se ha visto, la Corona instruyó que se levantaran hospitales para atender tanto a españoles como a indios.

A menudo esto ha sido interpretado como una actitud democrática de los españoles respecto a los indios. En realidad, el discrimen estuvo presente no sólo en la separación que se hiciera de las salas y aún de los hospitales de españoles e indios sino en la sujeción a los indígenas a tasaciones para financiar la construcción y el mantenimiento de estas instituciones. Los blancos y, posteriormente los mestizos, podían hacer contribuciones voluntarias. Los indios en cambio estaban obligados a pagar impuestos y a participar con limosnas.

La creación de hospitales al servicio de los indígenas no solo se explicaba por el interés de preservar la fuerza de trabajo sino porque eran una fuente de ingresos para los encomenderos, puesto que estaban sujetos a tributación.

En Yaguachi —según Estrada— de 82 a 83 indios tributarios casados y solteros, 30 se encontraban enfermos de cámaras de sangre (desinterías) los más y de calenturas” (Estrada, 1974, 13).

Por otro lado la construcción de los hospitales fue un pretexto para cobrarles un tributo adicional; el tomín.

Cada vez que se intentaba edificar un nuevo hospital se disponía que todos los indios, sin excepción, pagaran, a inicios de la colonia un tomín y más tarde un tomín y medio. Así lo ilustra el caso del hospital ubicado en las Cuevas, jurisdicción de Santa Elena y el caso del Hospital de Guayaquil. En 1750 se pedía que se “vuelva” a cobrar “el real y medio que debía pagar cada indio para sostener el hospital de Guayaquil, cada 4 meses”. Este impuesto había sido suprimido por el Virrey de Lima una vez que dicho hospital se había destruído.

En 1752 el mayordomo del hospital de Guayaquil se quejaba ante el cabildo de que los indios de Jipijapa no querían pagar el tomín y medio alegando que “no se curan en el dicho hospital” (Estrada, 1974, 48). La situación de los hospitales era tan calamitosa y la atención a los indígenas debió ser tan discriminatoria que, en Otavalo, por ejemplo, según se informaba “no hay indio que caya enfermo que quiera curarse a él, porque tienen por abusión que si entran a curarse allí se morirán luego” (Estrada, 1974).

A pesar de la escasez de médicos, durante toda la colonia, éstos estaban clasificados en forma discriminatoria. Los médicos particulares asistían a las personas pudientes, y su remuneración estaba regulada por la “igualación”, institución que consistía en asegurar una remuneración anual por los servicios prestados a una determinada familia. Los cabildos, por su parte, se responsabilizaban de contratar al “médico para pobres”. Como era tan difícil conseguirlos, encargaban la atención de los enfermos a los religiosos o a los esclavos.

1.1.7. La calidad de los servicios hospitalarios y la morbilidad

Como se ha venido constatando, la atención médica en los hospitales de beneficencia durante la colonia no fue ni siquiera curativa sino, simplemente, asistencial. Estaba limitada a atender a los enfermos, a satisfacer sus necesidades. Los hospitales eran más bien albergues de pobres y desamparados, refugios de mendigos y enfermos incurables.

Lejos de funcionar con criterios técnicos y administrativos la conducción de los hospitales, consistía en el manejo arbitrario(12) de sus fondos, que además, siempre resultaban deficitarios. El personal de planta se reducía a un *mayordomo* y a un capellán; en raras ocasiones contaban con los servicios de un “médico para pobres”. Como elementos de apoyo, actuaban los priores las cofradías y los “*diputados del hospital*”, estos últimos se encargaban de recoger las limosnas ordinarias de los días domingos (Estrada, 1974, 25) y de conseguir y canalizar otros recursos. La administración colonial vigilaba a estas instituciones más bien para limitar el poder de la Iglesia y para controlar el manejo de fondos antes que para proteger o mejorar la situación de los enfermos.

Los Virreyes o los Presidentes de las Audiencias Reales, los Gobernadores, Corregidores y los Comisarios -estos últimos nombrados por los Cabildos- eran los responsables de hacer el seguimiento de los hospitales o, más concretamente, de vigilar a sus administradores.

Las comunidades religiosas se encargaban del manejo diario de estas instituciones pero bajo las condiciones impuestas por la Corona y en calidad de “servicio”. Mientras en Europa los hospitales habían pasado de manos de la Iglesia a las del Municipio a principios del siglo XIII, (Garrison, 1966, 136) en América el clero ejerció su control efectivo hasta principios del siglo XX.

A pesar de que las Indias generaban tanta riqueza para España, la economía de los hospitales siempre fue calamitosa. La sola construcción de los edificios requirió de varias decenas de años hasta lograr una infraestructura definitiva. Cuando se disponía de un terreno no se tenía para las tejas, la madera u otros materiales de construcción. Cuando las provisionales infraestructuras se destruían y se requería una nueva edificación, los interesados debían hechar mano de las tejas u otros elementos de los escombros del hospital destruído.

Las condiciones internas de los hospitales en funcionamiento eran todavía peores. En el mejor de los casos los pacientes accedían a camas literas —donde entraban dos o más pacientes— de lo contrario, particularmente en situaciones de epidemia, los pacientes eran colocados en el suelo de las salas o de los corredores.

Las condiciones higiénicas eran deplorables. A principios del siglo XVIII cuando el Obispo Ladrón de Guevara visitó el Hospital Real de Guayaquil éste salió accidentado de las enfermerías a causa del intolerable asco que en ellas se le ocasionó. (Estrada, 1974, 7).

De allí que tanto la Audiencia como el Cabildo Eclesiástico solicitaron a Felipe V que enviara a los padres Betlemitas. El desaseo era generalizado y los piojos abundaban en la enfermería (Estrada, 1974, 7).

El hospital San Juan de Dios en Quito corría la misma suerte.

Por otro lado los hospitales contribuían a agravar las malas condiciones sanitarias de las urbes. En Quito, por ejemplo, los productos de deshecho eran arrojados al río Machángara del cual la población se abastecían de agua.

La costumbre de enterrar a los muertos en las iglesias, particularmente en las que se ubicaban dentro de los hospitales, hacía de estos últimos peligrosos focos de infección y de propagación de epidemias. La propia corona, mediante una cédula real, autorizaba en el año de 1632 que se enterraban a las personas que fallecieran en dichos hospitales (Estrada, 1974, 207).

Esta práctica persistió por mucho tiempo, en 1799 la propia Corona dispuso que:

“en las iglesias de los dichos hospitales no puedan enterrar, ni entierren, más difuntos que a los que murieron en ellos, *si no fuere pagado enteramente los derechos que pertenecieren y legítimamente se debieren a las catedrales y parroquiales*, que ya han parecido en el Concejo, agraviándose de esto” (Paredes Borja, 1963, 20).

El limitado conocimiento de la época sobre los mecanismos de propagación de las enfermedades, explican la escasez e inadecuación de las medidas preventivas de salud. En síntesis éstas se reducían a la ubicación espacial de los hospitales según la naturaleza de las enfermedades que trataran y a la aplicación de un paquete de instrucciones —a menudo erróneas— que debía cumplir los pobladores una vez que se declaraba alguna epidemia.

Los hospitales eran clasificados según estuvieren destinados a tratar a pacientes con enfermedades controlables o a pacientes con enfermedades transmisibles, estos últimos eran denominados “pestilentes”.

Isabel la Católica, en 1502, instruía a Nicolás de Obando que:

“los hospitales deberán emplazarse a la vera de las iglesias, salvo los destinados a las *enfermedades pestilentes, que se esta-*

bleceran en lugares levantados para que ningún viento dañoso, pasando por los hospitales, vaya a herir las nacientes poblaciones” (Paredes Borja, 1963, 200).

Felipe II ratificaba esta disposición:

“... para los enfermos de enfermedades contagiosas, se ponga el hospital en parte que ningún viento dañoso, pasando por él vaya a herir a la demás población, y si se edificara en lugar levantado, será mejor” (Estrada, 1974, 197).

Estas disposiciones fueron seguidas o al menos tomadas en cuenta durante el período colonial. Así por ejemplo en 1556 el Marqués del Cañete al autorizar la fundación de una población en Tomebamba disponía que:

“señalaran otros dos solares para que se hagan hospitales de los españoles y naturales, en parte donde la dicha ciudad, con el mal olor, no reciba daño...” (Estrada, 1974, 9).

Con el paso del tiempo, el crecimiento de las ciudades modificaba la ubicación de los hospitales. Inicialmente los que habían sido levantados en las afueras de las urbes, con el tiempo y cuando éstas últimas crecían, quedaban rodeados de viviendas, lo que obligaba a desplazar el hospital a otro sitio (como ocurrió con el hospital de Guayaquil) o a crear nuevos hospitales dedicados a las enfermedades transmisibles, en lugares más alejados.

Los lazaretos, por ejemplo, siempre estuvieron fuera de la ciudad y su creación antes que responder a sentimientos de compasión hacia los pacientes, tenían el fin de proteger a las ciudades del contagio de una de las enfermedades más temidas de la época, la lepra.

Las epidemias eran enfrentadas con procesiones y otros actos religiosos. La viruela fue una de las enfermedades más desastrosas de América. Hasta 1817, doce años después de haber llegado la vacuna a la Presidencia de Quito, el Cabildo emitía un acuerdo en el que señalaba que: “con la solemnidad necesaria *se traiga la imagen de Nuestra Señora del Quinche*, por no haber medida más segura para la peste de viruela” (Paredes Borja, 1963, 50).

En 1803 Carlos IV daba a conocer al Consejo de Indias que se realizaría la “Real Expedición Filantrópica de la Vacuna” en todas las colonias de América (Montero, 1957, 44) la misma que sería financiada por la Real Hacienda.

La misión cubriría toda América y estaría dirigida por el Dr. Balmis. Pasaría por las Antillas, Nueva

España, el Virreinato de Nueva Granada, el Virreinato del Perú, luego llegaría a Chile y Buenos Aires. Veintidos niños serían los portadores de la vacuna, para mantener vivo al virus durante la expedición. La vacunación se realizaba en forma directa de brazo a brazo.

Dentro de la jurisdicción de la Presidencia de Quito, se le responsabilizó de la Misión al Dr. Salvay. La vacuna llegó primero a Pasto, pasó luego a Tulcán, Ibarra, Otavalo, Quito, Cuenca y Guayaquil.

En 1805 se instaló la *Junta Conservadora de la Vacuna*, constituida por Carondelet —Presidente de la Real Audiencia de Quito—, el Obispo Cuero y Caicedo y otros personajes notables (Paredes Borja, 1963). La Junta Central coordinaba la acción de las juntas locales. La de Quito se denominó “Junta Filantrópica”.

El objetivo de estas Juntas era mantener la vacuna activa, de allí que la dirección estuviera en manos de un médico o, lo que era más común, de un flebotomista. Las Juntas funcionaron en plena vida republicana.

La sífilis era otra enfermedad que se propagó durante la colonia. Entre otras medidas adoptadas por la Corona para evitar la propagación de la enfermedad tenemos: las campañas de control médico a las prostitutas en manebía iniciadas desde muy temprano, (Montero, 1579,24) y a veces la reclusión y tratamiento de éstas en los hospitales.

El abastecimiento de agua y la disposición de excretas fueron servicios desatendidos. En Quito, se utilizaban las quebradas para eliminar las excretas y, en cuanto al agua, los pobladores urbanos usaban técnicas de filtración casera —con piedras—. En Guayaquil se instaló una noria en 1795 (Montero, 1957, 43).

1.1.8. El espacio colonial y los hospitales de Beneficencia.

A medida que se consolidaba el proceso colonial, la inmensidad del territorio conquistado se volvía inmanejable, lo que condujo a la Corona a fraccionarlo en unidades administrativas, progresivamente más pequeñas.

Así en 1535 Pizarro fundó en Lima la capital del Gobierno de Nueva Castilla; en 1542 estableció el Virreinato del Perú y este último a su vez se dividió en Audiencias. “A principio del último tercio del siglo XVI el mapa de las audiencias estaba establecido y reproducía con gran fidelidad la repartición de los focos etnoculturales andinos”: (Deler, 1987, 27) la de *Santa Fe de Bogotá* (1548) heredera del foco chibcha y los márgenes caribes; la de *la Plata de los Charcas* (1559); que integraba el foco Aymara, en cuyo seno se encontraban las minas de Potosí (1559); y la *Real Audiencia de Quito* (1563) que abarcaba el área de los Karas (Idem).

Esta fragmentación fue la más importante y definitiva durante la colonia y posteriormente ya que, una vez declarada la Independencia, los Estados nacionales se configuraron sobre la base territorial de las Audiencias. Las divisiones político-administrativas realizadas entre 1717 y 1723 no tuvieron incidencia en la vida republicana (Deler, 1987, 27, 30).

Los desafueros cometidos por los encomenderos, el impacto que producían las epidemias y la dificultad de manejar adecuadamente estos problemas determinó que los quiteños demandaran del Rey Felipe II, en el año de 1560 la conformación de un Tribunal de Audiencia, solicitud que fue aceptada en 1563, mediante Cédula Real. El licenciado Hernando de Santillán fue su primer presidente y el tribunal estaba constituido por tres oidores y un fiscal.

Este hecho trascendió a todas las esferas de la vida social y jurídica, la salud fue una de sus beneficiarias. En 1565 se fundó el primer hospital de la Real Audiencia de Quito, el “Hospital de la Santa Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo; ubicado en la calle que lleva el cerro “Yavirá” —hoy Panecillo—, en la casa de Pedro Ruanes. Sus características eran las comunes a los hospitales del resto de colonias y a los existentes en la España del siglo XII, es decir, era una casa de caridad, en la que se recibían a pobres y enfermos, a los que se les atendía y sostenía con las contribuciones de personas benefactoras, organizadas en una cofradía, pero que estaba bajo el patronato del rey. El acta de fundación decía:

“En nombre de Dios amén. En la muy noble y muy leal ciudad de San Francisco de Quito, en estos Reynos y Provincias del Pirú, en nueve días del mes de marzo año del nacimiento de nuestro Salvador Jesú Christo de mill e quinientos e sesenta e cinco años,... visto y entendido *que en esta ciudad con ser una de las principales de estos reinos y cabeza de este obispado no hay ningun Hospital* donde se acojan a los pobres enfermos assi españoles como indios a curarse de sus enfermedades y ser socorridos de sus necesidades y donde los fieles christianos tengan aparejo al exitarse en las obras de charidad... que pues dicho hospital se funda e instituye en nombre de su Magestad y es el fundador del que el patronazgo dél sea y se entienda ser su nexa a su Corona Real y sea patrono de su Magestad y los Reyes sus sucesores para siempre jamáz”(Paredes Borja, 1963, 230-231).

La separación de indios y españoles era tan obvia como la de sexos:

“... Primeramente que en el dicho hospital haya dos apartamientos y enfermería com-

petentes para que la *una de ellas se acojan y curen los pobres naturales, que esté el un cuarto diviso del otro y en cada uno de ellos haya un apartamento y división para que esten las mujeres porque no han de estar donde estuvieren los hombres...*" (Paredes Borja, 1963, 23).

Su administración y sostenimiento eran de carácter religioso

"... se funda en él una cofradía y hermandad que se intitule de la Charidad y Misericordia... y ponga un administrador y mayordomo de dicha cassa y cofradía que sea clérigo... que entre los cofrades de dicha Cofradía se nombre uno que sea Prioste y dos diputados para cada año los quales entiendan en las cosas que le yuso seran puestas y estos se elijan esta primera vez por esta Audiencia... que no solamente se ha de exercitar en recibir y curar los pobres enfermos peor también en todas las demás obras de misericordia y charidad que Nuestro Señor nos ha de mandar cuentas el día del juicio" (Paredes Borja, 1963, 231-232).

Ya que no sólo se trataba de un hospital sino de una casa de caridad, los responsables tenían obligaciones extra hospitalarias.

"...han de estar obligados a informarse de las personas necesitadas que oviere en esta ciudad y pobres vergonzantes y comunicarlo con el prioste administrador y hacerles la limosna que les pareciere a ellos conformes... asistir los sábados del mes que les cupiere a las visitas que se hiciere a los presos de las cárceles y vean y procuren que los pobres pressos... y se informen de las doncellas pobres especialmente huérfanas que oviere en esta ciudad y las pongan por copia y procuren cassarlas y teniendo el dicho Hospital posibilidad para ello les ayuden y hagan limosna para sus cassamientos" (Paredes Borja, 1963, 232).

El hospital, durante la colonia, fue entonces, mucho más que una institución de servicio a los enfermos. Fue una institución de beneficencia que canalizaba la ayuda a todo tipo de desvalidos y personas vergonzantes, presos, niños huérfanos, prostitutas, mendigos. Inclusive controlaba el entierro de los muertos.

Como los hospitales coloniales no contaban con recursos médicos los enfermos fueron, por largo tiempo, hospedados pero no tratados. La miseria y la falta de higiene eran alarmantes. En el hospital de Guayaquil re-

cién en 1683 se acudió a la orden de San Juan de Dios para que se hiciera cargo de la institución y tratara a los pacientes y en 1706 se llamó a las Betlemitas con el mismo propósito (Estrada, 1974, 7). (Montero, 1968, 23-27).

Por mucho tiempo, el hospital no tuvo rentas fijas y sólo se sostuvo de limosnas y contribuciones de los cofrades. Cuando se hicieron cargo las Betlemitas, en 1707 el hospital estaba en ruinas y en un estado higiénico tan lamentable que aún después de quemar la ropa de cama y los entarimados de madera que servían de cama

"les fue imposible destruir los piojos que cubrían la totalidad de las paredes, el piso de las habitaciones; hubieron de raspar paredes, modificar pisos y hasta construir nichos en las paredes para colocar a los enfermos" (Montero, 1968, 13).

El hospital de Santa Ana en Guayaquil fundado 36 años más tarde que el de Quito, (en 1600), —aunque según Julio Estrada fue el primero—. Al igual que el de Quito era un hospicio en el que se atendía pero no se curaba a los enfermos. También éste fue apoyado por el Cabildo y los filántropos locales y, en un principio, estuvo dirigido por un clérigo, Baltazar Peralta.

En 1785 se fundó en Quito el "*Hospicio de Jesús María y José*" que era al mismo tiempo: hospicio, orfanato y leprosería. Ocupaba lo que antes fuera la Casa de Ejercicios de los jesuitas al pie del Panecillo. Más tarde fue denominado "Hospital y Hospicio San Lázaro" (Montero, 1968, 32). Para fines de la colonia había hospitales en las principales ciudades de entonces Quito, Guayaquil, Cuenca, Riobamba y Loja.

1.2. LA BENEFICENCIA EN LAS PRIMERA ETAPAS DE LA REPUBLICA. EL SIGLO XIX UN PERIODO DE TRANSICION

En el siglo XIX ocurren cambios fundamentales en el país en el campo de lo económico, lo social y lo político. En su primera mitad los procesos más importantes se vincularon con la ruptura de las ataduras coloniales y con la conformación de una nueva unidad política: el Estado independiente. Esto implicaba dos tareas fundamentales: en primer lugar, la constitución del territorio nacional, que a su vez suponía la demarcación de sus fronteras y la integración interna del mismo; y en segundo lugar la centralización del poder político y la formación de la nueva identidad nacional. Esta última debía establecerse sobre la base de un mercado interno que integre a la población a través de la circulación de mercancías y de una cultura nacional, que homogenizara a regiones aisladas, dispersas y con características económico-sociales particulares.

En la segunda mitad del siglo XIX los hechos más relevantes eran: la transformación de una sociedad precapitalista en capitalista; la afirmación del emergente Estado nacional a través de la centralización del poder captado y celosamente defendido por los municipios y la penetración de nuevos centros hegemónicos en la estructura económica social y política del país. Esto último suponía una nueva dependencia mediatizada por el mercado. Inglaterra, Francia y Alemania fueron los principales centros de poder que dominaron el escenario económico, social y cultural ecuatoriano la mayor parte del siglo XIX. Sólo a fines de éste irrumpe una nueva potencia, los Estados Unidos, cuya presencia conmociona todas las esferas de la vida nacional.

Las luchas libertarias, las pugnas entre civiles y militares siglo XIX y la penetración de las nuevas potencias imprimieron en la sociedad en su conjunto características que dan cuenta de una etapa clave en la historia ecuatoriana, una etapa de transición entre lo colonial y lo autónomo, entre lo precapitalista y lo capitalista.

En 1809 se da el primer paso hacia la ruptura del régimen colonial al establecerse la Junta Soberana de Gobierno y todavía vinculada a la Corona(13), exacerbó los sentimientos autonomistas de los criollos. Fue así como, dos años más tarde, en 1811 se estableció el primer Congreso Constituyente, el mismo que declaró la formación del *Estado de Quito*; pero fue en 1822 cuando se consolidó la independencia.

Consumado este hecho se debía enfrentar el reto de configurar la nueva unidad política y, para ello, definir la base territorial sobre la cual se asentaría el nuevo Estado nacional.

Durante la colonia era el Estado monárquico el que regía a los pueblos de América. Los límites entre virreinos, audiencias, capitanías, etc., eran límites formales, que respondían, más bien, a las necesidades de eficiencia de la administración colonial. Con la independencia los límites empezaron a ser fronteras reales por las que pugnaban las nuevas repúblicas.

Al disolverse la Gran Colombia(14) —constituida en 1824—, el Distrito del Sur adoptó por vez primera el nombre de Ecuador(15) y es a partir de entonces que se agudizaron las disputas por el territorio de la que fuera Real Audiencia de Quito(16). Pequeños grupos de peruanófilos y colombófilos hacían el juego a los países vecinos, en oposición a los autonomistas y sólo en 1835, con la batalla de Míñarica, se puso fin al peligro de desintegrar nuestro territorio, lo que impidió que el Estado del Ecuador fuera incorporado a la Nueva Granada como pretendió un reducido grupo de los vecinos(17).

De aquí en adelante las amenazas surgieron del interior del propio país. El acentuado regionalismo produjo

enfrentamientos de los caudillos y sus seguidores hasta fines de siglo (1883). En la segunda mitad de la centuria, la joven república llegó a tener tres gobiernos uno en Quito, otro en Guayaquil y otro en Cuenca, al mismo tiempo, Loja se declaraba como gobierno seccional federativo (Deler, 1987, 96). En estas condiciones la integración espacial y la conformación de la nación ecuatoriana eran una entelequia. Sólo a fines de esta centuria se crearon efectivas condiciones materiales de integración. La navegación fluvial y la red de ferrocarriles impulsaron el desarrollo del mercado interno y con ello la integración intra e interregional de la Costa y la Sierra.

Como se dijo anteriormente los hechos más significativos de la segunda mitad del siglo XIX, se relacionan con la transformación de la sociedad precapitalista en capitalista. Si bien en 1824 ya se habían suprimido el mayorazgo(18) y los llamados vínculos, a partir de los años 50 que se emitieron leyes de gran impacto en la estructura social como la manumisión de esclavos en 1851 y la supresión del tributo de los indios en 1852 (Moncada, 1981, 56). Esto originó cambios en las relaciones de producción.

El proceso de mestizaje y la movilidad social fueron dinamizados en este período (Ortiz, G., 1983, 13-50). El desarrollo de las vías de comunicación y la expedición de leyes de educación en el gobierno de Alfaro contribuyeron a cambiar la composición de las clases sociales. Disminuyó la polarización a expensas de la diversificación y complejización de las clases.

En esta etapa aparece, lo que podría considerarse un embrión de la clase media, y de esta manera entran en el escenario nacional nuevos actores sociales surgidos del sector de los intermediarios, los mismos que captaron mejores posiciones dentro de la estructura social del país, en la medida en que se expandía el mercado interno.

Entre los hechos estrictamente económicos que aceleraron la adopción de relaciones francamente capitalistas se destacan: el "Tratado de Amistad, Comercio y Navegación" con Inglaterra; la adopción del patrón oro en 1898; la participación directa de los ingleses primero y de los norteamericanos después en la explotación de nuestros recursos naturales —de las minas de oro de Portovelo (1880) y de los pozos petroleros de la Península de Santa Elena—. Estos pasos significaron un empujón más hacia la internacionalización de la economía ya iniciada a través de la agroexportación (Moncada, 1983, 56-57).

La hegemonía estadounidense, la revolución liberal de 1895, el establecimiento de pequeñas industrias y de nuevos bancos, fueron quizá factores que incidieron en la intensificación de la penetración extranjera en el país (Moncada, 1983).

1.2.1. La situación de salud en el Ecuador de 1809 a 1895

El proceso que siguieron las instituciones de salud en el siglo XIX fue bastante fiel a los hechos macro sociales. Desde la independencia hasta bien avanzada la vida republicana, los hospitales siguieron los mismos cauces que durante la colonia. El manejo asistencial, empírico y poco científico de las casas de salud no sólo que se mantuvo durante la primera mitad del siglo XIX sino que, en términos generales, experimentó un empeoramiento. Las causas con la pobreza crónica en la que había caído la sociedad debido al desgaste humano ocasionado por las batallas libertarias primero y, más tarde, a los enfrentamientos internos entre los caudillos, así como a los gastos que suponía el sostenimiento de las tropas.

A partir de la segunda mitad del siglo se intensificaron y diversificaron las relaciones comerciales, a través de la agroexportación, situación que si bien incidió en un crecimiento económico del país, agudizó el problema de las epidemias arrastrado desde la colonia. En esta ocasión, penetraron enfermedades tropicales que diezmaron a la población de la Costa, particularmente a la que estaba asentada en las ciudades portuarias.

El militarismo de la época no era un fenómeno nacional exclusivamente sino mundial. Esto se tradujo no solo en la ingerencia de las instituciones castrenses en la vida pública y, específicamente, en la prestación de servicios de salud, como se verá más adelante, sino aún en la manera de ver, conceptualizar y enfrentar la enfermedad.

A fines de siglo la presencia de las instituciones extranjeras, particularmente norteamericanas, marcó el punto de partida de una nueva forma de enfrentar los problemas de salud, particularmente los de salud pública.

El desarrollo del ferrocarril, desencadenó la emergencia de *hospitales rodantes* que seguían la ruta de la construcción de la vía férrea.

En la vida intrahospitalaria los gobiernos clericales y anticlericales, aunque tímidamente, imprimieron su carácter y diferencias. Esto no ocurrió en forma mecánica puesto que el peso de la Iglesia en las distintas instancias del poder político siguió siendo fuerte y el ámbito de la salud no fue una excepción. De allí que se daban hechos aparentemente contradictorios, como por ejemplo la inclusión del Arzobispo de Quito en el Consejo de Gobierno de Urbina y, al mismo tiempo, la expulsión de los jesuitas (19) (Pareja Diezcanseco, 1979, 81-82)

A pesar de la aparente inercia de las instituciones de

salud, éstas fueron transformando sus objetivos y filosofía, los aspectos científicos, administrativos y financieros. Las pugnas por el control de los hospitales entre el gobierno central y los municipios se manifestaron, frecuentemente a menudo, como una confusión de pertenencia y de sus alcances. Frecuentemente se discutía sobre el carácter local o nacional de ciertos hospitales.

1.2.2. Los Hospitales de Beneficencia sus objetivos y filosofía

A pesar de las grandes transformaciones políticas ocurridas en el siglo XIX, la forma de encarar los problemas de salud siguió siendo hospitalaria, asistencial y orientada a los pobres y desamparados, al menos hasta mediados de la centuria.

Aún en la década del 80 los hospitales se siguieron denominando "de caridad" (incluyendo los nuevos). Sus puertas se siguieron abriendo indiscriminadamente hasta que la avalancha de pacientes provocada, sobre todo, por la presencia de heridos que resultaba de las guerras civiles y de otras formas de enfrentamiento, volvió insostenible el continuar con dicha política. Así en 1863, se limitó el número de pacientes (Samaniego, 1957, 158).

El objeto social de los hospitales fue tan indefinido que en su interior se acogieron a presos, prostitutas y hasta se establecieron escuelas y talleres de tejedores de sombreros de paja toquilla (Samaniego, 1957, 108, 120).

La organización y condición higiénica de los hospitales que tanto escandalizara en la etapa precedente, no mejoró hasta mediados de siglo.

En 1839 el gobernador de la provincia de Pichincha transcribía una comunicación que el Cirujano Mayor del Hospital de la Caridad de Quito (militar) enviaba al Ministro del Interior en la que decía:

"...el desgreño, el desaseo y la miseria no tienen límites. Hace tres días que los tristes enfermos a mi cargo han dejado de curarse por falta de hilas, esto es, por falta de humanidad, por falta de anhelo y por sobra de indiferencia para con los desgraciados..." (Samaniego, 1957, 86)

El gobernador confirmaba esta apreciación al aceptar que "todo falta en ella (la mencionada casa de salud) hasta el deseo de hacer bien" (Samaniego, 1957, 86).

Los cambios económicos y políticos experimentados en el país a partir de la segunda mitad del siglo XIX fueron incidiendo en el perfil institucional del país. Las relaciones Iglesia-Estado así como también el desarrollo del Mercado Interno e Internacional fueron determinan-

tes no sólo en el financiamiento sino en el papel ideológico que jugaron las instituciones de beneficencia.

Sin embargo, en lo operativo, los hospitales siguieron manteniendo su carácter de hospederías hasta casi fines de siglo. Así lo ilustra la composición de los pacientes del Hospicio de Quito. En 1855 habían 84 elefanciacos 34 “pobres” y 3 presos (Samaniego, 1957, 136). En 1857 el Administrador del Hospicio de Quito, pidió que se construyera una cocina separada para los “asilados sanos” (Ibid, 142-143). El dar cabida a los presos fue una práctica común durante este siglo. En 1865 el Gobernador de Pichincha en una comunicación al Ministro del Interior manifestaba que el Hospicio

“...no es un lugar a propósito para cárcel de mujeres ni proporciona las seguridades necesarias, S.E. el Presidente de la República ha tenido a bien ofrecer el hospital de mujeres para este objeto” (Samaniego, 1957, 166)

El Ministro contestaba que el Presidente de la República ha dispuesto que “en un local del hospital de mujeres se construyan departamentos para los que fuesen destinados a prisión o detención, siempre que la Ilustre Municipalidad aceptare tal medida” (Samaniego, 1957, 166).

También las prostitutas estuvieron alojadas en el Hospital San Juan de Dios, desde la Colonia, en un servicio especial denominado Camarote “Santa Martha”. En 1876 se entregaba su cuidado a las Hermanas de la Caridad(20). (Samaniego, 1957, 217). Con García Moreno el Camarote pasó a ser cárcel de mujeres (1883) y más tarde las presas fueron trasladadas al Buen Pastor (Samaniego, 1957, 234).

En el último tercio del siglo no sólo que se advierte una voluntad gubernamental de capitalizar al Estado y, con ello, financiar las obras de beneficencia sino que, a nivel privado, las aportaciones económicas y morales de los benefactores se fueron despojando del carácter *caritativo* para convertirse en “filantrópicos” o de beneficencia.

A partir de los años 70 se conformaron las “sociedades” de Beneficencia de señoras en las principales provincias que se encargaron de apoyar a las distintas casas o instituciones de esta naturaleza. Así tenemos la “Sociedad de Beneficencia de Señoras de Riobamba”, la “Sociedad Humanitaria del Guayas” (encargada de la ambulancia y atención a los heridos de las batallas), la “Sociedad de Beneficencia de Señoras de Quito”. Todas estas sociedades captaban, a la larga, asignaciones del Estado mediante decretos legislativos.

El militarismo predominante de la época y los frecuentes enfrentamientos afectaron a la población civil y

militar. Los hospitales no solo que se vieron llenos de heridos sino que hasta fueron convertidos en cuarteles. En 1822, (cuando formábamos parte de la República de Colombia) por Decreto Ejecutivo del General Santander, se creó el Reglamento para Hospitales Militares. En el mismo año se abre en el Hospital San Juan de Dios una rama de servicio destinada a la atención de militares la misma que se mantuvo hasta 1918, año en el que, por fin, se creó una casa de salud exclusiva para militares (Jácome, A.L., Vásquez, E.R., 1987, 9).

Así se satisfizo una necesidad arrastrada desde la colonia y que había sido cubierta por el Hospital San Juan de Dios. En 1592 había acogido a las víctimas de la sublevación de las alcabalas; en 1810 a las del 2 de Agosto; en 1822 a los caídos en la guerra de la Independencia; en 1877 a los de la revolución contra Veintimilla, en 1883 a los involucrados en el derrocamiento de Veintimilla, en 1895 a los de la revolución liberal, y en 1907 a los heridos del combate de Chasqui y de la campaña de los 20 días que diera como resultado el triunfo liberal (Diezcanseco, Aput, Vásquez, 1987, 10).

Para 1823 el Superior de los Betlemitas, pidió auxilios para atender las necesidades del Hospital de la Caridad “que se había convertido en militar” (Samaniego, 1957, 62).

Evidentemente los gastos en atención de militares no sólo consumían gran parte de los presupuestos de los hospitales sino del erario nacional. En 1846, por decreto de la Convención Nacional, se asignaba en el presupuesto de dicho año 100 pesos para la Escuela de Obstetricia, 768 pesos para *dos* cirujanos militares y 4.000 pesos para gastos de hospitalidades militares (Samaniego, 1957, 111).

El estado de desfinanciamiento, deterioro y decadencia del hospital de Quito obligaba al Concejo Municipal a realizar erogaciones voluntarias. En 1831 un concejal encargado de evaluar el hospital San Juan de Dios señalaba que una de las causas para que el hospital marchara mal era la unión del hospital civil y militar, porque este último “consume mucho de las asignaciones y que hasta se hospitalizan a militares y mujeres en la misma sala” (Samaniego, 1957, 128).

En 1858 se habla de la existencia de tres salas, en el mismo hospital, una para militares, otra para “paisanos” y otra para mujeres. (Samaniego, 1957, 142).

En 1862 el administrador de dicho hospital, en vista de la angustiada situación económica por la que atravesaba la institución solicitó al gobierno que elevara las “hospitalidades” de los militares atendidos ya que estos pacientes eran más numerosos que los civiles y sin embargo solo se contribuía con real y medio por plaza. Adicionalmente solicitó dos ayudantes militares para el

servicio de las salas correspondientes (Samaniego, 1957).

Al siguiente año el hospital tenía un saldo negativo en sus rentas, debido al aumento del número de ingresos, tanto de civiles como de militares. El crónico déficit presupuestario se había agravado, debido a una disposición presidencial de recibir en el hospital a *todo enfermo desvalido* (Samaniego, 1957, 157).

A fines de siglo la atención a los militares empezó a volverse más especializada y autónoma. En 1875, de acuerdo a la Ley Orgánica Militar, se creó el Cuerpo de Sanidad Militar, que debió funcionar en tiempo de paz y de campaña. Al siguiente año, cuando el país atravesaba por una guerra civil, se organizó una Ambulancia Militar, con el fin de prestar sus servicios durante los enfrentamientos (Samaniego, 1957, 214).

La beligerancia en la que vivió el país durante el siglo décimonónico estuvo aparejada de un tipo de patología que se volvió predominante. La infección por tétanos conocida como la “enfermedad de los siete días”, y las amputaciones, entre otras, se volvieron comunes y se sumaron a los problemas acarreados por el empobrecimiento de la población, que soportaba el peso de la sustentación de las tropas.

El hecho de que el Ecuador se articulara directamente al mercado mundial a través de la agroexportación y que después de la independencia diversificara sus intercambios como vimos, significó para la Costa la entrada de varias enfermedades tropicales que diezmaron a su población, especialmente en las ciudades puerto como Guayaquil y Portoviejo.

La magnitud y urgencia de la necesidad de contar con servicios médicos por parte de las poblaciones afectadas por las distintas epidemias obligó a que los gobiernos transgredieran aún con las medidas de seguridad más simples, como aquella, instaurada durante la colonia, que consistía en diferenciar a los hospitales pestilentes de los hospitales corrientes y en separar a los primeros de los conglomerados urbanos. Si bien Rocafuerte quiso, en un principio, precautelar la salud pública impidiendo que los pacientes con enfermedades tropicales ingresaran a los hospitales de caridad, las proporciones que habían tomado las epidemias, particularmente la de fiebre amarilla, hicieron romper la norma y pronto los hospitales de caridad se vieron sobre saturados de este tipo de pacientes. La escasez de personal de salud y la presión de la demanda incidieron en el desabastecimiento de las ciudades, particularmente costeñas, de los servicios de salud. Los presos de las cárceles al no contar con personal que les atiende en sus respectivas enfermerías, también pasaron a ocupar las salas de los hospitales de caridad.

Las epidemias de enfermedades tropicales ocasionaron además un cambio en la composición de los pacientes, no sólo en el aspecto patológico sino también en el social. Aunque dichas enfermedades tuvieron predilección por los sectores más desprotegidos, atacaban a personas aún de los estratos más altos de la sociedad.

Así la gratuidad de los servicios hospitalarios que fue mantenida a lo largo del siglo, empezó a ceder paso a distintas modalidades de cobro, hasta que finalmente se abrieron los “pensionados”. En 1848 se abre un pensionado en el Hospital San Juan de Dios de Quito. (Paredes Borja, 1963, 182).

La práctica de cobrar por los servicios de toda índole debió haberse ido generalizando al punto de poner en riesgo la filosofía inicial de algunas instituciones. En 1861 se prohibió a médicos, empíricos y abogados que cobraran a los indígenas, a menos que estos últimos tuvieran ingresos superiores a los mil pesos (Paredes Borja, 1963).

La atención a los pobres iba perdiendo sentido aún para los Municipios. En 1860 el Municipio de Quito se negaba a pagar al médico de pobres (Paredes Borja, 1963). Posteriormente, se le añadió a este profesional la responsabilidad de trabajar como docente en la Facultad de Medicina.

1.2.3. Los Recursos Humanos de Salud

Nuevas concepciones sobre la filosofía y naturaleza de las instituciones así como también sobre el papel de los profesionales estaban emergiendo.

La medicina estatal siguió siendo hospitalaria y urbana, a lo largo del siglo XIX. Sin embargo, como el tejido urbano ecuatoriano había ido creciendo y cambiando su fisonomía, particularmente en los últimos años —gracias al impulso de la infraestructura vial y al desarrollo del mercado interno— la demanda de los servicios hospitalarios fue aumentando y los gobiernos tuvieron que preocuparse por crear nuevos hospitales o abrir nuevos servicios en los ya existentes. A fines de siglo la demanda no sólo era cuantitativa sino cualitativa. El desarrollo científico alcanzado en los países centrales había revolucionado la medicina. Muchos médicos ecuatorianos se trasladaron a Europa, especialmente a Francia, a realizar sus estudios y, al retornar al país, especializaron los servicios y crearon nuevas necesidades.

El desarrollo de las ciencias sociales, en permanente retroalimentación con las de la naturaleza, había influido en la filosofía y ésta a su vez había permeado a todas las ciencias. Así el empirismo y el positivismo surgen como una respuesta al dogmatismo precedente,

explicable por el lento desarrollo que había tenido la ciencia en el medioevo. Si bien más adelante estas corrientes serían criticadas por tratar a los fenómenos físicos y sociales como si fueran de la misma naturaleza, no se puede negar que abrieron nuevas puertas de comprensión y rescataron la búsqueda de las relaciones causa-efecto.

En una época en la cual el pensamiento médico sigue aceptando que la enfermedad es parte del ordenamiento divino, en la que continuaba en boga el principio de la generación espontánea, etc. el pensamiento empírico constituye una fase necesaria que debía ser superada una vez que los descubrimientos microbianos, los de la fisiopatología, los de la farmacología, terapéutica, etc. alcanzaran su madurez y permitieran ver que a más de la causalidad biológica existe una causalidad social de la enfermedad.

En este contexto los hospitales se modernizaron y la medicina se fue profesionalizando. La educación superior que venía siendo formalista, se vio cada vez más cuestionada y empezó a ceder terreno a lo práctico y experimental.

El Ecuador, como el resto de América Latina, no tuvo el mismo ritmo de desarrollo científico que los países centrales. La universidad siguió siendo formalista. De allí que los profesionales médicos no captaron la confianza de la población pues ésta juzgaba que “curaban con los libros más que con la experiencia” (Paredes Borja, 1963, 113). La universidad fue cuestionada y frecuentemente cerrada y en 1869 fue disuelta por la Convención Nacional por considerarla “defectuosa y absurda”. En cambio se expidió un decreto mediante el cual:

“se facultaba a todos los colegios de la República para que puedan establecer cátedras de enseñanza superior y conferir los grados académicos correspondientes” (Paredes Borja, 1963, 239).

La alta morbi-mortalidad de la población requería de respuestas emergentes, no solo en los hospitales sino en la formación y reclutamiento de profesionales y más personal de salud. Para 1830, fuera de médicos titulados, trabajaban con permiso del cabildo: curanderos, cirujanos o barberos, flebotomistas, frailes y clérigos aficionados a la medicina (Paredes Borja, 1963, 113). Entre 1830-1834 se prohibió ejercer a los cirujeros romancistas, pero no a los médicos romancistas.

Los sangradores seguían manteniendo sus gremios, así como también los mecanismos de formar aprendices hasta convertirlos en “maestros mayores”. Esta práctica era formalmente reconocida por la Facultad de Medicina hasta mediados de siglo (Paredes, Borja 1963, 135). A lo largo del período analizado, la convergencia

de profesionales y empíricos de la salud fue una constante en la realidad nacional aunque frecuentemente se intentó limitar, frenar o regular el trabajo empírico.

Los sangradores podían ejercer legalmente su profesión, de lo que se sabe, hasta la década del 80 de la mencionada centuria. (Samaniego, 1957, 229).

Así en 1830 las autoridades de gobierno se dirigieron a algunas comunidades religiosas para comunicarles que estaban impedidos de trabajar legalmente en el tratamiento de los pacientes en 1831 se prohibió ejercer a los empíricos. A partir de 1835 se le encargó a la Facultad de Medicina de Quito, examinar a: cirujanos, romancistas, boticarios, parteras y sangradores, de acuerdo a la ley de enseñanza pública (Paredes Borja, 1963, 133).

A principios de siglo, se había preservado a las facultades de medicina del cierre generalizado de la universidad, para no bloquear la formación de médicos. Sin embargo, la escasez de estos profesionales obligó a que en 1843 se crearan cátedras de medicina en distintos colegios de Quito y Guayaquil, aunque ya desde 1835 ya se había iniciado esta práctica al crear una cátedra de esta naturaleza en el colegio Vicente León de Latacunga (Samaniego, 1857, 96).

Otras instituciones también asumieron el rol de formar médicos. En 1835 fue la Sociedad Médica del Guayas la que se encargó de dar enseñanza en medicina y, en 1836, se creó la cátedra de medicina en el hospital de Cuenca (Paredes Borja 1963, 135, 139).

A pesar del rezago de la medicina ecuatoriana, la influencia de las nuevas potencias invadía todos los campos y la medicina no fue una excepción. El peso alcanzado por Francia en el campo cultural y científico fue determinante, allí se formaban las clases dirigentes del país y de allí salieron algunos pioneros de las especialidades médicas. García Moreno —que había estudiado en la Sorbona— en su calidad de Jefe Supremo introdujo al país elementos innovadores. En el campo de la medicina trajo a dos médicos franceses Gayraud y Domez (1873-1875). (Paredes Borja, 1963, 232) pero dadas las raíces dogmáticas que todavía prevalecían en la educación nacional, los médicos ecuatorianos, aprendieron de memoria los textos en francés. Sin embargo, hubieron otros profesionales que catalizaron la renovación científica en nuestro medio. El primer dentista profesional ecuatoriano —también formado en Francia— revolucionó la odontología. Una partera francesa domiciliada en Quito incidió directamente en el campo de la Obstetricia al ser incorporada como docente por la Facultad de Medicina. Con nuevos especialistas se abrió la cátedra de cirugía en (1844) estos y otros cambios fueron elementos transformadores del saber y de la práctica médica.

A fines de siglo se empezaron a introducir nuevas técnicas y concepciones que provocaron la demanda de hospitales más modernos, en los cuales la división, según especialidades, se fue imponiendo. En Quito se sentaron las bases para la apertura del “nuevo hospital”, el Hospital Eugenio Espejo. Claro que la culminación de esta obra tomó más de tres décadas, la primera piedra fue puesta en 1901 pero el hospital abrió sus puertas al público en 1933 (Montero, 1968, 32-34).

Evidentemente las áreas de la medicina que mayor impulso tuvieron en el siglo XIX fueron la obstetricia, la cirugía, la anatomía y la salud pública.

La primera, como una respuesta a la persistencia de la gran mortandad materna, por causas controlables: infecciones, hemorragias y trastornos del embarazo y el parto. Ya desde 1829 Bolívar incluía la enseñanza de Obstetricia en las Facultades de Medicina, (Samaniego, 1957, 72) y aunque los requisitos para la formación de parteras no eran muy altos, desde muy temprano, se abrieron escuelas de obstetricia en el país. En 1839 se fundó en Quito una Escuela de Obstetricia, que recibía a estudiantes de 15 y 17 años; en 1850 se abrió otra Escuela en Cuenca, con el único requisito de que los estudiantes sepan leer y escribir; en 1870 García Moreno fundó en la Quinta de Yavirac la Maternidad, que más tarde se llamaría con el nombre de otro Presidente del Ecuador y a su vez médico, “Isidro Ayora”, (Montero, 1968, 32) y, en 1898 se estableció una casa de maternidad, anexa al Hospital San Juan de Dios, antes denominado “Hospital de la Divina Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo”. Como en los viejos tiempos esta casa se sostenía con fondos propios sus requerimientos eran aún para entonces, muy modestos. (Paredes Borja, 1963, 142 - 145, 181).

La cirugía empezó a abandonar su condición de oficio para convertirse en una de las especialidades más importantes de la medicina, gracias a los estudios que habían realizado unos pocos médicos en Europa y a la apertura de la cátedra de cirugía en 1844. Hasta entonces las intervenciones quirúrgicas se habían restringido a la realización de amputaciones (Montero, 1968) en 1848 se compró un estuche quirúrgico para el Hospital San Juan de Dios Quito (Montero, 1968, 116).

La salud pública, por su parte, era el área que más impulso recibió debido no solamente al adelanto de la microbiología y, con ello, a la mejor comprensión de las enfermedades transmisibles sino y, ante todo, al interés que pusieron los países hegemónicos, particularmente los Estados Unidos por superar las trabas que las enfermedades tropicales ponían al desenvolvimiento de la producción y el comercio de productos primarios. Los organismos privados de la nueva potencia fueron los primeros en implementar y financiar los programas de

erradicación de enfermedades en el Ecuador y el resto de América Latina, luego fueron generando organismos internacionales especializados en salud avalados por los gobiernos de la región.

Progresivamente sus objetivos fueron ganando legitimidad hasta que, finalmente los gobiernos nacionales los asumieron como propios, como veremos cuando se analice la Sanidad.

1.2.4. Los Hospitales de Beneficencia y el poder de la Iglesia

El cambio de poder político que se produjera con el advenimiento de la independencia no alteró la relación que tenía la Iglesia con los hospitales, al menos en los primeros años. Fue más tarde, en 1835 cuando por primera vez el gobierno central declaró ilegal el ejercicio de la medicina por parte de algunas comunidades religiosas.

Sin embargo los clérigos siguieron administrando los hospitales aún en el marco de gobiernos anticlericales, puesto que, hasta mediados de la centuria seguían siendo los principales portadores del saber médico.

En la segunda mitad del XIX particularmente durante el gobierno de García Moreno, se consolidó el poder de la Iglesia. La firma del Concordato auspició la llegada de religiosos extranjeros. La Iglesia hasta antes del gobierno de García Moreno siempre había estado sujeta al control del Estado: durante la colonia a los Reyes de España, mediante la institución denominada “Patronato Real” y después de la Independencia a los gobiernos republicanos mediante el ejercicio del “Patronato” que no era sino una declaración por la que se subordinaba la Iglesia Católica al Estado a cambio de que este la proteja. El Patronato Real se había comprometido a cubrir los gastos del sostenimiento de los religiosos que se encargaban de evangelizar a los indígenas y mantener hospitales, lazaretos y orfanatos. La Iglesia recibía parte del “diezmo” (10% de los ingresos provenientes de los frutos de la tierra que recaudaba la corona, la que también designaba, por concesión del Papa, los prelados. El Estado Republicano se declaró heredero del Patronato Real).

De acuerdo con lo convenido en el Concordato, en 1862, la Iglesia recuperaba su independencia y dejaba de estar vigente el Patronato. Además el país se comprometía a dar permiso de ingreso a cualquier sociedad aprobada por la Iglesia y se excluía a las que eran condenadas por ella. La provisión de obispados se hacía en Roma, aunque el Estado podía oponerse a las designaciones que considerare inconvenientes. La instrucción de todos los establecimientos y niveles debía hacerse de acuerdo con la Iglesia. Se mantenía la contribución

del diezmo, del cual la Iglesia debía entregar al gobierno la tercera parte.

La oposición que mereció el Concordato provocó algunas reformas realizadas en 1862, 1864 y 1866. Según la última se acordó, entre otras cosas:

1. Que se conservara el diezmo solo hasta que, de acuerdo con la Santa Sede, se lo substituyera con rentas especiales.

2. *Que no sólo entregaría al fisco el un tercio del diezmo, sino todo el sobrante, después de haber cubierto todos sus gastos.*

3. Que el Presidente de la República vigilara a la Iglesia como se hacía durante la vigencia del Patronato (Pareja Diezcanseco, 1979, p. 121).

Curiosamente la gestión por la traída de las Hermanas de la Caridad al Ecuador había sido iniciada en el gobierno anticlerical de Robles, quien autorizaba que, "a la brevedad posible", se haga venir de Europa a ocho religiosos de la Caridad para servicio de hospitales en el país (Paredes Borja, 1963, 205). Claro que este hecho no se verificó en su gobierno debido a que para dicho envío se puso como condición que el país recibiera conjuntamente a varios sacerdotes misioneros, lo cual fue rechazado por el Presidente ecuatoriano. Un año más tarde, en 1856, se concedió a las Hermanas de la Caridad el poder establecerse en cualquier parte del país, pero fue más tarde, durante el período de García Moreno y al amparo del Concordato, que se viabilizó la llegada de las religiosas al Ecuador. En agosto de 1869, se decretó(21):

"LA CONVENCION NACIONAL DEL
ECUADOR"

Considerando:

Que las casas de beneficencia deben estar
*bajo la dirección de personas inspiradas por
la caridad.*

Decreta:

"Art. único. El Poder ejecutivo pondrá *los hospitales de la República que cuenten con fondos suficientes*, a cargo de las Hermanas de la Caridad celebrando los contratos correspondientes y dictando todas las providencias del caso para conseguir este importante objeto" (El Nacional Nº 384, 8 de septiembre, 1869).

Como se puede apreciar antes que al profesionalismo de las religiosas se apelaba a su sentido de "caridad", lo que revela que era en estos términos en los que seguía contextualizándose las acciones de salubridad estatal.

Hasta entonces, los cuidados de enfermería habían estado en manos de clérigos, esclavos y sirvientes. La manumisión de esclavos en 1851 (Moncada, 1983, 56) debió crear, por algún tiempo, un vacío en la atención de los pacientes. Fueron los "barchilones", hombres burdos y sin preparación, los que posteriormente se dedicaron a la atención de los enfermos. El hecho de que éstos percibieran un salario inferior al de los cocineros del hospital, da cuenta de alguna manera, de su ubicación dentro de la estructura hospitalaria(22).

En París, las Hermanas de la Caridad habían empezado a manejar los hospitales en forma organizada, lo cual revolucionaba el concepto de enfermería en toda Europa. En este sentido, traer a las religiosas al Ecuador significaba un adelanto sin precedentes para los hospitales.

A fines de siglo la Iglesia empezó a perder los privilegios económicos y políticos que había venido gozando desde la colonia. Al terminar la década del ochenta, Alfaro había suprimido el diezmo y había expulsado a los capuchinos y salesianos. El 27 de septiembre de 1899 el propio Alfaro vuelve a promulgar la *Ley de Patronato* (23).

De esta manera el Estado podía nuevamente controlar a la institución eclesiástica, paso fundamental para que posteriormente, los gobiernos liberales emitieran leyes que les permitieran privar al clero, en forma progresiva, de beneficios económicos que fueron transferidos a las instituciones de beneficencia.

Según la nueva ley de Patronato se encomendaba a los colectores, síndicos o procuradores, con caución económica y nombrados por el gobierno, la administración de los bienes de las órdenes y comunidades religiosas (Pareja, Diezcanseco, 1979, 234 - 235). A pesar de los alcances de esta ley, Alfaro recibió algunas críticas por no haber expropiado a la Iglesia de sus bienes, sin embargo él consideró que todavía no era oportuno hacerlo puesto que consideraba que aún se requería educar al pueblo..."la educación de un pueblo no se cambió ipso facto, a balazos, es obra del tiempo" (Pareja Diezcanseco, 1979, 236).

Fue a principios del siglo XX que se promulgaron leyes más drásticas, como la *Ley de Cultos*, promulgada por Plaza en 1904 (4 de octubre) según la cual los bienes de la Iglesia iban a cargo de procuradores pero las rentas se destinaban al culto y al clero y sólo el *excedente* si es que había, *pasaba a la beneficencia y obras públicas*. En la práctica, el excedente fue algo más bien "hipotético". Sólo con la *Ley de Beneficencia*, promulgada por Alfaro en 1908, se hizo efectiva dicha transferencia ya que finalmente se nacionalizaron los "bienes de manos muertas" (Pareja Diezcanseco, 1979, 277).

1.2.5. El financiamiento de los hospitales

También el siglo XIX constituyó un período de transición para las instituciones de salud. A lo largo de la centuria, el Estado fue asumiendo progresivamente la responsabilidad de financiar los servicios de salud y su manejo fiscal fue revelando, aunque tímidamente, un proceso de centralización tanto en la recolección como en la distribución de rentas. Claro que la suma de estas acciones no permiten decir que el sistema tributario nacional experimentó transformaciones profundas ni que dejó de seguir funcionando en forma atomizada.

Si bien durante la primera mitad del siglo se dio un cambio en la composición de los ingresos, a nivel estructural, éste fue poco significativo. Las limosnas fueron desapareciendo en el primer decenio, pero las donaciones, que no son sino limosnas de gran magnitud, fueron acrecentándose hasta alcanzar notables proporciones en las postrimerías del siglo.

Los tributos con que aportaban los indígenas directa o indirectamente para la construcción y sostenimiento de los hospitales siguieron siendo importantes hasta finales de siglo. Más aún, a pesar de haber sido suspendida la tributación de los indios en 1852 y los diezmos durante el primer gobierno de Alfaro, los indígenas continuaron siendo objeto de cobros de esta naturaleza, como lo ilustran las reiteradas amenazas que hiciera Alfaro a quienes se resistían a suspender tales prácticas.

El noveno y medio de los diezmos(24) y el tomín(25) fueron las formas institucionalizadas de cargar a los indígenas con el sostenimiento de los hospitales.

A veces los indígenas fueron exonerados del pago de este impuesto, pero nuevamente volvía a ser cobrado. Se tiene noticias de este impuesto hasta 1830 año en el que todavía consta entre los rubros del Tesoro Público de Guayaquil (Estrada, 1974, 170).

Según Estrada, desde los inicios del siglo XIX, el crecimiento económico —más que el crecimiento demográfico, produjo un significativo aumento de los ingresos provenientes del noveno y medio. En 1807 alcanzó a los tres mil pesos. Pero la mediatización de la Iglesia, puso siempre a los hospitales en situación de déficit, sea por falta de pago o por retraso del mismo.

La disparidad del desarrollo económico regional del país se tradujo en una desigual recaudación del diezmo. Así vemos que en el remate del diezmo de la diócesis de Cuenca entre 1809-1810 había la siguiente distribución:

Guayaquil	24.562,75
Cuenca	57.915,2
Loja	13.450
Alausí	10.613

Puerto Viejo	6.277,3
Zaruma	4.200

(Estrada, 1974, 167)

Hasta 1879 consta en el presupuesto de la Municipalidad de Guayaquil un subsidio de 30.000 pesos para sostener el hospital, de los cuales 4.538 provenían de la participación de los diezmos (Estrada, 1974, 181).

Los "censos" o intereses provenientes de los préstamos que se hacían del dinero que ingresaba a la Caja del Hospital constituyeron otra fuente de ingreso importante para los hospitales. Esta forma de obtener ganancias también data desde principios de la colonia(26) y si bien la tasa de interés debía ser la misma para todo el país, en la práctica se dieron diferencias, especialmente entre las dos metrópolis: Quito y Guayaquil(27). El Cabildo tenía la responsabilidad de vigilar que los mayordomos de los hospitales pusieran el dinero en circulación y concretamente que se efectuaran préstamos, por desgracia también a este nivel se reproducían el problema del desvío de fondos como ocurría con los diezmos. En el caso de los préstamos eran los miembros del Cabildo y los administradores de los hospitales sus principales beneficiarios.

Al revisar las cuentas del Hospital de Guayaquil en 1748 se encontró que se le adeudaba 2.240 pesos, por concepto de préstamos. *¡Habían personas que adeudaban desde 1711!*, algunos de estos ya habían muerto (Estrada, 1974,176). Varios datos dan cuenta de que el problema subsistió hasta 1825.

El déficit de los hospitales fue crítico en las primeras décadas del siglo XIX, razón por la cual frecuentemente los hospitales recurrían a las "Cajas de Propios" -fondos del Cabildo-. De allí que en 1825 se autorizó en Guayaquil a que se uniera en una sola la Caja de Propios y la del hospital, aunque se debían llevar las cuentas separadas.

La supresión de los tributos de indios, la disminución de los ingresos por concepto de "censos" y el desarrollo de las actividades productivas y comerciales a nivel tanto de mercado interno como externo, incidieron en el aumento paulatino del cobro de impuestos y en el uso de estas fuentes para el financiamiento de acciones de salud, emergentes o planificadas.

Sin embargo, dado el fraccionamiento del país en múltiples unidades político-administrativas; dada la gran autonomía que gozaban estas unidades y dada la falta de una política fiscal tributaria de tipo central, la disparidad económica de las distintas regiones y subregiones del país se fue profundizando. Coherentemente con este proceso, los hospitales y más casas de beneficencia se fueron diferenciando en muchos sentidos, pero fundamentalmente en el económico.

Las ciudades-puerto gozaban de ingresos, provenientes del comercio exterior dejando rezagado al resto del país. Esto condujo a que los municipios defendieran su propia autonomía y el control de los fondos de las instituciones de beneficencia de su jurisdicción y a que se negaran a cualquier medida de centralización y redistribución de los ingresos. Fue así como, siguiendo esta corriente se imaginaron y generaron organismos que aseguraran la autonomía de las instituciones respecto al gobierno central como las Juntas de Beneficencia.

Siendo Guayaquil la mayor beneficiaria del auge caotero, fue la ciudad que más empeño puso en la defensa de sus organismos locales. El hecho de que la Junta de Beneficencia de Guayaquil, sea la única que sobreviva hasta el presente da cuenta del poder que tenía el Cabildo de Guayaquil y de su resistencia a toda medida centralizadora, como la emisión de la Ley de Asistencia Pública en 1925 y la creación del Ministerio de Salud en 1969.

De todas maneras, y a pesar de haberse mantenido, un sistema de recaudación localista, antitécnico y dislocado, no se puede negar que el Estado durante el siglo XIX dió los primeros pasos de centralización y de redistribución de los fondos fiscales. Por ejemplo en julio de 1869, el Vicepresidente encargado de la Presidencia de la República, a través del Ministerio de Estado (en el despacho de Hacienda), y ante el apareamiento de una fuerte epidemia en las parroquias de Tumbabiro y Urcuquí, dispuso que:

“de los fondos de suscripciones depositados a la vista en el Banco de Quito y en la parte correspondiente a las casas de beneficencia de Imbabura, se tomen mil pesos y se remitan a la Tesorería de dicha provincia, para la formación de hospitales provisionales, en donde pueden ser asistidos los vecinos de las parroquias infestadas”. (El Nacional, N° 371, junio, 15, 1869).

Si bien en este caso los fondos de la provincia de Imbabura iban a destinarse a dos parroquias que están dentro de su jurisdicción; es por voluntad del gobierno central y no de las autoridades locales que se destinan los mencionados recursos.

El lugar de destino de los recursos empezó a rebasar los límites de sus lugares de origen en la medida en que algunas casas de salud fueron declaradas de alcance nacional. Así por ejemplo en 1898 se utilizaron las contribuciones del Municipio de Zaruma para el sostenimiento del Lazareto de Cuenca y su resistencia al cumplimiento de la nueva medida mereció una amonestación por parte del gobierno central.

“Queda impuesto por el oficio de Ud. N° 211, de 1° de octubre, próximo pasado por-

que la Municipalidad de Zaruma cumpla con la obligación legal de contribuir con el porcentaje de sus rentas, para el sostenimiento del Lazareto de Cuenca. Creo necesario que usted vuelva a impartir órdenes enérgicas a fin de que el Tesorero de dicho Cantón cumpla lo mandado por la Ley” (R.O. N° 728, 1° de noviembre. 1898).

Todo esto ilustra el pugilato que existió entre el Gobierno Central y los seccionales en torno a la participación de las rentas y a la intervención del gobierno en las instituciones consideradas como dependientes del cabildo. Algo similar ocurrió con el Lazareto de Cuenca.

Otras fuentes de financiamiento que se siguieron utilizando fueron las de fondos de recaudación de los espectáculos públicos organizados con el objetivo de apoyar a las instituciones de beneficencia.

La equitación y las ferias taurinas fueron las actividades más comunes. Se sabe que en 1701 la *Cofradía del Rosario del Convento de Predicadores* solicitó permiso para presentar comedias y corridas de toros, con el propósito de apoyar al Hospital San Juan de Dios de Quito.

En 1824 y en 1831 se repitió el evento y con los mismos propósitos. Años más tarde, en 1839 se negó la autorización alegando que las corridas estaban prohibidas por las Leyes colombianas, al igual que lo habían sido por las leyes de Indias durante la colonia.

Por otra parte, continuando con las usanzas del período colonial cada establecimiento de beneficencia seguía disponiendo de fondos, de casas de arriendo, de bodegas, tiendas y otros bienes, como fuentes de subvención. Esta práctica sobrevivió hasta el siglo XX, no solo mientras duró la beneficencia sino hasta cuando la Asistencia Social fue reemplazada por el Ministerio de Salud.

1.2.6. El desarrollo de la medicina en los hospitales de Beneficencia.

El lento desarrollo que tuvieron los hospitales durante el siglo XIX no sólo hace referencia a la organización y administración de los servicios sino a la misma práctica médica.

En 1898 el Dr. Juan F. Heinert plasmó fotográficamente a los hospitales de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, mediante la siguiente descripción:

“El material de curaciones empleado de modo general en nuestro hospital hasta 1898 era la hila, que sacaban los mismos enfermos, que nosotros acomodábamos, constru-

yendo lo que conocíamos con el nombre de *planchuelas* y que lubricadas con pomadas de matices y perfumes variados constituían el apósito común. Me parece ver la solemne figura de algún distinguido colega con su delantal impermeable de hule, sin mangas provisto de gran bolsillo en el que guardaba las escarmenadas hilas, en la mano izquierda la tableta en que llevaban *las diversas pomadas y la espátula con que hablamos de untarles*, cuando para terminar la cura preparábamos la *planchuela*. Complemento de lo anterior era la *jeringa de caucho generalmente negra* y las palanganitas de lata; las más limpias servían para poner las soluciones antisépticas y cuando envejecían, para las curaciones usadas. Las nociones de asepsia y antisepticia se abrían paso, y esto descrito y por costumbre conservado, comenzó a parecerse de mala práctica; y entre 1897-1898 se hizo el destronizamiento de la hila, la *planchuela* y la pomada, que fueron substituídas por las diversas gasas y el algodón hidrófilo” (el subrayado es mio) (Estrada, 1974, 150)

1.2.7. De la llegada de las Hermanas de la Caridad a la emergencia de las “Juntas de Beneficencia”

La resistencia del Municipio de Guayaquil a los procesos de centralización del poder estatal arranca desde los inicios de la vida republicana. Con hábiles debates jurídicos se ocultaba las motivaciones económicas que explicaban esta postura.

Comparativamente, las rentas alcanzadas por el Municipio de Guayaquil estaban muy por encima de las alcanzadas por los municipios del resto del país. Perder el control de las instituciones municipales significaba perder el control de sus presupuestos.

La lucha por preservar el control de las casas de beneficencia de Guayaquil por parte de su Municipio fue constante durante el siglo XIX. El primer intento de centralizar dichos fondos ocurrió en 1825, cuando Bolívar creó la *Junta de Policía* que asumía la administración de las rentas municipales. Ante esta medida el Cabildo trató al menos, de retener el manejo de las rentas del hospital. Para entonces se esgrimió como argumento que las rentas no eran municipales, sino que, únicamente las administraba como *patrono*, razón por la cual, el cabildo debía seguir administrándolas por ser ajenas. Concomitantemente (en 1825), para evitar las acciones de centralización implementadas por Bolívar, el cabildo creó una institución muy efímera, que duró solo un año, la “*Junta Conservadora*” (28), a la que se le encargó la administración del Hospital y que podría considerarse como la “*precursora*” de la *Junta de Bene-*

ficencia (Estrada, 1974, 131-132). En 1926 se creó con los mismos fines, la “*Junta de Beneficencia*”(29) (Estrada, 1974, 132).

Una sociedad similar fue creada por Rocafuerte en 1842, y en 1862 se instaló una Junta de Beneficencia aún más efímera. A su tiempo tanto la una como la otra provocaron un manifiesto rechazo por parte del Cabildo guayaquileño.

En 1869, García Moreno, decretó la traída de las Hermanas de la Caridad de Francia al Ecuador. Así se regulaba su presencia en el espacio hospitalario:

Artículo Unico: El Poder Ejecutivo pondrá los Hospitales de la República que cuenten *con fondos suficientes* a cargo de las Hermanas de la Caridad, celebrando los contratos correspondientes y dictando todas las providencias del caso, para conseguir este importante objetivo (Estrada, 1974, 145).

Esta medida fue considerada como atentatoria contra el Municipio de Guayaquil, puesto que la traída de las religiosas incidía la solvencia económica de los hospitales. En 1857 el congreso había aprobado que se tomara tal medida en forma urgente, pero fue objetada por el Presidente Robles, debido a que el país fue condicionado a recibir conjuntamente a sacerdotes misioneros. En 1857 se concedía que las Hermanas de la Caridad “puedan establecerse en cualquier parte del país” (Samaniego, 1957, 206) Pero fue en 1870 que se celebró un contrato en París firmado por el Arzobispo de Quito, en representación del Gobierno ecuatoriano y los representantes de la orden religiosa, el mismo que fue aprobado por el Ministerio de Relaciones Exteriores en Quito.

“Se establece que 8 a 10 Hermanas con dos padres Lazaristas partieren al Ecuador en mayo de 1870 para encargarse de los Hospitales Civil y Militar de Guayaquil, y 10 y 12 Hermanas con otros dos Lazaristas para el Hospital de Quito; que el Gobierno pagará los gastos de viaje, alojamiento, réditos y capellanías, congrua de sustentación a los misioneros (300 pesos anuales a cada uno) y para las Hermanas, alojamiento, aseo de ropa y alumbrado y 100 pesos anuales para el vestuario, franquicia aduanera y en las comunicaciones internas” (Samaniego, 1957, 186).

En la cláusula VII se preveía además que las Hermanas llevarían la contabilidad y que *tendrán “inspección y gobierno de los hospitales”*, que podrían “establecer y mudar al personal del servicio doméstico”, hacer gastos, etc., que rendirían cuentas cada mes a la autoridad competente y que llevarían un inventario de lo que se responsabilizaban (Idem).

El Municipio de Guayaquil protestó por la adopción de tal medida y la calificó de “arbitraria” así como también por el anuncio que se había sacado en el periódico oficial del 8 de septiembre de 1870 en el cual se afirmaba que sería el Gobierno Central el que administraría los fondos mientras que el Municipio continuaría manejando las rentas.

En el período oficial del 7 de septiembre de 1870 se anunciaba que el Ministro del Interior comunicaba al Gobernador del Guayas que el Presidente de la República, que es a quien le correspondía dictar disposiciones convenientes al mejor arreglo de las casas de beneficencia pública, conforme a lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley de Régimen Interior,

“...ha tenido a bien ordenar que el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Guayaquil, sea inmediatamente entregado a las Hermanas de la Caridad, que el Concejo Municipal continúe administrando sus fondos y proveyendo de todo cuanto necesitase y que el Gobernador tenga la supervigilancia en dicho establecimiento. Si por consecuencia de esta medida, la Municipalidad no quisiese continuar en el manejo de dichos fondos, el Gobernador se servirá ponerlo en conocimiento del Ministerio para que el Gobierno determine lo conveniente” (Samaniego, 1957, 193).

Una vez creados los mecanismos de evasión del proceso de centralización del gobierno y, sobre todo, controladas las rentas correspondientes a las casas de beneficencia, la oposición a la venida de las Hermanas de la Caridad fue cediendo. Más aún, la proximidad de su arribo provocó la conformación de comités de recepción, se elaboraron listas de personas integrantes de dichos comités, se pusieron coches a disposición para el traslado de las religiosas (1870); paulatinamente su presencia fue difundiendo en todo el país(30) y sus responsabilidades fueron acrecentándose.

Si bien fueron traídas al país en vista de su inspiración caritativa este hecho y su sostenimiento significó una importante inversión para las Municipalidades y para el Gobierno Central.

El 18 de enero de 1876 la Superiora de las Hermanas de la Caridad enviaba al Ministerio del Interior un comunicado según el cual reclamaba “una cantidad que debe el Gobierno a la Casa principal de las Hermanas en París y S.E. (se refiere al Presidente de la República) se dignó asegurarle que cuanto antes se satisfaría, pero tal vez por dividendos”. Averiguaba que cuando se les empezaría a pagar los 21.000 francos : 15.000 por el viaje de 15 Hermanas que llegaron a Quito y 6.000 por ajuares de 6 Hermanas que se hicieron cargo del hospital de Babahoyo. (Samaniego, 1957, 215).

Las religiosas percibían sueldos que constaban en los presupuestos de los hospitales correspondientes como el resto de personal.

El control que había tenido el Municipio sobre el hospital se vio fragilizado, más aún cuando en 1873 según decreto legislativo se declaraba:

Considerando:

1. Que la casa que ocupa el Hospital de Guayaquil fue construido con fondos municipales, y la corporación se ha creído en el deber de sostener con sus rentas este establecimiento de beneficencia pública, como lo ha verificado hasta el presente y;
2. Que no es posible conocer lo que pertenece al Hospital por razón del mayor valor del terreno de su propiedad ocupada por la Municipalidad.

Decreta:

Art. Unico: Mientras se haga el deslinde de las propiedades del Municipio y del Hospital, la Municipalidad continuará suministrando los fondos necesarios para el sostenimiento del hospital. (Estrada, 1974, 146).

Desde la colonia, la administración del hospital había estado en manos particulares, de personas contratadas para ello. El temor de revitalizar la vieja pugna mantenida entre el gobierno central y el seccional, llevó al Cabildo a plantear como solución la creación de un organismo autónomo que manejara el hospital, al que se le denominaría “Junta de Beneficencia de Guayaquil “. En efecto, esta Junta fue creada por Ordenanza Municipal de Guayaquil el 10 de diciembre de 1886. (Samaniego 1957, 248, 257) e instalada el 8 de Agosto de 1888

Este hecho fue posible gracias a las gestiones que realizara el Presidente del Consejo Cantonal —Francisco Campos Coello— ante el Congreso Nacional, hasta conseguir que este último autorizara a las Municipalidades que tuvieran servicios asistenciales a su cargo, transferir su administración a las Juntas de Beneficencia creadas para este efecto.

El Municipio de Guayaquil fue el primero en hacer uso de esas atribuciones y crear la Junta de Beneficencia de Guayaquil el 8 de agosto de 1897.

“Créase una Junta de Beneficencia compuesta de personas respetables, la cual se encargará de la administración, conservación, mejora, buen régimen y disciplina de los hospitales, manicomios, cementerios y

demás establecimientos Municipales de Beneficencia existentes en el cantón o que se fundaren en adelante” (Estrada, 1974, 147).

Siguiendo la descrita trayectoria autonomista de las instituciones de Guayaquil, en 1894 la Junta de Beneficencia fue exonerada de rendir cuentas al tribunal del ramo sobre la administración de sus fondos, de acuerdo al Art. 3º de la Ley Reformatoria de Régimen Municipal (Samaniego, 1957, 285).

La creación de Juntas de Beneficencia, que en un principio tuviera como inspiración la defensa de la autonomía de la ciudad de mayor poderío económico del país, fue posteriormente adoptada por Alfaro como una estrategia de carácter nacional y es así como se siguieron creando nuevas Juntas en las demás provincias.

El 12 de mayo de 1898 se crea la Junta de Beneficencia de Quito, según lo expresa una circular emitida en el periódico oficial del 16 de mayo del mismo año.

“Deseoso el Gobierno de levantar a la altura a que se merece el ramo de Beneficencia Pública, ha resuelto hacer efectivo el decreto (...) expedido por la Jefatura Suprema, en 22 de junio de 1896; Decreta que *crea en esta capital una Junta de Beneficencia; a semejanza de la que funciona en Guayaquil con éxito tan brillante y que, como usted no ignora, se ha convertido en una verdadera potencia, que no solo socorre a los menesterosos sino que hasta ha contribuido para la pronta reedificación de la ciudad...*” (R.O. Nº 566, 16 de marzo de 1898).

El 29 de junio del mismo año se crea la Junta de Beneficencia de Babahoyo (R.O. Nº 522, 11 de enero 1989) y el 25 de octubre (1898) la Junta de Beneficencia de Latacunga (Samaniego, 1957, 302).

1.2.8. La Administración de las Instituciones de Salud

Como hemos visto durante la Colonia eran los cabildos los encargados de vigilar las casas de beneficencia. La corona siempre estuvo interesada en la apertura de nuevos hospitales pero en las postrimerías de esta etapa ordenaba, explícitamente, que se creara un hospital por cada provincia, como se puede constatar en las cédulas reales del 14 de agosto de 1768 y del 9 de julio de 1769— (López R., de la Torre P, 1987, 90). El enfoque hospitalario que tuvo la asistencia de salud no solo que estuvo vigente durante todo el régimen colonial sino que progresivamente fue reforzándose y pervivió aún durante la Independencia. Efectivamente los gobiernos republicanos siguieron delegando a los Municipios la ejecución de las distintas acciones de salud, entre ellas, el manejo de los hospitales.

La debilidad del Estado emergente incidió en el robustecimiento de los gobiernos seccionales y por tanto en la atomización del poder político.

En el ámbito de la salud, pocas fueron las acciones estatales directas, éstas más bien tuvieron relación con el afianzamiento del poder municipal.

El artículo 89 de la Ley de Régimen Político del 8 de Marzo de 1825, decía:

“Para procurar la misma comodidad a todo el Cantón *las Municipalidades...cuidarán de todas las obras públicas de utilidad y de beneficencia y ornato que pertenezcan al territorio de su jurisdicción...*”, (Samaniego, 1957, 91) (El subrayado es mío).

En 1830 esta ley se volvía más concreta al señalar: que “*Son atribuciones de los Concejos Municipales... cuidar de la conservación de las cárceles, de los Hospitales y de cualquier otros establecimientos de Beneficencia*” (Idem).

Cinco años más tarde se ratificaba esta disposición y, en 1861 se la desagregaba al señalar en el artículo 22 de la Ley de Régimen Municipal, que:

“...Las atribuciones de las Municipalidades Cantonales son las siguientes 9.a. la organización, dirección e inspección de los hospitales, hospicios, lazaretos, casas de refugio y demás establecimientos públicos que existan dentro del Municipio y que no tengan por su fundación o naturaleza o por disposición de alguna ley el carácter de parroquiales, provinciales o nacionales” (Samaniego, 1974).

A pesar de las tímidas acciones del Estado hacia la centralización de las instituciones de salud, a mediados de siglo, los hospitales de Quito, Guayaquil, Cuenca y Riobamba, eran financiados por el tesoro público.

En 1864 García Moreno planteaba que los establecimientos de salud de Quito debían ser declarados como obras nacionales y por tanto los Concejos Municipales debían entregarlos al Gobierno Central. Contradictoriamente, algunas medidas tomadas por García Moreno lejos de lograr centralizar el poder contribuyeron a favorecer la autonomía local. La más importante de éstas fue la propuesta de traer a las Hermanas de la Caridad al Ecuador para encargarles del manejo de los hospitales. Esto generó la suspicacia del Municipio Guayaquileño y el empeño por crear mecanismos que impidan la intervención del Estado directa o indirectamente, en el manejo de las instituciones de salud de su jurisdicción. Es así como en 1880 el Jefe Político de Guayaquil pidió la creación de una Junta de Beneficencia y como en 1887 el Congreso decretaba:

“Art. 3 Los Concejos Municipales a cuyo cargo se encuentra la administración de hospitales, manicomios y cementerios podrán delegar a una Junta de Beneficencia, *cuyas atribuciones y deberes se determinarán en un reglamento especial formulado por la misma Junta y aprobada por el Concejo* .

Esta Junta gozará de todos los derechos y facultades que la Ley concede a las personas jurídicas y *será independiente en el ejercicio de sus funciones, conservando la municipalidad el derecho de inspección.*” (López, de la Torre, 1987, 92).

Bajo este marco jurídico se creó la Junta de Beneficencia de Guayaquil la misma que estaba consituída por hombres notables de la ciudad portuaria: el Ministro Fiscal de la Corte Superior, el Decano de la Facultad de Medicina, un Concejal designado por el Municipio del Cantón y otros 35 miembros. La Junta asumió con mucho entusiasmo las funciones asignadas y su empeño en apoyar a las obras de Beneficencia, como el Hospicio, el Asilo Manuel Galecio, Calderón Ayluardo, el Instituto de la Vacuna y otras más. El ejemplo fue multiplicador, la situación de Guayaquil fue tomada como modelo por el resto del país. Bajo el mando de Eloy Alfaro se crearon las Juntas de Beneficencia que abarcaron las regiones en las que se dividió al país con criterios administrativos.

1.3. La Beneficencia en el siglo XX

Con el triunfo de la revolución liberal, una nueva concepción de Estado se implantaría en el país, produciendo cambios irreversibles que se traducirían en las distintas esferas de la vida particular y pública.

Durante los gobiernos liberales, particularmente el de Alfaro, se efectuaron una serie de reformas legales y de acciones tendientes a liberalizar la economía y la sociedad de viejas ataduras arrastradas desde la colonia. Entre ellas vale mencionarse: la emisión de la Ley de Patrón Oro (1889), la Ley de Bancos, la Ley de Instrucción Pública (1897), la Ley de División Territorial, la Ley de Régimen Administrativo (1898), la abolición del concertaje, la prohibición de prisión por deudas, la creación del Registro Civil. Entre las obras materiales más significativas sobresalen: la construcción del ferrocarril Quito-Guayaquil; la democratización de la enseñanza a través de la creación de los colegios y escuelas fiscales (gratuitos) y de los normales; la apertura de escuelas nocturnas en las tres principales ciudades (Quito, Guayaquil y Cuenca, la creación de Escuelas de Artes y Oficios; la institucionalización de la carrera militar⁽³¹⁾, el estímulo al desarrollo científico y técnico del país mediante la creación de becas en el exterior para profesionales, maestros y técnicos.

Los cambios ocurridos en la esfera económica, social y política significaban, en síntesis, el ejercicio de un modelo de desarrollo liberal: la separación de la Iglesia y el Estado; el fortalecimiento del Estado; la reducción del poder económico y político de la Iglesia; la creación de una nueva base de control ideológico (la educación) como medio de secularizar a las masas, la creación de las condiciones materiales para el desarrollo del mercado interno; etc.

Los golpes económicos y políticos que recibiera la Iglesia en este período reportaron al Estado réditos sin precedentes como el permitir su capitalización y el ejercicio de un control efectivo de las instituciones de salud, hasta entonces manejadas por el clero.

Ya en la primera administración de Alfaro (1895-1900) el Gobierno Central impuso los primeros límites a la Iglesia con la emisión de la *Ley de Patronato*, que significó abolición del Concordato de Veintemilla, y que pugnaba, en primer lugar, por “nacionalizar de veras al clero, (e) inducirlo a vivir nuestra vida republicana”⁽³²⁾ (Pareja Diezcanseco, 1979, 234); en segundo lugar, por cambiar las relaciones Iglesia-Estado, revirtiendo a favor del Estado⁽³³⁾ las atribuciones y libertades que se le habría otorgado a la Iglesia —a partir del Concordato— y, en tercer lugar, por intervenir sobre sus bienes.

Si bien en esta oportunidad dichos bienes no fueron expropiados, pasaron a ser administradas por colectores, síndicos y procuradores nombrados por el gobierno y con caución económica (Pareja Diezcanseco, 1979, 234).

Con la *Ley de Cultos*, emitida el 12 de octubre de 1904, durante la Administración de Leonidas Plaza, se siguió avanzando en el proyecto iniciado por Alfaro a través de la Ley de Patronato. Se redujo aún más el poder de la Iglesia Católica al permitir el libre ejercicio de todo culto —siempre que no resultara contrario a la moral—; se prohibió a las autoridades eclesiásticas el ejercicio de cargos públicos emanados de elección popular; se sometió a conventos y monasterios al examen y vigilancia de las Juntas de Sanidad e Higiene y a las autoridades de policía; se dispuso que sólo los ecuatorianos de nacimiento y en goce de derechos de ciudadanía pudieran ejercer jurisdicción eclesiástica y desempeñarse como autoridades eclesiásticas y, lo que es más importante, dentro del proceso de capitalización del Estado, este último se ocupó de los bienes eclesiásticos al declarar la: *sujeción de estos bienes a contribuciones y gravámenes legales; enajenación e hipotecas con autorización del congreso y el Poder Ejecutivo, respectivamente, arrendamiento de todos los predios en subasta pública, por ocho años en cada vez, por medio de procuradores nombrados por el Ejecutivo; destinación del producto del arrendamiento o administración* a cubrir el

presupuesto de la orden intervenida y al sostenimiento del culto y el clero católico de toda la República y *del excedente* si es que hubiere a las obras de beneficencia pública que designara el Ejecutivo. Además reiteraba la prohibición al clero de cobrar diezmos, primicias, derechos mortuorios y otros semejantes, de acuerdo a la Ley de Patronato de 1908 (Pareja Diezcanseco, 1979, 258)

Fue en su segunda administración cuando Alfaro tomó medidas más radicales en relación con la Iglesia, al *expropiar* los bienes rústicos para financiar obras de beneficencia pública.

Como una acción previa a esta medida y para justificarla, creó otras juntas de beneficencia adoptando el modelo de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

“La experiencia adquirida durante largos años en nuestro país, evidencia los buenos resultados de confiar la dirección, conservación y administración de los establecimientos de Beneficencia a Juntas que como la de Guayaquil, sean compuestas de personas honorables sin tomar en cuenta su filiación política (López, de la Torre, 1988).

Así en 1896 se creó la Junta de Beneficencia de Quito, en 1898 la de Latacunga, en 1903 la de Babahoyo, en 1899 la Junta de Beneficencia de Ambato y en 1904 la de Cuenca (Montero, 1968, 35-36)

Una vez creados estos organismos de presión sobre el Estado, Alfaro emite en 1908 la *Ley de Beneficencia* según la cual, en primer lugar, todas las Juntas de Beneficencia quedaban aglutinadas en una sola institución la *Beneficencia Pública*, y, en segundo lugar, los bienes rústicos de la Iglesia fueron transferidos a esta nueva entidad estatal.

Según los artículos 1 y 2 de la mencionada ley se señalaba:

“Declárase del Estado todos los bienes raíces de las comunidades religiosas establecidas en la República.

Adjudicase las rentas de los bienes determinados en el art. 1º a la Beneficencia Pública” (López, De la Torre, 1988, 96).

Entre las comunidades más afectadas se contaban: las de los dominicos que perdieron doce haciendas, la de los agustinos que perdieron once y la de las conceptas que perdieron diez (López, De la Torre, 1988, 97).

La implementación de esta ley suscitó una serie de reclamos, particularmente de los dominicos quienes consideraron a la ley como opuesta al Derecho Natural, al Derecho Divino-positivo, al Derecho de Gentes, al

Derecho Público eclesiástico y a la misma constitución de la República (López, De la Torre, 1988, 98). Posteriormente, protestaron por las irregularidades de los procedimientos de suministrar la congrua de sustentación, señalando que:

“llegó después a interpretarse la mala voluntad contra nosotros y como no se verá bien que los Dominicanos, dueños de más numerosos y valiosos fundos, tuviésemos según la ley expoliatriz, derecho a mayor cuantía de rentas; elevóse por la junta presidida por el Sr. Don Francisco Freile Zaldumbide una solicitud o consulta ad-hoc y vino luego el Decreto de 3 de abril presente; y de todas nuestras rentas, de las que aún la Ley de Beneficencia... ordena que se nos entregue la mitad, no se nos quiere ahora entregar sino la cuarta parte, es decir menos de mil suces mensuales para cincuenta y ocho religiosos” (comunicación de Alfonso Jerves, Prior de Sto. Domingo al Gobernador de Pichincha y Presidente de la Junta de Beneficencia en 1909. (López, De la Torre, 1988, 98).

Protestaban además por la utilización de mecanismos perjudiciales en la entrega de las rentas, como por ejemplo la solicitud de nóminas incompletas de los sacerdotes(34).

1.3.1. Estructura Jurídico-administrativa de las Juntas de Beneficencia.

En un intento de manejar el país como una totalidad el Gobierno Central regionalizó al país dividiéndole en las tres áreas clásicas: Costa, Sierra centro-norte y Sierra sur y creó 3 Juntas Centrales de las cuales dependían las Juntas Provinciales de su jurisdicción:

La Junta Central de Beneficencia de Quito, a la que correspondían las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha, León, Tungurahua, Chimborazo y Bolívar.

La Junta Central de Guayaquil, constituida por todas las provincias de la Costa.

La Junta Central de Cuenca compuesta por las provincias de Cañar, Azuay y Loja.

Si bien hay un intento de centralizar el funcionamiento de las juntas, el propio Reglamento de Beneficencia elaborado en 1908 creaba el marco legal de la atomización del funcionamiento de las instituciones de salud, puesto que disponía que cada Junta Central elaborara sus propios reglamentos, que cada Junta Provincial procediera de la misma manera y, lo que es peor, que cada casa de salud formulara su reglamento interno.

Las autoridades de las juntas eran miembros honoríficos que no percibían remuneración alguna, por lo tanto, aunque jurídica y prácticamente tales juntas habían devenido de organismos consultivos en entidades

con capacidad de decisión, al no contener una burocracia propia las acciones que generaban las juntas seguían siendo desarticuladas e inorgánicas.

Efectivamente, la Junta de Beneficencia de Quito estaba conformada por el Ministro de la Corte Suprema, el Gobernador de la provincia, el Decano de la Facultad de Medicina, más 35 miembros honorables.

La Junta de Beneficencia de Latacunga por: el Jefe Político más tres ciudadanos que residían en la ciudad y que eran reelegidos cada año.

La Junta de Beneficencia de Ambato por: el Gobernador de la provincia, quien la presidía, el Presidente del Concejo Municipal y por otros vecinos nombrados por el mismo Concejo (López, De la Torre, 1988,).

De acuerdo a lo establecido en el propio Reglamento de Beneficencia las funciones de las Juntas eran, casi en su totalidad, de carácter administrativo y, en este ámbito, predominaba el manejo financiero de los bienes nacionalizados de la Iglesia. Este manejo, lejos de obedecer a una planificación técnica, se reducía al control del arrendamiento de dichos bienes y a la aprobación de los presupuestos planteados por las casas de salud de su jurisdicción. A esto hay que añadir que tales presupuestos no eran sino balances de ingresos y egresos.

La estatización de las instituciones de beneficencia consistía, por lo tanto, en darles un soporte económico antes que en ejercer una dirección y control de tipo central. El manejo técnico administrativo siguió siendo fragmentado y localista. Cada Junta Central, cada Junta Provincial, cada Casa de Salud funcionaba como una parcela, que no solo elaboraba su presupuesto particular sino que contaba con fuentes propias de financiamiento.

Si bien la Ley de Manos Muertas permitió, entre otras cosas, financiar obras de alcance nacional y declararles como tales⁽³⁵⁾, no se puede negar que la tendencia fundamental de la época fue la de fortalecer las acciones locales, aún en el delineamiento de las políticas de salud que debían implementar los municipios. Por ejemplo el Gobierno Central recomendó a los municipios que "alienten" la atención gratuita para los sectores pobres de la población.

A pesar de que Alfaro diera un vuelco a las instituciones de beneficencia al haberlas declarado y conceptualizado como *obras públicas* y de haberse dado un cambio substancial en la composición del financiamiento (los fondos estatales pasaron a ocupar el primer plano, con respecto a las donaciones, que para la época se habían transmutado de "caritativas" a "filantrópicas"), los hospitales siguieron manteniendo su sentido caritativo y religioso. Esto se explica, en parte, por la ingerencia que tuvieron las *Hermandades de la Caridad* no

sólo en el cuidado directo de los pacientes sino en la administración tácita de las distintas casas de salud, aún cuando, a nivel formal la estructura administrativa se había secularizado.

Dado el manejo localista de las Juntas, la composición de los fondos financieros con los que se nutrían sus presupuestos variaba de acuerdo a las particularidades locales. Así por ejemplo, mientras para la Junta de Beneficencia de Guayaquil las contribuciones filantrópicas alcanzaron niveles sin precedentes en la región y sin comparación con los parámetros nacionales de la época —gracias al auge agroexportador— en el caso de la Junta de Beneficencia de Quito, las principales fuentes de financiamiento eran: en primer lugar, los fondos o rentas que generaban los bienes urbanos y rústicos asignados a los establecimientos o casas de salud de su jurisdicción; en segundo lugar, los que se fijaban por leyes o decretos y, en último lugar, los legados y donaciones (Paredes Borja, 1968, 36).

1.3.2. Filosofía y objetivos de las Instituciones de Beneficencia

En el marco económico y filosófico del liberalismo, la atención de la salud experimentó una serie de modificaciones como no se habían dado en los cuatro siglos precedentes. La atención privada, que siempre había sido el privilegio de los sectores altos de la sociedad, fue fortalecida bajo el impulso de la mercantilización de la medicina.

El "médico de cabecera" llega al clímax del apogeo en el período liberal, pero dentro de un esquema de servicio distinto al de las etapas precedentes. Mientras anteriormente respondían a una clasificación de los médicos de acuerdo al sector social al que servían —"médico de pobres", "médico de ricos" etc., en el nuevo contexto es un mismo médico en particular el que diversifica sus acciones. En las mañanas imparte sus cuidados a domicilio, asumiendo un rol de "médico de cabecera" —de las familias pudientes— y en las tardes trabaja en el consultorio, abriendo sus servicios privados a los sectores populares. El cobro por los servicios prestados es una práctica que se difunde entre los profesionales, sobre todo médicos y abogados.

Este cambio, que de cierta manera, constituye una democratización de la medicina privada, responde a una necesidad de ampliar el espectro social de los usuarios en pos de un ensanchamiento de los ingresos del médico.

Durante el período liberal se abren las primeras clínicas particulares, las mismas que se localizan en las principales ciudades Quito y Guayaquil. Estas instituciones también están orientadas hacia los sectores más favorecidos de la sociedad, pero que no cuentan con re-

cursos o condiciones suficientes como para hacerse atender en Europa o Estados Unidos.

Tomando en cuenta el alto riesgo que constituía una intervención quirúrgica en la época, el principal flujo de pacientes a las clínicas particulares era el de aquellos que requerían intervenciones quirúrgicas, de allí que estas instituciones tenían como principal especialidad la cirugía. Esto explica, en parte, el ascenso social que tuvieron los cirujanos durante esta época en contraste con lo que ocurría con sus precursores los “barberos” y flebotomistas.

En este contexto, los hospitales de la beneficencia seguían orientados hacia los pobres y menesterosos, y el propio Estado presionaba a los Municipios a que ampliaran la atención a estos sectores.

Si bien los gobiernos: central y seccionales dieron paso e impulsaron la ejecución de obras que redundaban en beneficio de la salud pública, su principal orientación siguió siendo el *espacio urbano*. Las obras de pavimentación, alumbrado público, agua potable, estaban dirigidas al saneamiento urbano.

La propia Beneficencia continuó con su papel asistencial y hospitalario y por lo tanto urbano. Esta orientación que estaba determinada en los propios objetivos de su creación.

Así cuando se crea la Junta de Beneficencia de Quito se señala que tiene como fin el que sus miembros

“dirijan y administren, conserven y mejoren” los lazaretos, manicomios, cementerios y más recintos y asilos nacionales de beneficencia que existan en la ciudad (Montero, 1968, 35).

Y cuando se crea la Junta de Beneficencia de Latacunga se explicita también entre sus fines

“la inmediata dirección y administración de hospitales y demás establecimientos nacionales o municipales de Caridad o Beneficencia establecidos o que se establecieron mediante este mismo decreto” (Montero, 1968, 35).

En cuanto a los avances científicos tenemos que si bien en relación con la sanidad, el desarrollo de la Beneficencia no logra ni los mismos niveles ni el mismo ritmo y sus alcances no tienen precedentes.

Mientras la Sanidad, cuenta con el apoyo de instituciones extranjeras, particularmente norteamericanas y se interesaba en sanear los puertos y combatir las enfermedades que entorpecían o bloqueaban los procesos

de producción y comercialización de los productos primarios de exportación, la Beneficencia seguía los tortuosos caminos del desarrollo nacional.

Así, aunque penosamente la Beneficencia alcanza algunos logros como la capacidad de financiar obras materiales; la construcción de nuevos hospitales —el Eugenio Espejo por ejemplo—, o ampliar los servicios de los ya existentes; de otorgar becas a médicos para que se especialicen en países como Bélgica, Francia, Alemania y Estados Unidos.

La formación de especialistas tiene un impacto directo no sólo en las instituciones de salud en las que se insertan —donde crean nuevas necesidades de equipos y tecnología— sino en la imagen que adquieren los médicos ante la sociedad. El prestigio alcanzado por estos profesionales no tiene precedentes y los puestos políticos y públicos son los nuevos espacios que se les reserva. Las funciones de alcaldes, gobernadores, concejales, etc., apenas les son disputados por los abogados.

El avance científico de la medicina hospitalaria no es uniforme, ni continuo durante el período liberal. La descomposición social del país así como el impulso deliberado que reciben los médicos y las casas de salud son condiciones que marcan los altos y bajos del desarrollo.

Así en 1904 el Ministerio de Instrucción Pública abre la instrucción médica en los colegios secundarios y esta modalidad se adopta, en orden cronológico, en las ciudades(36) de Loja, Riobamba, Guayaquil y Cuenca.

En el marco de un decreto de libertad de estudios emitido por Alfaro en 1906 los médicos al igual que otros profesionales se gradúan sin haber cursado la universidad.

Sin embargo, desde 1902 el propio Ministro de Instrucción Pública sugiere que la carrera de medicina debe completarse en 7 años, y desde 1902 se empieza a dar énfasis a las demostraciones prácticas, en oposición al tradicional formalismo de la educación universitaria.

Los avances técnicos no son muy numerosos. La introducción de los Rayos “X” en el país no impacta por mucho tiempo a los servicios médicos, puesto que su primer aparato es traído al laboratorio de física de la universidad —1902— con fines pedagógicos y no médicos.

Quizá los cambios más significativos son: la introducción de conocimientos y técnicas de asepsia y aplicados por el Dr. Isidro Ayora en la obstetricia desde 1911(37). Por la misma época llega primer autoclave a Guayaquil (Paredes Borja, 1963, 374) y la introducción del éter como anestésico general permite, entre otras cosas, el desarrollo de la cirugía. Hasta fines del siglo

XIX la cirugía se había reducido a la realización de amputaciones. Las nuevas técnicas permiten ampliar las intervenciones empezando a realizarse drenaje de abscesos hepáticos, reparación de hernia inginal. En 1898 se inician las laparotomías y esto exige la implementación de salas de operaciones tanto en las clínicas particulares como en los hospitales. Hasta ese instante, las salas de operaciones se improvisaban en las propias casas de los pacientes.

En el área del conocimiento médico la etapa del liberalismo significó el desplazamiento de la escuela francesa por la alemana.

Todo esto ocurre en un escenario urbano, calificado por los ojos foráneos como una situación de "barbarie". Quito, capital del Ecuador, con sus numerosas quebradas era una ciudad intransitable, Guayaquil, assolada por las enfermedades tropicales, vivía sometida permanentemente a las prescritas cuarentenas. Las ciudades apenas iniciaron las obras de canalización, dotación de agua potable y electrificación.

2. LA SANIDAD FRENTE A LA BENEFICENCIA

2.1. Un nuevo enfoque de salud

Hasta antes de la revolución liberal tanto la Sanidad como la Beneficencia habían sido proyectos amparados y apoyados por el Estado. Sin embargo, las contribuciones estatales siempre resultaron escasas y deficitarias y el manejo directo de estas instituciones había sido delegado a los municipios. Estos últimos, organismos estatales territoriales, se habían fortalecido desde la época colonial, dada la distancia que separaba a los representantes del Estado Monárquico absolutista de los vastos espacios colonizados y dadas las condiciones objetivas para que las élites emergentes ejercieran el poder en estos últimos.

Una vez que el Ecuador entró en la fase agroexportadora las relaciones de producción se tornaron cada vez más capitalistas y el Estado experimentó una transformación jurídico-política que dió como resultado la configuración de un Estado Nacional de corte liberal oligárquico que corresponde a lo que Gramsci llamara un Estado económico-corporativo, esto es, un Estado que está regido por grupos que detentan el poder pero que, por falta de concurso de los sectores subordinados, ejerce sobre ellos una coerción extraeconómica. El uso de la fuerza resulta fundamental y el militarismo es su expresión más directa.

En este contexto, las políticas de salud emergen como un proyecto que expresa la necesidad de centralizar el poder y de ejercer un control efectivo de las instituciones, hasta entonces acaparadas por los municipios.

El auge de la exportación cacaotera colocó al Estado en una situación de encrucijada. Por un lado, emergieron nuevos problemas y necesidades de salud. Como hemos señalado, una patología derivada de la movilidad comercial que contribuyó a la propagación de enfermedades tropicales originadas en lugares distantes. Un brote sucesivo de epidemias, que paralizó la producción y la comercialización, no sólo por efecto directo de las enfermedades sino por la aplicación de las medidas preventivas de la época, entre las que se privilegiaba la cuarentena. Por otro lado, persistía una problemática social y una patología arrastradas desde la colonia e inherentes a una situación de polaridad que demandaba una repuesta hacia los marginados de la sociedad y del aparato productivo. Persistía además una forma de entender y atender los problemas de salud por parte del Estado caracterizada por el predominio de una ideología de corte caritativo y religioso, en gran parte debido al poco desarrollo científico de la medicina así como también al incipiente desarrollo del capitalismo en el país.

En este contexto, la Sanidad y la Beneficencia, que hasta entonces habían tenido un desarrollo e importancia paralelos, a partir de la etapa de bonanza cacaotera se constituyen en dos estrategias, en dos formas distintas de abordar los problemas globales de salud no solo por el sujeto social al que se dirigían sus acciones, sino por la naturaleza y origen de los actores a los que convocaban. La primera estaba encaminada a responder en forma puntual, eficiente y dinámica ante los problemas de salud que entorpecían la producción y circulación de los productos primarios que habían pasado a ser el eje de nuestra economía y el foco de interés de los países hegemónicos. La Beneficencia, por su parte, estaba orientada a limar las asperezas y tensiones sociales que se iban complejizando y agudizando a un ritmo más moderado.

Durante el auge cacaotero y gracias a éste el país había cambiado su perfil social, su trama se había vuelto más densa y los sectores demandantes de la beneficencia ya no eran únicamente aquellos sujetos que resultaban de la excrecencia del sistema. La activación económica había generado un sinnúmero de trabajadores incorporados a nuevas actividades productivas de la circulación y el servicio que escapaban de la clásica tipificación de "menesterosos" y que exigían un cambio incluso de la política asistencial hospitalaria.

Las nuevas potencias que dominaban el escenario económico mundial, requerían liberar a los países latinoamericanos de las ataduras localistas que fragmentaban el poder y atomizaban las medidas, para responder con mayor eficacia a sus propias necesidades de acumulación. De allí que fueron éstas potencias, particularmente los Estados Unidos, las que idearon e impulsaron los procesos de centralización del poder estatal; las que propusieron la creación de organismos también centrales para el manejo de los problemas de salud, las que

cumplieron un papel protagónico en el cambio de manejo de estas instituciones, en el salto que estas dieron del poder local al poder central.

Ante esta iniciativa, las respuestas de los países latinoamericanos fueron dadas en función de las propias condiciones internas y del nivel y ritmo de articulación que tenían con la economía mundial de mercado, de acuerdo al tipo de producto primario que les ligaba. La dicotomía de las instituciones de salud en Beneficencia y Sanidad, era común en todos los países del área, de allí que el proceso de centralización que experimentaron las mismas no fue unívoco.

Si bien el interés que tenía Estados Unidos por fortalecer las actividades de saneamiento ambiental, tanto de zonas productoras como en los puertos, incidió en el fortalecimiento de la Sanidad, esta institución no fue la que necesariamente devino en Ministerio de Salud en todos los países, al menos no constituyó el eje vertebrador de esta mutación, como tampoco se convirtió en la institución que mejor representaba al Estado ni al proceso de centralización, como sostienen varios autores, como Juan César García y sus seguidores.

Si bien en la década del veinte Estados Unidos ejerció una gran presión en pro del fortalecimiento de la Sanidad Interna en los países del área y en la década del 30 les condujo a dar un paso más decisivo hacia la centralización de los servicios de salud creando Ministerios que llevaron el nombre de "Sanidad", "Higiene" o "Beneficencia", en el caso ecuatoriano esta situación tuvo una dinámica y sentido particulares. En primer lugar, tenemos que la creación de Ministerio de Salud aparece tardíamente, en relación con los demás países de América del Sur (a fines de la década del sesenta). Aunque ya en la década del veinte (1925) se creó el Ministerio de Previsión Social que abarcaba, entre otras actividades, la beneficencia social y las de salud.

Por otro lado vemos que el proceso de centralización que experimentaron las dos vertientes de salud estatal: Sanidad y Beneficencia fueron afectados por factores comunes de manera distinta, siguieron modelos diferentes y obedecieron a estímulos también distintos.

El Estado no concedió el mismo peso a las dos instituciones pero, antes que la Sanidad, fue la Beneficencia la privilegiada por el Estado y la que, por razones que retomaremos a continuación, mejor representó sus intereses y captó sus recursos.

Efectivamente vemos que el auge había resultado favorable para la Sanidad en tanto captaba la atención de sus principales beneficiarios: la burguesía nacional y, sobre todo, los inversionistas extranjeros. Fue así como se convirtió en la institución más apoyada, tanto en el campo científico como en el económico. La mayor parte

de las becas de especialización en el extranjero y del financiamiento de proyectos de investigación estaban fincados básicamente en el área de la salubridad.

Si bien en las primeras fases del auge fue la Sanidad Marítima la más atendida, puesto que las inversiones extranjeras se circunscribían en la esfera de la circulación, más adelante, cuando intervinieron directamente en la producción, se desplegaron acciones de apoyo a la sanidad terrestre. Los principales actores encargados de protagonizar actividades de sanidad fueron de origen norteamericano como la Fundación Rockefeller, algunas compañías como la United Fruit Company y, más adelante la Oficina Panamericana de Salud (OPS).

Por lo contrario el crecimiento poblacional en general y urbano en particular experimentado en el mencionado período, sumado a los problemas de salud generados por los enfrentamientos armados internos del país, aumentaron la presión de la demanda de los servicios asistenciales de la Beneficencia sin que estos tuvieran condiciones para responder a las crecientes exigencias. Esta situación alcanzó niveles alarmantes en la época de crisis debido a la migración rufo-urbana que se produjo, particularmente en la Costa, cuando las zonas productoras de cacao fueron desactivadas y desencadenaron oleadas migratorias dirigidas fundamentalmente hacia la ciudad puerto de Guayaquil.

Quizá por el hecho de que las actividades de saneamiento ambiental y control de enfermedades tropicales afectaban a los intereses económicos de uno de los sectores sociales más acomodados y dinámicos del país y a los de los países hegemónicos éstos gozaron del apoyo estatal. En efecto, el Estado ecuatoriano se vio obligado a ocuparse de la Beneficencia, institución que no daba réditos económicos inmediatos pero que se convertía en un escape del hervidero social, listo para estallar.

La Beneficencia no sólo que captó la mayor atención y recursos del Estado sino que experimentó transformaciones internas que involucraron a toda la estructura del mismo puesto que el financiamiento de estas obras condujo a tomar medidas legales que permitieron la capitalización del Estado y el replanteamiento de relaciones con la Iglesia. Así se conformaron las Juntas de Beneficencia y se expidió la Ley de Beneficencia. Además, fue la vertiente de salud estatal que más transformaciones experimentó.

En 1925 la Beneficencia fue substituída por la Asistencia Pública, en 1959 esta última fue denominada Asistencia Social y, el Ministerio de Salud, que en su primera fase constituía la Secretaría General de Salud (1969) emergió al tiempo en que las Juntas de Asistencia Social desaparecían por decreto.

Este proceso significa que fue la Beneficencia y, más

tarde, la Asistencia Social la que devino en Ministerio de Salud, aglutinando en su contorno a las demás instituciones del ramo entre las que se incluye la Sanidad y no a la inversa. La Sanidad como tal permaneció relativamente inalterada hasta la creación del Ministerio; las transformaciones que experimentó la sanidad en este período más bien tienen relación con el ensanchamiento de las jurisdicciones de sus unidades administrativa y la ubicación de sus sedes.

Aún en el modo de desarrollarse que tienen estas dos instituciones —la Beneficencia y la Sanidad— se evidencia la influencia desigual que tiene el Estado sobre ellas. Mientras la Sanidad adopta un modelo impuesto por los Estados Unidos a todos los países de América Latina, la Beneficencia sigue el lento desarrollo de la medicina en el país y su organización y administración van reflejando los procesos de centralización del poder estatal.

Aún si tomamos en cuenta las figuras más descolantes de las dos instituciones, nos encontramos en la Sanidad con los Doctores Noguchi, Long y Eskey, funcionarios de la OPS, mientras que en la Beneficencia y la Asistencia Pública sólo cuentan los médicos ecuatorianos que logran introducir algunas innovaciones en la medicina como los doctores Mascote, Destrüge, Isidro Ayora.

2.2. Los vínculos internacionales

Una vez que Estados Unidos había empezado a consolidarse como nueva potencia, la salud devino en una de las formas de control de los países de América Latina por parte de dicha potencia. En 1902 logran crear la Organización Panamericana de Salud (OPS) (García, s.f., 108) y de esta manera, logra implementar Medidas de Sanidad marítima en toda la región, al mismo tiempo que logra tener ingerencia en los gobiernos nacionales, a los que les impulsa a crear unidades sanitarias caracterizadas por mantener una relativa independencia respecto al poder político nacional.

A pesar de la resistencia de los países de América del Sur a la conformación de la OPS, organismo que era visto como una amenaza para los intereses de los países latinoamericanos, esta institución logra contrarrestar los esfuerzos que realizan los países del Cono Sur, liderados por Argentina, que finalmente ceden y se dejan asimilar por la OPS, institución que se convierte en hegemónica para todo el continente.

Mientras los países de América del Sur organizaban cuatro congresos de medicina en América del Sur, la OPS organizaba cuatro conferencias latinoamericanas y en la última de éstas se recomendó a los gobiernos nacionales que formaran ministerios de salud en sus respectivos países.

Tanto la Sanidad como la Beneficencia experimentaban un proceso de centralización pero, mientras la última, respondía a un lento proceso de transformación del Estado —que ocurría a la luz de nuevas corrientes que influían el pensamiento político de la época —como el triunfo de la revolución rusa y el desarrollo de Estados Unidos que impone sus necesidades de centralización del poder a través de misiones, como la Kemerer— la Sanidad iba dando pasos dentro del proceso de centralización los cuales respondían, en forma más directa y automática a las exigencias y recomendaciones de los Estados Unidos. Es así como primero se amplía la jurisdicción de las Instituciones de Sanidad, que concretamente en el Ecuador consiste en conformar los Distritos Norte y Sur. Posteriormente se organiza la “Primera Reunión de Directores Nacionales de Sanidad” en la Habana, Cuba (1924), en la cual se aprobó el *Código Sanitario Panamericano* (García, año:34). En 1926, como “resultado” de la misma se “recomendó” a los países latinoamericanos crear *Ministerios de Sanidad, Asistencia Social y Trabajo* (García, s.f., 87).

Si bien en el Ecuador no se creó un Ministerio que explícitamente llevara las denominaciones recomendadas en 1925, un año antes de dicha reunión se creó el Ministerio de Previsión Social, bajo la Junta de Gobierno Provisional (Gobierno Juliano) el mismo que incluyó las ramas de Trabajo, Sanidad y Asistencia Pública (Samaniego, 1957, 393). En el mismo año se reorganizó la Sanidad Pública dividiéndole en dos Distritos: Norte y Sur. Además se volvió obligatoria la declaración de las enfermedades infecto-contagiosas.

Como señala J.C. García la explicación del desarrollo de la Sanidad interna o terrestre ha de buscarse en las características productivas de cada país.

Efectivamente en el Ecuador, la producción agrícola de la Sierra, sobre todo central, experimentó un gran dinamismo puesto que constituyó uno de los pilares del desarrollo de la agricultura de exportación y, a partir de esta instancia, en la base del abastecimiento de un mercado interno de alimentos.

El volumen de carga y el capital movilizados por el ferrocarril reveló el peso que tenían los productos serranos en relación con los de la costa (Deler, 1983, 209-211). En 1920 los productos tropicales como cacao, café y tagua, representaban más del 90% de las exportaciones agropecuarias y forestales mientras que la producción “templada” de la Sierra no alcanzaba ni el 5% de las exportaciones. Sin embargo, en 1921 tenemos que el tráfico de ferrocarril se dividía en: 26.000 toneladas de productos serranos solo en el eje Quito-Guayaquil y 1.120 toneladas, para los productos costeros —cacao, café, etc.— es decir menos del 1.5% del tonelaje ferroviario (Deler, 1983, 110-111). La importancia de la

producción serrana no se reducía a la simple función de asegurar los monocultivos en la costa sino que se constituía un nuevo eje de la economía nacional; de allí el fortalecimiento político de los terratenientes representados por el Gobierno Juliano.

Los valles calientes de la Sierra también eran atacados por enfermedades infecto-contagiosas como la fiebre amarilla o la peste bubónica. Esta última hacía graves estragos en la provincia de Tungurahua, principal centro abastecedor del mercado interno de alimentos.

De allí que no resulte sorprendente que la OPS, si bien estaba concentrada fundamentalmente en la Sanidad Marítima, también se preocupara por la Sanidad Interna. Así en 1929, dicha organización envió al Ecuador al Dr. J. D. Long y al Dr. C.R. Eskey para que colaboraran dentro del "Servicio Nacional Antipestoso" en la campaña contra la Peste Bubónica (Samaniego, 1957, 401). En el primer año se llegó a un acuerdo sanitario con el Perú para realizar una campaña antipestosa en las provincias fronterizas, y se adoptó el "Sistema Long" de desratización (Samaniego, 1957, 402).

Uno de los logros más relevantes que tuviera la OPS dentro de la evolución sanitaria en el país fue la adhesión del país al *Código Sanitario Panamericano* (Samaniego, 1957, 402).

El desarrollo de la Sanidad fue tan grande que aún los hospitales dejaron de circunscribirse al área clínica para abrir sus puertas a las investigaciones de las enfermedades tropicales. Así en Tena (Oriente) se abrió un hospital rural y un laboratorio para estudiar el "cuchi" o mal del "Pian".

Una serie de campañas sanitarias se realizaron en esta época con el soporte legal y financiero del propio país. En 1933 se expidió la Ley y Reglamento de Compañías Sanitarias y se fijó una cuota municipal para este propósito (Samaniego, 1957, 406). En 1935 se expidió una nueva Ley de Servicio Sanitario Nacional y se creó la Dirección General de Sanidad con sede en Quito, para ser trasladada nuevamente a Guayaquil en 1937.

Se dividió al país en tres zonas sanitarias: central, litoral y austral y se crearon las *Delegaciones Provinciales de Sanidad*.

La Sanidad Militar y de la Policía también se desarrollaron y organizaron en base al establecimiento de sus propios códigos. Todos estos esfuerzos contribuyeron a que, en 1930, Guayaquil fuera considerado como "puerto limpio", aunque posteriormente reaparecieron casos de peste (en 1937 por ejemplo). En 1939 se registró el "último caso de peste bubónica en Guayaquil" (Samaniego, 1957, 919) —aunque en ese mismo año

Riobamba y Loja todavía seguían siendo focos endémicos de dicho mal—, por lo que solicitan a la OPS que a Guayaquil se lo clasifique como puerto limpio clase A (Samaniego, 1957, 413). Después de 1940 se dió un nuevo impulso a los Servicios de Sanidad Rural mediante el funcionamiento de equipos ambulantes. El *Departamento de Asistencia Médica Gratuita y defensa Biológica del Campesinado del Litoral* pasó a ser dependencia sanitaria, bajo la denominación de "Servicios de Sanidad Rural", adscritos a la Dirección General de Sanidad (Samaniego, 1957, 421). Con los países limítrofes Colombia y Perú, se celebraron Convenios Sanitarios con el objeto de luchar contra las enfermedades cuarentenables.

En la década del 40 se desarrolló la planificación técnica y legal de las instituciones de Salud en general (Caja de Previsión, Seguro de Enfermedad, Caja de Pensiones, Código Sanitario, etc.).

El desarrollo científico y la investigación en el área de las enfermedades transmisibles fue estimulado y propiciado por la intervención de la OPS, la Fundación Rockefeller, el propio Estado nacional y otras instituciones que concedieron becas de especialización a médicos ecuatorianos.

3. ASISTENCIA PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

3.1. Contexto Histórico

La Asistencia Pública constituye una de las reformas más importantes del gobierno Juliano y una de las expresiones más claras del proceso de centralización del poder estatal, pues se intentó responder a la necesidad de reemplazar a una multitud de organismos autónomos y de corregir la difundida práctica de conformar juntas de todo tipo que se había venido dando a lo largo de los períodos liberal (1895-1912) y post-liberal (1912-1925).

Efectivamente la Asistencia Pública es la institución que se crea el 16 de febrero de 1926 en substitución de las Juntas de Beneficencia y que dura hasta la creación de la Secretaría General de Salud institución que antecede en forma casi inmediata al Ministerio de Salud. Para entender la naturaleza y trayectoria de esta institución es preciso ubicarla en su contexto histórico, pues lejos de ser un hecho aislado constituye un eslabón más dentro de la cadena de reformas implementadas por el gobierno Juliano.

La centralización de los poderes del Estado en el mencionado período tienen relación particularmente con el manejo y control fiscal y se inscriben más bien dentro del proceso de modernización del Estado. Esta modernización es demandada por varios sectores socia-

les y políticos del país pero, fundamentalmente, corresponde y se inscribe en una corriente internacional de respuesta a la crisis ocasionada por la primera guerra mundial y a los efectos inflacionarios de la misma que golpearon, en primera instancia, a los países centrales y que posteriormente fueron transferidos a los periféricos a través de distintos mecanismos.

Los procesos de centralización y modernización del Estado, particularmente en la esfera financiera constituye un nuevo modelo de desarrollo impuesto a los países de América Latina por parte de los países hegemónicos, principalmente por Inglaterra y por Estados Unidos. El primero es el rector del mundo hasta 1914, gracias a la revolución industrial que experimentó y al desarrollo de la economía de libre cambio; el segundo, es decir Estados Unidos, es el gestor de un paquete de mecanismos financieros encaminados a mejorar las recaudaciones tributarias, a centralizar su control y distribución y a sanear la desquiciada economía. La conformación del Banco Central es una de las estrategias más importantes ya que constituye la institución a la que se le delega la exclusividad en la tarea de emitir monedas, acción que hasta el momento venían realizando indistintamente los bancos privados. Su principal vocero es E. Kemerer, quien es conocido como el "doctor de las finanzas" y quien, como tal, emprende varias misiones en distintos países del mundo; entre ellos el Ecuador, en el marco justamente del período Juliano. El fin último de esta modernización es lograr la estabilización de la economía con el propósito de mejorar la situación del intercambio exterior, de allí que el conjunto de reformas internas no son sino mecanismos que orientan el "*desarrollo hacia afuera*" del país.

Las medidas planteadas y estimuladas por Inglaterra y Estados Unidos son adoptadas en los diferentes países de la región, pero los momentos y condiciones en las que se implementan en cada una de estos son marcados por los procesos internos que actúan como filtros.

Los objetivos que persigue la revolución Juliana y que más tarde los plasma en reformas constituyen por lo tanto una respuesta a los procesos internos e internacionales. Concretamente, corresponden a una reacción en contra de las medidas adoptadas por los gobiernos plutocráticos (1914-1925); al nuevo ordenamiento económico político del mundo y a las demandas de las nuevas potencias.

La crisis económica que afronta el Ecuador desde 1917 hasta el período Juliano particularmente entre 1920-1922 y que generalmente suele llamarse "la crisis cacaotera" no es sino parte y consecuencia de la crisis económica mundial, ya que sin negar el papel que juegan las plagas de "monilla" (1917) y "escoba de bruja" (1920) que afectan a las plantaciones de cacao, así como al surgimiento de nuevas zonas productoras en Brasil y

Africa, esta crisis es desencadenada por la caída de los precios del cacao en el mercado exterior, esta situación se debe, precisamente, a la constricción de la demanda de los países europeos que están afectados no solo por el financiamiento de la guerra sino por el proceso inflacionario desatado a partir de las abundantes emisiones realizadas justamente para cubrir los gastos bélicos, así como también por el endeudamiento y la caída de la moneda frente al dólar.

Entre 1914(38) y 1918 varios países habían adoptado como medida la prohibición de exportar oro, es decir, el abandono del patrón oro (Rodríguez, 1987, 69).

Sin embargo la inestabilidad de los cambios por su libre flotación no había provocado los efectos deseados y es así como se intentó regresar al patrón oro, como medida para estabilizar la moneda.

En 1922 la Conferencia Económica Internacional recomienda primero la adopción de un patrón monetario común y segundo la creación de la Banca Central para vehiculizar el manejo y desarrollo monetario.

Así se vuelve a utilizar el patrón oro y se empieza a implantar los Bancos Centrales, Inglaterra vuelve al patrón oro en 1925 y convierte al Banco de Inglaterra -privado- en banco de emisión nacional.

Para 1925 el comercio mundial volvió a expandirse. Para entonces, Estados Unidos se había consolidado como potencia dominante y actuaba como acreedor e inversionista a escala mundial.

América Latina vinculada comercialmente con Inglaterra y Estados Unidos empezó a seguir los modelos económicos adoptados por dichos países. Edwin Kemerer es encomendado de asesorar a los países económicamente vinculados con Estados Unidos. Su propósito fundamental era conducir a los países asesorados a adoptar medidas que aseguraran el adecuado funcionamiento del sistema planteado. Así gracias a la intervención de Kemerer se crearon Bancos Centrales en Colombia (1923), Chile (1925), Ecuador (1927), Bolivia (1929) y Perú (1931). Estos bancos seguían el Sistema de Reserva Federal de Estados Unidos(39) (Rodríguez, 1987, 72).

El proceso de centralización financiera que experimentaron los estados al adoptar el modelo descrito apuntaba, por lo tanto, a satisfacer las demandas de los países hegemónicos, interesados en estabilizar la economía y, de esta manera, expandir el mercado. Entre 1895 y 1929 Estados Unidos había multiplicado sus exportaciones por 100 con respecto a América Latina mientras que las exportaciones de América Latina hacia Estados Unidos sólo se habían multiplicado por tres (Rodríguez, 1987, 69).

El incipiente desarrollo del Estado nacional ecuatoriano se expresaba en una gran debilidad de la autoridad central frente a un sinnúmero de organismos autónomos que generaban rentas descentralizadas y que requerían para su funcionamiento la creación de *rentas especiales* con sus respectivos tesoreros, colectores, etc. lo que dada la sensación de fragmentación a nivel nacional (Almeida, 1984, 120). Como decía L. N. Dillon:

“la anarquía tributaria resultante del sistema, era horrorosa. No había dos provincias, cantones o parroquias, hasta el 9 de julio de 1925 que estuvieron igualmente gravadas en la República... [cada una de estas eran] repúblicas económicas con imposiciones propias y con métodos de recaudación e inversiones también especiales” (Dillon, apud Almeida, 1987, 120).

Según el mismo Dillon:

“En 1920 se hizo, por el Ministerio de Hacienda, cuenta prolija de los *fondos de libre disposición para el Gobierno*, después de separar los descentralizados, y resulta que aquellos montaban apenas el 25% del valor del presupuesto de ese año” (Idem).

Y, según Goode y Foz a propósito de este período acotaban:

“En 1916 de un total de 16.5 millones de sucres recaudados por el Gobierno Central, 13.1 millones se asignaba a cuentas especiales y a entidades autónomas, dejando únicamente 34 millones para gastos de administración general” (Goode, Foz, apud Almeida, 1987, 120).

La permanente pobreza del fisco se debía a múltiples causas pero básicamente a los gastos militares, a la caída de las entradas provenientes de las exportaciones; al incipiente desarrollo de mercado interno; a las deficiencias del sistema tributario, a la ineficiencia de las recaudaciones. Los presupuestos del Estado eran más bien balances de ingresos y egresos y su formulación no tenía ninguna regularidad(40). Además deliberada y permanentemente se sobrestimaban las entradas y se subestimaban los egresos (Almeida, 1987, 121).

A la pobreza fiscal hay que añadir los problemas de corrupción administrativa y la aplicación de mecanismos desestabilizadores de la economía implementados por el propio Estado(41). El remate de partidas presupuestarias, como las provenientes de los estancos de tabaco y azúcar o de monopolios significan grandes pérdidas para el fisco y enriquecimiento de los rematistas (Almeida, 1987, 121).

Por diferentes razones la situación económica y política del país al finalizar el período plutocrático (1914-

1925) convocaba a distintos sectores sociales, con intereses aún contrapuestos a acabar con los gobiernos post liberales y a demandar la aplicación de un modelo distinto.

La inconvertibilidad de la moneda que había sido una medida aplicada en los países centrales para controlar la crisis de los años catorce no se hizo esperar en el Ecuador donde se implementó tal medida precisamente en 1914. El efecto inflacionario de la Ley de Moratoria golpeaba principalmente a los sectores populares urbanos principalmente de Guayaquil. Pues el bajo poder adquisitivo de la moneda y del salario, así como el elevado índice de desempleo provocaban un descontento generalizado que encontraba salida en la realización de repetidas huelgas, hasta llegar a culminar el 15 de noviembre de 1922, en una huelga generalizada que concluyó con una gran matanza.

Si bien en dicha huelga presionaban por reivindicaciones muy puntuales, como el alza de salarios, la reducción de las jornadas de trabajo a 8 horas, la creación de servicios de salud, la disminución de las tarifas de transporte urbano, etc. el nivel de conciencia del factor causal de la crisis era tan grande que uno de los lemas utilizados por los huelguistas en las manifestaciones callejeras era el de *¡abajo el cambio!*. (Andrade, 1987, 32) y una de las demandas más importantes *la estabilización del dolar* (Almeida, 1987, 22). Paradójicamente el alza del tipo de cambio también convocaba a distintos sectores sociales de la Sierra a contribuir a la realización de la revolución Juliana, pero por efectos y motivaciones completamente distintos. Dicho factor había conducido a prohibir las importaciones de artículos de primera necesidad y a emitir la ley de protección industrial -1921-. La pérdida de los rubros de exportación conducía a los gobiernos de turno a substituirlos con los beneficios generados a partir del desarrollo del mercado interno(42).

Así los hacendados de la Sierra fueron estimulados a producir productos agrícolas frescos así como también a modernizar sus unidades productivas, a orientarlas a la ganadería y a desarrollar una industria alimenticia ligera, concentrada fundamentalmente en la elaboración de productos derivados de la leche. Los quesos y la mantequilla no solo estaban orientados al mercado interior sino a Colombia y Perú (Marchán, 1987, 269-270).

Así los hacendados serranos estaban convocados para apoyar la revolución Juliana, precisamente porque las condiciones descritas les ponía otra vez en la condición apropiada para reconquistar el poder. La toma del poder era el único medio de proteger el mercado interno.

La masa laboral serrana en general también había sido favorecida, puesto que la ley de protección industrial emitida en 1921 estimulaba a la industria y a la

manufactura. Estos sectores requerían y, de hecho estaban protegidos por las élites serranas, de allí que también estos sectores apoyaban la revolución juliana.

Finalmente, los sectores medios de la población se habían ensanchado y entre estos los militares, quienes gracias a los esfuerzos de Alfaro se habían institucionalizado alrededor del Estado, habían abandonado su trayectoria caudillista y se habían profesionalizado y tecnificado en base a una serie de estudios de especialización realizados en el exterior y al entrenamiento que habían recibido por parte de los técnicos italianos (1922). (Bonilla, 1987, 44)

La revolución juliana fue el resultado no sólo de la convergencia de distintos sectores sociales sino de distintas corrientes políticas. No solo estaba representando el pensamiento estatizante, portado por los ideólogos de las grandes potencias y de la burguesía modernizante del país, sino que también condensaba el pensamiento marxista que había irrumpido. Había abierto nuevos rumbos al movimiento intelectual y sindical del país(43), gracias al influjo de la revolución rusa

Los propios militares jóvenes que protagonizaron la revolución representaba el pensamiento radical del liberalismo, expresado en forma preclara por Dillon.

La revolución Juliana tenía la tarea de conciliar estas dos corrientes y de responder a las expectativas que de éstas emanaban. Pero el peso económico y político desigual de los portadores de estas corrientes, determinó que la revolución Juliana fuera en síntesis un espacio en el que se realizaron reformas orientadas a la modernización y centralización del Estado, a la estabilización de la economía y a la superación del déficit fiscal. Estas acciones se revestían con un discurso radical de izquierda y con algunas obras de alcance social. Si bien algunas de estas últimas constituyeron un hito en la historia de las políticas sociales del país, la mayor parte cobró un carácter más bien legal y formal.

Si comparamos el peso relativo de las reformas económicas con el de las políticas sociales, vemos que las primeras a más de ser las privilegiadas tenían la función de integrar el territorio ecuatoriano a través de un sistema nacional de tributación y, consecuentemente, la de fortalecer la conciencia de Estado nacional.

En sólo seis meses de gobierno, el Ministro de Hacienda de la Primera Junta Provisional L.N. Dillon, se tomó medidas monetarias tendientes a organizar las finanzas del Estado como la emisión de la Ley de Impuestos Internos, Ley de Timbres, Ley de Impuestos Municipales, control fiscal de los estancos de alcohol y tabaco (hasta entonces en manos de particulares), centralización de rentas, actualización de aranceles aduaneros, alza de derechos consulares, revaluación de fondos

rústicos, elevación y reglamentación de impuestos sobre herencias, legados y donaciones, pago puntual de la deuda externa. Impulsó la fundación del Banco Central siguiendo el modelo adoptado por Kemerer en Colombia y Chile (Mancheno, 1987, 115); (Andrade, 1987, 33-35).

Entre las obras orientadas a los sectores populares se destacan la creación del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, la reorganización de la Hacienda Pública y la legislación a favor de los trabajadores.

Durante la administración de Isidro Ayora (1926) se continuaron con las obras emprendidas por el gobierno provisional, entre las que se destacan la creación del Banco de Emisión y Amortización (junio de 1926) como paso previo a la creación del Banco Central. Una vez que se dió este paso Ayora emitió un decreto según el cual el Banco Central tenía "*exclusivas atribuciones de emisión y conversión de todos los billetes*" y estaba a cargo de estabilizar el cambio internacional, regular los tipos de interés y ayudar a los bancos en casos de emergencia.

Además se crearon entidades de control y organización financiera como: la Superintendencia de Bancos, la Contraloría General del Estado, la Dirección General de Aduanas, la Dirección de Obras Públicas y otras de promoción crediticia como el banco Hipotecario del Ecuador (Andrade, 1987, 36-37). Se suprimieron los pequeños impuestos y se concentró en los cuatro principales productos de exportación cacao, tagua, cuero y paja toquilla (Almeida, 1987, 128).

En el área social, se creó la Inspección General y Junta Consultiva del Trabajo, la Caja de Pensiones y Jubilaciones para la protección de empleados (Almeida, 1987, 128).

Se hizo desaparecer una multitud de organismos autónomos y se los substituyó por la Asistencia Pública y las Rentas Patrimoniales de instrucción pública (Almeida, 1987, 128).

La pérdida de privilegios y del control estatal por parte de los banqueros y comerciantes de la Costa determinó que se generara una serie de protestas. Para lograr tener impacto y respaldo de las bases fueron manipuladas con argumentos regionalistas. Así por ejemplo ante la creación del Banco Central se regó el rumor de que esta entidad tenía la función de llevarse el oro de la Costa a Quito. La oposición a su creación fue tan fuerte que aún en la propia ley orgánica del Banco Central (del 4 de marzo de 1927) se explicita que servirá de *depositario de los fondos del gobierno* así como también de agente fiscal y que su sede central estaría en Quito "... cuya dirección establecería la política para todas las sucursales *excepto* la ciudad de Guayaquil" pues dicha

ciudad gozaba de autonomía, a razón de su mayor movimiento comercial (Mancheno, 1987, 105).

Una situación similar vivieron las instituciones de carácter social, la Asistencia Pública, como se verá a continuación, aparece como una entidad centralizadora que supera el carácter de las Juntas de Beneficencia. Pero como se analizó anteriormente, si bien estas entidades fueron impulsadas y financiadas por el Estado, tuvieron un funcionamiento localista y autónomo, puesto que las Juntas de Beneficencia al igual que la multiplicidad de juntas que aparecieron durante los gobiernos liberales se dieron en un contexto de descentralización y regionalización del poder, de debilidad del Estado Nacional que delegó su autoridad a dichos organismos.

La situación había llegado a ser tan alarmante que el propio Ministro de Hacienda declaró en 1931 que dichas Juntas constituían una amenaza para el Estado y los Municipios porque

“... recorren la vía de un progresivo despojo de sus atribuciones naturales que nos da como consecuencia el debilitamiento de la vida nacional y municipal, la incoherencia y la confusión rentística y el desastre financiero” (Informe del Ministro de Hacienda, aput. Almeida, 1987, 120).

Si bien la Asistencia Pública funcionó como una entidad estatal, también ésta, desde su creación permitió la supervivencia exclusiva de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Las reformas posteriores de la ley sólo contribuyeron a fortalecer su poder económico y político, sustentado sobre una serie de privilegios y arbitrariedades financieras como se podrá comprobar más adelante.

3.2. Cómo emerge la Asistencia Pública

Si bien la Beneficencia dio el primer paso en la estatización de los establecimientos asistenciales, no logró liquidar la arraigada costumbre de manejar con sentido caritativo y filantrópico a tales establecimientos. Esta óptica en parte estuvo reforzada por la crisis económica que soportaba el país, particularmente Guayaquil. La irrupción de la Asistencia Pública de otro lado tampoco constituyó un golpe mortal para la Beneficencia y debió coexistir con ella, al amparo de su propia ley de creación.

Efectivamente, según el artículo 2 de la ley de Asistencia Pública esta institución asumía “la dirección y administración de todos los establecimientos nacionales y municipales” que estaban destinados a dar asistencia y cuidado a enfermos alienados, ancianos, inválidos, mendigos, pacientes crónicos, embarazadas, parturientas y niños desamparados (R.O. 182; 2 de febrero, 1926).

Sin embargo, en el artículo 36 de la misma ley se limitaba estas atribuciones de la siguiente manera:

“Declárense vigentes y aplicables a la Asistencia Pública, en todo lo que no se opusieran a la presente ley, las leyes y decretos relativos a la Beneficencia” (R.O., 182, 2 de febrero, 1926).

La pervivencia de la Junta de Beneficencia de Guayaquil no sólo fue garantizada por el artículo 8 de la Ley de Asistencia Pública, sino por una serie de reformas, que se produjeron a lo largo de su vida institucional, las mismas que fortalecían a dicha Junta en el plano político, económico y administrativo.

El artículo 8 de la Ley señalaba:

“La Junta de beneficencia de Guayaquil continuará organizada de acuerdo con la ordenanza de 1887, con las reformatorias posteriores y los decretos legislativos que le convienen”.

Con el carácter de *vocal de la Junta Municipal de Beneficencia de Guayaquil*, formará parte de ella el *Director de la Asistencia Pública establecida por esta ley*.

La Junta Municipal de Beneficencia de Guayaquil hará las veces de Junta Central de Asistencia Pública en los demás cantones de la provincia del Guayas, así como en las provincias de Manabí, Esmeraldas, El Oro, Los Ríos, de acuerdo con las disposiciones dictadas en esta ley para las Juntas Centrales de Quito y Cuenca” (R.O., 182, 2 de febrero, 1926).

Como puede verse, según en este artículo, desde la perspectiva de la estructura administrativa la Asistencia Pública, quedaba subsumida por la Junta de Beneficencia de Guayaquil al establecer que el director de la primera sea vocal de la última.

A pesar de haberse realizado numerosas reformas a la ley y al reglamento de Asistencia Pública, esta institución permaneció relativamente inalterada en lo que a su orientación y estructura se refiere. Más aún, hasta los años cincuenta, tales reformas sirvieron para ratificar, aclarar, o concretar los aspectos que en la primera ley quedaron ambiguos o incompletos. Así las reformas que se hicieron dos meses después de su emisión sirvieron para afirmar la autonomía de la Junta Municipal de Beneficencia de Guayaquil. En posteriores reformas se replanteaba tímidamente el número de representantes por institución en las juntas centrales y provinciales; el tiempo de ejercicio de sus funciones; el alcance de sus atribuciones límites y obligaciones; la jurisdicción de las Juntas, etc.

Es a partir de los años cincuenta cuando los procesos sociales y económicos del país producen efectos macro estructurales que devienen en algunas reformas del aparato estatal. Entre las más relevantes y que mayor impacto tuvieron en la Asistencia Pública tenemos: el fortalecimiento y la modernización de los organismos estatales que manejaba la economía del país (Banco Central, Ministerio de Finanzas, Contraloría) y la Reforma Agraria.

Si, en un ejercicio de abstracción, tratáramos de periodizar a la Asistencia Pública, tendríamos que reconocer como hechos claves que permiten la demarcación de sus etapas: 1. el cambio de denominación de Asistencia "Pública" por Asistencia "Social", ocurrida en 1959; 2. el inicio de la parcelación de las Haciendas, en 1950; 3. la modernización administrativa en el país, iniciada en 1930 y fortalecida en 1959; 4. el traspaso de los fondos de la Asistencia Pública al IERAC en 1965; la creación de la Secretaría General de Salud y la Supresión de las Juntas de Asistencia Pública en 1972; y 5. la creación del Ministerio de Salud Pública.

3.3. Filosofía y metas de la institución

Por el carácter más bien formal que tuvieron las reformas de tipo social durante los gobiernos Julianos y dado el ritmo que tuvieron las transformaciones internas de las casas de salud que pasaron a formar parte de una nueva entidad estatal: la Asistencia Pública, los objetivos de esta última quedaron determinados por los de dichas instituciones y, en tanto la Asistencia no amplió su radio de acción, ni replanteó su comprensión ni respuesta, como organismo estatal, frente al proceso de salud enfermedad del país, la Asistencia Pública siguió siendo una institución asistencial y caritativa, circunscrita al ámbito hospitalario. El sujeto social al que encaminaba sus acciones siguió siendo el mismo y las estrategias de acción tampoco se modificaron.

De allí que Velasco Ibarra opinara que el surgimiento de la Asistencia Pública únicamente había consistido en transformar a la caridad religiosa en "caridad pública".

De acuerdo con lo enunciado en la Ley y el Reglamento de Asistencia Pública y al testimonio de los directores de las Juntas expresado en sus informes y otros remitidos, la Asistencia Pública estaba orientada a prestar sus servicios a los sectores depauperados de la sociedad, a los "indigentes" y "menesterosos", a los desamparados. Con el tiempo y por efecto del reordenamiento económico de la sociedad, estos sectores fueron creciendo y diversificándose y, con ello, ejercieron presiones no previstas por la institución. De todas maneras la Asistencia Pública no dejó de desarrollarse en el marco de sus dos líneas fundamentales de acción: 1. el dar asilo o albergue a las personas desvalidas o indefen-

sas como: niños, ancianos y alienados, y 2. prestar servicios de salud, exclusivamente curativos.

Nunca asumió una conceptualización de la salud como un bien social ni ésta fue enfocada como un fenómeno complejo y multicausal, quizá porque, implícitamente, la Asistencia Pública era el instrumento formal del Estado, destinado a ocultar y corregir las manifestaciones de la patología biológica y de los crecientes problemas sociales.

Los asilos de ancianos estaban destinados no sólo a albergar a las personas de avanzada edad sino a ocultar a los mendigos de la faz urbana. De allí que en la misma ley de Asistencia Pública se habían previsto las sanciones a quienes contribuyeran a evadir los sistemas de reclusión de los mendigos.

Art. 37. Las Juntas de Asistencia Pública tienen derecho, según su prudente juicio a recluir y retener en las Casas de Ancianos a los mendigos.

Si una persona de responsabilidad solicitare la libertad de un mendigo, con la oferta de que éste no acudirá de nuevo a la caridad pública, será atendida la petición, por primera vez. En caso de reincidencia y nueva reclusión del mendigo, deberá pagar el fiador la multa de diez sucres, para obtener la libertad de aquel.

Esta multa será cada vez diez sucres mayor que la última, en los casos de repetidas reincidencias de los mendigos. (R.O. 1821, 16 de febrero, 1926).

Básicamente la Asistencia Pública era la encargada de administrar los establecimientos asistenciales custodiados por el Estado: orfanatos, asilos de ancianos, lazaretos, hospitales y consultorios. Su responsabilidad era mantenerlos, mejorarlos y crear otros nuevos, cuando se acreditara. Los únicos programas de esta institución a los que se podría atribuirles una cierta orientación preventiva eran aquellos que estaban dirigidos a las madres y a los niños. Los procesos económico-sociales que se van dando en la sociedad en su conjunto se van paulatinamente filtrando en las instituciones estatales, modificándose en alguna medida su naturaleza.

Así, durante el período liberal, debido a la propia corriente del pensamiento que sustentaba al modelo económico político implantado en el país la medicina, como todas las demás actividades, habían entrado progresivamente en la lógica capitalista, y es así como los médicos particulares habían mercantilizado cada vez más sus servicios. La Beneficencia en esa instancia todavía no fue impactada por dicha corriente, en parte porque los recursos físicos y humanos con los que con-

taba no le permitían un cambio de respuesta. Apenas han empezado a emerger los hospitales de especialidades.

La Asistencia Pública, pese a que desde una perspectiva macro, siguió preservando la gratuidad de sus servicios, con el tiempo y aunque tímidamente fue diversificando los sectores sociales a los que se orientaba y con ello, fue abriendo paso al cobro selectivo por los mismos. Si bien, en los comienzos de la vida institucional de la Asistencia Pública, el principal objetivo era asistir a los indigentes y, por lo tanto, sus servicios eran gratuitos, con el tiempo, se fue dando una mayor apertura a los “pensionados” y al pago por los servicios médicos, en calidad de “honorarios”.

De hecho siempre estuvo vigente la declaración que se hiciera en la ley en su primera emisión: “Toda persona indigente o desvalida tiene derecho a la asistencia gratuita por el Estado, de acuerdo a la presente ley” (R.O. 182: 16 de febrero, 1926).

Veinte y seis años después de la creación de la Asistencia Pública, en 1948, se dieron importantes cambios en la orientación y objetivos de la institución.

En el mes de noviembre se introducía una reforma en el capítulo referente al pago de pensiones por parte de las personas no indigentes, señalando que tales dineros había venido ingresando exclusivamente a las respectivas colecturías o tesorerías, sin que pudieran participar de éstos los médicos que prestaban su atención profesional a tales personas.

Se señalaba igualmente que “la indicada forma de destinación de las referidas pensiones y la prohibición general para los médicos de Asistencia Pública establecida en el artículo 43 del reglamento mencionado, ha impedido la mejor atención médica, por la frecuente abstención de los profesionales en la prestación de dichos servicios no remunerados”.

Por fin se consideraba que “por justicia y equidad debe pagarse a los profesionales que presten sus servicios a la Asistencia Pública especialmente tratándose de intervenciones quirúrgicas (R. O. 11: 13 de septiembre de 1948).

En el mismo año (1948), la prohibición de cobrar por los servicios médicos era reformada al añadir al artículo 43 del reglamento el siguiente inciso:

“Exceptuánse de la prohibición anterior (cobrar honorarios) los casos de intervención quirúrgica en las cuales los médicos que actúen tendrán derecho al pago de honorarios, los mismos que se tomarán del valor cobrado a los asilados que tuvieran buena si-

tuación económica, previa calificación y autorización de la respectiva Junta”. (R.O. II: 13-IX-1948)

En la misma reforma se establecían los límites para el cobro de dichos “honorarios”:

“Art. 3. Cada una de las Juntas de Asistencia Pública procederá a determinar el porcentaje de honorarios que percibirán los médicos por cada intervención quirúrgica ... las mismas que no podrán exceder del cincuenta por ciento del valor pagado por el asilado” (R.O., 11, 13 de septiembre de 1948).

3.4. Los campos de acción

Como puede apreciarse, los logros que tuvieron los gobiernos julianos en el proceso de centralización y modernización de las finanzas, no tuvieron igual correspondencia en otras esferas administrativas, ni a nivel micro institucional. Las reformas realizadas en el artículo 43 del Reglamento de la Asistencia Pública así lo expresan. La vaguedad de la medida y lo engorroso del trámite del cobro a los asilados revelan, por un lado, la poca o ninguna tecnificación que experimentaron los servicios de salud, al menos en la esfera administrativa y, por otro, la parcelación que todavía experimentaba el país, al conservar al interior de instituciones que tenían un carácter nacional la misma estructura político-administrativa de las etapas precedentes, marco en el cual se seguían tomando las decisiones.

Los cambios experimentados por la Asistencia Pública en cuanto a la gratuidad de sus servicios, son mucho más tímidos. Apenas significan un cambio de peso específico de las mismas acciones.

Si al principio de la vida institucional (1926) se sigue copiando los lineamientos institucionales de la Beneficencia, para comenzar la década del 50 (1948) apenas se cambió el énfasis que se daba a los mismos campos de acción. Así, el servicio a los alienados que había sido una de las prioridades de la beneficencia desde la colonia y que siguió siendo la de la Asistencia Pública en sus inicios fue desplazada a un segundo plano en 1948, cuando al reformar el artículo 2 de la ley de Asistencia Pública se daba mayor énfasis a los servicios orientados a la niñez y se concretizaba mejor las acciones al señalar las de educación, formación profesional, alimentación (programa “Gota de Leche”) y la asistencia.

Así en la primera emisión de la ley se declaraba:

Art. 2 “Corresponde a la Asistencia Pública la organización y administración de los establecimientos destinados a los siguientes servicios:
asistencia de enfermos;
asistencia y cuidado de alienados;

asistencia y protección de ancianos, inválidos, mendigos y crónicos;
 asistencia y protección de embarazadas y parturientas;
 asistencia de niños desamparados;
 protección general de la infancia
 (R.O.182: 16, de febrero, 1926).

Mientras que con la reforma del cuarenta y ocho, este artículo fue reemplazado por:

Art. 2 "Corresponde a la Asistencia Pública las siguientes funciones de orden social:

- a. asistencia a enfermos;
- b. asistencia y protección de ancianos, inválidos y mendigos;
- c. asistencia y protección a embarazadas y parturientas;
- d. asistencia, educación y formación profesional de niños expósitos;
- e. sostenimiento de servicios de protección infantil como : Gota de leche, casas cunas y dispensarios de asistencia infantil.
- f. creación de preventorios para niños de padres crónico-contagiosos como leprosos, etc.;
- g. organización de servicios de emergencia
 (R.O. 93, 23, diciembre, 1948).

La estructura bastante cerrada de las instituciones de salud de la Asistencia Pública permaneció vigente y sólo experimentó una cierta apertura como respuesta al surgimiento y fortalecimiento de las instituciones de salud que se ocupaban de otros sectores de la población. Pero esta apertura fue indirecta, es decir que la Asistencia Pública como tal no amplió su radio de acción sino que apenas adoptó una posición colaboracionista con tales instituciones.

En 1948, se añadía a la Ley de Asistencia Pública un inciso en el cual se señalaba:

"...Además de estas funciones, a la Asistencia Pública corresponde *colaborar para la defensa de la salud pública nacional* :

1. Con las demás entidades que persiguen fines semejantes o parecidos, como la Sanidad, la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, los Servicios Médicos de la Caja del Seguro, las Juntas de Beneficencia y las Municipalidades.
2. Con las universidades del país y las demás entidades que persiguen fines análogos a los de aquella a fin de contribuir a la mejor preparación y capacitación de los profesionales y estudiantes de las Facultades de Ciencias Médicas y de Farmacia" (R.O. 93, 23 de Diciembre, 1948) (El subrayado es mío).

Hasta aquí hemos constatado que las reformas que se introdujeron a la ley de Asistencia Pública afectaron poco a la marcha de la institución.

3.5. De la asistencia pública a la asistencia social

El año de 1959 constituye un hito en la historia de la Asistencia Pública, puesto que se introducen reformas que implican un cambio de orientación de la institución, un reordenamiento espacial de las Juntas y el inicio de un control externo del manejo económico de la Asistencia. Efectivamente se cambió la denominación de Asistencia "Pública" por "Social". Se crearon las Juntas Centrales en Portoviejo y Loja, y se introdujo la intervención de la Contraloría en el nombramiento de administradores de los bienes de la Asistencia y en la fijación del monto de las garantías por parte de dichos funcionarios. (R.O. 940, 10 de octubre, 1959).(Figura N° 1)

La ley citaba como "antecedentes" de estos cambios:

"Que las Juntas de Asistencia Pública, necesitan para el cumplimiento de sus altas finalidades, contar con precisas normas jurídicas, a fin de resolver en mejor forma los problemas asistenciales.

Que la actual ley de Asistencia Pública adolece de vacíos en orden a exigencias y casos que se presentan en la marcha administrativa de los organismos llamados a dirigir sus funciones". (R.O. 940, 10 de octubre, 1959).

El cambio de denominación debe interpretarse como una ampliación del ámbito de la acción institucional y como un cambio en la comprensión del fenómeno salud-enfermedad, así como también en la de las responsabilidades del Estado en este campo. La palabra "pública" tenía una connotación de "benéfico", "caritativo", dadas por las prácticas de salud de las instituciones estatales.

La nueva denominación contribuiría, de alguna manera, a la germinación de nuevos elementos conceptuales que se materializarían más tarde en una institución que supera las concepciones, objetivos, filosofía y campo de acción de la Asistencia Social, esto es, el Ministerio de Salud.

Pero se tuvo que esperar trece años para que las Juntas de Asistencia Social fueran suprimidas. Fue en 1972 cuando se dio este hecho. Al mismo tiempo, se creaba la "Dirección General de Salud", a la luz de la siguiente declaración:

General Guillermo Rodríguez Lara

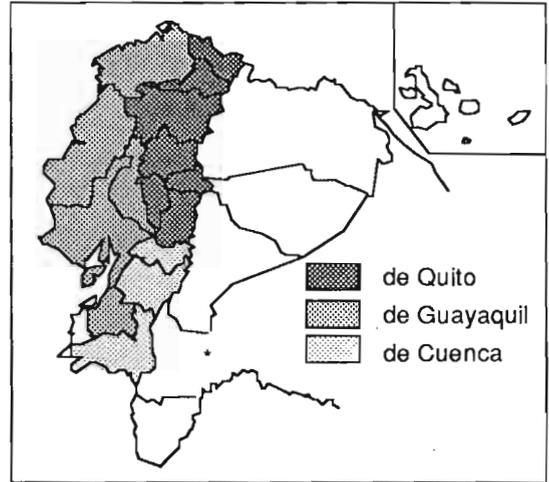
Presidente de la República

Fig. 1. Espacio Nacional "Interno" incorporado por las Instituciones Estatales de Salud

1. Juntas Centrales de Beneficiencia, 1908

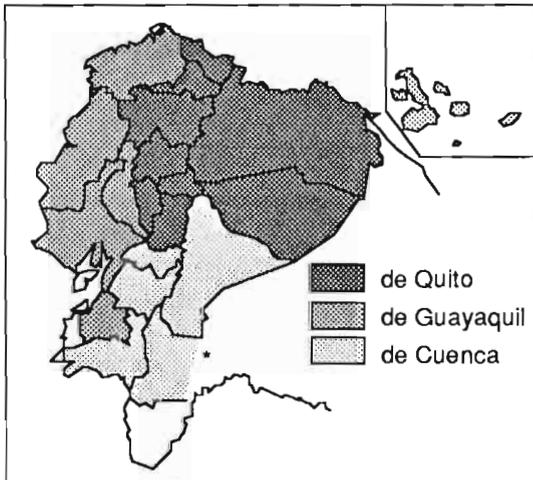


2. Juntas de Asistencia Pública, 1926



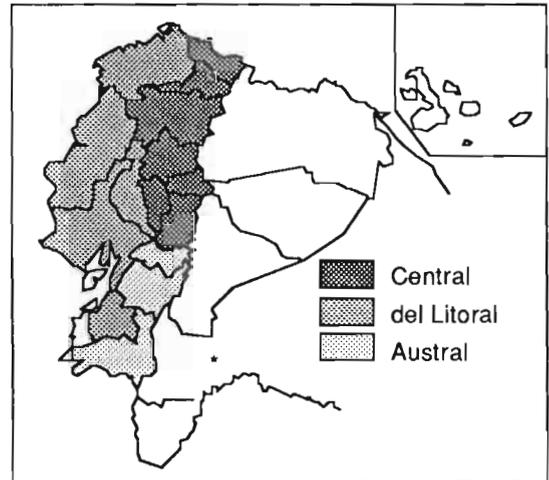
Fuente: R.O., 4, 7 de Abril, 1926

3. Juntas de Asistencia Pública, 1932

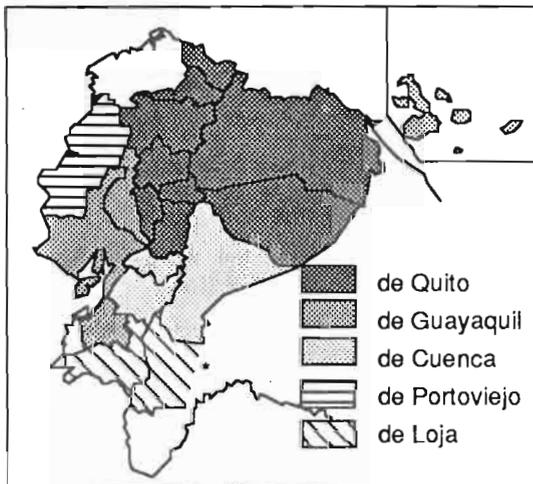


Fuente: R.O., 640, 27 de Abril, 1932

4. Sanidad: Zonas Sanitarias, 1936

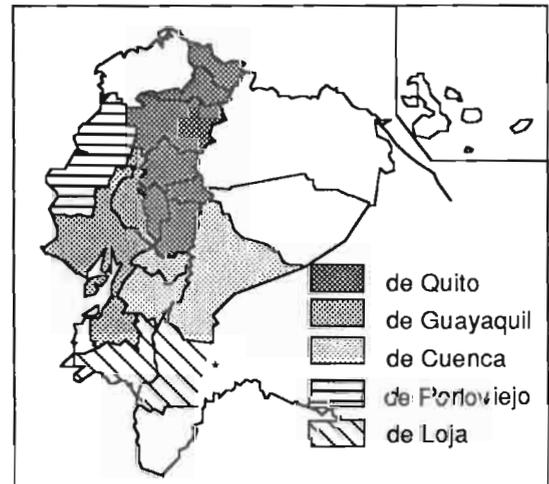


5. Juntas de Asistencia Social 1948



Fuente: R.O., 93, 23 de Diciembre, 1948

6. Juntas de Asistencia Social 1959



- Zona en la que el Protocolo de Río de Janeiro es inejecutable

Mapas parciales del Ecuador
Nota: La división provincial es la de 1982

Considerando:

Que el Gobierno Revolucionario nacionalista, dentro de sus postulados expresados en los lineamientos generales de su Filosofía y Plan de Acción, se encuentra realizando la reestructuración administrativa de sus dependencias;

Que dichos lineamientos expresamente contemplan que el Ministerio de Salud Pública, reestructurado, será el organismo que asuma la responsabilidad de la centralización formativa y la descentralización ejecutiva, en su campo, mediante planes progresivos aconsejados por la técnica;

Que es deber del Estado de velar por la salud individual y colectiva, requiere de los medios legales suficientes que le permitan su realización;

Que es necesario que el Ministerio de Salud Pública organismo legal competente para cumplir con la finalidad indicada, disponga de una adecuada organización administrativa que le permita ejecutar a cabalidad las funciones para las que fue creado, así como también el mejor aprovechamiento de los recursos de salud existentes en el país;

Que es indispensable para el Ministerio de Salud Pública contar en su sede, con un organismo en el orden técnico-administrativo, normativo, directivo y evaluador.

Decreta:

Art. 1. Créase la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública, en la sede del mismo, con las siguientes Direcciones Nacionales: de Servicios Técnicos, de Servicios Administrativos y de Servicios locales; con las correspondientes divisiones, Departamentos y Secciones necesarios para cumplir funciones de carácter técnico-administrativo.

Art. 2. Se suprimen las Juntas de Asistencia Social del país, los comités de Integración de servicios de salud de Santo Domingo de los Colorados y del Cañar; cuyos derechos, obligaciones, patrimonios, bienes, muebles e inmuebles establecidos por la Ley de Asistencia Social, Decretos y Convenios que los crearon serán asumidos por el Ministerio de Salud Pública (R. O. 48; 25 de abril, 1972). (el subrayado es mio)

3.6 Estructura técnico administrativa

La estructura jerárquica de la Asistencia Pública, como lo señala su propio *reglamento* era la siguiente:

1. el Ministro "a quien la ley respectiva le encargará el servicio de Asistencia, Higiene, Sanidad, etc.." (44)
2. las Juntas Centrales de Asistencia Pública de Quito, Guayaquil y Cuenca;
3. los Directores de Asistencia Pública;
4. las Juntas Provinciales de Asistencia Pública de las demás capitales de provincia;
5. los Subdirectores Provinciales de Asistencia Pública;
6. los Inspectores y Subinspectores de Asistencia Pública;
7. las Comisiones Especiales nombradas por las Juntas (R.O. 54, 10 de junio, 1926).

Como hemos visto las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Pública estaban constituídas por miembros ad-honorem -salvo el caso de los directores de las Juntas Centrales-. La institución, así concebida, tenía una estructura exógena como un cuerpo colegiado que se limitaba a cumplir con funciones administrativas. Aún estas funciones eran ejecutadas en forma rudimentaria, sin capacidad ni criterio técnico, sin delimitación de los ámbitos, sin jerarquización de los problemas.

El *modus operandi* de las Juntas era la realización de sesiones ordinarias y extraordinarias. A ellas se llevaban temas de diversa índole desde la formulación del presupuesto anual de la Junta, hasta la consideración de quien sería el administrador de una casa o un fundo, cual sería el monto de su garantía; quienes pondrán las inyecciones en los hospitales; a quien se le concederá el uso de un molino de agua, etc. Algunos problemas requerían de varias sesiones para ser resueltos.

La función primordial de las Juntas era resolver los problemas financieros y de manejo de personal de los establecimientos asistenciales. Los problemas de salud eran ocasional y periféricamente abordados.

Cuando alguna población era azotada por una epidemia, la Asistencia Pública adoptaba algunas medidas emergentes planteadas más bien con un sentido de colaboración con la Sanidad.

Se creaban asignaciones especiales para cubrir los gastos que exigía la medida adoptada y se formaban "comisiones especiales" para que se responsabilizaran de su ejecución.

Esta vieja costumbre arraigada desde la colonia, lejos de ser superada por la Asistencia Pública, fue institucionalizada. El mismo reglamento de Asistencia Pública había previsto, inclusive, el nombramiento de Directores ad-honorem de las Juntas. Esta medida podía

tomarse cuando los directores titulares “lo creyeren conveniente”. Los directores estaban encargados de “inspeccionar, dentro de la respectiva jurisdicción, la administración de cualquier establecimiento o servicio” (R.O. 7, 13 de diciembre, 1932).

Las atribuciones de los miembros de las Juntas estaban circunscritas casi en su totalidad al manejo administrativo de los establecimientos de su dependencia. Aún al Ministerio de Previsión Social, que funcionaba como organismo rector de la Asistencia Pública, en lugar de tener entre las prioridades de acción la formulación de políticas y programas, se circunscribía a la tarea de *controlar* a la Asistencia Pública.

“El Poder Ejecutivo, mediante el Ministerio de Asistencia, Higiene, Sanidad, etc., está obligado a informarse con la frecuencia necesaria acerca de la marcha de la Asistencia en toda la República” (R.O. 7, 13 de diciembre, 1932).”

El Ministro estaba especialmente obligado a “*procurar*” que se envíen los presupuestos de ingresos y egresos de las Juntas de Asistencia de toda la República, así como también los informes que debían llevar las Juntas Centrales de Asistencia (R. O. 7, 13 de diciembre, 1932).

Eran raras las atribuciones que hacían referencia a los problemas de salud. Las pocas que existían estaban orientadas al manejo de los establecimientos y servicios de la Asistencia, y el deber fundamental era velar por su funcionamiento.

Las únicas atribuciones, de esta naturaleza, que tenían los Directores de las Juntas Centrales eran:

- a. Visitar siquiera una vez por semana los establecimientos y servicios de asistencia de la ciudad.
- b. Atender al mejoramiento, conservación, buen régimen administrativo e higiénico, económico y médico de los lazaretos, hospitales, asilos y más establecimientos de asistencia que actualmente existen o se establecieren en el territorio en que se extienda a la jurisdicción creada por la ley.

Art. 8. De manera especial velarán los Directores de Asistencia por la regularidad de los servicios, procurando que se los realice a la hora más adecuada y conveniente y con fijeza y normalidad (R.O., 7, 13 de diciembre, 1932).

En los años treinta el Ecuador atravesaba por una grave crisis económica. Había crecido la masa de *desempañados*. Epidemias de distinta naturaleza azotaban a todas las regiones del país.

El perfil epidemiológico del país en 1939 lo

describe el Ministro de Previsión Social en su informe anual, de la siguiente manera: “Todo el territorio ecuatoriano, estaba marcado por una gran mortandad infantil. La presencia de tuberculosis y enfermedades venéreas. Las enfermedades tropicales, principalmente la peste bubónica, el mal del pian, la anquilostomiasis y, en la Costa la fiebre amarilla. La fiebre tifoidea, la viruela y otras enfermedades variloides prevalecían en la Sierra (Archivo del Palacio Legislativo 1939).

En tal situación descrita se había aumentado la demanda de los servicios asistenciales de salud, sin embargo, la Asistencia Pública se mostró incapaz de dar una respuesta adecuada. Los límites impuestos por su autodefinición y por el manejo financiero y administrativo de sus instituciones no sólo que le impidieron adaptarse a las nuevas exigencias en forma creativa, sino que, aún dentro de sus propios lineamientos se volvió cada vez más inelástica.

Como los presupuestos anuales se formulaban en función de los egresos e ingresos del año que finalizaba, la creación de nuevos establecimientos de salud o la ampliación de sus servicios quedaban siempre fuera de las partidas presupuestarias de las Juntas. La ejecución de estas obras les obligaba a implementar mecanismos de endeudamiento con bancos y, aún con la propia Junta. Para realizar nuevas obras las Juntas Provinciales tomaban en calidad de préstamo los fondos de su propio presupuesto, contrayendo el compromiso de reembolsarlos, por lo regular, al término de un año. Esto fue generando un estado crónico de desfinanciamiento de las Juntas.

A continuación analizaremos con más detalle el manejo financiero de la Asistencia Pública.

3. 7. La organización espacial de las Juntas y su evolución

Como hemos venido sosteniendo, la Asistencia Pública mantuvo la misma estructura organizativa de la Beneficencia, en lo que se refiere a las características administrativas de las Juntas, a la forma de zonificar al país y a la de delimitar la jurisdicción de dichas juntas.

La conformación de las Juntas de Beneficencia de Quito, Guayaquil y Cuenca; había constituido un importante paso, dentro del proceso de centralización de las instituciones de salud, puesto que se logró aglutinar a las provincias que tenían características geográficas e históricas comunes. Esta integración respondía a los intereses de los países hegemónicos, especialmente de los Estados Unidos(45), puesto que les otorgaba un *double* beneficio: lograrían un mejor control ideológico de

la población, y descargarían sobre el Estado la responsabilidad de costear los gastos del control y erradicación de las enfermedades. La floreciente oligarquía nacional tenía similares propósitos.

Cuando se emitió la ley de Asistencia Pública se crearon únicamente dos Juntas Centrales, la de Quito y la de Cuenca, ya que se mantenía la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Según la mencionada Ley, la jurisdicción de la Junta Central de Asistencia Pública de Quito se extendía a las provincias de: Carchi, Imbabura, Pichincha, León, Tungurahua, Chimborazo y Bolívar (R.O. 182, 16 de febrero, 1926, art. 6º).

La jurisdicción de la Junta Central de Cuenca comprendía a las provincias de Cañar, Azuay y Loja. La Junta de Beneficencia de Guayaquil seguía conformada por "...los demás cantones de la provincia del Guayas, así como por las provincias de Manabí, Esmeraldas, El Oro y Los Ríos..." (R. O., 182, 16 de febrero, 1926, art. 8).

Dos meses después, al darse la primera reforma de ley, se hablaba de la creación de tres Juntas Centrales de Asistencia Pública, la de Quito, Guayaquil y Cuenca. De esta manera, toda la Costa quedaba bajo la jurisdicción de la Junta Central de Asistencia Pública de Guayaquil (R.O., 4, 7 de abril, 1926).

Al formarse las tres Juntas Centrales de Asistencia Pública, los municipios, no perdieron su autonomía administrativa y en gran parte, económica, pues cada provincia seguía funcionando como una unidad independiente, inclusive con presupuesto propio. Pero las desigualdades en la distribución de los ingresos, se fueron acentuando progresivamente. Guayaquil, la ciudad-puerto siguió acumulando privilegios a expensas del resto del país.

Parte del financiamiento de las Juntas Centrales de Asistencia Pública provenía de los fondos recaudados en las provincias sobre las que éstas tenían jurisdicción. Así las luchas por anexar o desmembrar una provincia de una de las Juntas, determinaron, que se hicieran revisiones sobre la forma en las que éstas quedaban territorialmente conformadas. El dinamismo que tuviera la economía del país a principios de siglo, había provocado la integración de más espacios y regiones a la vida nacional. Este hecho también contribuyó al replanteamiento jurisdiccional de las Juntas Centrales de Asistencia Pública.

En 1932 se anexó la provincia de Napo-Pastaza a la Junta Central de Asistencia Pública de Quito, la de Santiago-Zamora a la Junta Central de Asistencia Pública de Cuenca y el Archipiélago de Galápagos a la Junta Central de Asistencia Pública de Guayaquil (R.O. 640,

27 de abril, 1932). Mediante la reforma de 1936, se volvió a la conformación inicial de las Juntas(46), y tuvieron que transcurrir doce años para que se retomaran las reformas de 1932, porque se incluyen las provincias de Napo Pastaza y Zamora Chinchipe a las Juntas Centrales de Quito y Cuenca, respectivamente, y el Archipiélago de Galápagos a la Junta Central de Guayaquil (R.O. 93, 23 de diciembre, 1948).

En 1959, año en el que la Asistencia Pública había pasado a denominarse "*Asistencia Social*", se crearon dos Juntas Centrales: la de Napo Pastaza y la de Portoviejo, quedando dividida la institución en cinco juntas a las que correspondía cinco subregiones administrativas.

1. *La Junta Central de Asistencia Social de Quito*, que incluía las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar y Napo Pastaza.

2. *La Junta Central de Asistencia Social de Cuenca*, con jurisdicción en Cañar, Azuay y la provincia oriental de Morona Santiago.

3. *La Junta Central de Asistencia Social de Loja*, con jurisdicción sobre la provincia del mismo nombre y la oriental de Zamora Chinchipe.

4. *La Junta Central de Asistencia Social de Guayaquil* bajo cuyo control estaban las provincias de Guayas, El Oro, Los Ríos y el Archipiélago de Colón.

5. *La Junta Central de Asistencia Social de Portoviejo* con jurisdicción sobre la provincia de Manabí (R.O. 93, 23 de diciembre, 1948).

3.8. Centralización vs. descentralización y estructura orgánico-funcional de la Asistencia Pública

El proceso de estatización de las instituciones de salud debía darse, no sólo a través de la formación de entidades centralizadoras y de la absorción de su gasto por parte del Estado, sino mediante el control efectivo de dichas instituciones. Sin embargo, pocos fueron los logros que se obtuvieron en este último aspecto.

Alfaro había logrado capitalizar al Estado, mediante la nacionalización de los bienes de la Iglesia. Esto le permitió asumir el control de la educación y de la salud, de los aparatos ideológicos estratégicos para la configuración de un nuevo modelo, no sólo estatal, sino de desarrollo social.

Lo que les resultó más difícil a los gobiernos liberales fue desligar a las instituciones de salud, de la ingerencia que tenía la Iglesia y del poder de los municipios(47).

Si bien es cierto que las Juntas de Beneficencia de Quito y Cuenca estaban conformadas por un director y tres vocales -estos últimos eran nombrados: uno por el Ejecutivo, otro por la Corte Superior y otro por la Facultad de Medicina-, en cambio, la Junta de Beneficencia de Guayaquil continuó organizada de acuerdo a la Ordenanza Municipal de 1887.

La Asistencia Pública heredó esta situación. Los organismos seccionales -Concejos Cantonales y Municipios- lucharon permanentemente por mantener su hegemonía. Las disputas entre los gobiernos central y seccional se explicitaron legalmente, a través del número de representantes que lograban tener en las Juntas.

A la emisión de la ley de Asistencia Pública, las Juntas Centrales estaban conformadas en su mayoría, por representantes del Ejecutivo(48). En cambio, las Juntas Provinciales -excepto el presidente que era el subdirector de la Asistencia Pública- estaban conformados por cuatro vocales que representaban a los Concejos Municipales.

Dada la gran autonomía político-financiera de las Juntas Provinciales, la conservación de la organización descrita significaba, en la práctica, los organismos de salud siguieran descentralizados; que el Estado se limitaba a financiar a estos últimos y que este último estaba muy lejos de lograr una coordinación y, peor aún, la integración de las Juntas bajo un plan nacional de salud que resultara coherente. Las reformas posteriores no modificaron, en lo esencial, este funcionamiento. Con la primera reforma de la Ley de Asistencia Pública, se aumentaron los representantes del Gobierno Central.

“El Poder Ejecutivo designará también dos vocales accidentales para cada una de las Juntas Centrales de Asistencia Pública” (R.O., 7 de abril 1926, art. 2).

En 1936 se elevaron a ocho los representantes del Ejecutivo: 4 vocales principales y 4 suplentes. Como los Presidentes de las Juntas Provinciales eran los subdirectores de las respectivas Juntas Centrales de Asistencia Pública(49), es de suponer que el ausentismo de éstos, en las sesiones de las Juntas, debió ser muy frecuente(50). En contraste con esto, la representación local estaba completamente asegurada.

Al principio, en ausencia a las sesiones de los presidentes de las Juntas Provinciales, éstos podían ser reemplazados por los Presidentes de los Concejos de Quito, Guayaquil o Cuenca - según la Junta Central a la que pertenecieran-, lo que todavía traducía un intento de asegurar la representación del Poder Central. Con la reforma de 1928, tanto el presidente, como el Subdirector de la Junta Provincial, en casos de ausencia temporal, podían ser reemplazados por un vocal de la Junta

“que fuera designado en la primera sesión por mayoría de votos” (R.O. 56, 28 de noviembre, 1928).

En 1933 la representación local de las Juntas Provinciales creció aún más al quedar integradas, según la reforma del 26 de diciembre, de la siguiente manera: el Subdirector de la Asistencia Pública, que las presidía, un representante de “cada uno de los cantones de la provincia, los mismos que serían nombrados por el respectivo Concejo Municipal” de entre *los residentes en cada provincia*” (R.O.190 54, 26 de diciembre 1933).

En 1936 los representantes del Gobierno Central dejaron de ser nombrados directamente por el Ejecutivo para serlo por el Ministerio de Previsión Social. Este último cambio debe ser interpretado como un avance de la capacidad administrativa del gobierno central y como un fortalecimiento de sus organismos especializados, los cuales difícilmente se iban abriendo paso, en el marco de una permanente pugna por el poder con los municipios.

La descentralización de las instituciones de salud y aún la de los servicios de su dependencia era tan grande que cada uno de éstos últimos manejaba su propio presupuesto de acuerdo a las fuentes de financiamiento asignadas para su funcionamiento y a los presupuestos anuales se formulaban en base a las rentas que éstos producían.

Cada establecimiento de la Asistencia Social contaba con bienes rústicos o urbanos propios. Administrativamente, la instancia inmediatamente superior era la sumatoria de las instituciones o establecimientos que le correspondían. Esto se reproducía hasta llegar al nivel más alto que era el de la representación del Ejecutivo. Así lo contemplaba el reglamento:

Art. 2. “El Poder Ejecutivo, mediante el Ministerio de Asistencia, Higiene, Sanidad, etc. *está obligado a informarse con frecuencia necesaria* a cerca de la marcha de la Asistencia en toda la República. Con este fin puede el Ministro solicitar informes a cualesquiera de las autoridades de Asistencia Pública, ya directamente, ya por medio de los superiores jerárquicos. Puede además el Ministro visitar establecimientos de Asistencia, *cuando lo creyere oportuno* o comisionar a personas de honradez y capacidad para estas visitas”.

Art. 3 “Está especialmente obligado el Ministro a *procurar* que se envíen *los presupuestos de ingresos y egresos* de las Juntas de Asistencia, los informes que deben llevar las Juntas Centrales de Asistencia, las Juntas Provinciales y los Subdirectores Provinciales y a *procurar* que se forme, en la sección respectiva *un archivo de todo el movimiento de la Asistencia Pública*, con índices y más datos que haga fácil el manejo de dicho archivo” (R.O. 7, de 13 diciembre, 1932).

La ambigüedad de las políticas y de los mecanismos de acción de la Asistencia Pública se revelaba aún en la formulación de la ley y el reglamento. En ellos se encuentran expresiones como: “procurar” “siquiera una vez por semana” “cuando sea oportuno”.

El paso de la Beneficencia a la Asistencia Pública, antes que significar un cambio estructural de la institución constituyó un tímido cambio administrativo. Los establecimientos que habían estado en manos de los municipios y de entidades privadas quedaban, al menos formalmente, bajo el control del Estado.

Para 1925 la burocracia estatal se había robustecido tanto que provocó un aumento del gasto público, sin precedentes en el país. Sin embargo la Asistencia Pública no asimiló este nuevo patrón de comportamiento administrativo. Herederas de una concepción misional y filantrópica, las Juntas siguieron conformadas por miembros “honoríficos”.

Excepto el director, los demás miembros -en calidad de vocales- estaban obligados a integrar las Juntas, sin percibir remuneración alguna.

Las Juntas de Asistencia Pública funcionaban como cuerpos colegiados y no como organismos burocráticos. Sus integrantes tenían una condición exógena a la Institución, eran funcionarios de los Concejos Cantonales o Municipales otras instituciones como la Facultad de Medicina. De allí que, el tiempo que permanecían como Vocales de las Juntas de Asistencia Pública dependía de la extensión del período de sus cargos originales, aunque todos podían ser reelegidos indefinidamente.

La concepción de la gratuidad del servicio era asumida, inclusive por los médicos que trabajaban en los establecimientos de la Asistencia. Así es como, inicialmente, estos últimos tenían derecho a percibir un sueldo, pero ninguna otra forma de pago adicional. Con el tiempo esta práctica fue transformándose. Los “pensionados” y el cobro por algunos de los servicios hospitalarios tuvieron más vigor. Los médicos, fueron logrando progresivamente una mayor participación económica, sobre todo por las intervenciones quirúrgicas. En 1932 se autorizó el pago por los servicios de algunos especialistas, concretamente a aquellos que trataran a

“... leprosos, alienados, dementes, epilépticos y otros enfermos que se asilen en casas de Asistencia Pública y cuya medicación exija conocimientos especiales.

El pago autorizado será sin perjuicio de que los médicos especialistas ganen, ya como empleados en otras ramas de la administra-

ción pública, ya por contrato con el Gobierno, Municipalidades u otra entidad administrativa del desempeño de otros servicios públicos” (R.O. 263, 30 de agosto, 1932).

El desarrollo del aparato productivo en el país y de las actividades comerciales, ocurrido a principios del siglo XX había vuelto más compleja la estructura social; adicionalmente, la crisis económica que enfrentaba el país en la década del 20, generaron en su conjunto, una creciente presión sobre las instituciones del Estado para que creciera la oferta de servicios y para que se modernizaran técnica y administrativamente.

Sin embargo, la Asistencia Pública siguió al margen de estos progresos. Esto se explica, en gran parte, por qué la Sanidad cubría un campo no abarcado por la Asistencia Pública: la salubridad campo que por las razones ya expuestas anteriormente, demandaba mayor dinamismo y atención de financieras internacionales -en especial norteamericanas-.

La necesidad de sanear el ambiente, para volverlo más propicio al intercambio, condujo a privilegiar el área de la salud pública sobre aquellas orientadas a prestar servicios de carácter asistencial. Así se explica que la Sanidad experimentara progresos mucho más significativos que la Asistencia en el campo científico, técnico y de infraestructura; su cobertura era cada vez más amplia, las becas al extranjero, para especializar a los salubristas seguían esta misma dirección.

Quizá lo único que podría considerarse como intento de tecnificación de la Asistencia Pública fue la incorporación a las Juntas de un médico y, posteriormente, de un agrónomo.

En 1928 se imponía como condición, la introducción de un médico, como integrante de las Juntas Centrales. “De los dos ciudadanos nombrados por el Ejecutivo, uno de ellos será médico” (R.O. 56, 17 de diciembre, 1928).

En 1933 se exigió que uno de los Vocales de las Juntas Provinciales fuera médico.

“El Concejo de la Cabecera Provincial, además del representante que tiene derecho a nombrar, nombrará un médico como vocal de la Junta Provincial de Asistencia Pública” (R.O. 54, 26 de diciembre, 1933).

En 1937 se imponía que de los dos vocales que nombraba el Ejecutivo, uno debía ser médico y otro “de preferencia agricultor” (R.O. 50, 23 de diciembre 1937).

Las principales reformas en el manejo económico del país ocurrieron en la década del 20 pero sobre todo a

partir de las reformas introducidas por Kemerer en 1930. Sin embargo, la Asistencia Pública nunca logró implementar medidas que fortalecieran su economía. Por el contrario, siempre dio cabida a mecanismos de drenaje de sus recursos a favor de determinadas personas, las cuales lograron acumular capitales a expensas del Estado, al principio, mediante los sistemas de arrendamiento y administración de las haciendas de la Asistencia, más tarde a expensas de la parcelación de sus fundos y, finalmente, por su venta.

El círculo de beneficiarios personales de la Asistencia Pública debió ser tan cerrado que, progresivamente, se crearon los instrumentos legales que limitaron los abusos. Uno de los más importantes fue la prohibición del nepotismo, a nivel de los integrantes de las Juntas. Las relaciones de parentesco entre vocales administradores de los bienes de la Asistencia Pública debieron ser tan frecuentes que en las reformas al reglamento se contemplaba “la inmediata reorganización de las Juntas” en caso de detectarse este problema .

En la reforma del 1928 se señalaba que no pueden ser Directores, subdirectores ni vocales de las Juntas de Asistencia Pública los que deban, directa o indirectamente fondos a dichas instituciones, ni los que tuvieran contratos con ellas (R.O. 56, 28 de noviembre, 1928).

En 1936 se introdujeron nuevas reformas, en el mismo sentido:

“no podrán ser vocales principales o suplentes de las Juntas Centrales de Asistencia Pública quienes fueren entre sí o con el Director de Asistencia Pública, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad” (R.O. 208, 8 de junio, 1936).

Las mismas prohibiciones se hacían “extensivas a los Subdirectores y Vocales de las Juntas Provinciales de Asistencia Pública” (Idem); seguramente bajo la necesidad de controlar la situación que enfrentaban las Juntas en el mismo decreto se añadía “de acuerdo con la cual (se refiere a la reforma) *se procederá inmediatamente a reorganizar las Juntas de Asistencia Pública* (R.O. 208, 8 de junio, 1936).

3.9. Fuentes de financiamiento

El financiamiento de la Asistencia Pública estaba normado de acuerdo con lo que la ley de Asistencia Pública enunciaba. Veamos sus articulados:

“Art. 30. Son bienes y rentas destinadas a la Asistencia Pública los siguientes:

a. Las rentas de los bienes declarados por el Estado en el art. 1º de la Ley de Beneficencia del 14 de octubre de 1908(51).

b. Los bienes pertenecientes a los diferentes esta-

blecimientos de Asistencia Municipal o Fiscal que existen actualmente.

c. La cantidad que anualmente se asigne en el Presupuesto Nacional para la Asistencia Pública.

d. Las cantidades que doten las municipalidades para los establecimientos o servicios de Asistencia Pública del respectivo Cantón.

e. El producto de las loterías de Asistencia Pública, únicas que podrán efectuarse en la República, de acuerdo con el Reglamento que expedirá el Poder Ejecutivo;

f. El producto de las pensiones o “Estancias” de los establecimientos de Asistencia Pública.

g. Los donativos particulares o asignaciones creados por las leyes a favor de la Asistencia Pública.

h. Todos los demás impuestos creados por las leyes a favor de la Asistencia Pública” (R.O. 182, 16 de febrero, 1926).

A pesar de poseer grandes propiedades, la Asistencia Pública siempre enfrentó una gran estrechez económica. En forma recurrente los Directores de las Juntas y los Ministros de Previsión Social se han quejado, a través de sus informes, de la “crisis financiera” de la institución.

A menudo esto ha sido interpretado como el resultado de la incapacidad del Estado para administrar sus bienes. Sin embargo, tal “incapacidad” ha tenido a lo largo de la historia una consistente orientación.

El permanente desfinanciamiento de la Asistencia Pública atribuido a los “deficientes” sistemas de administración, arrendamiento, parcelación, venta y reparto de las haciendas, ha dado, concomitantemente, jugosas ganancias a determinados sectores sociales, de alguna manera, vinculados a los miembros integrantes de las Juntas Centrales o Provinciales de la Asistencia Pública.

La desigual distribución espacial de los recursos se caracterizó por privilegiar a las mismas regiones económicas del país en perjuicio de las otras.

En términos generales diríamos que los cambios más drásticos que experimentó la Asistencia Pública, ocurrieron en la esfera económica.

Al principio la Asistencia Pública manejaba sus predios rurales y urbanos utilizando dos mecanismos: uno *directo*, mediante la contratación de administradores y otro *indirecto* a través del arrendamiento.

Cuando la producción agrícola resultaba golpeada por factores adversos -como sequías, exceso de lluvias u otros-, los arrendatarios entraban en mora de sus obligaciones frente a la Asistencia Pública. A veces esta situación se prolongaba tanto que era inevitable el descalabro económico de los establecimientos asistenciales que dependían de tales rentas.

En 1934 los arrendatarios pagaron sus haberes después de tres años de mora.

No es extraño que las Juntas hayan permanecido constantemente desfinanciadas, si se toma en cuenta que las Juntas elaboraban sus presupuestos anualmente y que la manera de formularlos era ajustando los egresos a los ingresos, de acuerdo al movimiento económico del año precedente.

Las ganancias de las haciendas de la Asistencia Pública se filtraban hacia afuera sea a través de los arrendatarios o de los administradores. Esto contribuyó, en parte, a que el déficit de la Asistencia Pública se acentuara tanto que en 1928 se autorizó a las Juntas Centrales de Asistencia Pública para que *vendan* los bienes raíces urbanos o rústicos que estaban en su posesión, exceptuando únicamente aquellos que “por anteriores Decretos Legislativos especiales estuvieren destinados a otros servicios o construcciones del Estado” (R.O., 748, 21 de septiembre, 1928). Esta autorización se emitió considerando que

“el producto de la explotación de los bienes raíces del Estado que se han adjudicado a la Asistencia Pública, en la forma que se obtiene por medio de arrendamientos no estaba en relación con el valor de dichos bienes” (R.O., 748, 21 de septiembre, 1928).

En 1950 la Cámara del Senado se propuso reorientar el funcionamiento de la Asistencia Pública, en base de la *parcelación* de las haciendas y la creación del Banco Industrial Hipotecario. Dicho proyecto, según el doctor Coloma, Director de la Junta Central de Asistencia Pública de Quito, afectaba negativamente a las provincias que estaban bajo la jurisdicción de dicha Junta, esto es a las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi y Chimborazo.

Aparentemente, las mermas del presupuesto de la Asistencia Pública afectaban a todo el país, pero en la medida en que la Junta de Beneficencia de Guayaquil seguía vigente y se mantenía en forma autónoma, las nuevas medidas lejos de socabar el presupuesto de las provincias de la Costa, lo vigorizaban.

Según las reformas de 1950, las Juntas de Asistencia Pública debían prescindir de su participación de:

“...por lo menos, el 15% de los productos líquidos de las haciendas de Asistencia Pública situadas en su jurisdicción o de las utilidades de los papeles fiduciarios de las haciendas que se hayan vendido” (Jácome, A.L., 1987).

Para 1951 -según el informe del doctor Coloma- se había suprimido del presupuesto anual un rubro de 992.727 sucres, por concepto de arrendamiento de los

predios rústicos, y de 11'054.600 correspondientes al producto obtenido por la administración directa de las haciendas(52).

En 1959 se introdujeron reformas a la ley de Asistencia Pública, según las cuales la *Contraloría General de la Nación* tenía atribuciones de examinar y aprobar las cauciones de los empleados, así como también de nombrar a los administradores, en coordinación con las Juntas, podían además fijar y calificar las garantías. (R.O. 940, 10 octubre 1959). Con esto se ponía un freno legal a las arbitrariedades que se cometían en las Juntas.

En 1965, en cumplimiento de la Ley de Reforma Agraria de 1964 se transfirieron los fondos de la Asistencia Social al Instituto de Reforma Agraria, Colonización, IERAC, y se regularon, legalmente, los mecanismos de usufructo y administración de los predios (R.O. 502, 18 de mayo, 1965).

En julio del mismo año se expidió el *reglamento de abolición del huasipungo* y de formas similares de trabajo en los fundos administrados por la Asistencia Social.

Así se dio comienzo al reparto de tierras a los huasipungueros y otros trabajadores de las haciendas de la Asistencia (R.O. 537: 7 de julio, 1965).

A medida que se cercenaban los bienes raíces de la Asistencia Social, los mecanismos de tributación se fueron fortaleciendo en el país hasta convertirse en una fuente sustitutiva de abastecimiento.

A pesar de que Kemerer había modernizado el sistema de tributación en el Ecuador, el país continuó recaudando sus impuestos en forma fragmentada. Cada provincia creaba nuevos impuestos dentro de su jurisdicción cuando quería financiar una determinada obra.

En 1941 se pretendió crear nuevos impuestos en las provincias de Guayas y Los Ríos, se propuso cobrar 10 centavos por la venta de cada galón de gasolina consumido en dichas provincias; 25 centavos por cada quintal de azúcar producido en dichas provincias y 20 centavos por cada quintal de arroz que se exportara. Esta propuesta fue objetada en dos ocasiones por Arroyo del Río -Presidente Constitucional- pero finalmente fue aprobada por él mismo en 1942 (R.O. 341, 15 de octubre, 1941) (R.O. 347, 22 de octubre 1941) (R.O. 626, 21 de septiembre, 1942).

Otro caso ilustrativo es el de la provincia de Imbabura; una vez que ésta fue integrada por el ferrocarril a la provincia de Esmeraldas y logró tener salida al mar, la ciudad de Ibarra cobra una gran importancia económica.

El paludismo y otras enfermedades que afectaban

principalmente a la población infantil constituían la mayor traba para el desarrollo de los intercambios comerciales. En 1943 el Congreso consideró necesario financiar el saneamiento de la ciudad así como también el emprender obras de canalización y pavimentación.

A pesar de que el "saneamiento de Ibarra" fue declarado como "obra nacional", el Poder Legislativo, determinó que el financiamiento de dichas obras se realizaría en base a las recaudaciones que se hiciera en la provincia de Imbabura, a través de las siguientes gravaciones: 1. "el 1% adicional sobre el impuesto de las alcabalas en transmisión de dominio de predios rústicos y urbanos de la provincia de Imbabura"; 2. de 10 centavos por cada quintal de carga de transporte por cualquiera de las estaciones de ferrocarril Quito-Esmeraldas, dentro de la circunscripción territorial de la provincia de Imbabura (R.O. 937: 15 de septiembre, 1943).

Las exoneraciones de impuestos, las transferencias de fondos, los préstamos internos de las propias Juntas Provinciales o Centrales, seguían el mismo patrón de funcionamiento.

Pocas veces se decretaron medidas con alcance nacional y cuando se lo hizo, éstas adolecían de una complejidad tan grande, que volvía demasiado engorrosa su recaudación. La creación de un impuesto a las bebidas alcohólicas, en 1967, es un buen ejemplo de esto.

La Asamblea Nacional considerando que :

"...Las Juntas de Asistencia Social, no disponen de recursos económicos necesarios para prestar un eficiente servicio en sus hospitales y más casas asistenciales que mantienen.

Que es inaplazable y urgente renovar los equipos hospitalarios de las casas de asistencia social... y dotarlas de instrumental técnico adecuado.

Que el Pueblo Ecuatoriano, dada su sensibilidad patriótica, está llamado a cooperar en escala nacional, para la solución del problema que afronta una de sus más importantes instituciones:

Decreta:

Art. 1º "Créase a favor de la Asistencia Social el impuesto de *un sucre* a la venta de cada botella de licor nacional o aguardiente embotellado y de *cinco sures* a la venta por botella de licor extranjero envasado en Ecuador o importado, *cuyo contenido en uno y otro caso sea de 720 cc.*, impuesto que será

por una sola vez y al embotellador. La venta de licores nacionales o extranjeros *en botellas de mayor o menor tamaño.*

Pero el sistema de recaudación no fue el peor defecto que enfrentó el país en lo que se refiere a la tributación; el sistema de distribución adolecía de defectos más graves. Para confirmar la hipótesis de las desigualdades regionales veremos a continuación, un ejemplo más de cómo se benefició a Guayaquil, al crear nuevos impuestos sobre las operaciones de préstamo y descuentos realizados en los bancos del país y sobre las entradas a los espectáculos públicos.

"Las cantidades recaudadas por concepto de estos impuestos en las provincias de Guayas, Los Ríos, Manabí, Esmeraldas y El Oro serán entregadas en la siguiente proporción: el sesenta por ciento al Tesorero de la Beneficencia Junta de Beneficencia de Guayaquil, el 10% al Colector de la Junta de Asistencia Pública de Manabí y el 5% a cada uno de los colectores de las Juntas de Asistencia Pública de las provincias del Guayas, Los Ríos, Esmeraldas, y El Oro ..." (R.O. 932: 30 de septiembre, 1943).

El injusto reparto del ingreso estaba garantizado por la ley, puesto que no señalaban los criterios técnicos sobre los cuales debía basarse. Más aún en una reforma al reglamento introducida en 1939, se garantizó la arbitrariedad, pues se añadió un inciso según el cual:

"En las provincias donde funcione más de un hospital, el 50% de lo recaudado en los demás cantones de la misma, deberá ser distribuído proporcionalmente entre todos los hospitales de la provincia a juicio de las Juntas Centrales de las respectivas zonas" (R.O. 81: 7 de marzo, 1939).

La aludida arbitrariedad en la recaudación de fondos y en la distribución de los mismos se daba, en la medida en que el Estado carecía de mecanismos de control interinstitucional y de criterios científicos, técnicos y administrativos capaces de orientar el sistema tributario del país.

Fue a partir de los años 50, que instituciones como el Banco Central y la Contraloría General de la Nación empezaron a fortalecerse y a asumir el liderazgo en el manejo financiero de los organismos del Estado.

En la década del sesenta, otras entidades como el Ministerio de Finanzas y el IERAC se convirtieron en nuevos actores del control financiero estatal que tuvieron ingerencia directa sobre el manejo financiero de la Asistencia Social.

4. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

4.1. Antecedentes de su creación

La modernización técnico-administrativa y la cobertura del área rural, son quizá las asociaciones que más frecuentemente se establecen cuando se invoca el nombre del Ministerio de Salud. Sobre todo si se lo relaciona con las instituciones estatales que le precedieron: Beneficencia y Asistencia Social. También se le atribuye una concepción más moderna e integral del proceso salud-enfermedad y del papel que debe jugar el Estado frente al mismo.

Sin embargo y como veremos más adelante, el Ministerio de Salud no constituyó un "salto" ni en las concepciones de salud que se venían manejando en el país ni en las actividades que se llevaban a cabo.

Llama la atención que el Ecuador fuera el último país en América Latina en crear un Ministerio de Salud (1967); y que antes de este hecho, el Estado no haya dado cobertura al área rural a pesar de vivir una época en la que, precisamente, el país seguía un modelo de desarrollo "hacia afuera" basado en la agroexportación.

Esto último resulta particularmente curioso si se toma en cuenta que ya desde principios de siglo, pero de manera especial a partir del desarrollo de las actividades comerciales en torno a la agricultura de exportación, se obligaba a los Estados latinoamericanos a reorientar sus políticas de salud, desplazando el centro de interés de los pobres y menesterosos urbanos hacia los sectores productivos, particularmente rurales.

Esta situación lleva a plantearnos las siguientes preguntas: ¿por qué el Estado ecuatoriano a pesar de haber asumido un papel protagónico en el manejo de la situación de salud del país no lideraba el control de la salud pública y el saneamiento ambiental? ¿por qué no creó más tempranamente un Ministerio del ramo, que coordine a las múltiples instituciones estatales y no estatales de salud, cuando habían demandas y presiones internas por la creación de un organismo rector de la política nacional de salud y cuando habían condiciones similares a nivel internacional?.

Desde la década del 20 el Estado ecuatoriano había dado pasos decisivos encaminados a fortalecer la centralización de los servicios de salud y orientado la prestación de sus servicios a los sectores productivos de la sociedad. En el marco del Gobierno Juliano, como ya se ha visto, surge la Caja de Pensiones (posteriormente convertida en Seguro Social), la Sanidad que tradicionalmente había sido una institución municipal, devino en organismo estatal y, finalmente, la Beneficencia había sido sustituida por la Asistencia Social.

A pesar de estos cambios el sector salud siguió siendo una más de las múltiples parcelas encomendadas al Ministerio de Previsión Social y Trabajo. Como tal, no lograba desarrollarse ni ampliar su presupuesto. Efectivamente, al Ministerio de Previsión Social y Trabajo le correspondía ocuparse de lo laboral, del bienestar social, del cooperativismo, del campesinado, de lo judicial de menores, de la defensa contra incendios, de la salud, etc.

En este contexto el Estado no tenía las posibilidades objetivas de controlar la compleja situación de salud que vivía el país ni en el campo epidemiológico ni en el institucional.

Esto no deja de ser sorprendente si se toma en cuenta el papel político que jugaba la salud en la época. Así lo ilustra el convenio que se estableció entre los gobiernos de los Estados Unidos y Ecuador, según el cual el primero se comprometía a dar prestaciones de servicios de salud principalmente en el área de la salud pública y del saneamiento ambiental, mientras que el Ecuador les permitía a cambio sentar una base aérea en las Islas Galápagos.

En esta oportunidad, nos interesa explicar: en primer lugar, cuáles fueron las corrientes que impulsaron y cuáles las que obstaculizaron la creación del Ministerio de Salud en el Ecuador, —analizar el contexto nacional e internacional en el que se dió este hecho—. En segundo lugar, por qué la *planificación* y la *cobertura de salud del área rural* se convirtieron en instrumentos estratégicos del MSP. En tercer lugar, cuáles son los aspectos estructurales y dinámicos del desarrollo del MSP, que marcan los distintos períodos de la vida de esta institución. Finalmente, qué papel ha jugado el MSP en el manejo del proceso-salud-enfermedad desde su inicio hasta el momento actual; cuáles han sido sus alcances y cuáles sus límites.

En resumen, podríamos señalar que son dos los factores fundamentales por las que se retrasó la creación del MSP:

1. la presencia del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), institución norteamericana que, de alguna manera, llenaba los vacíos que debían ser cubiertos por dicho ministerio, y
2. la resistencia que ofrecían las fuerzas internas del país celosas de su autonomía y temerosas de ser absorbidas por una institución que represente al gobierno central.

4.2. El MSP no llenó un espacio completamente vacío.

Las distintas fuerzas sociales del país habían venido reclamando, desde los años 20, por un organismo que coordine a las múltiples acciones e instituciones que

venían operando en el campo de la salud. Sin embargo nunca se consideró que existía una falta de liderazgo estatal en el control de los problemas epidemiológicos que afectaban al sector más dinámico de la economía nacional el de los campesinos agrícolas de las áreas tropicales.

Esta situación aparentemente ilógica tiene explicaciones históricas. Efectivamente la trama de instituciones de salud se había ido complejizando desde inicios del presente siglo, como no había ocurrido en los cuatro siglos precedentes.

En 1908 se había creado la *Dirección General de Sanidad*. En 1926 surgió la *Caja de Pensiones*. En 1935 se había creado por decreto el Seguro Social Obligatorio; en 1937 se había creado el *Departamento Médico del Seguro Social*. En 1940 emerge la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA). En 1943 el *Servicio Cooperativo Interamericano de Salud*, (SCISP), en 1948 el *Instituto Nacional de Nutrición* (con presupuesto del Estado); en 1951 se crea la *Sociedad de Lucha contra el Cáncer* (SOLCA), y en 1960 se crea el *Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria* así como también el *Patronato Nacional del Niño*. Desde 1948 el Ecuador era miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Madero, 1983, 48-49).

La autonomía que tenían las instituciones privadas y estatales de salud, la duplicidad de acciones, la incoordinación y la fragmentación, eran, entre otras cosas, situaciones que justificaban la demanda de un organismo coordinador que implemente una política reguladora y coherente, es decir, de un Ministerio de Salud.

Pero veamos lo que ocurría con el “espacio” de la salud pública y el saneamiento ambiental.

Como se ha analizado anteriormente durante la etapa agroexportadora y a causa de ella, las zonas tropicales —reservadas justamente a los cultivos de exportación— se vieron afectadas por las recurrentes epidemias de paludismo, peste, pian y pinto. Estas enfermedades azotaban tanto a las zonas productoras como a los puertos. Por tales circunstancias, el Ecuador era considerado, a nivel internacional, como país de “riesgo comercial”.

Esta situación había provocado una sigilosa y cuidadosa respuesta por parte de los Estados Unidos. Si se toma en cuenta la regularidad de las costas occidentales de América del Sur, Guayaquil es un puerto estratégico para el intercambio comercial no solo para el Ecuador sino para toda la región.

En base al reconocimiento del rol del mencionado puerto los Estados Unidos se dispusieron a “limpiarle” desde principios de siglo. En 1906 habían enviado al Dr.

Lloyd al Ecuador —así como a otros países latinoamericanos— para que previniera la propagación de enfermedades transmisibles como: la fiebre amarilla, viruela y otras. El objetivo fundamental de la misión era evitar que la fiebre amarilla se propague en la Zona del Canal (Madero, 1983: 25).

En la década del 50 el Ecuador vivía, a nivel interno, el auge de la exportación del banano y, en el ámbito internacional, los efectos de la Segunda Guerra Mundial. Los Estados Unidos se habían consolidado como la nueva potencia mundial. En este escenario geopolítico el Ecuador tenía mucha importancia: por la existencia del Puerto de Guayaquil, por la producción del banano y por la posesión de las Islas Galápagos, estratégicas desde el punto de vista bélico.

En 1948, los Estados Unidos, mediante un convenio con el gobierno ecuatoriano, introdujo el *Servicio Cooperativo Interamericano*. Antes que éste, ya se había instalado en el país la Misión de la *International Basic Corporation*, institución que pertenecía a N. Rockefeller. Si bien esta institución a nivel formal se ocupaba de la salud, en la práctica su ámbito de acción era mucho más amplio (López, De la Torre, 1987, 129). El Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI) era otro organismo norteamericano que conducía la política y las actividades de salud en el Ecuador.

Estas dos instituciones tenían estrechas vinculaciones, entre sí a tal punto que el Director del SCISP era el representante del Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI) en el Ecuador y, al mismo tiempo, el Jefe del Departamento de Salubridad y Saneamiento de dicho Instituto (Ibid, 131).

De este modo el ámbito más estratégico de la salud estaba intervenido por organismos norteamericanos, desde principios de siglo, pero ninguno de ellos había alcanzado el nivel de complejidad ni el grado de ingerencia en las esferas oficiales de decisión como lo había hecho el SCISP.

Esta institución estatal norteamericana estaba orientada, fundamentalmente, al desarrollo de actividades de Salud Pública y de Saneamiento Ambiental, pero además, se ocupaba de los problemas urbanos de salud, específicamente del área hospitalaria. Además había asumido funciones de *articulación y coordinación de las distintas instituciones estatales de salud del país*.

Dentro de la propia estructura administrativa del SCISP habían representantes de las instituciones estatales ecuatorianas —A más del representante del SCISP había un representante del Seguro Social y dos de la Sanidad—. Por otro lado, su ámbito de acción no solo se reducía a la cooperación técnica sino que cubría el de la formulación de planes y programas nacionales de salud.

Desde el punto de vista geográfico, la mencionada institución norteamericana, logró tener una cobertura nacional, solo quedaba excluida la región insular de Galápagos —lugar donde el gobierno estadounidense tenía una base militar—.

Hasta 1962 el SCISP tenía cobertura sobre 17 de las 18 provincias que existían en el Ecuador. La evolución de la cobertura geográfica tenía correspondencia con el interés económico o político que iban adquiriendo las distintas regiones para el país de origen de esta institución.

En la fase inicial se habían instalado en tres provincias estratégicas: Pichincha, donde está la capital de la República; Guayas, donde se encuentra la ciudad-puerto, y Chimborazo, piedra angular en el abastecimiento del mercado interno de alimentos y lugar de mayor concentración de población indígena -foco de las más fuertes movilizaciones campesinas en torno a los problemas de la tierra-.

Las provincias del Oriente solo fueron cubiertas una vez que el petróleo se convirtió en recurso económico estratégico. Es curioso constatar que las provincias más atendidas por el SCISP y las que captaron mayores recursos fueron aquellas que soportaban los problemas campesinos más críticos y que, por tanto, se convirtieron en el escenario más importante de las movilizaciones (Idem). (ver fig 2)

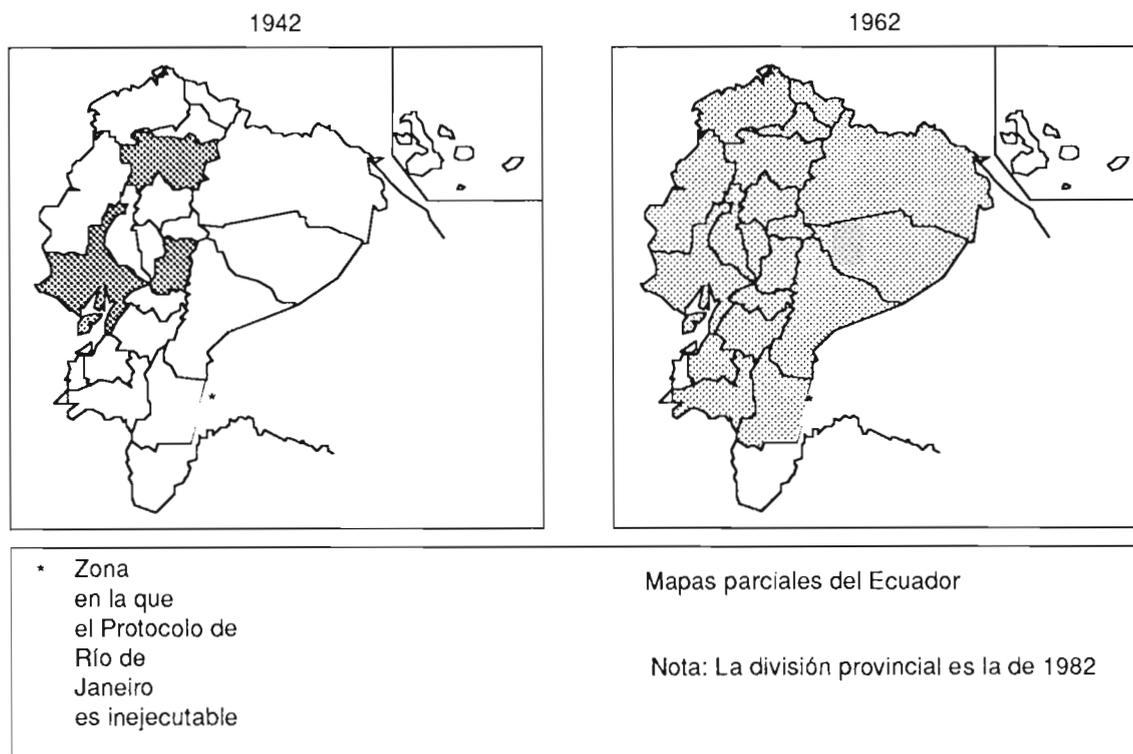
El SCISP abarcaba las áreas rural y urbana. Sus programas de Salud Pública y Sancamiento Ambiental, llegaban hasta los lugares más apartados y de difícil acceso. Los más importantes eran: la dotación de servicios de agua en diferentes formas -potable, de pozos, etc; alcantarillado y recolección de basura. Además realizaban campañas de control y erradicación de las enfermedades tropicales de pian, pinto, paludismo y peste (López, de la Torre, 1987, 140).

En el área urbana el SCISP ejecutó acciones de gran trascendencia como la creación de grandes hospitales: la Maternidad Isidro Ayora de Quito, el Hospital de Niños Baca Ortiz, en la misma ciudad; el Manicomio de Conocoto, el Hospital General de Riobamba y el Hospital General de Ambato. También realizó ampliaciones y obras de mejoramiento en los hospitales existentes y creó los dispensarios de Pelileo y Píllaro.

Claro que estas obras fueron realizadas con fondos que el propio Estado ecuatoriano canalizados por la Asistencia Social. La institución estatal ecuatoriana antes que jugar un papel rector en las acciones descritas fue instrumentalizada por el SCISP.

A nivel ideológico jugó un papel muy importante; impuso un modelo de concebir y realizar acciones de salud. La educación directa a la comunidad y la formación de recursos humanos de salud en el ámbito profesional y el técnico constituyeron sus principales estra-

Fig. 2. Cobertura del Servicio Cooperativo Inteamericano de Salud Pública (SCISP)



tegas de acción. Su influencia fue determinante en la creación de organismos estatales de salud, como el Departamento de Ingeniería Sanitaria dentro de la Dirección Nacional de Sanidad y el propio MSP.

La presencia del SCISP en el Ecuador tuvo efectos contraproducentes, respecto a la creación del MSP. Por un lado, al cubrir un espacio que debía ser llenado por el ministerio difería la necesidad de su emergencia; pero, por otro lado, el propio SCISP impulsaba la creación, de dicho organismo, a través de la Federación Médica Ecuatoriana.

En 1948, una vez que se expidió el Decreto Legislativo de creación del Ministerio de Salud, éste fue rechazado por el Ejecutivo -representado por Galo Plaza- (López, de la Torre, 1987, 152), en parte, porque temía el cambio de conducción de la estratégica área de salud que venía siendo eficientemente cubierta por una institución norteamericana y que, de pronto, pasaría a manos de una institución nacional naciente. Todo esto, en plena época del auge bananero.

Se entiende mejor la resistencia al cambio de parte del ejecutivo, si se toma en cuenta el contexto de apertura que vivía el país al capital extranjero y a la ingerencia de los norteamericanos.

Otro factor negativo importante para la creación del MSP fue el papel que jugaron los ideólogos de la resistencia al proyecto. Estos emergían de los sectores hegemónicos de la economía nacional del momento, es decir, los agroexportadores guayaquileños y sus portavoces. La creación de un organismo central era vista como una amenaza a la autonomía financiera y de acción de las instituciones de salud guayaquileñas.

En 1937, una vez que había vuelto a repuntar la producción agroexportadora de la Costa, la sede del Consejo Superior de Sanidad fue trasladada de Quito a Guayaquil. Este organismo gozaba de una autonomía y un poder de decisión que no podía ser controlado ni siquiera por el Ministerio de Previsión Social, al que pertenecía.

Los ideólogos de la oposición a la creación del Ministerio de Salud sostenían la tesis de que debía fortalecerse el *Consejo Superior de Sanidad* en lugar de crear un nuevo organismo. Sostenían que dicho Ministerio destruiría la obra benéfica y filantrópica que venían desarrollando distintas, personas y entidades en la ciudad de Guayaquil.

Los personajes que lideraban la oposición tenían un amplio poder de convocatoria en la ciudad puerto. Haciendo uso de un discurso regionalista; lograron generar disturbios callejeros "*en defensa de las instituciones de Guayaquil*". Para ello contaron con el respaldo de la

máxima autoridad eclesiástica de la localidad, el Arzobispo de Guayaquil.

Las fuerzas que propiciaron la creación del Ministerio fueron las organizaciones y federaciones médicas y las facultades de Medicina de Quito y Cuenca.

El Sindicato Médico del Ecuador fue el primero en recomendar la creación del Ministerio en 1928. A partir de entonces las distintas fuerzas del país se polarizaron a favor o en contra de la propuesta. En 1948, como se dijera anteriormente, el Ejecutivo objetó el decreto legislativo de la creación del Ministerio de Salud. A partir de esta instancia hasta la década del 60, tanto las posiciones de apoyo como las de oposición, se activaron y radicalizaron.

Entre los que apoyaban la creación del Ministerio, tenemos: las Jefaturas de Sanidad, la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador (AFEME) —creada en 1964—, la Asociación Médica Nacional, la Sociedad Ecuatoriana de Salubridad, las Facultades de Medicina de Quito y Cuenca, los Organismos gremiales de médicos, enfermeras y odontólogos.

Los propulsores del proyecto habían organizado congresos y convenciones en los que se analizaba: el problema del fraccionamiento de la medicina ecuatoriana, la proliferación y desarticulación de las instituciones y acciones de salud, su bajo nivel de desarrollo en el plano técnico, científico y administrativo. Las conclusiones y recomendaciones fundamentales de estos eventos eran: 1. la creación de un organismo que articule y organice las acciones de salud y 2. la elaboración de un plan de salud.

Sucesivas acciones fueron contribuyendo a la consecución del mencionado fin. En 1961 apareció el primer Plan Consolidado de Salud Pública en Manabí: en 1964 se creó la Subsecretaría de Salud Pública como una dependencia del Ministerio de Previsión Social y Trabajo. Entre 1964-1966 se estableció en Santo Domingo de los Colorados un proyecto de *integración de los servicios preventivos y curativos* de salud (Ibid, 155).

La oposición había organizado, al mismo tiempo, similares eventos en apoyo a la tesis contraria y a pesar de haber un fuerte respaldo en pro de a la creación del Ministerio, fue necesario refrendar la autonomía e individualidad de las instituciones de salud de Guayaquil particularmente, la de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, antes de crear el MSP.

El Estado no solo fue incapaz de aglutinar a todas las instituciones de salud, sino que contribuyó financieramente al mantenimiento de las entidades autónomas sin tener ingerencia sobre ellas. Así lo expresa el artículo 256 de la Constitución Política del Estado que dice:

“se garantizan así mismo la estabilidad y la descentralización administrativa y económica de las Juntas de Beneficencia, de las Corporaciones de Fomento Económico regional y provincial y de otras entidades autónomas de finalidad social y pública ya existentes. Los fondos públicos de que dispongan no podrán ser suprimidos ni disminuídos sin la respectiva compensación”. (Borja y Borja, R., apud, Madero, 1968, 59).

En 1964 la IX Asamblea Médica Nacional, las Federaciones Odontológicas y Químicas Farmacéuticas y las Jefaturas Provinciales de Sanidad reclamaban al gobierno central la creación del Ministerio de Salud y felicitaban al Ministerio de Previsión Social por la creación de la Subsecretaría de Salud Pública. En mayo de 1967 la Asamblea Constituyente manifestaba que

“... todos los habitantes tienen derecho a la protección del Estado contra los riesgos de la desocupación, invalidez y muerte, igual en el caso de la maternidad y otras eventualidades que los priven de los medios de subsistencia” (Madero, 1983, 51).

El 16 de junio de 1967, mediante Decreto 084 se creó el Ministerio de Salud Pública y pocos días después su reglamento.

La Asamblea Constituyente en una relación de 46 votos a favor y 26 en contra, había aprobado su creación

Cabe relieves el hecho que solo hubo un voto de la Costa en favor del proyecto y éste correspondía al representante de la provincia de Manabí.

4.3. Legalidad, planificación y ampliación de cobertura, instrumentos estratégicos del MSP.

El papel activo que empieza a jugar el Estado en la vida económica, social y política del país, desde fines de la década del sesenta, implicó una serie de cambios al interior de sus instituciones. Esto se revela en la serie de etapas por las que atravesó el MSP.

En su inicio las tareas fundamentales del organismo eran: crear el marco legal de las acciones, luego planificarlas y; finalmente, ejecutarlas. Todo esto en pos de alcanzar un macro objetivo: ampliar la cobertura de salud dando especial énfasis a la población rural.

Es recurrente en nuestra historia, el hecho de que muchos de los acontecimientos más relevantes respondan a corrientes e intereses foráneos. Esto ocurrió tanto con la configuración del marco legal en el que se inscribían las nuevas acciones de salud del Estado, como

con la planificación de las mismas. Los intentos de crear condiciones jurídicas que dieran mayor campo de acción en el área de la salud al Estado empezaron a inicios del presente siglo, mientras que la planificación fue una corriente que irrumpió en América Latina desde los años 50 y que paulatinamente fue involucrando a todos los campos de acción del Estado.

Veamos con un poco más de detenimiento la emergencia y desarrollo de estas dos corrientes.

4.3.1. De la Legalidad a la Planificación

Se ha visto cómo los países hegemónicos no solo que instrumentalizaron la salud en función de sus necesidades económicas sino cómo la convirtieron en un instrumento ideológico favorable a la implantación de su hegemonía.

Los procesos progresivos de estatización de la salud en el Ecuador fueron estimulados por organismos privados y estatales de los Estados Unidos. La estatización era un requisito para la creación de un marco legal de amplio espectro que les permitía implementar los planes y programas a nivel nacional.

La Oficina Panamericana de Salud (OPS) y la Fundación Rockefeller presionaron para que en el Ecuador, al igual que en otros países de América Latina, la Sanidad se constituyera en un organismo estatal. Fue en esta misma dirección que se creó dentro del Ecuador el *Servicio de Sanidad Pública*, como parte del Ministerio del Interior (1908).

El propio Dr. Bolívar Lloyd, enviado de Estados Unidos al Ecuador y a otros países de América Latina, para controlar la “limpieza” de los puertos, se encargó de redactar la *Ley de Sanidad* y desempeñó, interinamente, el papel de director de dicha institución en el país. En 1929 el Dr. Long, primer “representante viajero de Estados Unidos” redactó el *Código Sanitario Panamericano* (Ibid, 34).

Estos eventos ocurridos a nivel latinoamericano se reprodujeron internamente en cada uno de los países. En el Ecuador se creó el Código Sanitario en 1944 y en 1971 el Código de Salud (RO, 158, 8 de febrero, 1971) este último está vigente hasta el presente.

Dado que el Código de Salud rige las actividades de protección, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva, se constituye en el instrumento legal que asigna funciones y responsabilidades al MSP.

El Ministerio de Salud asume las funciones relativas al orden político, económico y social, mientras que la Dirección Nacional de Salud se reserva los campos

administrativo, normativo, directivo, ejecutivo y evaluador (Madero, 1983, 62).

A través del Código de Salud el Estado conforma un cuerpo de normas, reglamentos y leyes que le permite llevar a cabo no solo la política de salud sino parte de la política social y económica.

En el contexto de crisis económica en el que surge el Ministerio de Salud, las medidas legales destinadas a proteger y fomentar la salud nacieron como una respuesta a la necesidad de organizar y normar los servicios de salud están orientadas a contribuir al desarrollo socioeconómico del país, así como también a responder a las crecientes demandas de los sectores menos protegidos de la sociedad. Los servicios de menor costo, como son los de promoción y prevención de salud, van a ser los que más impulso reciban por parte de la institución.

La oferta de alcanzar el “bienestar integral de todos los ecuatorianos” imponía la realización de una política de “ampliación de cobertura” y de desplazamiento del área curativa, que es más costosa, a la preventiva.

La incapacidad del Ministerio de Salud de responder a las necesidades de salud de los sectores mayoritarios de la sociedad, va a revelarse con mayor nitidez en épocas de crisis cuando las condiciones de morbilidad empeoran y aumenta la demanda de servicios curativos. En estas circunstancias, el Estado va a relieves la importancia del desarrollo de programas preventivos.

Esta sería una medida adecuada si el Estado incidiera en los factores macroeconómicos y sociales que provocan el deterioro de la salud, pero como no es posible, las estrategias de prevención y fomento van a reducirse a programas capaces de modificar los indicadores de más fácil control. Así se ejecutan programas de inmunizaciones, de control de las enfermedades de mayor incidencia —diarreas, enfermedades respiratorias y de las epidémicas—, de educación para la salud, etc., que tienen un costo inferior al que demanda la medicina curativa hospitalaria.

Aún considerando estas limitaciones, la creación del MSP constituyó un hecho positivo para el desarrollo de las políticas estatales de salud, ya que logró un marco de acción más amplio. A lo largo de la vida institucional el MSP fue experimentando una serie de transformaciones. En su inicio y en el decreto de creación del MSP se declaraba:

“Que es deber del Estado velar por la salud del pueblo, que el Ministerio de Previsión Social y Trabajo no puede prestar toda la atención que requiere el ramo de la Salud Pública para atender las ramas de Sanidad, Asistencia y lo que se relaciona con la salud en general...” (RO N° 149, 16 junio, 1967,

aput, López de la Torre, 1987, 157)

Pocos días después, con la expedición del reglamento del MSP, se le otorga la responsabilidad de:

“Planear, programar, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades de promoción, protección y preparación de la salud, para cuyo efecto tendrá a su cargo las ramas de sanidad, asistencia social y las demás que se relacionan con la salud en general”,

organizar los servicios de salud con estructura, financiamiento, personal y recursos técnicos y físicos adecuados. Preparar la legislación que facilite la ejecución de los programas y el funcionamiento de entidades públicas, semi autónomas. Extender los servicios a toda la población especialmente la rural. Intensificar y mantener los programas de educación para la salud. Capacitar a personal técnico y administrativo. Coordinar la programación y ejecución de las actividades de salud con el *Plan General de Desarrollo Económico y Social*. Velar por el cumplimiento de leyes y reglamentos relacionados con el ejercicio de las profesiones médicas, servicios médicos asistenciales, boticas, laboratorios, empresas farmacéuticas, etc. Intensificar y controlar la investigación en salud. Preparar la proforma presupuestaria así como analizar y aprobar los proyectos presupuestarios. Establecer, acordar convenios con instituciones públicas y privadas. Crear comités asesores técnicos y administrativos. Planificar la construcción, así como la ejecución de actividades de saneamiento ambiental. Se declara además que: “la Política del Ministerio se basará en el principio de la *centralización técnica y descentralización administrativa y económica*” (decreto N° 684-A, Registro Oficial, junio 30 de 1967).

El cuadro legal inicial que enmarca la creación del MSP dió la posibilidad de incorporar nuevas normas y leyes que seguían la misma dirección. Así la enunciación del objetivo de extender la cobertura de salud a toda la población, especialmente en el área rural dió cabida a que, un año más tarde (1968), el Congreso formule el *Plan Nacional de Medicina Rural*, según el cual se creaba la obligatoriedad del trabajo rural a los graduados en medicina, odontología, enfermería y obstetricia. Este plan empezó a ser ejecutado desde 1970.

Una vez creado el marco legal de acción, el MSP se enfrentó a una serie de problemas para la ejecución de las funciones encomendadas y los objetivos planteados. Una de las principales dificultades era la de su propia estructuración; luego, la de enfrentar el desfase entre su exiguo presupuesto (once millones de sucres aproximadamente) y el sobredimensionamiento de sus funciones (más de cincuenta); la compleja tarea de poner en práctica una política de salud única, compleja y coherente y, al mismo tiempo, de trabajar con entidades capaces de generar sus propios términos jurídicos, sus propias normas, planes y programas —como la Sanidad,

la Asistencia Social, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, ante las cuales sólo tenía la facultad de coordinarlas—. Adicionalmente, tenía el reto de cubrir un espacio geográfico sin precedentes: la totalidad del país -tanto el área rural como urbana-, en los campos de prevención, promoción, curación, rehabilitación.

En estas circunstancias el Ministerio de Salud empezó a trabajar con muchas deficiencias. La necesidad de llevar a cabo una programación tan diversificada obligó a zonificar el país. La clásica división regional de la zona central, litoral y austral con la que se inició terminó resultando poco operativa.

La necesidad de planificar y establecer otro tipo de regionalización se volvió progresivamente más evidente. Pero, en última instancia, fueron las determinaciones externas, las que indujeron a introducir la *planificación*, como un arma estatal estratégica de control social.

El ejemplo de la revolución cubana había provocado en los países de América Latina una reacción popular, particularmente entre los sectores campesinos. En este contexto los Estados Unidos, a través de *Alianza para el Progreso* vuelve los ojos al agro latinoamericano y realiza una serie de programas de “desarrollo rural”. Es así como el sector rural recupera su importancia en los países de la región. La “*participación comunitaria*” pasó a constituirse en la estrategia fundamental de los programas y proyectos, en el mecanismo más idóneo para captar líderes comunitarios y para canalizar el movimiento campesino y de los sectores urbano-marginales.

La participación ciudadana, el rescate cultural, el reconocimiento de la diversidad étnica pasaron a ocupar un lugar privilegiado en el discurso y en accionar político en nuestros países.

Para los sectores intelectuales, la crisis económica de los 60 y el empeoramiento de los términos del “intercambio desigual” fueron los factores que indujeron a la adopción de una posición crítica hacia el modelo de desarrollo económico vigente. La crisis económica fue atribuida al modelo agroexportador, se resaltaron los problemas de vulnerabilidad que implicaba la adopción de un modelo de desarrollo “hacia afuera” y se empezó a demandar otro nuevo.

El desarrollo “*hacia adentro*” fue visto como la nueva alternativa. Se planteaba que para impulsarlo se requería: *fortalecer el mercado interno y el desarrollo industrial*. Esto a su vez suponía: la integración del espacio nacional a través del incremento de las vías de comunicación —carreteras, caminos y telecomunicaciones—, así como la incorporación al “*desarrollo*” de las zonas rezagadas. Suponía también un mejor manejo del espacio nacional tendiente a disminuir los *desequi-*

librios. Se detectaron los desequilibrios regionales, los que existían entre la ciudad y el campo y, como medida correctiva, se planteó la necesidad de neutralizar el efecto de los “polos de desarrollo” y la de dinamizar a las regiones deprimidas, rezagadas o de menor desarrollo.

Todo este esfuerzo justificaba el desarrollo de la *Planificación*. Así se explica como ésta surge en América Latina, en la década del 50, *como una instancia política del Estado puesta al servicio del desarrollo económico*.

Muchos organismos internacionales, atravesados por los intereses de los países hegemónicos, propiciaron el uso de la planificación otorgándole el rol de “instrumento del desarrollo”. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL), las *Naciones Unidas*, la *Organización de Estados Americanos* (OEA) propiciaron la realización de distintos eventos. En estos que se recomendaba la adopción de medidas para lograr el desarrollo. A principios de la década del 60, los países miembros de la OEA, mediante la suscripción de la Carta de Punta del Este, se comprometieron a realizar algunas reformas básicas para lograr el desarrollo (Dávalos, 1986, 30) que podríamos resumirlas en cuatro:

1. *Reformas administrativa*. Encaminadas a entrar en un proceso de “descentralización administrativa”, como estrategia para conseguir cambios macroestructurales.

2. *Regionalización del país*. Basada precisamente en el principio de la descentralización administrativa.

3. *Participación ciudadana*, particularmente de los sectores pobres y marginales del área rural y urbana.

4. *Creación de “instrumentos legales”* que permitan viabilizar los cambios mencionados, estructurar las estrategias e implementar las reformas administrativas.

El caso de la planificación en salud, ilustra cómo la configuración de “*regiones administrativas*” es un mecanismo que permite mediatizar los ámbitos de la administración central y de la administración local, en los niveles de *programación, coordinación y ejecución*.

Bajo estos lineamientos generales los distintos países de América Latina empezaron a formular los Planes Nacionales de Desarrollo.

En el Ecuador se creó en 1954. La Junta Nacional de Planificación (JUNAPLA) (Oquendo, 1976, 17), basándose en el presupuesto de que había una “desintegración espacial”, una “dispersión administrativa” y una falta de coordinación adecuada” y de que era necesario hacer estudios sobre la estructura espacial desarmónica del Ecuador, como base para la “planificación y el “desarrollo regional”.

Es así como la JUNAPLA elaboró su primer plan decenal 1964-1973 -el mismo que fue adoptado por la

Junta Militar- y luego el Plan Nacional 1979-1984. Fue dentro de los lineamientos del primer plan que se formularon los *Planes de Salud*.

A niveles más específicos, el peso de la influencia internacional fue determinante en la formulación de los planes nacionales de salud. En 1972, como resultado de la tercera Reunión Especial de Ministros de las Américas, llevado a cabo en Santiago de Chile, se elaboró el "Plan Decenal de Salud de las Américas". Un año más tarde el Ecuador formuló su Primer Plan Quinquenal de Salud (1973-1977). Este facilitó la consolidación del MSP y la elaboración de la propuesta del "*Sistema Nacional de Salud*".

4.4. Estructura y Dinamismo del MSP

Hemos visto como la convergencia de las fuerzas sociales y políticas internas y externas al país permitió que, en un momento histórico determinado, emergiera el Ministerio de Salud.

La reunión de la Comisión de Salubristas fue quizá el factor desencadenante de un proceso iniciado desde los años 20.

Dicha comisión elaboró un proyecto de organización y estructuración de los servicios de salud existentes y recomendó explícitamente la creación del MSP.

El propósito de estas acciones era extender la cobertura de los programas de salud y mejorar la calidad de los recursos humanos mediante programas de adiestramiento de distinto orden.

Las conclusiones de dicha reunión tuvieron gran impacto sobre algunos sectores políticos y técnicos del país que se declararon a favor de la propuesta y se apropiaron de un discurso elaborado desde fuera.

La creación del MSP (1967) fue un paso importante para el país. Al principio, su peso fue más bien formal que real. Esto se debió: al fraccionamiento del sector salud -garantizado por el propio art. 256 de la Constitución Política-; a la falta de ordenamiento jerárquico y, consecuentemente, de poder de coordinación; a la falta de presupuesto y a la ausencia de una política de salud.

Esta situación se mantuvo por 5 años, como lo revela el informe de labores del Ministerio de Salud Pública en el que dice:

"El primer lustro de su existencia nos permite apreciar un Ministerio que no tenía autoridad necesaria para comandar las acciones de todo el sector, en el que proliferaban instituciones de todo tipo, con diverso grado de autonomía, inclusive aún aquellos que se financiaban parcial o totalmente con

fondos del Estado. *Dieciocho Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social, constitulan otros tanto pequeños ministerios capaces de establecer diferentes líneas de política, al margen de una norma nacional*.

Como consecuencia se había producido: disminución permanente de la capacidad de acción de las instituciones, falta de poder para la obtención de recursos, empeoramiento constante de los servicios y pobreza de atención médica" (Ministerio de Salud Pública, Informe de labores. Período febrero 1972-agosto 1973, Quito).

Para que el Ministerio de Salud Pública tuviera una presencia real en el país fue necesario que el Estado asumiera un papel protagónico dentro del desarrollo nacional; que nuestra economía pasara de una situación de crisis a una de auge, y que, coyunturalmente, el país tuviera un gobierno que se declarara "nacionalista y revolucionario".

Efectivamente, fue en 1972 —bajo el Gobierno de Rodríguez Lara— que el MSP experimentó profundas transformaciones como: la centralización de las actividades del sector salud, su modernización y la expansión de sus recursos físicos y humanos. Todo esto fue posible gracias al ensanchamiento del presupuesto general del Estado y, más concretamente, del destinado al Ministerio de Salud.

La reestructuración del Ministerio de Salud se vió, otra vez, precedida de dos reformas legales fundamentales: 1. la creación de la *Dirección General de Salud* con tres Direcciones Nacionales y varias divisiones técnico-administrativas ubicadas en la sede del propio Ministerio Quito y 2. la integración de las Juntas de Asistencia Social al MSP (decreto N° 232, 14 de abril, 1972).

Estas reformas permitieron reorganizar el Ministerio manteniendo una "*centralización técnica-normativa*" y una "*descentralización ejecutiva*", aspectos considerados como "requisitos indispensables para una buena administración y una mejor prestación de servicios de salud" (Idem).

Para comprender mejor el dinamismo del MSP el impacto de sus mutaciones en el país estableceremos un intento de periodización.

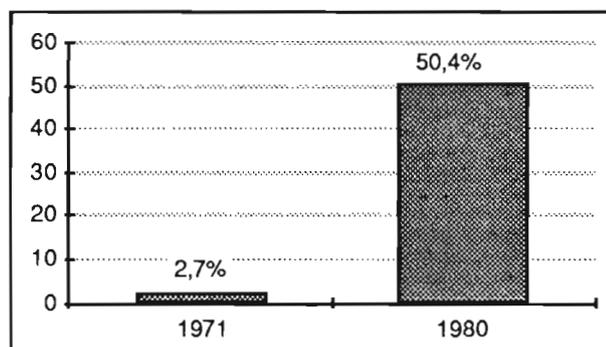
4.4.1. Institucionalización del MSP 1967-1971

Aunque con muchas limitaciones los principales logros de este período fueron: 1. la estructuración del MSP; 2. el establecimiento de una base jurídica; 3. el inicio de la extensión de cobertura y 4. la iniciación de los proyectos de regionalización.

La "institucionalización" del ministerio ocurrió en una situación caracterizada por una incapacidad de aglutinar a las entidades autónomas de salud. De acuerdo con su propio reglamento estructural, el MSP ni siquiera podía centralizar sus principales componentes. La Dirección General de Salud seguía manteniendo su sede en Guayaquil.

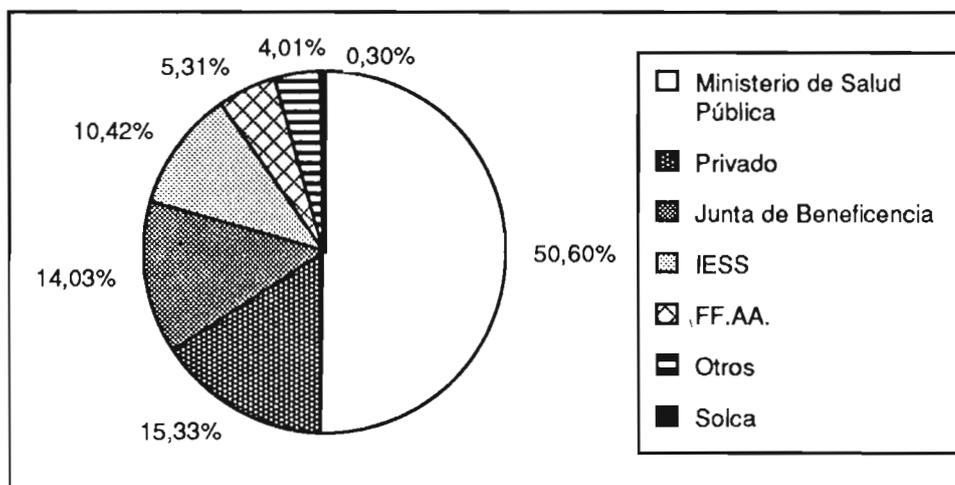
El establecimiento de su base jurídica fue quizá una de sus principales conquistas. Por primera vez en el país, se formuló el *Código de Salud* del país. Este instrumento legal le permitió emitir normas y ejecutar acciones orientadas a la defensa de la salud. Se declaró por ejemplo la obligatoriedad de notificar las enfermedades transmisibles y la de someterse a inmunizaciones. Se otorgó a las autoridades sanitarias la facultad de realizar acciones adecuadas para controlar las epidemias. Se asignó al MSP la facultad de manejar el saneamiento ambiental. Esta última obligación implicaba la ejecución de acciones como: dotación de agua potable, control de excretas, basuras y aguas servidas, así como también la disposición de viviendas (Madero, 1983, 61-63). El desarrollo de lo jurídico incidió, inclusive, en el movimiento sindical de los trabajadores de la salud.

Fig. 3. Control de camas hospitalarias por el ministerio de Salud Pública



Fuente: Madero, 1983, 70

Fig. 4. Distribución porcentual de camas hospitalarias según instituciones



Fuente: Madero, 1983, 70

Uno de los grandes límites de este período fue la incapacidad de asegurar, ni siquiera a nivel formal, la incorporación de las entidades autónomas o semi autónomas de salud.

Otro alcance importante fue el de la "ampliación de cobertura de salud".

En 1968 se formuló el Plan Nacional de Salud Rural, con el objetivo fundamental de dar servicio a las áreas más desprotegidas, sobre todo del área rural. El programa incluyó la creación de puestos mínimos de salud.

Curiosamente, la extensión de cobertura en el área rural precedió a la del área urbana. Hasta 1971 y debido a que no se lograba incorporar a las entidades autónomas o semiautónomas de salud, el Ministerio del ramo apenas controla el 2.7% del total de camas hospitalarias del país. A la Asistencia Pública le correspondía el 45% y a LEA el 73% (Madero, 1983, 70).(ver fig 3 y 4)

4.4.2. Etapa de reorganización administrativa, planificación y "máxima operatividad" del MSP. 1972-1980.

La década del 70 es la de los mayores logros para el MSP. En 1975, alcanzó su "máxima operatividad". Para entonces había conseguido: un crecimiento presupuestario significativo; la centralización y ampliación del espacio institucional; una mejor planificación, y la reorganización administrativa. Sin embargo, los recursos financieros y la organización administrativa seguían teniendo deficiencias evidentes, lo cual constituía una traba para el desarrollo de una política de salud coherente.

Si bien durante el auge petrolero el país experimentó un proceso de polarización de los ingresos y la deuda externa creció entre el 82 y el 100%, no se puede negar

que el Estado vivió un período de esplendor que le permitió tener un crecimiento del gasto público sin precedentes. El MSP se benefició de un aumento de su cuota con lo cual pudo implementar un Plan de Salud, quizá el más ambicioso de América Latina. En gran parte, el presupuesto del MSP se basó en los préstamos al Banco Internacional de Desarrollo (BID).

El fortalecimiento de los recursos financieros no fue el único elemento explicativo de la ampliación de las acciones de salud que se desplegaron en la década del 70. Los planes y programas elaborados no podían ejecutarse si no se daba, como paso previo, la centralización de los recursos técnicos y financieros y si no se formulaba la tan reclamada política de salud.

Dentro del proceso de centralización real que experimentara el MSP deben rescatarse: por un lado el establecimiento de la sede de la Dirección General de Salud en Quito (1972) y, por otro, la absorción de las Juntas Centrales de Asistencia Social (1972) así como también, la absorción de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (1973). Esto último permitió que el MSP pasara de un control del 27% de camas hospitalarias al control de un 48% adicional, correspondiente a la Asistencia Social en 1972, y del 7% más en 1973, correspondiente a LEA.

La desaparición de las Juntas de Asistencia Social como tales, permitió, entre otras cosas, que el MSP se beneficiara del traspaso de los bienes estatales que les correspondía a dichas juntas, lo que contribuyó, todavía más, a aumentar su presupuesto.

La *planificación* fue otro de los desarrollos importantes del ministerio durante la mencionada década. El plan quinquenal de salud 1973-1977 fue formulado de acuerdo a los lineamientos del *Plan Integral de Desarrollo del País*, elaborado por la JUNAPLA en 1973.

La practicidad del plan fue posible gracias a la, *reestructuración administrativa* y a la *adopción de programas* que explicitaban la política y el Plan de Salud.

La estrategia de la *planificación* aplicada en América Latina se basaba en la "*centralización técnica*" y en la "*descentralización administrativa*". A nivel del Ministerio de Salud esta reforma se sustentó en la creación de las *Direcciones Provinciales de Salud* que jugaron el papel de medio de enlace entre el "*nivel central*" y las "*unidades operativas*" y que garantizaron la ejecución de los programas(53).

El Primer Plan de salud del país fue elaborado en base a la declaración que se hiciera en la Asamblea Mundial de Salud, realizada en la ciudad de Alma-Ata, de la URSS, en la que planteaba como meta el alcanzar "salud para todos en el año 2000"(54) (Calix, R., 1987, 1) Esta imponía la necesidad más que de integrar a todos

los sectores sociales del país, de desplegar acciones dirigidas a los estratos menos favorecidos de la sociedad.

La amplitud de la meta, sobre todo si se toma en cuenta el proceso de crisis en que entró América Latina desde fines de la década del 70, conducía, metodológicamente, a "*racionalizar la distribución de los recursos*" de salud.

La extensión de cobertura y la racionalización de los recursos pasaron a ser de este modo, los elementos nucleares de la política de salud del país. Los *programas* de salud se convirtieron en la expresión operativa de la política y, al mismo tiempo, en la "*oferta*" de salud privilegiado por el Estado.

Las políticas de salud, como todas las políticas sociales, se caracterizan por la enorme distancia que existe entre sus enunciados y las acciones reales, entre los objetivos propuestos y los recursos destinados. Se caracterizan además por su fraccionamiento en una multiplicidad de medidas puntuales que pulverizan la acción.

El caso de nuestro análisis corrobora esta característica. A pesar de la elevación que experimentara el presupuesto estatal del sector salud, éste no llegó a tener un nivel suficiente como para responder a los requerimientos de salud de la sociedad, ni siquiera a los enunciados de su propia política. La oferta estatal de salud resultó fraccionada, selectiva, discriminatoria y concentradora de recursos.

Los sujetos sociales hacia los que estaban dirigidas las acciones de salud fueron clasificados y tratados como entidades patológicas o como de grupos de edad.

La atención de salud siguió siendo discriminatoria. Si bien se alcanzó una expansión de cobertura de servicios de salud al área rural sin precedentes en nuestra historia, una mirada a la distribución de recursos financieros permite ver que tras el espectacular crecimiento de salud, las ciudades siguieron siendo las privilegiadas dado el alto costo del servicio hospitalario. Quito y Guayaquil fueron las que captaron la mayor parte de los recursos. (Fig. 5)

La situación de discriminación estaba contenida en los propios términos de formulación del Plan de Salud y en el establecimiento del "*sistema jerárquico de salud*" adoptado por el ministerio y que se sustentaba en los llamados "*niveles de salud*".

Tales "niveles" se definían de acuerdo al grado de complejidad de los establecimientos de salud y su distribución geográfica dependía de la clasificación jerárquica del espacio y de la "*regionalización*" establecida.

La estructura del sistema jerárquico de salud se man-

Fig. 5. Evolución de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, 1972-1982 (en número de unidades de salud)

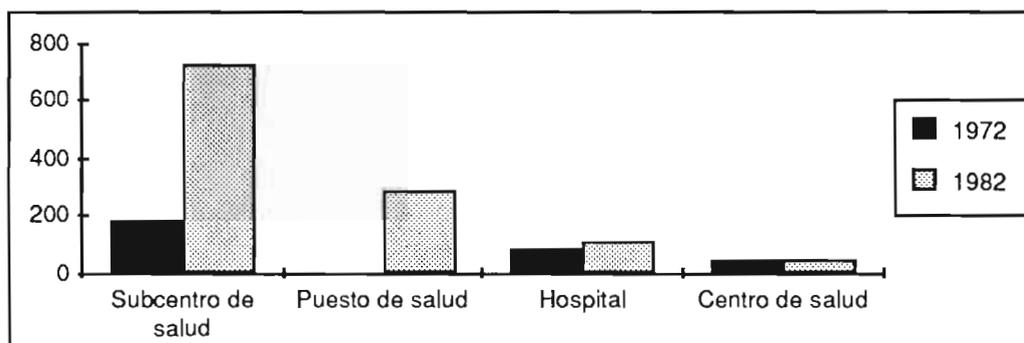
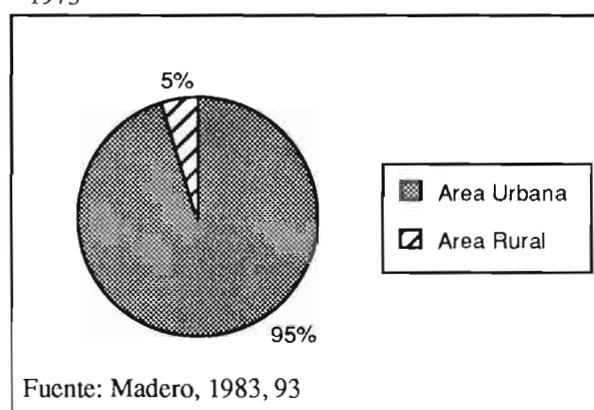


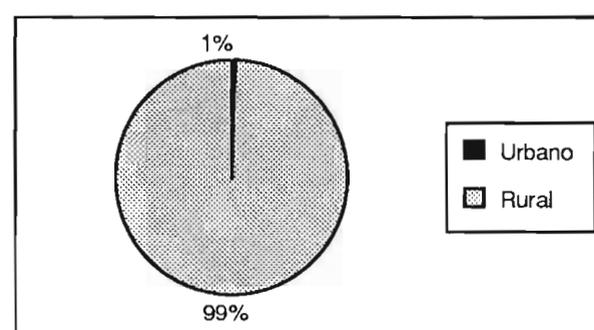
Fig. 6. Distribución de camas hospitalarias, según áreas - 1973



tiene hasta el presente. La calidad de los servicios de salud desciende en la medida en que se ruralizan. Los centros urbanos son los que mejor y mayor oferta de salud estatal tienen, pero éstos a su vez se diferencian de acuerdo a la importancia de las urbes.

La distribución de los servicios de salud sigue la tendencia contraria a la distribución de la morbilidad de la población. Los servicios son más insuficientes, cuantitativa y cualitativamente en los lugares donde los problemas de salud son más graves.

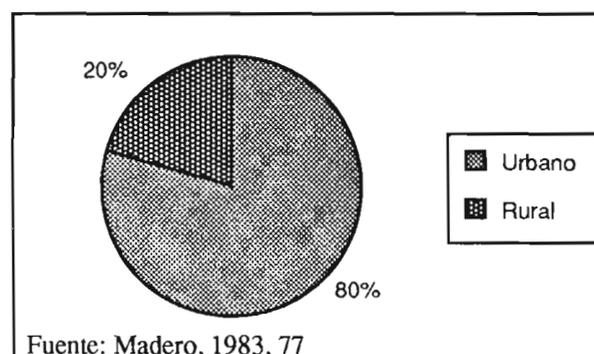
Fig. 7. Distribución de camas en el área urbana y rural en Ecuador - 1981



En 1981, de 8.040 camas hospitalarias existentes en el país solo 145 estaban en el área rural. (Fig. 7).

El discrimen se evidenciaba más en la distribución de las consultas médicas en las zonas rural y urbana. Si bien a lo largo de la década 1971-1981 éstas experimentaron un crecimiento del 220% pasando del 0,20 al 0,64(55), esta estructura distributiva no fue alterada. En 1981 el 80% de consultas médicas se daban en los hospitales urbanos mientras que el 20% correspondía a los subcentros de salud, lo que equivale decir al área rural. (Madero, 1983, 77) (Fig. 8).

Fig. 8. Distribución porcentual de las consultas médicas, 1981



Teóricamente los establecimiento de salud del nivel provincial sirve de nexo entre el "central" y el "local".

Los establecimientos de salud, que son los que ejecutan las acciones de salud, tienen distintos niveles de complejidad, que dependen, como se ha dicho anteriormente, de su localización espacial. (Cuadro 1)

Este sistema de salud fue concebido bajo el supuesto de que la complejidad de los servicios de salud tiene correspondencia con la complejidad de los problemas de salud. La distribución jerárquica de los servicios supone la existencia de una fluida comunicación entre los distintos niveles de salud. Supone además que existe una capacidad operativa suficiente como para remitir a los pacientes de acuerdo a sus necesidades de atención.

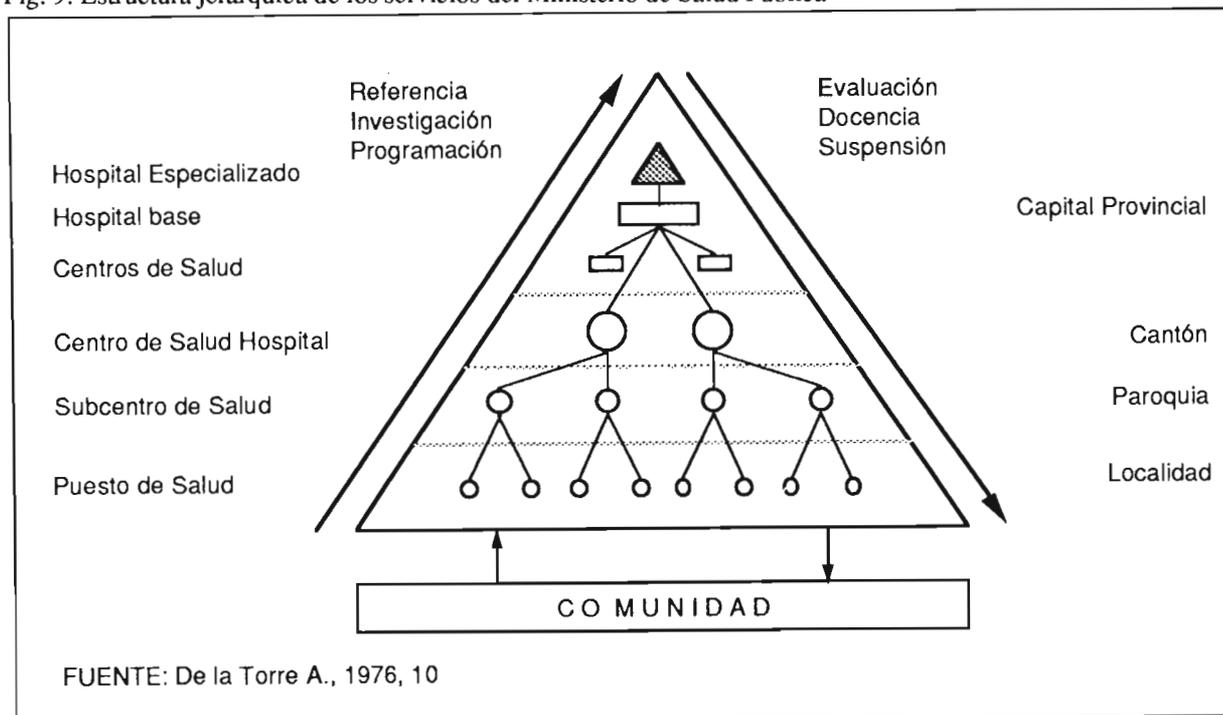
Cuadro 1
Niveles de los servicios de salud por grado de complejidad

Hospital Regional	
- Localización:	En la ciudad más importante de la región de salud. Debe haber una Facultad de Medicina
- Programas principales:	recuperación prevención docencia médica
- Servicios:	(tiene todos los servicios). especializados, clínicos y quirúrgicos de diagnóstico y tratamiento.
Hospital Base	
- Localización:	En capital provincial (preferentemente)
- Servicios:	Medicina general, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, cardiología, servicios de diagnóstico, otros.
Centro de Salud Hospital	
- Localización:	En un "área geográfica determinada"
- Programas:	Prevención y recuperación saneamiento ambiental, higiene, materno-infantil, preescolares y escolares, educación para
- Servicios:	Consulta externa y atención domiciliaria.
Centro de Salud	
- Localización:	cabeceras cantonales
- Servicios:	Brinda servicios hospitalarios básicos
Subcentro de Salud	
- Localización:	Cabecera parroquial
- Servicios:	Consulta externa (con un médico, una auxiliar de enfermería y un inspector sanitario)
Puesto de Salud	
- Localización:	En una población de menos de 2.000 habitantes
- Servicios:	"Acciones mínimas de salud" a cargo de una auxiliar de enfermería que toma decisiones de salud.
(Fuente, Madero, 1983: 69).	

En la práctica, este diseño resultaba hipotético, en la medida en que no se trata de una población que se movilizaba "in vitro". La sola reducción de las trabas admi-

nistrativas -que es la "estrategia" que adopta el Ministerio para garantizar la fluidez del sistema- no era suficiente como para que se diera una real referencia de pa-

Fig. 9. Estructura jerárquica de los servicios del Ministerio de Salud Pública



cientes. Se requeriría la implementación de una serie de medidas estatales de apoyo para que el esquema funcionara.

Si bien en términos relativos, se había dado un crecimiento mayor de las *acciones de salud* en el área rural, respecto al área urbana, no sucedía lo mismo con la distribución de los recursos financieros y humanos. Un análisis comparativo de los datos revela una situación de limitada cobertura de salud y de baja calidad de la oferta en el campo.

A pesar de que no se modifican las diferencias estructurales existentes entre la ciudad y el campo, no se puede negar que, desde inicios del 70 hasta mediados del 80, los planes y acciones de salud en el área rural tuvieron gran impulso. Esto se debió al interés por incorporar a los sectores marginales de la población, tanto urbanos como rurales, a la dinámica de una economía de mercado y al intento de aplicar un modelo de desarrollo económico que funcione en un contexto donde las disparidades regionales sean menos drásticas, en procura de un “desarrollo nacional más armónico”. Este era el discurso oficial con el que se sustentaba el desarrollo de la planificación en el país y en el resto de América Latina, bajo el auspicio de los organismos internacionales que apoyaban a los programas de salud rural, como parte de los de desarrollo rural:

“el desarrollo económico (del país) mediante el incremento de la producción agropecuaria, de la pequeña industria, de la artesanía, el incremento de las áreas de cultivo con riego permanente, la colonización dirigida y semidirigida con el propósito de

crear nuevos poblados en regiones del oriente y paralelamente, también el desarrollo social con el incremento de escuelas y de servicios básicos de salud con el propósito de buscar el desarrollo armónico de la región” (PNUD, 1978, 1).

No es de extrañarse, por lo tanto, que en el mencionado período se desarrollarán actividades orientadas a decifrar los patrones culturales del área, que se tuviera un gran interés por la captación de líderes locales con el fin de incorporarlos al sistema, invocando la necesidad de “rescatar” los recursos no formales de salud.

En el fondo se trataba de una estrategia que no solo permitía captar a los recursos locales de salud -representados por los agentes de la medicina tradicional- con el fin de abaratar los costos de la cobertura de salud en el área rural sino que también permitía jugar “un gran rol como mentalizador de las nuevas ideas y conceptos de salud dentro del cambio de actitud mental que se debe ofrecer a la sociedad” (Ídem).

Se trataba, en resumen, de participar activamente en el proceso de asimilación de los campesinos a la sociedad mayor.

Cabe resaltar que los estudios de Diagnóstico y los Proyectos de Desarrollo de Salud Rural en el país fueron concebidos, financiados y ejecutados por instituciones internacionales como las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la UNICEF y otras. El gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud jugó apenas el papel de mediatizador.

El auge que tuviera de la "Atención Primaria de Salud" en la década del 70 -que fuera desarrollada por organismos gubernamentales y particulares, nacionales y extranjeros- ha de ser entendido dentro de este contexto. El entrenamiento de parteras, la transformación de los agentes de la medicina tradicional en "promotores de salud" no fue un fenómeno particular ni aislado en el país. Respondía a la acatamiento de una de las recomendaciones de la IV Reunión de Ministros de Salud de América Latina, realizada en Washington, y que fuera señalada (como estrategia para lograr la "extensión de cobertura".

Uno de los aspectos más relevantes del período analizado es la gran ingerencia que tuvieron los organismos internacionales en la deliberación y ejecución de políticas y planes de salud. Así lo revela la formulación del "Plan Decenal de Salud de las Américas" producido en la tercera reunión de Ministros de Salud de las Américas en Santiago de Chile, en 1972. En este documento se decidía:

"comenzar en el decenio con la instalación de mecanismos que hagan viable el logro de la cobertura total de la población por parte de los sistemas de servicios de salud en todos los países de la región". (López, de la Torre, 1987, 173).

4.5. Plan Nacional de Medicina Rural

La aplicación del Plan de Medicina Rural fue quizá la estrategia más importante que se utilizara en el Ecuador, para lograr la ampliación de cobertura. Fue, además, uno de los logros más significativos del MSP en la década del 70. El plan fue formulado por la Junta Nacional de Planificación (JUNAPLA) entre fines de 1968 y principios de 1969. En 1970 se estableció la obligatoriedad del trabajo rural para profesionales de salud recién graduados, mediante el Decreto Supremo N° 44 (Suárez, López 1987, 31).

Los objetivos de su creación encuadraban y correspondían a los del Plan de Acción Regional de la OMS/OPS (Ibid, II).

Se basaban en las siguientes consideraciones: que el 70% de la población regional reside en áreas rurales; que ésta presenta altos índices de morbimortalidad por causas prevenibles o fácilmente controlables; que la problemática económico-social de este sector es muy compleja, y que esta situación incidía en el subdesarrollo del país, formando un círculo vicioso entre esta situación y las condiciones deficitarias de salud.

El impacto de la aplicación del Plan de Medicina Rural fue acorde con sus propios objetivos y metas. A más de proponerse promover el "desarrollo rural" de las

comunidades se proyectó la dotación de servicios completos de salud en los 83 cantones que habían en el país, -esto es, centros de salud con hospitalización y unidades obstétricas-, e infraestructuras mínimas de salud en las cabeceras parroquial y anejos -300 subcentros de salud en las parroquias y 376 puestos de salud en anejos-. Esta cobertura se estaría llenando en 1978 (Suárez, López, 1982, 33).

En cuanto a las acciones de salud propuestas en 1972, éstas se reducían a tres: *consultas, inmunizaciones y saneamiento ambiental*.

En 1976 se hace una reformulación del Plan. Para ese entonces se pretende lograr un mejoramiento de los principales indicadores de salud como son: mortalidad general, mortalidad infantil y mortalidad materna que alcanzaron las tasas de: 9,9, 70,2 y 21,0 por mil habitantes, respectivamente.

En vista de estos resultados se estableció un nuevo plan de prioridades que intentaba: *disminuir las defunciones por causas reducibles*; realizar programas de nutrición con "grupos vulnerables", así como también programas de *saneamiento básico* en el área rural; incrementar la atención materno-infantil y desarrollar un sistema de información estadística. A largo alcance se propuso organizar un "sistema de salud" en base al Plan de Acción (Ibid, 35). En el siguiente cuadro se puede apreciar el incremento de subcentros de salud (SCS) dentro del plan de medicina rural en la década del 70. (Cuadro 2).

Como se puede apreciarse de 72 SCS que habían en 1970, en 1981 llegaron a 561, lo que significó un incremento del 779%.

A pesar de las limitaciones del plan sí se dieron algunos cambios favorables en la prestación de servicios de salud a la población rural; por ejemplo aumentó el número de consultas médicas; aumentó el número de

Cuadro 2
Creación de los Subcentros de Salud (SCS) dentro del Plan Nacional de Salud Rural 1970-1980

Año	Número existente	% Incremento año base: 1970-71	% Parroquias cubiertas (n+ 714)
1970-71	72	100	10
1971-72	134	186	19
1972-73	176	244	25
1973-74	215	298	30
1974-75	262	363	37
1976-77	460	638	64
1977-78	506	702	71
1978-79	543	754	76
1979-80	561	779	79

(Suárez, López, 1987)

atenciones del parto por profesionales, aumentó la proporción de defunciones con certificado médico y aumentó la infraestructura sanitaria agua potable y alcantarillado. Entre 1974 y 1980 la cobertura de agua potable se incrementó en un 13,5%, la de alcantarillado en un 11,2%. Sin embargo la distribución de estos servicios no fue alterada. El área rural mantuvo el mayor déficit. Con el agua, por ejemplo, a pesar de haber crecido en un 100% para el área rural, solo alcanzó a cubrir el 12% de la población mientras que en el área urbana la cobertura fue del 72,4% de la población (Suárez, López, 1987, 132).

Si bien en la década del 70 se dió un evidente aumento de unidades operativas, este crecimiento se hizo a expensas de las de menor complejidad, es decir, de los subcentros de salud. En términos relativos, las unidades de mayor complejidad -hospitales- decrecieron pero, en cambio, experimentaron un desarrollo de sus niveles de complejidad y sofisticación, lo que implicó una captación elevada de recursos financieros. (Fig 10).

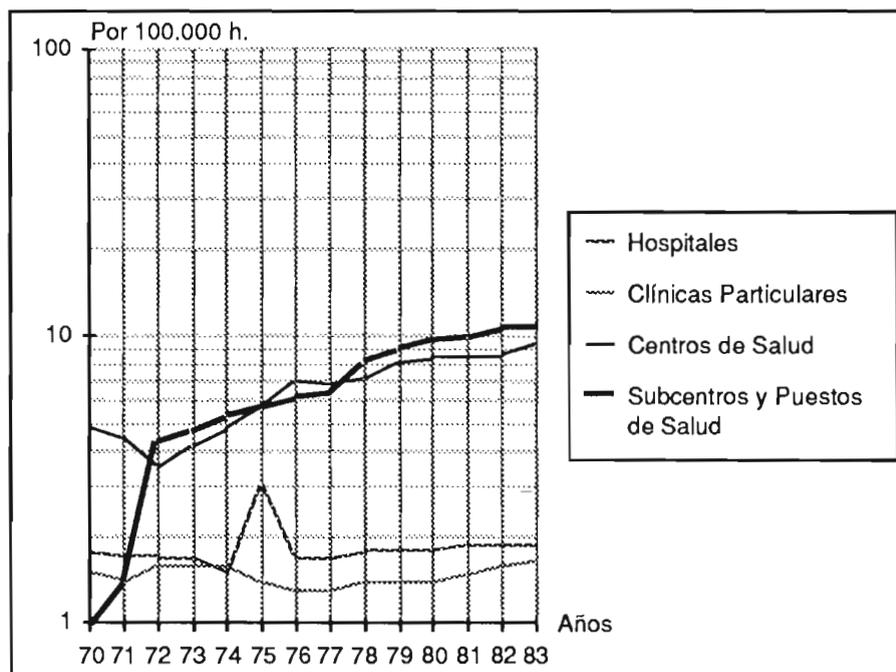
Cabe señalar que la proliferación de los servicios de salud -que se dio en la década de 1970- fue una experiencia que involucró no solo al MSP sino a otras instituciones tanto públicas como privadas. El crecimiento del MSP fue de 112,5%; el del IESS de 33,73%, el de las Fuerzas Armadas de 203% (Madero, 135). Este fenómeno, más el aumento significativo del número de profesionales y técnicos de la salud-médicos, obstetras, enfermeras, odontólogos auxiliares de enfermería-, y más el ensanchamiento del presupuesto de salud, en términos absolutos y relativos, contribuyeron a modificar algunos indicadores de salud.

Pero si bien es cierto que disminuyó la tasa de mortalidad general, materna e infantil, es importante reconocer que este decrecimiento se hizo a expensas de la reducción del número de muertos por *causas fácilmente prevenibles o controlables*, como sarampión y difteria que se pueden evitar con vacunas, así como las enfermedades infecciosas agudas, tanto digestivas como respiratorias que se puede controlar con antibióticos. En cambio, aumentaron las enfermedades degenerativas, nutricionales, las enfermedades mentales y los accidentes. Esto significa que no se incidió sobre las entidades morbosas que revelan la baja *calidad de vida*, ni sobre las que están ligadas al proceso de "modernización" productiva. Estas últimas tradujeron un proceso de empeoramiento. Es sabido que los indicadores de morbimortalidad pueden ser mejorados, gracias a la aplicación de acciones sencillas de salud y a la ampliación de cobertura, aunque las condiciones de vida experimenten un proceso de deterioro creciente.

A pesar de lo expuesto es innegable que el "boom petrolero" benefició al sector salud como no ocurrió en las etapas precedentes ni posteriores. Esto parece revelar que, cuando un recurso económico estratégico es controlado por el Estado revierte en beneficio de la sociedad en su conjunto.

A partir de la crisis del 80 no solo que se deterioraron las condiciones de vida de las mayorías sino que aún los servicios estatales de salud experimentaron drásticas reducciones. Bajo las nuevas circunstancias, se privilegiaron las acciones "preventivas" de salud, puesto que son las menos costosas mientras que las *curativas* fueron progresivamente desplazadas.

Fig. 10. Número de establecimientos de salud por nivel de complejidad 1970-1983



Fuente: Suárez J., López R., y otros, 1987, 89

El aumento del deterioro y la obsolescencia de las infraestructuras de salud -construidas en épocas de bonanza-, la transferencia, cada vez mayor, de los costos de curación a los propios pacientes incidieron negativamente en el alcance aún de las metas propuestas por el MSP. Bien podría decirse que la década del 70 fue la "época de oro" del sector de la salud estatal, puesto que la bonanza petrolera permitió la expansión de las acciones *redistributivas* que se dieron en el marco de un gobierno "nacionalista" que buscaba el consenso social. Sin embargo la situación de salud de la población y la estructura fundamental de los servicios estatales de salud no fueron alterados.

A pesar del crecimiento del presupuesto del Ministerio de Salud en el primer quinquenio de la mencionada década, la distribución del mismo siguió siendo desigual y diferenciada, siempre en perjuicio de las zonas rurales. (Cuadro 3)

Cuadro 3
Presupuesto del MSP 1970-1976
(equivalente en millones de dólares)

1970	3,5
1971	5,0
1972	23,5
1975	58,0
1976	79,6

Fuente: (PNUM, 1978, 11)

Entre 1973-1976 el presupuesto destinado al área rural se había quintuplicado (PNUM, 1978, 10). Aumentaron tanto el número de *servicios de salud*, como de *acciones de salud*.

Pero como se dijo anteriormente el crecimiento de infraestructuras de salud se hace a expensas de los niveles mínimos, esto es de Subcentros y Puestos de Salud. Según el informe del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) dentro del Proyecto de "Desarrollo de Servicios de Salud Rurales", en 1978 se planeó invertir 30 millones de dólares para la construcción, equipamiento y sistema de comunicación de 300 Subcentros de Salud y de 800 Puestos de Salud (PNUD, 1987, 11).

Efectivamente, entre 1970 y 1983 los SCS y los Puestos de Salud experimentaron un crecimiento de 1.0 por cada 100.000 h. a 10.9, mientras que los hospitales apenas crecieron de 1.76 a 1.9 por 100.000 h. (Suárez, J., López, R., 1987, 90).

Del mismo modo, las acciones de salud crecieron substancialmente. Desde 1972 el grueso de los gastos destinados al campo preventivo estaban orientados a las áreas materno-infantil, alimentación suplementaria y al PAI (Programa Amplio de Inmunizaciones) y tenían el propósito de disminuir la muerte por causas prevenibles

(Madero, 1983, 152). Los datos correspondientes al área materno-infantil resultan bastante reveladores. Así lo ilustra el cuadro 4.

Cuadro 4
Crecimiento Porcentual de los Programas Materno-Infantil, para el área Urbana y Rural, MSP, 1972-1977

Programas	Crecimiento Porcentual de las Actividades realizadas entre 1972 y 1977	
	Urbano	Rural
Prenatal	217,0	515,9
Infantil	99,2	323,7
Preescolar	29,5	322,7
Escolar	33,4	529,3

Fuente: Madero, 1983, 110

Sin embargo hay que tomar en cuenta que el Puesto de Salud es un servicio cuya infraestructura consiste en un cuarto, un maletín con equipo de curaciones y algunas soluciones antisépticas y un stock precario de medicamentos, a menudo inadecuadas a la patología local. Como recurso humano, cuenta con la presencia de "promotor de salud" que es un miembro de la comunidad, con bajo nivel de instrucción. Por lo regular es un agente de salud que no ha completado la primaria y que tiene un entrenamiento de pocas semanas.

A pesar de que la morbi-mortalidad siempre se ha mantenido más alta en el área rural, los servicios de tipo curativo prácticamente están ausentes en dicho escenario. Según el informe de la PREAL, en 1973, del total de camas hospitalarias disponibles, el 95% se encontraban en el área urbana y solo el 5% en el área rural (Madero, 1983, 93). (Cuadro 5 y fig. 11)

Cuadro 5
Distribución Porcentual del personal Médico y Paramédico del MSP por áreas

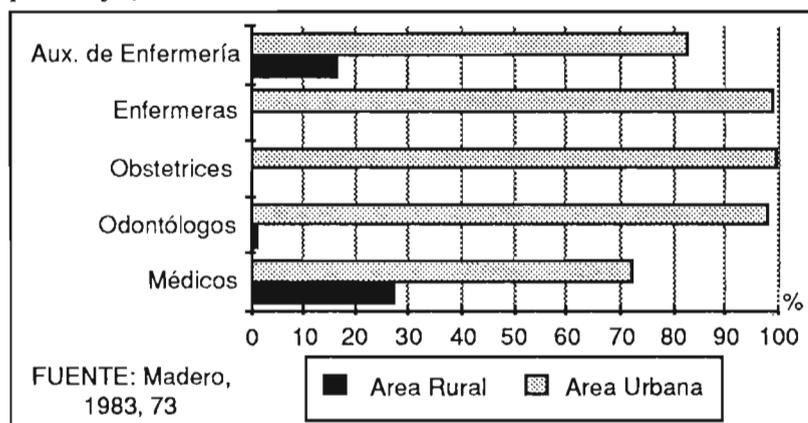
Personal	Total	Urbano	Rural
Médicos	100	72,5	27,5
Odontólogos	100	98,5	1,5
Obstetrices	100	100,0	0,0
Enfermeras	100	99,3	0,7
Aux. de Enf.	100	83,0	17,0

(Madero, 1983, 73)

A pesar de lo expuesto, no se puede negar la sensible reducción que experimentara la mortalidad general y la materno-infantil desde inicios del 70 hasta mediados del 80. En 1969 la tasa de mortalidad general era de 10.5, la infantil 83.0 y la materna de 2.2. En 1985 llegó a 5.4 la general, 50.5 la infantil(56) y 1.8 la materna (Suárez, J., López, R., otros, 1987, 98).

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles a las modificaciones socioeconómicas de la

Fig. 11. Distribución del personal Médico y Paramédico, según área (en porcentajes) - 1980



población y, más concretamente, a las condiciones que inciden en su calidad de vida, así como también a la situación de cobertura de salud.

En el Ecuador, la mortalidad de menores de 4 años sigue siendo la más alta, en relación con los demás grupos de edad. Si se toma en cuenta que en menores de un año la mortalidad debe ser mínima o nula, los altos niveles de defunción de este grupo de edad, resultan alarmantes, aún tomando en cuenta la drástica reducción que se produjera a lo largo de la década del 70. (Cuadro 6)

Cuadro 6

Porcentajes y tasas de mortalidad (57) según grupos de edad en el Ecuador 1970-1978

Grupos de Edad (años)	Defunciones				% de Reducc. de Tasa
	1970		1978		
	%	Tasa	%	Tasa	
Menos de 1	29,1	76,6	26,2	64,4	15,9
1-4	21,5	15,6	16,1	8,1	48,8
5-14	5,7	21,1	4,9	1,3	38,1
15-44	12,4	3,1	14,9	2,6	16,1
45 y más	31,3	22,8	37,9	29,3	11,0
total	100,0	10,1	100,0	7,3	27,7

(Fuente: Madero, 1978, 150)

Si comparamos con Cuba, que es el país de menor mortalidad infantil en latinoamérica, vemos que para 1978, mientras en el Ecuador la tasa de mortalidad de menores de un año era de 64,4, la de dicho país era de 22,6 (Madero, 1983, 153).

En 1970 la mortalidad de niños de 0 a 4 años constituía el 50% de la totalidad de muertes, el de menores de un año, fue el 30%, en 1978 las muertes de menores de cuatro años bajó a 42,3%, respecto a la totalidad.

Es evidente que existe una relación inversa entre la situación de los mencionados indicadores de salud, las situaciones de bonanza económica y de expansión de cobertura de los servicios estatales de salud.

Sin embargo, esta situación no es homogénea para todas las regiones, sectores sociales ni grupos de edad.

Un análisis más fino del comportamiento de tales indicadores en una población dada y tomando en cuenta la dimensión espacial y diferencias de clase, da cuenta de una marcada diferencia —sin embargo, no es el objetivo de este trabajo desarrollar este tema—.

Lo importante es destacar que el desarrollo de políticas estatales más redistributivas inciden positivamente en los niveles de morbimortalidad de la población, aunque sus acciones se reduzcan a la aplicación de programas estratégicos como son los de inmunizaciones, asistencia prenatal e infantil y a la aplicación de elementales planes curativos, substancialmente basados en el uso de antibióticos.

Lo que no se modifica son los elementos estructurales del perfil epidemiológico. La relación que existe entre la situación de nutrición y la morbilidad depende de la accesibilidad de la población a los recursos. El caso de Europa durante las dos guerras mundiales ilustra lo expuesto. Fue probada la relación que había entre la incidencia de la tuberculosis y la situación de nutrición de la población, aunque se mantuvo el mismo esquema jerárquico de los servicios de salud.

En el caso ecuatoriano vemos que los niveles de complejidad: primario, secundario y terciario de salud, permanecieron iguales, siempre mediatizados por la misma estructura de servicios de salud: puesto de salud, subcentro, centro de salud, centro de salud hospital, hospital provincial y hospital de especialidades, distribuidos en el área rural y urbana de la manera antes descrita. Sin embargo, con el propósito de mejorar la esperanza de vida al nacer, se priorizó la atención a los grupos poblacionales (“bio-sociales”) más vulnerables, y a las causas de los mayores problemas de morbimortalidad. Se dió particular atención a los programas: materno-infantil, a los de control de enfermedades diarreicas, de tuberculosis y a las respiratorias agudas, así como también a las enfermedades transmisibles, endémicas y epidémicas; al programa inmunitario; al de salud bucal; al de control sanitario. Se empezó a dar una mayor atención a los problemas de salud mental, de enfermedades crónicas, degenerativas y zoonásicas - en vista de la mayor incidencia de los problemas de salud ligados a la “modernización”-.

A pesar de que, en las apariencias, se siguió manteniendo una política de salud similar a la de la década

precedente, fue evidente el acrecentamiento de la distancia entre los enunciados teóricos y las actividades concretas. De allí que las mediciones y comparaciones entre “metas propuestas” y alcances, tan practicados en el anterior período, dejaron de tener vigencia en los 80.

En el discurso se siguió manteniendo el propósito de disminuir las diferencias regionales y de alcanzar “*salud para todos en el año 2000*” -de acuerdo con la declaración de “Alma-Alta”, suscrita por casi todos los países del mundo.

Para alcanzar tal objetivo el MSP se propuso “reestructurar y expandir los servicios de salud” tratando de conseguir “máxima eficiencia, eficacia y efectividad”.

A nivel más concreto se planteó aumentar la esperanza de vida hasta no menos de los 70 años, reducir la mortalidad infantil a dos por mil, a alcanzar el 100% de las inmunizaciones de los menores de un año, y lograr un 100% de acceso a los servicios de salud.

Frente al optimismo de estas metas constatamos que se ha dado un empeoramiento de las infraestructuras de salud estatal y un deterioro de las condiciones de financiamiento de los programas de salud, como correlato de un agravamiento de las condiciones nutricionales de la población y la vigencia de un perfil epidemiológico revelador de las condiciones deficitarias de vida. Todo esto reclama un balance y un análisis más profundo de lo que significó la crisis del 80 para el estado de salud-enfermedad de la población ecuatoriana.

NOTAS

1 Don Juan Martín de Sarratea y Goyote, contador de Santa Fe y Juez visitador de las Cajas Reales, se asombró al no encontrar en Guayaquil un estanco de aguardiente (Estrada, 1974, 38).

2 En algunos casos se encuentran documentos en los que claramente se describen estos recursos en otros, como en el del hospital de Guayaquil, esta información está dispersa, se han encontrado documentos que hablan del ganado con la marca del hospital aún que no había noticias del hospital mismo.

3 En 1646 el Mayordomo del Hospital de Guayaquil fue autorizado por el Cabildo para vender a dos mulatos (Nicolás y Jorge) que pertenecían al hospital.

4 En una ocasión cuando dos vecinos de Guayaquil quisieron donar dos terrenos para la construcción del Hospital de Guayaquil y para la producción agrícola en procura de cooperar en su autosostenimiento, el Cabildo de Guayaquil rechazó la oferta en vista de que se le había condicionado a que se acepte al menos a una comunidad religiosa para que se hiciera cargo de dicha institución, a lo cual el Cabildo señaló que no podía adoptar ningún compromiso o “congrua” (Estrada, 1974).

5 Es el Hospital de Indias, en Santo Domingo, del que primero se tiene noticias en América. Este fue creado por una caritativa mujer de color; años más tarde fue retomado por el Gobernador Nicolás de Obando, por lo que se le denominó “Hospital de San Nicolás”. (Estrada, 1974, 8). Como éste hay muchos en el Ecuador y el resto de América.

6 En la Edad Media se hicieron pocos aportes a la medicina. El conocimiento científico de la época se sustentó en las traducciones que se hiciera del griego al latín, particularmente de las

obras de Galeno. Así cerca de cada iglesia, convento o claustro se abría un hospital o una enfermería.

7 El Hotel Dieu fue fundado entre 641 - 691 por San Landry, Obispo de Paris.

8 En ninguna época antes ni después del medioevo se dieron tantas epidemias y tanta mortalidad. Esto se debe en parte a las guerras, a la movilidad y a las cruzadas) —hecho que puso en contacto a poblaciones con diversos tipos de inmunidad así como también a la miseria que engendrada por estos procesos, facilitó el intercambio y diseminación de los gérmenes. También jugó un papel importante el crecimiento urbano que experimentó Europa y el estado de hacinamiento en el que vivían las ciudades. La lepra, la sífilis, la peste, el tifus, las fiebres tifoideas causaban gran mortalidad. Hasta mediados del siglo XVII la mortalidad infantil fue tan alta que, en Inglaterra, por ejemplo, se llegó a perder la mitad de los niños nacidos vivos por culpa de las enfermedades. En Londres las ciudades eran sucias y sobre pobladas. Los niños eran envueltos, los oídos llenos de eczemas purulentos; el destete se hacía aplicando quinina en el seno de la madre.

La gran cantidad de niños abandonados condujo a San Vicente de Paul a fundar asilos para estos niños; en 1641 se estableció el Hospital de Niños expósitos en Paris -Luis XII- (Garrison, 1966).

9 Los mejores centros universitarios de Europa se encontraban en Leyden, Paris, Montpellier, y en Holanda. En Alemania, los médicos prácticos se formaban fuera de las universidades.

10 En 1586 de acuerdo a la bula expedida por el Papa Sixto V se crea la “Pontificia Universidad de San Fulgencio”. En 1622 se crean las universidades catedráticas, que pasaron a llamarse “Reales y Pontificias”, con lo que se reconoce un espacio, al menos político, al Estado Monárquico. Mucho más

tarde la universidad de Santo Tomás de Aquino, regentada por los dominicos, será denominada "Ilustre Universidad Real" eliminándose la denominación de Pontificia.

La "secularización" de la universidad, ocurrida en 1776, apenas significó una cierta apertura a los profesores laicos. En 1820, después de la Batalla de Pichincha, pasaría a denominarse "Universidad Pública"; en 1927: "Universidad Gran Colombiana" y sólo a partir de 1830, con el inicio de la vida republicana, la universidad hará honor a esta nueva condición denominándose "Universidad Central Republicana". En 1826 se creó en Quito la primera Universidad Republicana (U.C.) que sustituyó a la de Santo Tomás de Aquino (Montero, 1968, 68).

11 Es en este marco en el que ha de entenderse la desesperada búsqueda del "país de la canela" por parte de los españoles en América. Así fue como Gonzalo Pizarro en 1548 emprendió su viaje al Oriente con 370 españoles y 4.000 indígenas.

12 El propio Cabildo autorizaba a sus administradores para que efectuaran los gastos en función de las necesidades de cada paciente, de acuerdo "*a su disposición y albedrío*" y "conforme viere que *conviene*" (Estrada, 1974, 30)

13 La Junta Soberana que depuso al Presidente de la Real Audiencia de Quito se declaró fiel a Fernando VII, al que lo declaró "el amado, el idolatrado, el justo" (Idem) (Paredes Borja, 1963, 51).

14 Ya desde la conformación de la Gran Colombia se dieron disputas por los territorios de la antigua Real Audiencia de Quito. El encuentro entre Bolívar y San Martín en Guayaquil (26-27 de julio de 1822) en el que se decidía el destino del Departamento de Guayaquil, simboliza "la duda de la Historia" (Deler, 1987, 94). Hay que recordar que Guayaquil pretendía declararse Estado Independiente.

15 Posiblemente porque así eran conocidos en Europa, particularmente en Francia, los territorios contiguos a la línea ecuatorial.

16 La Real Audiencia de Quito estaba conformada por cuatro Departamentos: Quito, Guayaquil, Cuenca y Popayán. Después de la Independencia y al conformarse la Gran Colombia, ésta última integró en calidad de distritos a las que fueron: Audiencia de Quito, Audiencia de Bogotá y Capitanía de Venezuela. La Audiencia de Quito constituía el Distrito del Sur y estaba a su vez constituida por tres departamentos, los de: Quito, Guayaquil y Cuenca. El Departamento del Cauca — antiguo Departamento de Popayán—.

17 El Departamento de Quito, iba desde Carchi hasta las fronteras con Guayas. Su anexión a la Nueva Granada había significado la ocupación por parte del Perú de Loja, Azuay y del Litoral hasta Manabí, para satisfacer las viejas pretensiones que tenía dicho país y para evitar que Colombia se agrandara peligrosamente (Diezcanseco, 1979, 32).

18 La institución del mayorazgo consistía en el "derecho de suceder en los bienes vinculados, esto es, en los bienes sujetos al perpetuo dominio de la familia con prohibición de enajenarlos.

Al principio cualquier persona hábil para testar o contratar podía libremente instituir mayorazgo o vínculo en contrato o testamento de parte o de todos los bienes, con tal que no se perjudicase en su legítima a los herederos forzosos. Desde mediados, del siglo XVIII se exigió la licencia soberana, previa comprobación de la existencia de bienes suficientes y de no defraudar el derecho de los herederos legítimos" (Vargas, 1987, 151).

19 Los jesuitas fueron expulsados por primera vez en 1767 por Carlos III, y en 1851 por el Presidente Urbina.

20 La Madre Superiora de las Hermanas de la Caridad reclamaba al Director de Cárceles que cobre una pensión diaria por las retenidas en "Santa Martha" (Samaniego, 1957, 218).

21 Además que la erección de diócesis y la admisión de nuevos institutos religiosos debe ser aprobada por el Municipio.

(Estas reformas fueron firmadas en el Gobierno de Jerónimo Carrión 1866).

22 Para 1844 la escala de sueldos del hospital San Juan de Dios era la siguiente: Inspector 450 pesos, capellán 250, mayordomo 200, médico 75, cocinero 18, enfermero 9, barbero 6 (Montero, 1968, 107).

23 Según la ley "los representantes del Papa no podían ejercer jurisdicción en la República sin autorización del Gobierno; los arzobispos; los obispos debían presentar promesa de ley para ejercer sus cargos (Pareja Diezcanseco, 1979, 234-235).

24 Los Diezmos eran impuestos que se cobraban en las diócesis, desde la antigüedad y fueron transferidos a América por los Reyes de España. Una parte de ellos estaba destinada a la Corona y otra a la Iglesia.

En 1541 se distribuían de la siguiente manera:

f(2,3) para el rey, f(3,9) para la construcción de la catedral y del hospital; f(4,9) para pagar a los curas; el sobrante debía ir a la Caja del Cabildo eclesiástico.

De los f(3,9), la mitad (es decir noveno y medio del diezmo) correspondía a los hospitales que debían erigirse en cada pueblo; la décima parte de esta cifra debía destinarse al hospital del lugar en el que se fundare una catedral.

Aunque los diezmos podían ser rematados, ésto no exoneraba a la Iglesia de participar a los hospitales la porción correspondiente. La Iglesia buscó permanentemente los mecanismos más efectivos para el cobrar los diezmos. En 1583, por ejemplo, dispuso que vicarios, curas y beneficiados de cada población *no diesen la comunión* de la cuaresma a los deudores del diezmo; sin embargo, no tuvieron el mismo rigor cuando se trataba de participar a los hospitales de dichos ingresos. Por lo regular, en las ciudades importantes los diezmos se destinaron a la "fábrica" (construcción) de catedrales y esta conducta fue reproducida por los curas de pueblo quienes se preocuparon, más bien, por la construcción de sus iglesias que por la de los hospitales.

25 El tomín era un tributo que se empezó a cobrar en 1577. Cada indígena debía pagar a su encomendero una vez por año aunque el cobro se hacía en dos partes: la primera el día de San Juan y la segunda en Navidad. La Cédula Real del 8 de junio de dicho año autorizaba al Virrey Toledo a establecer tasas para los hospitales de indios, pues atender a los indígenas era la principal misión de estos establecimientos durante la colonia.

En la disposiciones para la creación del hospital de Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo que se fundó en Quito, se explicitaba que fundamentalmente estaba dirigido a "... los pobres indios que por su inútil genio, viven en perpetua pobreza" (Estrada, 1974, 169).

El quichua ecuatoriano incorporó el verbo "tuminar" que sin duda significó "tributar". Su uso actual lo "reciprocación" (comunicación verbal de Ruth Moya, noviembre, 1989).

La disposición inicial era de que los fondos así recaudados sirvieran para construir hospitales en los pueblos de reducción pero aparentemente, no fue cumplida. No se construyeron hospitales en dichas localidades pero sí en las ciudades y para el efecto se cobraba impuestos a los indígenas provenientes de amplias áreas geográficas, lo que suscitaba repetidas protestas. Por ejemplo en 1743-1745 los indígenas de Jipijapa, Manta y Picoazá se quejaban ante el Virrey Villagarcía de aportar con el tomín para la construcción del hospital de Guayaquil.

El tributo se seguía cobrando aún cuando los servicios hospitalarios eran suspendidos, lo que también generaba varias protestas.

Posteriormente la imposición subió a tomín y medio provocando nuevos reclamos. En 1754 los indios de Portoviejo se negaron a aceptar tal aumento.

26 Si bien no hay información sobre Guayaquil, de la primera centuria, porque los incendios destruyeron la documentación, se tiene datos desde 1636 (Estrada, 1974, 173).

27 En 1729 se fijaron los censos en un 5%, para 1756 se redujeron a 3%, sin embargo, este cambio fue válido para Quito pero no para Guayaquil, que mantuvo el 5%.

28 La Junta estaba conformada por los regidores Gregorio Mascote, José Antonio Mármol y el padre superior del Hospital Carlos Alzadegui (Estrada, 1974, 147).

29 La Junta Conservadora duró un año y la Junta de Beneficencia se mantuvo vigente de 1826 a 1841.

30 En 1871 se les entregó la botica de San Juan de Dios en Quito; en 1873 se responsabilizan del hospital de Cuenca, en 1876 tomaron a su cargo el Lazareto y el "Camarote", en 1882 el Lazareto y Hospicio de Quito (Samaniego, 1957, 218, 222, 230).

31 Se crea el Colegio Militar, la Academia de Guerra, se dan cursos militares de aplicación.

32 A partir del período garciano la internacionalización del clero alcanzó niveles sin precedentes en la historia. Los re-

ligiosos extranjeros tenían participación activa en la política nacional y el propio Alfaro había sido víctima de su intervencionismo.

33 Según la Ley de Patronato, toda disposición pontificia no podía promulgarse y peor ejecutarse sin la aprobación del Poder Ejecutivo, los representantes del Papa no podían ejercer sus atribuciones si no eran autorizadas por el gobierno, el arzobispo y los obispos debían presentar promesa de ley para asumir sus cargos (Ibid, 234 - 235).

34 Por ejemplo sólo pedían la nómina de Quito, sin tomar en cuenta a otros sacerdotes, sin tener en cuenta a los del Oriente, adscritos a la Junta de Chimborazo (López, De la Torre, 1988, 98).

35 Así lo ilustra el caso de la construcción del Hospital Eugenio Espejo, que si bien demoró tres décadas la culminación de esta obra, una vez terminada constituyó un alto cualitativo y cuantitativo frente al Hospital San Juan de Dios. Pues el "nuevo hospital", como era llamado, era un hospital moderno y de especialidades.

36 El colegio San Bernardo de Loja es el primero en organizar la enseñanza en Medicina -1905-.

37 La profilaxis oftálmica, mediante al credé.

38 La guerra mundial de 1914 había conmocionado las estructuras del sistema monetario por varias razones entre las que se destacan: la división de países en bloques antagónicos, el surgimiento de nuevas políticas económicas estatales.

39 Es decir funcionan con el petróleo oro, tienen monopolio de la emisión de billetes, determinan el tipo de cambio bancario, realizan operaciones en el mercado libre y en última instancia actúan como prestamistas (Rodríguez, 1987, 72).

40 Por ejemplo el presupuesto de 1908 sirvió hasta 1913, el de 1916 se lo aplicó en 1917 y el de 1920 duró hasta 1925 (Almeida, 1987, 121).

41 Cuando decaían las exportaciones, fomentaba las importaciones, cuando no se podía soportar dicha medida por más tiempo, estimulaba el mercado interno y, cuando esto resultaba insuficiente aumentaba los impuestos.

42 Estas medidas potencializaban el beneficio producido por el ferrocarril que había cambiado el paisaje rural serrano y que justamente servía para transportar productos alimenticios serranos como la evidencia. Delier al comparar el tonelaje de productos de Sierra y Costa que eran movilizados por este medio.

43 El partido Socialista se fundó en el Ecuador en 1926 y el partido Comunista en 1931.

44 Si bien en la ley de Asistencia Pública se señala claramente que el encargado de la ejecución de la misma es el Ministro de Previsión Social, Trabajo y Agricultura, repetidamente se le denomina como "Ministro de Asistencia, Higiene, Sanidad, etc."

Esto traduce la ambigüedad formal de la ley, puesto que no hay un ministerio especial para los asuntos de "Asistencia, Higiene, Sanidad, etc.", sino áreas de acción que le competen al Ministro de Previsión Social.

Haciendo un seguimiento de las reformas que se introducen en la ley de reglamento de Asistencia Pública, se puede verificar que la denominación del Ministro de Previsión Social sufre varias transformaciones.

De 1926 a 1928 firma como "Ministro de Previsión Social, Trabajo y Agricultura", o como "Ministro de Previsión Social y Asistencia Pública".

De 1928 a 1941 aparece a veces como "Ministro de Previsión Social y Oriente, etc." (1930); en otras ocasiones como "Ministro de Gobierno y Asistencia Pública" (1931, 1933, 1936) o simplemente, como "Ministro de Previsión Social" (1939).

45 Los países hegemónicos veían entrampadas sus aspiraciones de expansión de la producción y del mercado, por la presencia de enfermedades infectocontagiosas que debilitaban o desmantelaban a los trabajadores y a la población en general, así como también por la disgregación de las instituciones de salud -municipios, entidades nacionales, extranjeras, particulares, públicas-, debido a la forma semiautónoma de conducirlos. Estos dos factores, contrariaban a las necesidades de planificación a gran escala, que planteaban las nuevas condiciones económicas del país.

46 Es decir que fueron excluidos estos nuevos territorios de las respectivas Juntas.

47 Las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Pública estaban integradas, mayoritariamente por representantes municipales y los establecimientos de salud eran atendidos y administrados por sacerdotes y religiosas.

48 El Ejecutivo nombraba al Director y a dos Vocales, los dos restantes eran elegidos: uno por el Concejo Cantonal y otro por la Facultad de Medicina (R.O. 182: 16 de febrero, 1926, art. 6).

49 Por lo tanto debían residir en Quito, Guayaquil o Cuenca,

según la Junta Central de que se trate. Además, hay que tomar en cuenta a la deficiente infraestructura vial y de transporte de la época.

50 De allí que se fueron haciendo reformas legales, mediante las cuales se iban reduciendo el número de miembros de las Juntas con los que se podía realizar una sesión.

51 Solo el numeral "a" hace referencia a todas las haciendas serranas de la Iglesia que fueron nacionalizadas.

52 Las haciendas que no fueron parceladas continuaron funcionando con los sistemas de administración y arrendamiento.

53 El primer Plan de Salud (1973-1977) permitió la creación del sistema de salud del país, el mismo que contribuyó a la consolidación del MSP.

54 Teóricamente esta meta produjo una confluencia de esfuerzos de todos los países del mundo: de los del "Grupo Contadora" (México, Panamá, Colombia y Venezuela) del "Grupo de Apoyo" (Argentina, Brasil, Uruguay y Perú) de otros países que dan apoyo internacional, como los de la Comunidad Económica Europea e Italia, también estaban presentes organismos internacionales como UNICEF, OPS, PASCAP, INCAP, ACAFAM, etc. (Idem). El análisis de las metas y estrategias del plan da cuenta de que éste reproduce y legitima la relación desigual entre los países de mayor y menor desarrollo económico del mundo y de los sectores sociales, dentro de los últimos.

55 La OMS recomienda como mínimo en promedio, dos consultas por cada habitante y por año.

56 Tasa de mortalidad= número de muertos por 1.000 habitantes. Tasa de mortalidad infantil y materna= número de muertos por cada 1.000 nacidos vivos.

57 Tasa de Mortalidad= número de muertos por 1.000 habitantes

Tasa de Mortalidad Infantil y Materna= número de muertos por cada 1.000 nacidos vivos

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, A. R., et. al., 1987, "Finanzas públicas antes y después de 1925" *Crisis y cambios de la economía ecuatoriana en los años veinte*, Banco Central del Ecuador, Quito.
- AMUNARRIZ, U.M., 1984, *Paragonimiasis en la Región Amazónica ecuatoriana*, CIEI, UNAE, CICAME, Pompeya.
- ANDRADE, B., 1987, "Reseña de una década que forjaría historia", *Crisis y cambios en la economía ecuatoriana en los años veinte*, Banco Central del Ecuador, Quito, 25 - 37.
- BONILLA, A., 1987, "La revolución Juliana: una ventana a la modernidad", *Difusión Cultural n° 6*, Banco Central del Ecuador, Quito, 41-44.
- CALIX, R.F., 1987, *El método dialéctico de desarrollo curricular, una alternativa más en la educación y la práctica médica de Centro América* (XIX Conferencia del simposio. Las universidades en América Latina y la estrategia mundial para alcanzar salud para todos en el año 2000), ALAFEM.
- CONADE, 1988, *Política de Población de la República del Ecuador*, Ed. Fraga, (S.L.).
- CORDERO, L., et. al., 1981, *Hito en la historia de la medicina en el Azuay*, Municipalidad de Cuenca, Sociedad de Historia de la Medicina capítulo del Azuay, Cuenca.
- DE LA TORRE, A., (Ministro de Salud Pública), *La Salud como Factor del Desarrollo Nacional*, Diciembre, 1976 (fotocopia).
- DELERJ, P., 1987, *Del Espacio al Estado Nacional*, Biblioteca Geográfica Ecuatoriana, Banco Central del Ecuador, Quito.
- ESTRADA, I.J., 1974, *El Hospital de Guayaquil*, 2a. ed. Archivo Histórico del Guayas, Guayaquil.
- ESTRELLA, E., 1980, *Medicina y estructura socio-económica*, 1ra. ed., Ed. Belén, Quito.
- GARCIA, J.C., 1979, "La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social", *Salud y política*, Universidad Autónoma de Santo Domingo, 1ra. edic., Santo Domingo.
- GARCIA, J.C., 1981, "La medicina estatal en América Latina (1880-1930)", *Revista Latinoamericana de Salud*, Ed. Nueva Imagen, México.
- GARRISON, F.H., 1966, *Historia de la Medicina*, 4º ed. ECLALSA, México.
- GONZALEZ SUAREZ, F., 1970, *Historia del Ecuador*, Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito.
- HERMIDA, B.C., et. al., 1988, "Enfermedades tropicales leishmaniasis cutánea. Enfoque médico-social", *Serie Investigaciones originales n° 2*, Instituto Juan César García, Quito.
- HERMIDA, P.C., 1979, *Resumen de la Historia de la Medicina*, 2a. ed., Publicaciones y papeles, Cuenca,
- JACOME, A.L., et. al., 1987, *Estudio de caso de la práctica de salud en el hospital San Juan de Dios, durante el período de 1925 a 1974*, Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- LANDAZURI, H., et. al., 1988, *El medio ambiente en el Ecuador*, ILDIS, Quito.
- LANDIVARM, A., 1981, *Aportes para la historia de la medicina*, Colegio de Médicos del Azuay, Sociedad Ecuatoriana de Patología núcleo del Azuay, Cuenca.
- LEONL, A., 1987, *Serie historia de la medicina latinoamericana, n° 1*, "Daniel Carrión héroe y mártir de la medicina latinoamericana", Instituto Juan César García, Quito.
- LOPEZ, R, et. al., 1987, *Políticas estatales y salud*, (documento inédito).
- MADERO, J.O., 1980, *Ecuador: Políticas de salud y efectos en los sectores sociales, 1970-1980*, Tesis, FLACSO, Quito.
- MARCHAN, R.C., 1987, "Crisis nacional, aprovechamiento regional y discriminación social de sus efectos económicos (1920-1927)", *Crisis y cambios de la economía ecuatoriana en los años veinte*, Banco Central del Ecuador, Quito.
- MERCER, H., 1976, "La práctica médica", *Medicina: economía y política*, Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales n° 84, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM, México.

- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, "Informe de labores. Período febrero 1972-agosto 1973, APL, Quito.
- MONCADA, J., 1983, "Panorama general de la economía en el Ecuador Republicano", *Economía Ecuador 1830-1980*, Tercera parte, Corporación Editora Nacional.
- MONCADA, J., 1983, "Panorama general de la economía en el Ecuador Republicano", *Economía Ecuador: 1830-1980*, Primera parte, Corporación Editora Nacional, Quito.
- MONTERO CARRION, J.A., 1968, *Maestros de ayer y de hoy. Valores de la Medicina ecuatoriana*, III Tomo, Talleres Gráficos del Colegio Eloy Alfaro, Quito.
- MÖRNER, M., *Evolución demográfica durante el período colonial*, Cuadernos de Historia Social y Económica, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Bogotá (s.f.).
- MUÑOZ, V.E., 1978, "El 15 de noviembre de 1922 su importancia histórica y sus proyecciones", *Segundo Encuentro de Historia y realidad económica y social del Ecuador*, IDIS, (Universidad de Cuenca), Banco Central del Ecuador, Cuenca.
- MURATORIO, B., 1982, *Etnicidad, evangelización y protesta en el Ecuador: una perspectiva antropológica*, CIESE, Quito.
- NARANJO, P., et. al., 1981, Capítulos de Historia de la Medicina en el Ecuador y Colegio de Médicos del Azuay, Sociedad Ecuatoriana de Historia de la Medicina, capítulo del Azuay, Cuenca.
- OJEDA, S.L., 1986, "Evolución Histórica de la protección de menores en el Ecuador", *Planificación N° 24*, Consejo Nacional de Desarrollo CONADE, Quito, 113-128.
- OPS, OMS, *Diagnóstico del sector salud. Ecuador narrativo del país. Ecuador 1984*, (fotocopia), Quito.
- ORTIZ, G., 1983, "El profundo cambio socioeconómico en los 150 años de vida republicana", *Economía. Ecuador 1830-1980*, III primera parte, Corporación Editora Nacional, 13-50.
- PAREDES BORJA, V., 1963, *Historia de la Medicina en el Ecuador*, Tomo I y II, Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito.
- PAREJA DIEZCANSECO, A., 1979, *Ecuador: La República de 1830 hasta nuestros días*, Ed. Universitaria, Quito.
- PNUD (PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO), Desarrollo de servicios de salud rurales (región Sud), (fotocopia), s.d.
- QUINTERO, R., 1978, "El carácter de la estructura institucional de representación política en el Estado ecuatoriano del siglo XIX", *Segundo encuentro de historia y realidad económica y social del Ecuador*, IDIS, Banco Central del Ecuador, Cuenca.
- RODRIGUEZ, F., 1987, "Inestabilidad monetaria internacional y nacional. Cambios de orientación de la economía y de la política en el Ecuador (1914-1927)", *Crisis y cambios de la economía ecuatoriana en los años veinte*, Banco Central del Ecuador.
- SAMANIEGO, J.J., 1957, *Cronología Médico ecuatoriana*, Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito.
- SUAREZ, J., et. al., 1987, *La situación de la salud en el Ecuador 1962-1985*, MSP, ININMS, OPS/OMS, Quito.
- SUAREZ, P.A., 1926, *Anales de la Sociedad Médico Quirúrgico del Guayas*, "Informe sobre la Primera Conferencia Panamericana del Director General de Sanidad. Sanidad Pública", Año XVIII, 1 vol. VI. n° 10.
- VARGAS, J.M., 1987, *La economía política del Ecuador durante la Colonia*, Banco Central del Ecuador, Corporación Editora Nacional, Quito.

FUENTES PRIMARIAS UTILIZADAS; ARCHIVO DEL PALACIO LEGISLATIVO

Siglas: R.O. = Registro Oficial

EL NACIONAL, R. O.: diciembre, 29, 1869

- EL NACIONAL, R. O.: 369, mayo 22, 1869
 EL NACIONAL, R. O.: 371, junio 15, 1869
 EL NACIONAL, R. O.: 384, agosto (18-30), 1869
 R. O. n° 160, mayo 27, 1896
 R. O. n° 522, martes 11 de enero, 1898
 R. O. n° 566, marzo 16, 1898
 R. O. n° 723, noviembre 5, 1898
 R. O. n° 724, noviembre 7, 1898
 R. O. n° 728, noviembre 11, 1898
 R. O. n° 182: 16II/26
 "Ley de Asistencia Pública"
 R. O. n° 4 7 IV/26
 "Reformas a la Ley de A.P.
- R. O. n° 667: 16 de junio 1928
 Exoneración a la Junta de Beneficencia del Guayas de rendir cuentas al Tribunal del Ramo
 R. O. n° 748: 38 IX/28
 Facúltase a las J.C. de A.P. para que puedan pagar los servicios profesionales a médicos especialistas
 R. O. n° 7:3 XII/32
 El Estado reconoce el derecho de las personas privadas a establecer instituciones o servicios particulares de asistencia. Reglamento de la J.C. de A.P.
 R. O. n° 175:17 V/32
 Banco Central único depositario de los fondos de gobierno
 R. O. n° 42: 5 XII/31
 Facúltase a las J.C. y Provinciales A.P. celebren transacciones con los arrendatarios de bienes raíces.
 R. O. n° 7 : 13 XII/32
 De la Organización
 R.O. n° 3: 24X/33
 Se exonera a la J. de B. de Guayaquil de impuestos
 R. O. n° 54: 26 XII/33
 Reformas a la ley de A.P.
 R. O. n° 208: 8 VI/36
 Reformas a la Ley de A.P.: Miembros de las Juntas Aspectos Administrativos.
 R. O. n° 130: 3 III/36
 Adjudicase a la A.P. de Imbabura un edificio
 R. O. n° 270: 21 VIII /36
 Adjudicase a la A.P. de Imbabura un edificio
 R. O. n° 230: 21 VIII/36
 Refórmase el reglamento
 R. O. n° 216: II VII/36
 Exonérase de impuesto a la escritura por arrendamiento de Tolontag
 R. O. n° 213: 13 VI/36
 Autorización al Banco Central a hacer empréstitos a la J.C. A.P.
 R.O. 199: 26 V/36
 Autorización a la J.C. de A.P. a ceder un molino de agua
 R. O. n° 50: 7 X/37
 Exoneración de impuestos a las asignaciones destinadas a Beneficencia e Institución Pública.
 R. O. n° 50: 23 XII/37
 Reformas a la Ley de A.P. sobre incompatibilidad de los directores, vocales y empleados de A.P.
 R. O. n° 81: 7 III/39
 Ampliase el Acuerdo Ejecutivo 365 sobre creación de rentas para las J. de A.P.
 R. O. n° 184 y 185: 12 y 13 VII/39
 Incremento de partidas (S/. 10.000)

- R. O. nº 67: 21 XI/40 p. 362
Reforma a la ley: subdirectores de J. Provinciales preferentemente médicos.
Otros empleos.
R. O. nº 341: 15 X/41
Créanse impuestos para la J.B. de G. y de la A.P. de Los Ríos
R. O. nº 347: 22 X/41
Autorización a J.A.P. de Cotopaxi a vender terrenos
R. O. nº 395: 18 XII/41
Sanidad: Asistencia Gratuita y defensa biológica del campesino del Litoral.
R. O. nº 626: 21 IX/42
Creación de impuestos para J.B.G. y A.P. de Los Ríos
R. O. nº 932/43
Creación Impuestos J.B. de G. y J.A.P. del país
R. O. nº 937: 30 IX/43
Declárase obra nacional de saneamiento de Ibarra y créanse impuestos para dicha obra.
R. O. nº II: 13 IX/48
Derecho al pago de honorarios de los médicos de la A.P. por intervenciones quirúrgicas.
R. O. nº 93: 23 XII/48
Reformas a la Ley de A. P.
R. O. nº 940: 10 X/59
Reformas a la Ley de A.P. Presición de normas jurídicas. Se cambió "A. Pública" por "A. Social"
R. O. nº 122: 2 IV/62
Reforma al Reglamento para la aplicación de la ley de cosméticos
R. O. nº 502: 18 V/65
Reglamento para transferir fondos de A.P. al IERAC
R. O. nº 537: 7 VII/65
Regl. Abolición del huasipungo
R. O. nº 083: 20 VI/67
Créanse rentas paa la A.P.
R. O. nº 292: 23 X/69
Incrementátese rentas para las Juntas de A.S.
R. O. nº 313: 24 XI/69
Reglamentátese para que saldos de cuentas de depósitos monetarios por más de 10 años pasen a la A.P.
R. O. nº 278: 2 X/69
Permitan lotes de terreno la A.S. y la Sociedad Amiga de los Ciegos
R. O. nº 279: 3 X/69
Reforma al D.S. 507 6 de febrero 26/65 Fondos de J. de B. de G. relacionado a fondos para la J. de B. de G.
R. O. nº 162: 12 II/71
Parcelación de predios rústicos de A.P.
R. O. nº 48: 25 IV/72
-

MEDIO SOCIAL, MEDIO GEOGRAFICO Y SALUD

César Hermida Bustos
Silvia Argüello Mejía

Instituto Juan César García
Fundación Internacional de Ciencias

Existe un creciente interés por explicar el efecto que producen las condiciones naturales en la salud, sobre todo en países como el Ecuador, en el que se presenta una diversidad de paisajes en una superficie relativamente pequeña.

Si bien esta preocupación se encuentra en las tempranas descripciones de cronistas, sólo a mediados del presente siglo, período en el que se deterioran las condiciones de vida para la mayoría de la población, cobra sistematicidad y se la asocia directamente con las condiciones de vida.

Considerada la influencia del aspecto geográfico en la salud, se dan por lo general dos enfoques:

1. El unicausal, en el que el factor geográfico se explica como determinante del estado de salud de la población.

2. El multicausal, en el que el factor geográfico constituye una de las explicaciones del estado de salud.

En el Ecuador estas posiciones han hallado terreno fecundo en la explicación del bocio y cretinismo para el caso serrano y de algunas de las enfermedades conocidas como "tropicales", para la Costa.

Una concepción que supera los enfoques anteriores es la social, que define las condiciones naturales como la base material de la vida en sociedad y como un proceso en movimiento continuo.

Esta concepción supone la participación activa del hombre ya que el medio geográfico es una condición relativamente permanente y el hombre, a través del trabajo, adapta, acondiciona y domina la naturaleza.

Si bien las condiciones geográficas favorables pueden acelerar el desarrollo de la sociedad y las desfavorables retrasarlas, éstas constituyen sólo condiciones potenciales de la vida de la sociedad, de modo que en un país como el Ecuador, en zonas de abundante riqueza natural no corresponden necesariamente mejores condiciones de vida y salud.

Históricamente la formación social ecuatoriana ha definido zonas geográficas de alto riesgo para la salud, no por su ubicación espacial sino por el bajo desarrollo productivo, cuyo resultado son áreas con un alto grado de depauperación, segregación y aislamiento.

1. FORMACION PRECOLONIAL

Cuando llegan los españoles a la zona andina en el siglo XVI, existen por una parte grupos nómadas y por otra, nacionalidades indígenas(1), inmersas en un sistema de producción "andino tributario" (2) instaurado por el Estado Inca sobre una modalidad productiva similar, en la que existió el predominio de la agricultura, la propiedad y trabajo comunitarios.

La modalidad productiva del Estado Inca se diferencia de su precedente, en que la tierra y el producto del trabajo humano se convierten en propiedad estatal, los mismos que son redistribuidos entre la comunidad, el ejército y la nobleza.

Considerado el mundo andino como totalidad, se puede decir que su especificidad se constituye por el control que cada pueblo o comunidad tuvo sobre varios pisos ecológicos, lo cual ha sido ampliamente descrito por John Murra (1975), control que significó un gran

conocimiento del hombre andino sobre ambientes naturales diversos.

Franz Salomon (1980) destaca la existencia de una diferencia cualitativa en relación a este control vertical en el territorio ecuatoriano: la de un intercambio importante de productos entre sitios intermedios y distantes, factor que determinó de cierta manera una especialización del comercio entre pueblos productores de bienes de subsistencia y pueblos productores de bienes suntuarios y rituales.

La gran importancia del intercambio se evidencia en el desarrollo de los mercados (tiangués), en la especialización de los grupos (caras, yumbos, manteños, otavalos) y en la protección que rodeaba a los comerciantes (vg. extensión de tributo) (Estrella, 1988: 39).

Los grupos nómadas, por su parte, mantuvieron formas productivas propias, acordes al medio ecológico, caracterizado por una producción agrícola itinerante, que muchos autores han descrito como un uso racional de los recursos naturales. Estos grupos si bien mantuvieron un intercambio con las otras regiones tuvieron un relativo autoabastecimiento y autoreproducción.

Solo el empobrecimiento del suelo hacía que estos grupos abandonaran el lugar en busca de tierras fértiles.

El asentamiento más importante para ellos correspondió a las riberas de los ríos cercanos al mar y los valles serranos.

Este patrón de asentamiento permitió un importante desarrollo de algunos grupos, tanto en la Sierra como en la Costa.

En la Sierra se han definido al menos cinco zonas culturales que coinciden en la actualidad con una o varias provincias:

- Carchi, extensión de 3.800 km²;
- Pichincha, Cotopaxi y Tungurahua, extensión de 25.500 km²;
- Chimborazo y Bolívar, extensión de 9.700 km²;
- Cañar, Azuay y Loja, extensión de 22.200 km² (Knap, 1987)

La cuarta área cultural presenta, por ejemplo, un claro dominio del hombre sobre la naturaleza; descrita como árida, con fríos páramos, sería asiento de muchos grupos en los cuales se desarrolló el riego artificial, se dio un gran avance artístico y se constituyó una fuerte organización social.

En la Costa se han descrito al menos nueve civilizaciones que alcanzaron un gran desarrollo y correspondieron al período comprendido entre 500 a.n.e. y 1500 d.n.e.

Carlos Larrea (1977) refiere que los primeros agricultores debieron tener una vida semisedentaria y seminómada porque, luego de sembrar y mientras se esperaba la cosecha, vagaban recolectando frutos en las selvas y enmarañados boscajes donde también cazaban con hondas, dardos y bodoqueras.

La mayoría de cronistas coinciden en señalar buenas condiciones de vida de los pobladores a pesar de las diferencias sociales existentes.

"... a los primeros españoles que llegaron a nuestras costas, les llamó la atención la organización social de los indígenas, la abundancia de alimentos, las poblaciones bien estructuradas, y un tipo de hombre saludable, fuerte, belicoso y despierto. Todo esto, claro, antes que la opresión y la enfermedad los maltratara.

En la Sierra, a los hombres constructores de tolas (Imbabura), se les califica como de estatura mediana y bastante robustos; a los cayambis, como guerreros tradicionales, valerosos impulsivos; a los Puruháes, belicosos, fuertes y de sutil ingenio y, finalmente, se dice que los Cañaris eran gente sana y calzada, donde se vieron muchos viejos y viejas; y así en verdad que viven mucho más en la Región caliente, donde si estos bajan, enferman luego por ser tan grande la diferencia; el cual ellos no hacen si van a la región fría". (Estrella, 1980)

El mismo autor ha descrito en otra obra la gran variedad de productos, tanto de origen serrano como tropical, muchos de los cuales fueron utilizados no sólo como alimentos sino como recipientes, forraje, productos rituales y medicina. Igualmente se señala el alto conocimiento del procesamiento y almacenamiento, siendo la alimentación variada. Una dieta cotidiana estaba constituida generalmente por cereales, tubérculos, leguminosas, a los que se añadía una ración de carne. (Estrella, 1988: 61-62).

Existieron algunas enfermedades en este período, pero al parecer éstas no tenían el carácter de endémicas. A continuación se citan algunas de ellas:

- leishmaniasis americana
- tripanosomiasis americana
- carate o mal de pinto
- parasitosis intestinal
- enpeines o epidemofitosis
- verruca peruana
- afecciones catarrales
- trastornos gastrointestinales
- diarreas
- desinterías
- enteritis
- parotiditis
- bocio o coto
- mal de montañas y soroche
- tuberculosis
- tifus clásico o epidémico

vicho o mal del valle
 niguas
 escabiosis
 paludismo
 sífilis (en discusión) (Idem)

2. EL SISTEMA COLONIAL

Existe una profusa discusión sobre la definición de lo colonial. Algunos autores lo han definido como feudal, otros como capitalista y unos terceros como un período de transición, como un proceso de acumulación originaria del capital. Se considera que la tercera posición define más exactamente este período.

Las etapas de acumulación originaria tienen su centro por orden cronológico más o menos preciso, en España, Portugal, Holanda, Francia e Inglaterra, países que se sintetizan en el sistema de la deuda pública, el moderno sistema tributario y el sistema proteccionista. El descubrimiento de América fue el comienzo de una guerra de exterminio y esclavización de la población aborigen.

J. Stanley y B.A. Stein (1977) señalan que los españoles se tomaron entre 60 y 80 años para construir un imperio en América y alrededor de 200 años de ensayo y error para establecer los elementos esenciales de una economía vinculada con España y Europa Occidental.

Esos elementos eran:

1. Una serie de centros mineros en México y Perú
2. Regiones agrícolas y ganaderas periféricas a los centros mineros, para el aprovisionamiento de víveres y materia prima.
3. Sistema comercial para encauzar la plata y el oro a Europa Occidental por los bienes producidos.

Constituye un elemento fundamental en la instauración del nuevo sistema la propiedad privada de la tierra, proceso en el que jugó papel decisivo el derecho establecido por la Corona española, por el cual ciertos individuos podían acaparar la tierra, el producto de la actividad extractiva y sobre todo el excedente del trabajo indígena.

En el sentido arriba señalado, denominarlo sistema "hacendatario" puede considerarse como acertado(3)

La Sierra ecuatoriana ofrece en este período dos situaciones diferentes: al Norte y al Sur del Nudo del Azuay; en la Sierra Centro Norte se consolidan las haciendas a lo largo del siglo XVI y XVII, como productoras agrícolas, pecuarias y obrejeras; en la Sierra Sur se constituyen importantes centros mineros. (Mapa 1).

La imposición colonial significó un cambio en los centros administrativos y políticos. En el caso del Perú,

el Cuzco pierde su importancia para dar paso a Lima, y las minas de Potosí se convirtieron en zonas de atracción del país, (Watchel, 1973: 82)

"La desorientación del espacio se manifiesta igualmente en escala regional y aún en la local. La complementación vertical de la economía andina, que asociaba las culturas escalonadas desde el nivel del mar hasta una altura de 4.000 m. sufre también graves alteraciones. Algunas veces son los propios españoles quienes por desconocer el sistema indígena lo atacan directamente, repartiéndose encomiendas y separando "colonias" (pobladas en gran parte por "mitimaes") de su centro de origen" (Idem).

El mismo autor refiere la baja del espacio cultivado y de su rendimiento, parte de lo cual se explica por la usurpación de las mejores tierras (por los españoles) y por la disminución brusca de la población.

H. Larrain Barros (1980), refiriéndose a la Sierra Norte del Ecuador, sostiene que las comunidades indígenas fueron día a día más comprimidas a vivir en espacios geográficos reducidos o repelidas a las áreas de menor productividad o más difíciles de cultivar, como las laderas empinadas de los cerros hasta los 3.600 y 3.700 m. de altitud.

La mita (trabajo obligatorio), ha sido considerada por muchos autores como el elemento de mayor eliminación de población de la Sierra ecuatoriana y comparado con el sistema esclavista. Esta fue aplicada no sólo al trabajo extractivo sino a todas las actividades productivas: cultivo, servicio personal, oficios manuales y otros.

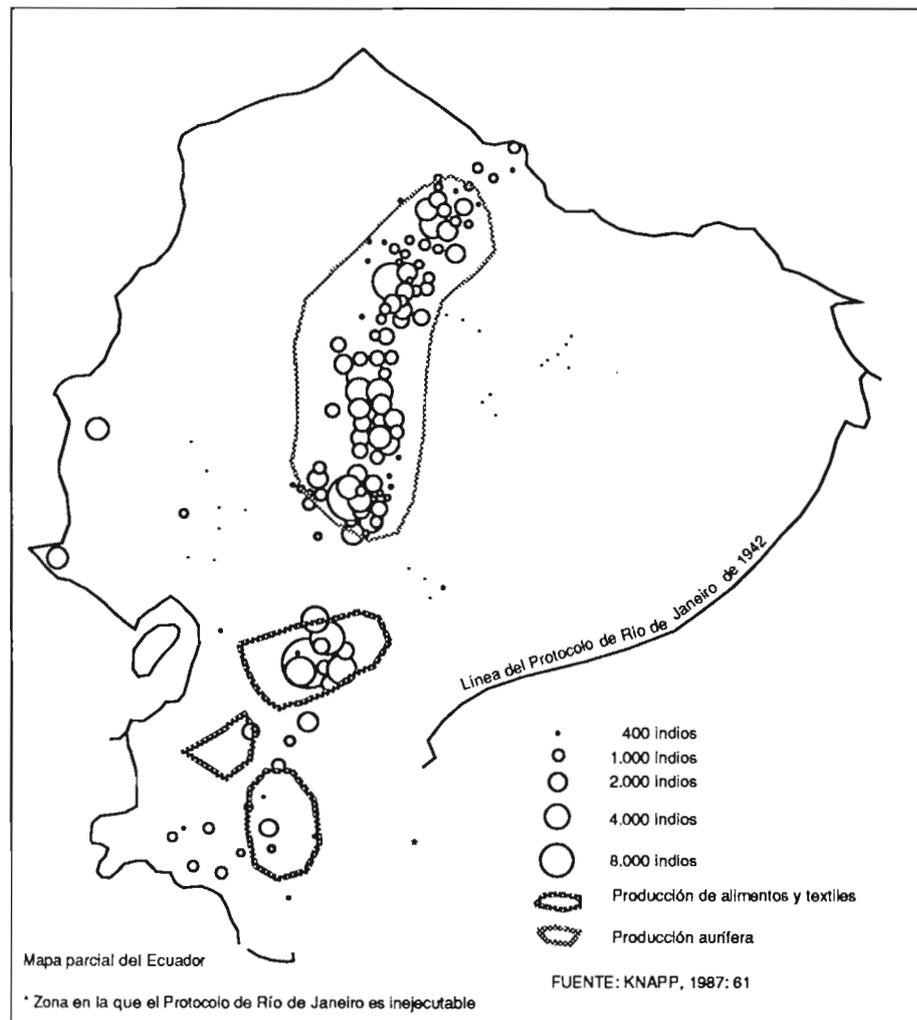
Existe abundante documentación sobre las condiciones de vida y salud de la población en este período. Antonio de Ulloa sostiene que en la provincia de Quito, durante 1743 y 1744.

"... la escasez de los granos fue mucha y la impiedad con que los amos trataron a los indios que cultivaban las haciendas fue horrible que les suspendieron aquel su único alimento <el maíz> por venderlos a precios altos, de lo que provino una gran mortandad de indios en todas las haciendas, además de la que se experimentó en muchos pueblos, muchos de los cuales casi asolados..." (Ulloa, 1980: 293).

La explotación de la fuerza de trabajo indígena a través de minas, obrajes y producción agrícola hacendaria, redujo a los indígenas en general a un consumo mínimo, por lo que éstos en toda la Sierra iniciaron su deterioro biológico: desnutrición proteico energética, bocio y cretinismo, hipoavitaminosis, anemia y otras, que se convirtieron en enfermedades endémicas.

Las consecuencias de la encomienda, la mita y el tributo fueron devastadoras para la población, tanto en

Mapa 1. Asentamientos indígenas y zonas productivas más importantes en el Ecuador. siglo XVIII



lo que concierne al aspecto demográfico, como al aspecto social.

Al respecto, Mariátegui (1976:47) hace un comentario revelador:

“La persecución y esclavizamiento de los indios deshacía velozmente un capital subestimado en grado inverosímil por los conquistadores: el capital humano. Los españoles se encontraron cada día más necesitados de brazos para la explotación y aprovechamiento de las riquezas conquistadas. Recurrieron entonces al sistema más antisocial y primitivo de colonización: el de importación de esclavos/.../ La raza negra traída por él le tenía que servir entre otras cosas, para reducir el desequilibrio demográfico entre el blanco y el indio” (Mariátegui, 1976:47)

Para los indígenas que sólo conocían las enfermedades “de campo” como “el ojo” o “el susto” y otras formas de perder el alma, para todas las cuales tenían remedios, aparecieron otras enfermedades, “las de Dios”, pero de un Dios ajeno. Incluso las heridas de guerra y

los accidentes no habían sido enfermedades para ellos sino dolores naturales que se curaban pronto. Sus propios dioses mandaban castigos, a veces terribles, como el fuego o las inundaciones que bajaban de las alturas, pero que pasaban pronto y sólo algunos morían. Las enfermedades del Dios ajeno eran terribles porque dañaban y podrían el cuerpo y mataban a mucha gente, y nadie conocía ni había conocido por qué venían ni cómo se evitaban, pero vinieron del Norte, como mal agüero, por donde vinieron los conquistadores y al mismo tiempo, por eso el Inca Rey murió escondido por su mal pestilente y deprimido por el porvenir de su raza.

Las enfermedades de Dios se incrementaron (viruela, sarampión, tosferina, difteria) y los muertos se multiplicaron con granos en el cuerpo, fiebres, tos, ahogos, cámaras o diarreas, afectando más a los indios que trabajaban en las mitas que a aquellos que servían en la casa de la hacienda.

Las condiciones económicas y laborales impuestas por la colonia, unidas al gran número de epidemias

como verrugas, bubas, fiebre, paludismo, tabardillo (tifus), garrotillo (difteria), sarampión y viruela, configuraron un resultado catastrófico.

Aguilar Vásquez (Cfr. por Fierro Benítez, 1982), equipara al sistema colonial americano con una sistemática hiponutrición de los diversos pueblos. La malnutrición y el bocio se convierten en problemas endémicos en el siglo XVIII y se presentan en toda la zona andina. Algunos autores como Greenwald y MacCledon, han insistido en que el bocio endémico no existió antes de la venida de los españoles. La literatura médica sobre bocio empieza a ser frecuente luego del dominio español y abundante en el siglo XIX. Son reveladoras las descripciones de Caldas, Humboldt, Boussignault, Herdón, Ulloa, Avendaño, Troya, Suárez, Villacrés y otros.

Estos autores destacan varias características de la enfermedad:

- . La gravedad, ya que no sólo distorsiona el aspecto externo sino que repercute sobre todo en el funcionamiento neurológico
- . El carácter hereditario
- . La incidencia sobre poblaciones empobrecidas de altura, con poca o ninguna asistencia estatal
- . La incidencia en los grupos sociales más pobres de estas poblaciones.

La crisis del sistema colonial no solo representa crisis en términos demográficos sino también crisis de producción, existiendo una brusca baja de la producción agrícola, textil y extractiva.

La incipiente burguesía comercial y el grupo terrateniente serrano verán en los puertos la salida a sus problemas productivos. La producción de café, cacao y algodón empiezan a ser negocios rentables para los grupos dominantes.

En el litoral se constituyen focos productivos con miras hacia la agroexportación; sin embargo, padecían del problema básico de la población, que por un lado era escasa y que por otro sucumbía fácilmente a los "focos malsanos", que se habían activado con el trabajo del hombre, en nichos ecológicos hasta el momento vírgenes.

La relación de las metrópolis con las colonias exigió atender a los problemas de salud de estas zonas "tropicales" de acuerdo a la distribución geográfica de las enfermedades(4), explicar los "factores" que intervenían(5), buscando nuevas relaciones(6), desde el punto de vista central y no local(7).

En las zonas tropicales y subtropicales, muchos gérmenes se habían acostumbrado a vivir en el organismo de otros animales como parásitos(8). Ahí cumplían parte de su ciclo vital. A veces requerían más

de un animal para completar todo su ciclo. Los animales que hospedaban al germen eran los reservorios, y los que lo transmitían, los vectores.

El germen era un gusano cuya larva ingresaba por las resquebrajaduras entre los dedos de los pies desnudos sumergidos en el agua, como en el caso de la anquilostomiasis y terminaba en la mucosa del duodeno nutriéndose de sangre, lo que provocaba anemia y debilidad: por eso se denominó "la enfermedad de la pereza" (su germen fue traído y diseminado en América por los esclavos africanos). En el caso del paludismo, era un unicelular que ingresaba con la picadura de un mosquito que lo tenía en su intestino hasta donde había ido, proveniente de otro ser humano o de un animal reservorio como en el caso de la Leishmaniasis. En este caso, el germen provocaba úlceras en la piel y destruía los glóbulos rojos, causando anemia en cíclicos períodos de fiebre y escalofrío.

En el caso de la enfermedad de chagas, era un unicelular que ingresaba por la picadura de un triatoma y se localizaba finalmente en diversos órganos como el intestino, los riñones y sobre todo el corazón, o era una larva depositada por una mosca, que ocasionaba nódulos en la piel y despigmentación y ceguera como el caso de la oncocercosis, o un virus que un mosquito traía de otro enfermo y afectaba al hígado provocando ictericia y finalmente la muerte con vómitos sanguinolentos, como en la fiebre amarilla u hongos y gérmenes intermedios entre hongos y bacterias, presentes en el fango y en la basura.

A estos ciclos de historia natural se encadenaba el trabajador agrícola que talaba los árboles y acababa con la selva para hacerla productiva. El ciclo natural se convertía de esta manera en un proceso de salud-enfermedad social.

3. LA REPUBLICA

Para la incipiente burguesía comercial de la Costa y los terratenientes serranos, el poder español se había convertido en una barrera en su necesidad de expansión. La independencia americana pone fin a éste y define en términos de la producción regiones claramente diferenciales: la Sierra como abastecedora de alimentos y de mano de obra, y la Costa como monoprodutora para la exportación.

La Sierra experimentará poca modernización, manteniéndose el sistema tradicional de producir: trabajo comunal rural y formas precarias de producción. El desarrollo de focos productivos en la Costa exigía romper con las barreras impuestas a la mano de obra y a la propiedad de la tierra.

El siglo XIX marcó hitos históricos importantes,

que han sido explicados por A. Cueva (1979: 67-79):

- expropiación masiva de los bienes de la Iglesia;
- producción masiva y fraudulenta de las tierras fiscales;
- asalto a la propiedad comunal;
- ampliación de las fronteras y pacificación de los grupos indígenas;
- extenso proceso de expropiación campesina;
- manumisión de esclavos, y
- liberación del capital comercial

El área circundante al Puerto de Guayaquil ve crecer rápidamente su población y sus problemas de salud. El paludismo, y la bubónica, se constituyen en problemas de salud pública.

Las enfermedades en la Sierra son igualmente problemáticas; sin embargo, el desarrollo y difusión del conocimiento, tanto empírico como "científico" (biológico) sobre las enfermedades tropicales, serán muy amplios, a diferencia de aquellos sobre la desnutrición en las zonas montañosas, básicamente por las siguientes razones:

1. Tanto las enfermedades como los conocimientos se desarrollan en el proceso del capitalismo monopólico mundial
2. Existe mayor movilización de ideas y personas a través y por la movilización de mercancías
3. La teoría unicausal del germen, el vector y el reservorio, encaja perfectamente en la mentalidad positivista, dentro del proyecto capitalista monopólico. (Hermida, 1988: 12)

En el Ecuador en el siglo XIX, se establecieron servicios médicos estatales en las zonas de producción caacotera, para la protección de la fuerza de trabajo. Los principales hospitales se construyeron en Babahoyo, vía Esmeraldas, vía Manabí, vía Guayaquil, Quito, Portoviejo, Esmeraldas, Vinces, Machala, Yaguachi, Zaruma y Ancón (Estrella, 1976: 268-269).

4. DESARROLLO CAPITALISTA

Para algunos autores el desarrollo capitalista del país se produce en el último cuarto del siglo XIX, que marca un proceso contradictorio en lo social, lo económico, lo cultural y el desarrollo científico.

En relación a este último y en lo que hace relación a salud, resultan equivocadas las interpretaciones inductivistas y ecologista de "foco geográfico", básicamente por tres razones:

1. Por carecer de un análisis histórico social.
2. Por basar el análisis en referencias parciales, de acuerdo a una selección (subjetiva o no) de ciertas localidades, por parte de los investigadores.
3. Por tratar de explicar el proceso salud-enfermedad, exclusivamente a través de una teoría biológica,

sin una base empírica consistente.

La documentación sobre bocio y cretinismo permite un acercamiento a estas interpretaciones y más aún las concernientes a las enfermedades tropicales.

Para el primer caso existía, por ejemplo, la creencia de que al Sur del Nudo del Azuay no existía bocio "por el viejo volcanismo" de la zona. Las explicaciones "focales" como "ghetos", no tienen sustentación para esta enfermedad y otros problemas.

Es bastante conocida la relación de bocio y altitud establecida por algunos autores; afortunadamente esta posición ha sido superada con los nuevos estudios.

"... insistimos, hasta donde llegan los conocimientos actuales la carencia crónica de yodo no es un factor suficiente en la patogénesis de la deficiencia mental endémica/.../ en la región andina el tipo de cretinismo endémico más frecuente es el denominado neurológico. Es decir un cuadro bastante diferente al que conduce al hipotiroidismo tanto congénito como adquirido, cuya caracterología es clásica en la literatura médica/.../ con la denominación de "deficiencia mental endémica"; nos referimos, tanto al retardo mental que es parte del síndrome de cretinismo endémico como al resultante del hipotiroidismo no tratado oportunamente, y que se los ha encontrado en asociación geográfica con el bocio endémico" (Fierro Benítez, 1982: 9 -14)

Algunos autores preocupados por el problema han destacado claramente su origen social, señalándolo como un mal que afecta al sector rural, sobre todo al campesino empobrecido, encontrándose una clara asociación entre bocio y desnutrición.

Las carencias cuantitativas y cualitativas en la alimentación producen serios trastornos orgánicos: la falta de hierro que lleva a la anemia, la de yodo que provoca el bocio o "coto" que, cual "iceberg", oculta epidemiológicamente la tremenda realidad del cretinismo y otros efectos asociados; la falta de calcio que afecta a la madre (Eclamsia, probablemente) y al niño, en asociación con falta de vitamina D en el raquitismo y la tenia infantil, la falta de vitamina A en la ceguera, de vitamina B (tiamina) en el beriberi, la niacina en la pelagra, de vitamina C en el escorbuto.

Los niños que no se hallan entre los miles que mueren por la desnutrición y las enfermedades acompañantes, generación tras generación, siguen pequeños y débiles, aunque de adultos se tomen fuertes por ejercitar exclusivamente su fuerza física. La desnutrición por falta de ingestión proteico-energética que lleva a la muerte a los niños cuando es grave, se denomina kuashiorkor o aguda y, cuando es leve y no los mata, marasmo o crónica, dejándolos pequeños y flacos(9).

Los datos reseñados permiten inferir, que si bien, el bocio constituye un mal radicado en los Andes, la altitud tiene históricamente poca importancia en relación a la situación social.

A pesar de los intentos por una explicación social del bocio, se puede decir de manera general que no existen aún estudios de clase que evidencien con rigor la diferenciación social en la determinación de esta enfermedad.

En la actualidad el bocio y la desnutrición han sido asociados con provincias de alta concentración indígena, lo que podría demostrar apriorísticamente una relación étnica; sin embargo, como ha sido referido antes, la ubicación de algunos grupos indígenas ha sido condicionado socialmente a las zonas más depauperadas. Es importante, por lo mismo, anotar que las diferencias étnicas se subsumen en las diferencias de clase.

En la actualidad, como dice Fernando Velasco, son las propias exigencias del desarrollo actual las que definen como es obvio las condiciones sociales y determinan la permanencia de los indígenas como un grupo culturalmente distinto y subordinado. Así, la discriminación étnica, la dependencia política, la inferioridad social, la sujeción económica y la incapacidad jurídica de los indígenas fueron consecuencia del establecimiento de determinadas condiciones sociales y, al mismo tiempo, al constituirse en elementos vigentes de la estructura social, contribuyeron a la reproducción de esta situación (1979: 153-154).

Considerados algunos indicadores de salud, las actuales provincias de Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi, Imbabura, constituyen junto a la zona rural de Pichincha, las áreas más afectadas. Obsérvense las tasas de mortalidad infantil, de uno a cuatro años (cuadro 1).

Las regiones con tasas más altas de mortalidad general están concentradas en la Sierra ecuatoriana. La mayor parte de cantones de las provincias de Imbabura, Cotopaxi, Chimborazo, presentan claras asociaciones con el conjunto de variables de depresión productiva y de infraestructura, en tanto que el resto de cantones con mortalidad alta, están asociados con parte de las variables estudiadas (Suárez, 1987: 160).

El mismo autor refiere que, considerada la mortalidad infantil y las variables de depresión, presentan asociación más estrecha Cotacachi y Otavalo (Imbabura), Pujilí y Salcedo (Cotopaxi), Colta (Chimborazo). (Idem, p. 164).

Incluso la "cola" de desaparición del bocio, mantenía un perfil correspondiente a estas provincias (cuadro 2).

Los estudios nutricionales presentaron serias deficiencias en estas mismas provincias:

En 1960 el Instituto Nacional de Nutrición realizó una encuesta de consumo de alimentos en nueve parroquias rurales de la provincia de Pichincha, ubicadas a diferente altura geográfica. El aporte de la alimentación diaria fue de 2.103 calorías, y el de proteína de 57 gramos. La mayor proporción de proteína consumida fue de origen vegetal, predominando el consumo de cereales, principalmente maíz, cebada, trigo. El consumo de leguminosas y de proteína animal fue mínimo. En relación al aporte calórico fueron amplias: vg.: Toacachi 1.477/día/persona (adulto), Malchinguí, 1.129, Tambillo, 2.498.

Donde el aporte calórico fue bajo, también lo fue el de proteína: Toacachi 38 gramos, Malchinguí 47 gramos, Tambillo 73 gramos. Si el aporte proteico aumenta, también lo hace el componente de origen ani-

Cuadro 1
Tasas más altas de mortalidad infantil y de mortalidad de 1 a 4 años. Ecuador y cuatro provincias. Año 1979*

PROVINCIAS	MORTALIDAD INFANTIL (por mil nacidos vivos)	MORTALIDAD DE 1 a 4 AÑOS (por mil niños del grupo)
País	55,9	7,7
Cotopaxi	106,4	19,2
Chimborazo	87,6	15,6
Imbabura	83,6	13,1
Tungurahua	79,7	11,6 **

* Se procesa el año 1979 por la posibilidad de actualizarlo con inscripciones tardías hasta 1985.
** Zamora tiene una tasa mayor (12,9), pero con escasa y dispersa población selvática.

FUENTE: INEC

ELABORACION Y ACTUALIZACION: Instituto Juan César García

Cuadro 2
Prevalencia del Bocio endémico en la Sierra
ecuatoriana (%)

PROVINCIA	1959 %	1970 %	1977 %
Carchi	53	26,8	12,3
Imbabura	38	22,2	9,2
Pichincha	33	33,5	11,0
Cotopaxi	40	30,1	13,9
Tungurahua	55	30,5	-
Chimborazo	35	26,6	22,4
Bolívar	-	29,4	-
Cañar	28	25,1	-
Azuay	12	-	-
Loja	8	-	-
PROMEDIO	335	28,5	13,7

Fuente: Instituto Nacional de Nutrición
(Tomado de Mauro Rivadeneira A., 1981.
La Situación Nutricional en el Ecuador.
ININMS, Quito).

mal. Hallazgos similares han sido referidos por otros autores para dos localidades de la provincia de Pichincha, tres de Chimborazo, nueve de Tungurahua y Cotopaxi, en el período de 1960-1978 (Sempértegüi, et., al., 1985: 46).

Una investigación en 105 familias en San Agustín de Callo en la Provincia de Cotopaxi, reportó en 1977 que el ingreso diario de calorías era de 762 en niños y 1.380 en adultos (mínimo normal 2.300 calorías y 40 gramos de proteína para adultos. Para niños 1.350 de calorías y 23 gramos de proteína aproximadamente) (Murgueytio, 1980:8).

Los valores antropométricos de múltiples estudios confirman la deficiencia de peso y talla para cada edad y sexo. Así por ejemplo, F. Sempértegüi (op. cit., p. 18) señala, refiriéndose básicamente a N. Espinoza y col. y a F. Vásquez y col.:

“Estudios recientes realizados en Quito muestran que la frecuencia de niños con peso bajo al nacer es aproximadamente del 12% con relación al total de nacimientos ocurridos en centros hospitalarios que atienden a sectores pobres de nuestra población. Otros estudios han demostrado que niños que nacen en áreas rurales serranas tienen peso sensiblemente inferior al de los niños que nacen en áreas urbanas.../ También la talla es afectada por la desnutrición materna. Así los niños que nacen en la Maternidad “Isidro Ayora” de la ciudad de Quito, tienen talla notablemente más corta que los niños que nacen en países desarrollados”.

M. Murgueytio (1980:2) señala por otra parte:
“Espinoza y colaboradores analizan el problema de

la malnutrición con referencia al crecimiento y desarrollo del primer año del niño del altiplano ecuatoriano agrupados en dos zonas, urbana (Quito) y rural (Mulaló), con diferencias culturales y socioeconómicas marcadas. En forma secuencial se describe la malnutrición y sus factores, desde la gestación hasta la edad de un año, poniendo énfasis en su repercusión sobre el tamaño cerebral representado por el perímetro cefálico y del desarrollo psicomotor valorado por la escala de Denver. Se recalca en el trabajo el rápido crecimiento en ambos grupos durante el primer trimestre mayor que el norteamericano, que posee un mejor desarrollo intrauterino. Con el mal aporte de nutrientes y la aparición de infecciones, la situación se vuelve diametralmente opuesta en etapas posteriores sobre todo en el medio rural”.

Sobre este estudio M. Rivadeneira puntualiza que las cifras son estadísticamente significativas, demostrándose (1980: 37) que para la edad escolar (7 años), los promedios son siempre mayores para Quito que para Mulaló.

Meredith estudió en 1959 la estatura de niños de 8 años de edad de diversas partes del mundo; los 225 niños de los Andes, representado por el Ecuador, estaban entre los cinco grupos nacionales más bajos del mundo. Su talla media fue de 1.131 mm. En el estudio de 132 niños rurales de la Provincia del Cañar en 1979, la talla media fue de 1.167 mm. de acuerdo a la edad referida, pero tomando sólo los 103 que tenían inscrita su fecha de nacimiento la media fue de 1.180 mm. (Hermida, 1981: 139) (El promedio de los niños norteamericanos es de 1.270 mm y el límite de -2 DE, Desviación Estandar, es de 1.163 mm)

Para los mismos niños de ocho años en el estudio de Cañar se encontró un peso promedio de 20,4 kilos; sin embargo, el promedio norteamericano es de 25,3 kilos y el límite de -2DE 19,1 kilos.

Comparando los valores de niños de ocho años y otras edades, Mulaló presentó los valores más bajos.

En un estudio en una parroquia rural de la provincia de Tungurahua en 1986, se encontró, entre los escolares de primero y segundo grados (de acuerdo a sexo y en edades de 5 y 7 años) que el 29% eran normales, el 6% eran deficientes de peso, el 42% estaban deficientes de talla, y el 23% deficientes de peso y talla (Yépez, 1987).

El problema de la desnutrición en la zona andina no es solamente un problema de prevalencia diagnosticada de manera transversal o de corte sincrónico; lo más grave es su repercusión en el crecimiento, el retardo en la talla y en el desarrollo puberal, para no hablar del rendimiento intelectual que no se ha estudiado de manera suficiente.

Cuadro 3

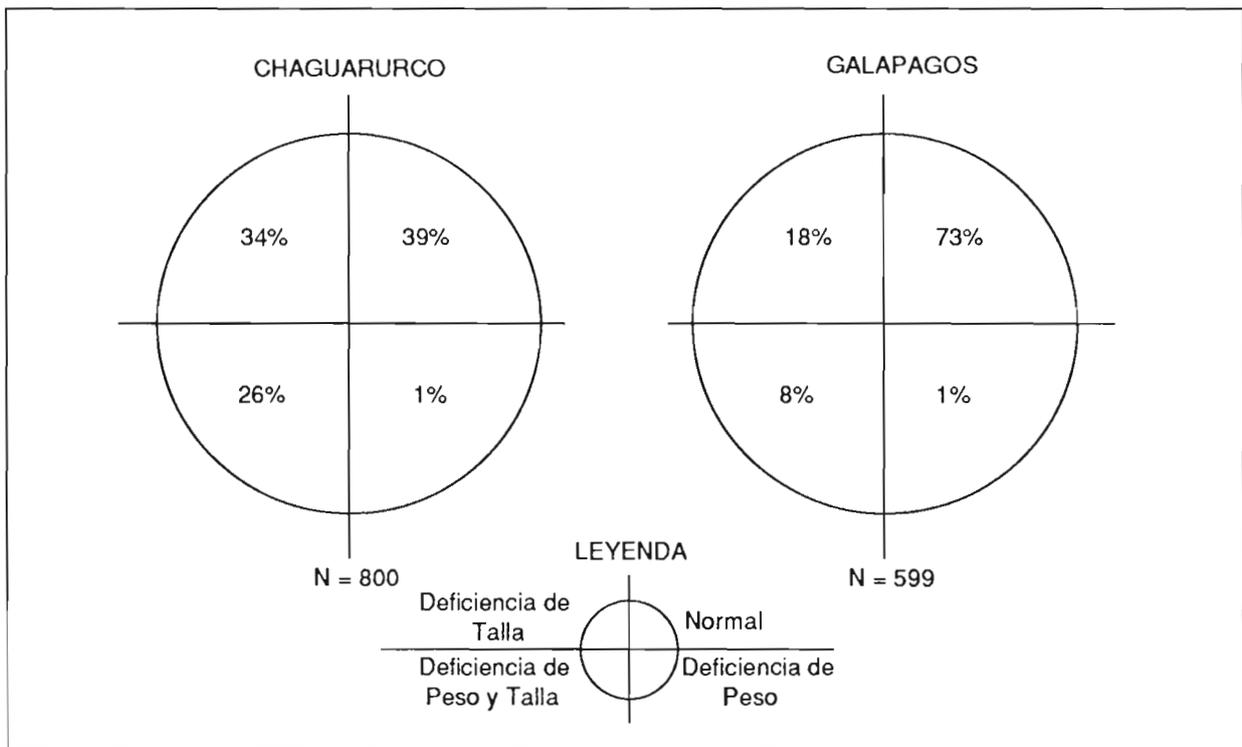
Valores de peso y talla por sexo a los ocho años de edad (7,5 a 8,4) 3n diversas regiones y años. Ecuador.

REGION	INVESTIG.	AÑO	VARONES				MUJERES					
			Nº	PESO		TALLA		Nº	PESO		TALLA	
				X	D.E. (kilos)	X	D.E. (mm)		X	D.E. (kilos)	X	D.E. (mm)
Mulaló	J. Varea (1)	1972	26	19,6	2,6	1120	57	4	20,7	2,6	1142	32
Quito Norte	J. Varea	1972	49	23,0	2,1	1224	45	44	24,2	2,9	1240	47
Galápagos	C. Hermida	1981	46	22,3	2,9	1210	50	37	23,2	3,7	1203	60
Chaguarurco	C. Hermida	1982	38	20,4	2,0	1160	50	54	19,4	2,9	1133	61
Quito Sur	I. Riofrío (2)	1984	33	21,6	3,2	1169	56	28	22,4	3,7	1191	57
Pichincha	F. Sempértegui	1985	135	23,2	6,4	1207	119	202	23,6	7,4	1213	125

1 IMSE. *Nutrición y Desarrollo en los Andes Ecuatorianos. Ecuador* 1974.

2 IVAN RIOFRIO. *Test de Godenough y Estado Nutricional* (mimeo). Quito 1984.

Fig. 1. El auxograma: escolares de Chaguarurco y Galápagos (1981-1982), ambos sexos



Si bien, como se ha demostrado, la zona andina central es la más problemática, la desnutrición no se limita a esta zona sino que está presente con cierta intensidad en todo el país.

La figura 1, muestra la diferencia entre los escolares de Galápagos y Chaguarurco: 73% de normalidad, 8% de deficiencia de peso y talla y 18% solo de talla para los primeros; 39% de normalidad, 26% de deficiencia de peso y talla y 34% solo de talla para los segundos, una población de niños indígenas y mestizos en la provincia andina del Azuay.

El cuadro 4 señala finalmente las diferencias en cuanto al desarrollo testicular de los niños andinos rurales comparándolos con los de la ciudad y Galápagos. Si

el volumen de 3cc se considera el inicio puberal, se observa que mientras los de Quito inician a los 11 años, y los de Galápagos a los 12, los de Chaguarurco solamente a partir de los 13 años. En razón de que dichos estudios establecieron una estrecha asociación con los valores de peso y talla, se puede presumir que la desnutrición provoca un retardo en el desarrollo puberal con resultado irreversible en valores de talla.

El estudio del CONADE (1988), realizado en todo el país ha demostrado la gravedad del problema nutricional y de las enfermedades asociadas.

Para este estudio el 55,4% de la población menor de cinco años sufre de algún grado de desnutrición. De ésta el 47,7% presenta desnutrición leve, el 1,9% moderada

Cuadro 4
Volumen testicular en adolescentes, tres investigaciones, Ecuador 1981, 1982, 1986 promedios y D.E.

GRUPO DE ESTUDIO	AÑO	11 AÑOS			12 AÑOS			13 AÑOS		
		Nº	X (cc.)	D.E.	Nº	X (cc.)	D.E.	Nº	X (cc.)	D.E.
1. Escolares de Chaguarurco (Azuay)	1981	62	2,27	1,05	52	2,86	2,38	25	5,12	4,19
2. Escolares de Galá - pagos	1982	43	2,58	1,53	37	4,37	2,97	19	6,15	3,53
3. Colegiales de (1º Curso) Colegio Fiscal de Quito (1)	1986	31	3,06	1,69	232	4,56	2,75	57	6,10	3,30

1 César Hermida. Crecimiento Infantil y Desnutrición. Instituto Juan César García. Quito 1987. Chaguarurco p < 0,01 con Quito (11 años) p < 0,05 con Galápagos (12 años) p < 0,05 con Quito (13 años).

y el 0.4% grave. Igualmente se demuestra que es la población rural la más afectada y aquella ubicada en los estratos bajos (ver: Freire, 1988).

El problema nutricional es hoy mejor conocido, sin embargo todavía resultan insuficientes los estudios sociales, que vinculan variables económico sociales, geográficas y culturales.

Al respecto de estas últimas, varios estudios han revelado la importancia de la cultura en relación a la nutrición. El estudio de Lauris Mckee (1982) ha demostrado la importancia de las creencias culturales en torno al amamantamiento y destete, por las que se incide indirectamente en la sobrevivencia de niños.

Estudios sobre creencias, actitudes y prácticas en alimentación se están realizando desde diversas disciplinas y enfoques, revelando la importancia de su conocimiento en el diseño de programas de salud y educación en salud.

Se ha comprobado que la cultura recrea una serie de valores que se mantienen por tradición (Estrella, 1988), muchos de las cuales representan un importante conocimiento de las mujeres en relación al cuidado de los niños y otros pueden poner en riesgo su salud (Argüello Mejía, 1989a; 1989b).

Existe por ejemplo una serie de restricciones culturales en torno a alimentación que son coherentes con el condicionamiento social y económico de la población (Argüello Mejía, 1987). Estas restricciones no se reducen, sin embargo, a la alimentación sino que tienen mucha importancia en enfermedades asociadas con la malnutrición, como las diarreicas y parasitarias.

Es importante destacar en estas creencias la relación dual (cálido-fresco: liviano-pesado) aplicada tanto a alimentos como a medicamentos, lo mismo que el amplio uso de hierbas medicinales, la automedicación (medicina simplificada) y creencias sobre la leche ma-

terna, que definen el momento del destete.

En relación a las enfermedades "tropicales", existe en la actualidad un esfuerzo por explicarlas desde diversas corrientes y disciplinas, ya que tales enfermedades no se limitan a la zona tropical sino que afectan también a algunas provincias serranas, sobre todo en áreas de importancia productiva.

El problema de las enfermedades tropicales hasta la década del ochenta continuaba expandiéndose de manera centrífuga desde el Puerto del Guayas como corazón de la Cuenca del mismo nombre hasta las nuevas poblaciones crecidas en el cruce de las carreteras. Para esta década, el problema ha llegado a las provincias de Esmeraldas y Napo, las más explotadas en el campo agrícola, y por lo tanto en el aspecto humano; es decir que en el Norte de la Costa se dio el problema que el Sur lo vivió 40 años antes (mapa 2).

Un nuevo grupo social nace con la expansión de la frontera agrícola: el colono, quien forma parte por lo general del campesino empobrecido serrano y que por lo mismo mantiene su perfil de riesgo, cambiando únicamente de tipo de enfermedades a las que está expuesto.

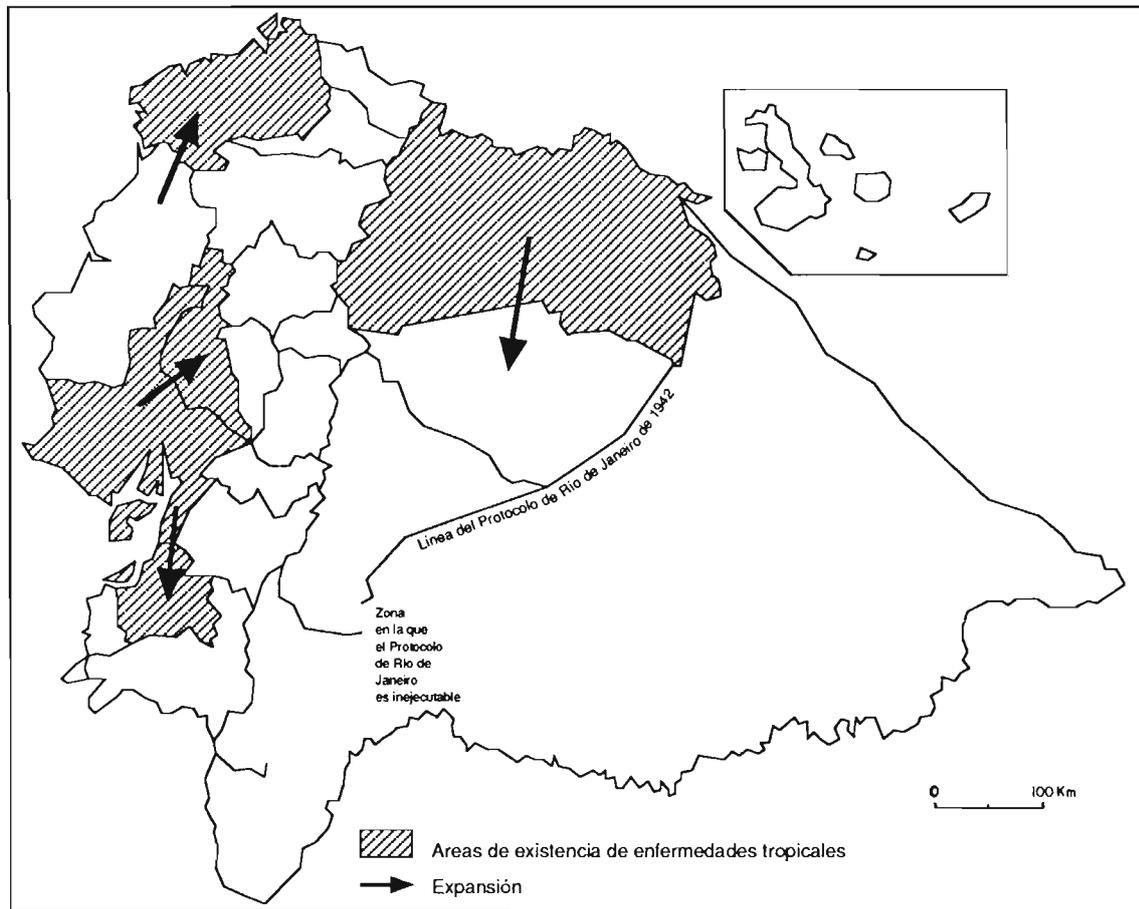
Estudios en la zona subtropical demuestran que estos campesinos recién llegados y pobres no son propiamente una pequeña burguesía agrícola, a pesar de que poseen un pedazo de tierra, como tampoco representan a los obreros agrícolas, ya que mantienen una relativa independencia.

En la etapa del auge bananero, varios autores, en estudios sobre la Leishmaniasis en la Costa, plantearon hechos que hacían referencia a aspectos sociales, como lo hacen hoy otros autores para el caso del Oriente.

Luis León ha señalado en varias publicaciones la implicación social de la dolencia:

"La espundia es patrimonio de la gente pobre que

Mapa 2. Expansión de las enfermedades tropicales



trabaja en los campos, en las selvas o a las orillas de los ríos, en el lavado de oro (1953), como lo ha hecho José Rodríguez (1953); la enfermedad ha alcanzado cierta importancia por la incorporación reciente de grandes extensiones de terrenos vírgenes en nuestro Litoral al cultivo del plátano; la notable incidencia en el sexo femenino se debe a que sus representantes intervienen activamente en las labores del campo junto a los hombres, y Timoleón Carrera (1953): el capital humano, que yendo en busca de remunerador trabajo a esos parajes, vuelve al altiplano o a las zonas urbanas portando sobre sí el bautizo del trópico.

Y Amunaris puntaliza para Napo (1984): A partir de los años setenta esta selva ha sido violentamente invadida por un sistema que ha desconocido todos los elementos de respeto y conocimiento que exige un recto convivir entre el hombre y la naturaleza. El petróleo ha borrado todos los caminos y ha impuesto su propia ley/.../ Simultáneamente, desde los más diversos rincones de nuestra República, grupos humanos han invadido este territorio, primero a las márgenes de las carreteras

petroleras, posteriormente en sucesivos respaldos, de forma que en el momento actual una gran parte del cantón Orellana se encuentra parcelado y la selva parece picoteada en todas sus áreas por rústicas viviendas cubiertas de zinc" (Hermida, 1988:104).

En relación a la Paracoccidioidiomycosis presenta también características médico-sociales:

"...por la gravedad y extensión de las lesiones, de larga y penosa evolución, que se presentan en varones, agricultores asalariados, generalmente padres de familia, entre los 35 y 45 años (...) 67.6% de pacientes provenían de la cuenca del río Guayas (40.000 km², ríos Guayas y sus afluentes Daule y Babahoyo) el resto de las cuencas del río Naranjal y del río Jubones (...). Regiones actualmente cultivadas de arroz, café, cacao, banano, algodón, caña de azúcar, frutas y ganadería. En estas regiones los requerimientos de mano de obra agrícola son apreciables (...). Altitud 300 a 1200 m., pluviosidad media 800 a 2800 mm. y temperatura 22 a 32°C. La cuenca del río Santiago (en Esmeraldas, al

Norte) tiene características ecológicas favorables, pero no existen casos. ¿Acaso son las características demográficas o el cambio en la vegetación por cultivos hechos por el hombre lo que favorece su difusión?" (Fernández, 1985:2).

En relación con la oncocercosis Ronald Guderian señala:

Los focos endémicos documentados de oncocercosis se encuentran en la provincia de Esmeraldas. La zona más afectada está formada por los ríos: Santiago, Cayapas con sus tributarios (juntos forman la cuenca del río Santiago). El clima de la zona es cálido, ardiente y húmedo (tropical ecuatorial). La temperatura media es de 27°C y la humedad relativa fluctúa entre 85 a 100%. El régimen de lluvias anuales es de 3.500 a 4.500 mm³. La vegetación es exuberante constituyendo una verdadera selva tropical lluviosa. (Guderian, 1986).

El autor refiere que la prevalencia en los pueblos estudiados subió de 28,6% en 1984 a 51,5% en 1986.

Los chachi están más infectados que los morenos, debido al contagio con el vector y no por un factor étnico. Los hombres están más infectados que las mujeres. La prevalencia de la infección en los chachi en 1985 fue 72,5% más de lo que fue encontrada en 1980 y 57,1% en los morenos. La infección aumentó más en el hombre chachi... (Idem).

El contagio con el vector, mayor en los chachi y en hombres, tiene de acuerdo a la tesis propuesta una causalidad social y económica: la explotación de la fuerza de trabajo para extraer los recursos naturales y obtener mayores ganancias. Esta causa social afecta al medio

ecológico y provoca modificaciones biológicas incluso sobre el tipo de gérmenes, como claramente señalan César Paz y Miño y Jeannete Zurita (1986) ratificando el hecho de que los nativos poseen mayor inmunidad a diferencia de los "recién llegados" que suelen mostrar el cuadro clínico "típico", y de que el *falciparum*, agresivo y resistente a la terapéutica, que "en 1945 hasta 1960 constituía sólo el 9% (en relación al vivax 91%), en 1980 constituye ya el 80%, presentándose de manera más frecuente en la zona "extraselvática", zonas ya deforestadas, "colonizadas" y más explotadas:

El *plasmodium falciparum* se presenta en mayor proporción que el vivax en la zona extraselvática, en una proporción mayor que el doble. En la zona periselvática la incidencia de ambos *plasmodium* es casi similar y en la zona ecológica intraselvática, el vivax es el *plasmodium* que lo encontramos con mayor incidencia. (Paz y Miño y Zurita, 1986).

La mayor afección de varones corresponde al comportamiento social de la comunidad: las faenas nocturnas de caza, pesca y recolección son encomendadas con mayor frecuencia a los hombres, quienes además dedican mayor tiempo a la vida social nocturna, cobrando de esta forma un valor extremadamente importante la transmisión exofílica por parte del vector, (Idem).

A pesar de que las estadísticas oficiales obedecen a criterios homogenizadores y carecen de absoluta confiabilidad, aun éstas reflejan claras diferencias si son analizadas por regiones, áreas y provincias, y permiten reforzar la hipótesis de una dependencia de la enfermedad y medio geográfico respecto a la tendencia productiva del país, que ha condicionado que grandes ex-

Cuadro 5
Mortalidad por Rickettsiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos, país y provincias. Ecuador 1985. Totales

País y Provincias	Paludismo	Leishmaniasis	Tripanosomiasis	Total
	052	053	054	05*
Total país	64	2	18	84
Total Prov. de la Sierra	17	-	3	20
Esmeraldas	25	-	-	25
Manabí	7	-	-	7
Los Ríos	8	-	2	10
Guayas	4	2	6	12
El Oro	-	-	7	7
Napo	2	-	-	2
Pastaza	-	-	-	-
Morona	1	-	-	1
Zamora	-	-	-	-
Galápagos	-	-	-	-

* No se diagnosticaron casos de tifus (050) ni de otras rickettsiosis (051).
9a. Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro 6

Egresos hospitalarios por Rickettsiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos, país y provincias. Ecuador 1985. Totales según lugar de residencia habitual.

PAIS Y PROV.	TIFUS 050	OTRAS RICKETTSIOSIS 051	PALUDISMO 052	LEISHMANIASIS 053	TRIPANOSOMIASIS 054	OTRAS 055	TOTAL 05
Total País	15	36	4.564	215	39	2	4.871
Carchi	2	1	6	-	-	-	9
Imbabura	2	-	65	5	-	-	72
Pichincha	2	2	279	35	4	-	322
Cotopaxi	5	19	86	7	-	-	117
Tungurahua	-	3	27	1	-	-	31
Bolívar	-	-	28	13	-	-	41
Chimborazo	-	1	74	2	1	-	78
Cañar	-	-	118	-	-	-	118
Azuay	-	-	198	1	-	1	200
Loja	-	-	67	4	3	-	74
Esmeraldas	-	-	1.599	18	-	-	1.617
Manabí	-	1	370	16	1	-	388
Los Ríos	-	-	156	6	-	-	162
Guayas	1	6	893	4	9	-	903
El Oro	1	1	284	3	13	1	303
Napo	-	-	177	37	5	-	219
Pastaza	2	1	20	8	-	-	31
Morona	-	-	87	32	-	-	119
Zamora	-	1	9	23	3	-	36
Galápagos	-	-	1	-	-	-	1

FUENTE: INEC, Anuario de Estadísticas Hospitalarias

ELABORACION: Instituto Juan César García

Cuadro 7

Distribución de la Malaria en las provincias de la Costa y el Oriente. Ecuador 1984 a 1986. Porcentual

PROVINCIAS	1984	1985	1986
Total país	76668=100%	69050=100%	54734=100%
Esmeraldas	28,7	33,0	48,5
Manabí	18,1	16,6	13,1
Los Ríos	15,5	14,6	9,8
Guayas	15,7	15,8	11,7
El Oro	4,3	3,9	2,8
Napo	11,2	8,6	6,1
Pastaza	0,2	0,1	0,2
Morona	0,3	0,2	0,4
Zamora	0,02	0,02	0,03

FUENTE: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica

ELABORACION: Instituto Juan César García

tensiones fueran explotadas como respuesta a la demanda en el mercado mundial, es decir como monoproducción que deja importantes ganancias a los monopolios.

Los siguientes datos son clarificadores de que la situación más grave ahora corresponde al Norte de la Costa y al Oriente, como áreas de explotación agrícola y extractiva (petrolera).

Durante el año 1985 se produjeron en el país 64 muertes debidas a paludismo, 92% con certificación médica (todas las defunciones en ese año tuvieron un 77% de certificaciones médicas). Al analizar esta mor-

Cuadro 8

Incidencia de Malaria en las provincias de la Costa y el Oriente. Ecuador 1984 a 1986. Tasas por mil habitantes.

PROVINCIAS	1984	1985	1986
Total país	8,41	7,36	5,67
Esmeraldas	78,56	78,06	89,21
Manabí	13,93	11,24	6,88
Los Ríos	23,46	19,37	10,00
Guayas	5,19	4,54	2,58
El Oro	8,63	6,80	3,74
Napo	63,85	41,77	22,10
Pastaza	3,46	2,58	1,56
Morona	2,78	2,01	2,50
Zamora	0,28	0,23	0,30

FUENTE: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica

ELABORACION: Instituto Juan César García

talidad se encontró que el 62,5% correspondía a las provincias "periféricas" del norte de la Costa, cuadro N° 5, y que el 51,5% correspondía a fallecimientos hospitalarios. En cuanto a los egresos hospitalarios, llamó la atención el alto número de casos sospechosos de Tifus, Rickettsiosis y Tripanosomiasis, cuando una normatización básica señala que en el primer caso deben hospitalizarse todos los casos con plasmodium Falciparum y aquellos complicados con plasmodium Vivax, y en el segundo solamente los casos de Leishmaniasis mucocutánea y aquellos casos cutáneos cronicados (y agudos anérgicos y de múltiples lesiones) exclusivamente durante los días de administración farmacológica. Del

total nacional de egresos hospitalarios por paludismo en 1985, el 35,0% provenían de la provincia de Esmeraldas, cuadro N° 6. En esta provincia egresaron en el mismo año un total de 1.717 casos con ese diagnóstico, constituyendo el 14,6% de todos los diagnósticos de egreso hospitalario (sólo superado por el parte, 22.1%).

Igualmente dramática resulta la notificación de casos de Malaria(10) para la provincia de Esmeraldas en la Costa y de Napo en el Oriente, ratificando nuestra tesis: el 48,5% de todos los casos del país en 1986 correspondieron a la primera provincia, cuadro N° 7, con una incidencia que señala, cuadro N° 8, que se notificó,

durante los años 84, 85 y 86, un número de casos equivalente al 13% de toda la población de Napo y el 25% de toda la población de Esmeraldas, incluyendo todas las edades.

Las perspectivas de solución de la grave problemática geográfica del proceso salud-enfermedad descansan en el conocimiento científico, sobre el cual se construye la voluntad de caminar. Acaso la voluntad de democratizar la ciencia sea manifestación de la toma de conciencia de los investigadores, pero es en todo caso una necesidad vital de los pueblos.

NOTAS

1 Se utiliza el concepto de nacionalidad para los grupos que tienen unidad de origen, lengua, territorialidad y destino común.

2 Es tributario por el sistema mantenido por los Incas, por el cual la población tenía el deber de tributar en especie o en trabajo al Estado. Es andino por la localización geográfica.

3 La denominación "hacendario", parece la más adecuada para definir el sistema instaurado por España, ya que la encomienda, de indios para el cobro de tributos y la enseñanza de la fe, estaba ligada a las reparticiones de tierra y constituía la institución colonial más importante.

4 Para J. May de los Estados Unidos, quien publicó una serie de estudios sobre geografía médica, el enfoque geográfico se refería a la "distribución de las enfermedades", la misma que la publicó en un "atlas". Para las necesidades de la Segunda Guerra Mundial, esta información resultó muy importante, aunque científicamente no aportara para la explicación de las causas. (AGENCE DE COOPERATION CULTURALLE ET TECHNIQUE, 1928:6)

5 Cincuenta años después de los planteamientos iniciales de Sorré, su enfoque se encaminó hacia un "sistema patógeno multifactorial", de causas biológicas esencialmente parasitarias que desencadenaban procesos mórbidos en la ecología o "medio tropical". (Idem, p. 5).

6 El "sistema patógeno" se refería a una "geografía de los genes", "factores naturales y biológicos" del medio y "otros" factores "económicos, sociales, culturales, del comportamiento sociológicos, tecnológicos, administrativos, políticos". Su reconocimiento planteaba, según sus seguidores, "el abandono de monopolio médico en materia de salud y enfermedad". (Idem, p. 11).

7 Pero se trataba de manera homogénea de "países tropicales", a pesar de que el medio se había especificado como el "paisaje epidemiológico, en donde el espacio era el resultado de la acción recíproca entre agentes patógenos, hombre y medios" (Idem, p. 16). Así, el Ecuador era un país "tropical" para europeos y norteamericanos, aunque la "Sierra" fuera aproximadamente similar en extensión a la Costa, y mucho más poblada hasta la mitad del siglo XX.

8 El concepto de "complejo patógeno" para explicar la patología nueva que aparecía en las colonias, muy diferente de la europea, fue desarrollada por el francés M. Sorré en 1928. El complejo era el enfoque especial del geógrafo que buscaba la participación sobre la relación del hombre con el medio, es decir como el medio afectaba al hombre (no a la inversa). (Idem, 8, p. 8).

9 Tanner asegura (In: Human Growth: a multidisciplinary reviews". Taylor and Francis, London and Philadelphia. A. Demirjian Ed. 1986) en su artículo "Crecimiento como un espejo de la condición de la sociedad, corrientes seculares y distinción de clases" que el crecimiento de los niños refleja la condición material y moral de la sociedad.

10 Mientras el INEC utiliza la denominación paludismo, la Dirección de Epidemiología del MSP utiliza la de Malaria.

BIBLIOGRAFIA

- ARGUELLO MEJIA (S.), 1987, Enfermedades de Campo y Enfermedades de Dios, *Tesis PUCE*, Quito.
- 1989a Informe, Proyecto "Andes", Convenio Universidad Central del Ecuador, Instituto Internacional de la Infancia de Francia, Marzo de 1989, Quito.
- 1989b "Connotaciones socioculturales sobre la desnutrición". En: *Curso sobre Alimentación, Nutrición y Desarrollo en los Andes*. Facultad de Medicina, abril 26-28 de 1989, Quito.
- AGENCE DE COOPERATION CULTURELLE ET TECHNIQUE, 1928, Centre d'Etudes de Géographie Tropicale. ableonde Tropiques et Santé. Dans "De l'épidemiologie a la Géographie Humaine". (citado en el texto como Sorré M.)
- CUEVA (A.), 1979, *El Desarrollo del capitalismo en América Latina*. Ed. siglo XXI, México.
- ESTRELLA (E.), 1980, *Medicina y Estructura Socio Económica*. Ed., Belén, Quito-Ecuador.
- ESTRELLA (E.), 1988 *El Pan de América*, Ed., AbyaYala, Quito-Ecuador.
- FERNANDEZ (T.), 1985, "Paracoccidioidomicosis en el Ecuador". *Boletín Epidemiológico N° 10*, octubre-diciembre.
- FIERRO BENITEZ (R.), 1982, "Historia de la deficiencia mental endémica en la Región Andina". *Monografía Científica N° 1*, Ed., Facultad de Ciencias Médicas, Quito.
- FREIRE (W.), 1988, *Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años*. DANS, CONADE, MSP, Quito.
- GUDERIAN (R.), 1986, "Estado actual de la oncocercosis en el Ecuador" *Boletín Epidemiológico N° 11*, MSP, enero-marzo.
- HERMIDA (C.), 1987a, *Desnutrición en los niños: El auxograma y la teoría del reloj*, Quito. (en prensa)
- 1987b "Enfermedades tropicales en el Ecuador. Leishmaniasis". *Serie Investigaciones Originales N° 2* Instituto Juan César García, 1987, Quito.
- KNAPP (G.), 1987, *Geografía Quichua de la Sierra del Ecuador*. Ed. Abya Yala, Quito.
- LARRAIN (B. H.), 1980, *Demografía y Asentamientos Indígenas en la Sierra Norte del Ecuador en el siglo XVI*, IOA Otavalo.
- LARREA (C.), 1972, *Prehistoria de la Región Andina del Ecuador*, Ed. Corporación de Estudios y Publicaciones, Quito.
- LEON (L.), et.al., 1982, "La Fiebre Amarilla en Guayaquil y su Erradicación". *Revista ecuatoriana de Medicina vol, XVIII*, Quito.
- MARIATEGUI (J. C.), 1976, *Siete Ensayos de Interpretación de la Realidad Peruana*, Ed., Crítica, Barcelona, España.
- MEJIA (L.), et., al., 1975, *Ecuador, Pasado y Presente*, Ed., IIE, Universidad Central, Quito.
- MURRA (J.), 1975, *Formaciones Económicas y Políticas del Mundo Andino*, IEP, Lima.
- MURGUEYTIO, Miriam, 1980, *Nutrición en el Ecuador*. Ed., MSP, ININMS, Quito.
- PAZ Y MIÑO, (C.), et. al., 1986, "Análisis Ecológico Médico del Paludismo en Atacames". *Revista ecuatoriana de Medicina. ol., II, N° 2*, Quito.
- RIVADENEIRA (A.M.), 1980, *La Situación Nutricional en el Ecuador*, Ed., ININMS, Quito.
- SALOMON (F.), 1980, *Los Señores étnicos de Quito en la Epoca de los Incas*, Ed., Gallo Capitán, IOA, Otavalo.
- SEMPERTEGÜI (F.), et., al., 1985, *El Crecimiento de los Niños en la Provincia de Pichincha. Situación Nutricional*, Ed., MSP, AFEME, Quito.
- SUAREZ (J.), et. al., 1987, *La Situación de la Salud en el Ecuador. 1962-1985*. Ed. MSP-ININMS-OPS-OMS, Quito.

- STANLEY (K.) et. al., 1977, *La Herencia Colonial en América Latina* . Ed. siglo XXI, México.
- TANNER (J.M.), 1986, In: *Human Growth: a multidisciplinary review* . Taylor and Francis, London and Philadelphia. A. Demirjian, Editor, p. 3.
- ULLOA (A.), Jorge Juan, 1918, *Noticias Secretas de América* , Ed., América, Madrid, 1980.
- VARGAS (J.M.), 1982, *Economía Política del Ecuador durante la Colonia* . Ed. Banco Central del Ecuador, Quito.
- VELASCO (F.), 1979, *Reforma Agraria y Movimiento Campesino Indígena en la Sierra* . Ed. El Conejo, Quito.
- WATCHEL (N.), 1973, *Sociedad e Ideología* , Ed., IEP., Lima.
- YEPEZ (R.), 1987, *Crecimiento, Desarrollo y Nutrición* , Ed., Universidad Central, Facultad de Ciencias Médicas y Agrícolas, Quito.
-

REGIONALIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD MATERNO-INFANTIL:

Aproximación a la Geografía de las Condiciones de Salud-Enfermedad en el Ecuador.

Jaime Breilh, Arturo Campaña y Edmundo Granda*
CENTRO DE ESTUDIOS Y ASESORIA EN SALUD
(CEAS)

1. SOCIEDAD, MEDIO GEOGRAFICO Y SALUD

La relación entre la salud y el medio geográfico ha sido convencionalmente enfocada de un modo restrictivo. Muchas veces se piensa que la geografía es un espacio estático, que existe únicamente como una inmensa base natural de la vida social, ligada a ésta sólo por relaciones externas, ecológicas, y sobre la cual puede distribuirse físicamente la enfermedad.

Esa visión empobrecida de la geografía normalmente coexiste con un enfoque también reduccionista de la salud. En efecto, se interpreta esta última como un fenómeno simplemente biológico que ocurre aisladamente en los individuos, debido a la presencia de “factores” externos agresivos, entre los que se ubican a los vectores, microorganismos y noxas inorgánicas que existen en el llamado medio ambiente geográfico.

La confluencia de estos enfoques unilaterales sobre la salud y la geografía, cuando se trata de analizar la geografía de la salud, produce estudios de carácter meramente descriptivo, que restringen la investigación al “mapeo” de índices de enfermedad a lo largo de las distintas áreas territoriales de un país.

Afortunadamente, tanto el horizonte de visibilidad de la Geografía como el de la Epidemiología, que son dos de las principales ciencias involucradas en el conocimiento de esta problemática, se han acrecentado nota-

blemente en las últimas décadas, recuperando a través de las nuevas concepciones, métodos y técnicas, el carácter unitario y dinámico de la realidad, en que el medio geográfico y la salud surgen como expresiones de un mismo proceso de desarrollo. Las condiciones de salud de una sociedad y las del entorno natural donde éstas ocurren, muestran nexos y concatenaciones que no son simplemente externos sino que experimentan una constante transformación, como consecuencia de leyes objetivas que la ciencia está descubriendo y jerarquizando.

El “medio geográfico” y la “sociedad” tienen espacio y tiempo, y se transforman continuamente, no como esferas aisladas sino como expresiones de un mismo mundo. La naturaleza gracias a su permanente transformación dio lugar a la aparición de la sociedad, su más acabado producto. Lo social es una manifestación superior y altamente compleja de lo natural, que se desenvuelve en un espacio que puede denominarse el medio geográfico o las condiciones naturales externas. No cabe confundir naturaleza y medio geográfico, porque este último es apenas una parte aquella, tanto como lo social; abarca el conjunto de condiciones naturales donde se desenvuelve la sociedad y está sujeto no solamente a las propias leyes de transformación de los fenómenos físicos y biológicos, sino a la creciente acción de la sociedad humana. Al aparecer la vida social, el medio geográfico se vuelve un medio natural transformado por el hombre, “humanizado” o social.

* También colaboraron en este trabajo: Fausto Heredia (cómputo), Edith Valle (apoyo técnico-administrativo) y Catalina Trujillo (Secretaria).

Luego de tanto tiempo de producción social, no es posible separar en la naturaleza lo originariamente dado y lo agregado por el trabajo. Esto quiere decir que el entorno geográfico se halla profundamente determinado por la vida social y que “a medida de su desarrollo la humanidad modela su geografía”. (Biolat, 1973)

Los elementos de la naturaleza que nos rodean en las montañas o en los valles húmedos tropicales y que se ligan al proceso de salud-enfermedad, participan en la generación de importantes relaciones y efectos bioecológicos, pero éstos se hallan delimitados y condicionados por las leyes históricas de lo social.

Lo anterior señala un punto clave en la comprensión científica de la relación entre lo natural y lo social, que es un problema básico para la interpretación de los nexos entre Geografía y Salud: en el proceso de trabajar, intercambiar, construir, transportarse, etc., operan leyes sociales y leyes de la naturaleza (físicas y biológicas) y “éstas últimas, aunque se manifiestan en la sociedad en forma supeditada, influyen no obstante en unos u otros aspectos del desarrollo social”(Grigorian, 1978). Por esto, mientras la sociedad modela su propia geo-ecología, determina históricamente las características del entorno; éste, a su vez, revierte su efecto sobre el comportamiento de las condiciones de salud. Así, la Geografía no es, frente a la Salud, un simple reservorio estático de climas, de contaminantes, de microbios, de vectores de transmisión infecciosa, etc., sino un espacio históricamente estructurado donde también se expresan las consecuencias benéficas y destructivas de la organización social, donde los procesos del entorno natural llegan a ser mediadores necesarios y donde se transforman las condiciones de reproducción social dominantes, en “bienes” naturales que favorecen la salud o en “fuerzas destructivas” que promueven la enfermedad.

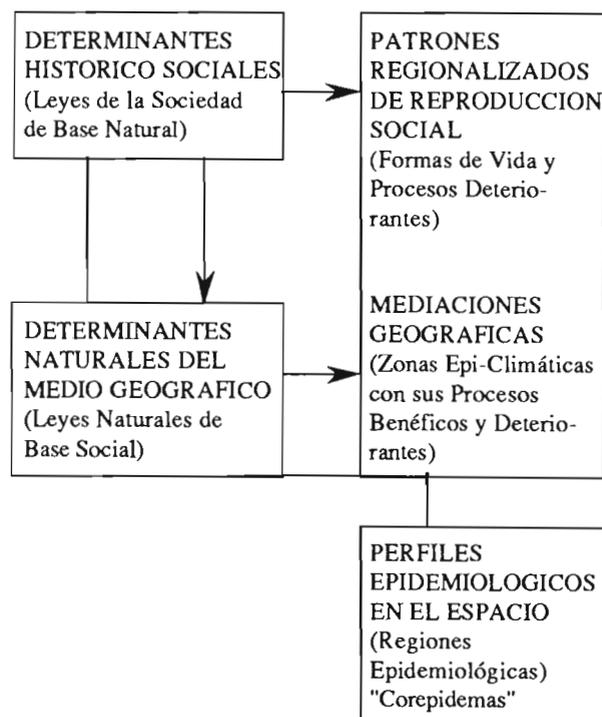
La contradicción entre el carácter benéfico o destructivo que pueden tener los elementos geo-ecológicos expresa, por consiguiente, las contradicciones del orden social establecido. En ese sentido, por ejemplo, ni el agua ni la humedad ni el calor ni los microorganismos y mosquitos, son “en sí” epidemiológicamente destructivos, pero sí un sistema irracional de explotación agrícola y forestal que determina cambios de la flora, del curso de las aguas, del comportamiento de los insectos vectores, o disemina tóxicos como algunos pesticidas, de modo que esas condiciones naturales pueden incorporarse a los perfiles de reproducción social de los trabajadores del campo o de la fuerza de trabajo urbana que consume productos agrícolas, y desencadenar un proceso de deterioro de su salud y de la de sus familiares. De igual forma, la producción industrial poluciona aire y agua y disemina cancerígenos en esos elementos, cuyo consumo por parte de las clases urbanas se incorpora a la reproducción social como proceso destructivo. Los cambios climáticos con frío o calor

excesivos, impactan en las poblaciones empobrecidas que carecen de protección debido a las privaciones en el vestuario o la vivienda, y desencadenan en ellas una considerable proporción de enfermedades, mientras que en los sectores pudientes y medios ese mismo frío o calor no produce mayores impactos.

Mas, este tipo de relaciones no sólo se asocia a los trastornos transmisibles o tóxicos vinculados a la polución física o biológica, sino también a las condiciones mentales, ya que favorecen la consolidación de patrones culturales y la exposición a condiciones físicas que, dependiendo de las condiciones sociales más generales, afectan a la salud mental.

Los miembros de cada clase social, de acuerdo a su especial modo de inserción en la esfera productiva, a sus patrones característicos de consumo, a sus formas específicas de organización y cultura, se desenvuelven en medio de un sistema contradictorio, en el que se oponen, por un lado, los bienes o fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan su salud y, por otro, los aspectos destructivos que la deterioran. Es precisamente ese sistema de contradicciones entre bienes y valores de uso de que disfrutan y fuerzas deteriorantes (contravalores) de que padecen, lo que se ha denominado “perfil de salud-enfermedad”. Por fin, el conjunto integrado por el sistema de contradicciones (reproducción social) que modela la calidad de vida y los patrones de salud-enfermedad resultantes, se denomina “perfil epidemiológico.”. (Breilh, 1986) (figura 1).

Fig. 1. Unidad de lo social y lo geográfico



Fuente: CEAS.- Sociedad, Espacio y Salud

Cabe en este punto ampliar el análisis del medio geográfico a su expresión más evolucionada que es el *espacio urbano*, que naturalmente participa en el proceso de determinación de la salud de vastos sectores sociales.

El proceso de urbanización implica una profunda transformación del espacio, sobre todo en países como el Ecuador donde éste se produce en polos claramente definidos de un desarrollo monopólico enclavado en una extensa base rural y atrasada. El surgimiento del espacio urbano significa una transformación de las formas de impacto del medio o entorno sobre los seres vivientes. Aquí nuevamente ocurre ese papel mediador del espacio geográfico respecto a la producción de la salud-enfermedad, pero su modo de actuar se ha transformado porque, como lo señala Harvey (1973), las contradicciones de las formas pre-urbanas se resolvieron mediante transformación en formas urbanas, aunque en nuestro tipo de sociedad el progreso urbano no implica mayores beneficios para la salud, ya que en la ciudad el sistema económico y social reedita nuevas formas de deterioro y en gran medida “la pobreza urbana es, generalmente, pobreza rural reacondicionada bajo el sistema de la ciudad” (Ibid, 308).

En los países latinoamericanos el desarrollo de la base económico-social se atrasó en el tiempo, retardando el proceso de urbanización y generando una metropolización caracterizada por una profunda heterogeneidad en el espacio y por una inmensa diferencia de desarrollo entre ciudad y campo. La consecuencia geográfica más seria de ese proceso es la “... segregación de grandes agrupamientos de viviendas subestándar en amplias zonas desprovistas de servicios, por lo general en la periferia urbana, muchas veces asentados sobre terrenos poco habitables (inundables o con fuerte pendiente) y, ...” formados por ocupación ilegal -individual o colectiva- de terrenos” (Schteingart, Torres, 1977, 282).

A continuación se expone una síntesis de los aspectos relevantes de la geografía de la salud materno-infantil en la formación social ecuatoriana, procurando incorporar el enfoque analítico que se bosquejó anteriormente.

2. GEOGRAFIA DE LA SALUD EN EL ECUADOR

2.1. Regionalización epidemiológica de la salud materno-infantil

En el espacio ecuatoriano se entrecruzan una profunda diversidad geo-ecológica y una marcada heterogeneidad en la distribución territorial de las formas económicas y sociales. Las condiciones geográfico-ecológicas y las modalidades de reproducción social

varían a lo largo y ancho de ese espacio y se combinan en múltiples formas, lo cual determina la aparición de articulaciones específicas de la vida social en lo geográfico y de distintos patrones de distribución epidemiológica en el habitat. De ese modo, pese a la pequeña extensión física del país, la diferenciación regional es evidente y expresa muy importantes variaciones epidemiológicas.

Al analizar la información de que se dispone, puede constatar que las unidades territoriales más pequeñas para las que existe información a lo largo de todo el espacio nacional son los *cantones*. Es factible reagruparlos según sus condiciones de desarrollo estructural, el grado de modernización de la infraestructura física, la composición de su población económicamente activa y las condiciones climáticas. Todos estos son procesos cuya relación con el comportamiento de la salud-enfermedad se ha demostrado. De esa manera pueden formarse regiones geo-epidemiológicas en las cuales se acumulan distintos patrones de vida social, de infraestructura geográfica y zonas ecológicas de vida que se interrelacionan con perfiles regionales de salud.

El estudio de la organización en el espacio de los determinantes de salud-enfermedad y de los patrones o perfiles epidemiológicos correspondientes permite revelar un modelo espacial elemental al que el CEAS ha denominado *corepidema*. El término señalado, que expresa la segregación de las condiciones de salud-enfermedad en el espacio, viene de las raíces griegas “jore” que significa espacio, lugar o región y “epi-demos”, que etimológicamente significa “sobre la población” y traduce la concepción original del concepto de epidemia del que deriva el nombre de epidemiología.

La investigación ha permitido identificar cinco expresiones predominantes de desarrollo de la estructura económica en el espacio: *empresarial* (alto desarrollo del capital monopólico), de *transición*, *atrasada* (con fuerte presencia de formas precapitalizadas, sobre todo agrarias), de *colonización en transición* (formas de grande y pequeña empresa de colonización de las zonas amazónicas u orientales), e *insular en transición* (pequeñas empresas y unidades agrícolas en las Islas Galápagos)(1). A su vez, cada una de esas formas regionales presenta distintos grados de modernización de la infraestructura física o urbanización, así como de transformación de la fuerza laboral y acumulación de población activa asalariada industrial, y aparición de capas medias técnico-administrativas que acompañan el avance de la economía empresarial. De esa manera, las formas regionales antes indicadas se subdividen en áreas *metropolitanas*, de *concentración urbana media* y de *baja concentración urbana*, o *dispersas rurales*.

Finalmente, para completar la configuración de las regiones epidemiológicas deben combinarse los crite-

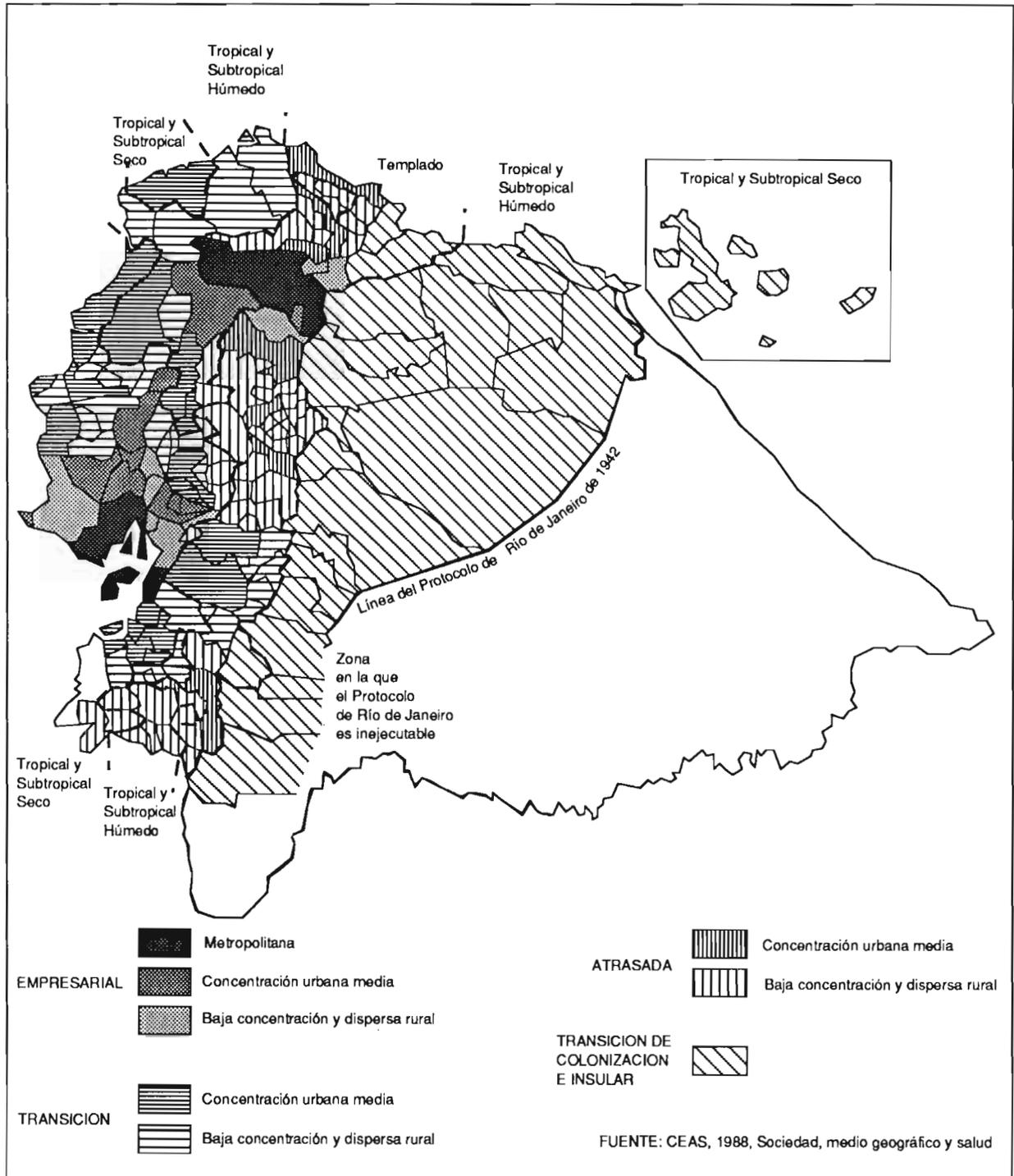
rios de regionalización anteriores, que traducen la existencia de patrones regionales de calidad de vida o reproducción social, (referidos principalmente a las formas de trabajo y consumo que se asocian con la salud), con la distribución por zonas climáticas, las cuales expresan los riesgos y procesos benéficos del entorno natural.

En el Ecuador se han reconocido 25 de las zonas ecológicas de vida según Holdridge(2). Repartidas en la geografía y entrelazando su influencia con los procesos

históricos regionales, van desde las zonas tropicales de distinta humedad, pasando por las zonas premontanas, montano bajas, hasta las montanas y subalpinas. De acuerdo a su influencia epidemiológica pueden reagruparse en tres zonas "epi-climáticas": *tropical y subtropical seca*, *tropical y subtropical húmeda*, y *templada*.

Cada uno de los 147 cantones del país (según división político-administrativa de 1986) evidencia una determinada forma de desarrollo económico predomi-

Fig 2. Regiones socio-económicas y zonas epiclimáticas del Ecuador



nante, un grado de modernización de su infraestructura física y de la composición de la fuerza laboral, así como un predominio climático específico en las zonas más habitadas. Agregando esa información cantonal se pueden establecer 5 tipos regionales socio-económicos que se combinan en el espacio con 3 tipos de zonas epiclímáticas, resultando un total de 21 combinaciones que se utilizan para el análisis de las condiciones epidemiológicas materno-infantiles a lo largo de la geografía nacional(3).

La figura 2 muestra la distribución espacial de las regiones antes explicadas.

Se pone de manifiesto una marcada heterogeneidad en lo geográfico y social. El clima se reparte, en los tres tipos antes indicados, en las cuatro regiones naturales convencionales, pero sin respetar totalmente sus límites.

Cuadro 1
Distribución de la población en las regiones socio-climáticas

REGIONES ECONOMICAS	REGIONES EPI-CLIMATICAS			
	Hbtes. (miles)	Trop. Seca %	Subtrop. Húmeda %	Templada %
EMPRESARIAL	4.094,2	56,0	7,6	36,4
* Metropolitana	2.864,2	53,4	-	46,6
* Conc. Urbana	812,3	59,0	36,2	4,8
* Baja Concentr.	417,7	68,7	4,0	27,3
TRANSICION	3.057,8	53,2	24,0	22,8
* Conc. Urbana	1.892,8	56,3	22,4	21,3
* Baja Concentr.	1.165,0	48,1	26,5	25,4
ATRASADA	2.152,3	4,6	10,7	84,7
* Conc. Urbana	992,7	-	-	100,0
* Baja Concentr.	1.159,6	8,6	19,8	71,6
COLONIZACION TRANSICION (Baja Concentr.)	335,0	-	96,8	3,2
INSULAR TRANSICION (Baja Concentr.)	7,9	100,0	-	-
TOTAL	9.647,1	41,8	16,4	41,8
* Metrop.	2.864,1	53,4	-	46,6
* C. Urb.	3.697,7	41,8	19,4	38,8
* B. Con.	3.085,2	31,2	28,0	40,8

Fuente: MAG- ORSTOM, IGM, INEC, Regionalización CEAS
Elab. CEAS

Las zonas epiclímáticas “tropical y subtropical secas” predominan en las áreas más habitadas de 52 cantones, alojan al 41,8% de la población y se ubican en espacios de tipo megatérmico (temp. μ 20°), principalmente de pluviosidad baja, mediana y alta. Las zonas “tropical y subtropical húmedas” predominan en los espacios más poblados de 43 cantones, contienen al 16,4% de la población y se asientan en espacios de tipo megatérmico y uniforme de muy alta pluviosidad; finalmente, las zonas “templadas” existen en los territorios más habitados de 52 cantones, que alojan al 41,8% de la población y se implantan en espacios de tipo mesotérmico (temp. μ 12°-19°) y frío de alta montaña, de pluviosidad mediana.

Al mirar la distribución de la población del país en la matriz de regionalización epidemiológica (cuadro N°1) se constatan hechos importantes acerca de la ubicación de los habitantes en el espacio socio-climático. Proporciones francamente mayores de la población residen en las zonas tropical-subtropical secas y templadas, y menos de una quinta parte en las zonas cálida húmedas. En la Costa, eso se relaciona con la implantación de urbes grandes y medianas en zonas secas.

Tomando en consideración la interrelación sociedad-clima se establecen algunas evidencias de interés. Las poblaciones metropolitanas radican exclusivamente y en proporciones semejantes, en zonas cálida secas (C. Guayaquil) y templadas (C. Quito). Las poblaciones de concentración urbana media se hallan implantadas en los tres tipos de zonas epiclímáticas, pero con predominio en las zonas tropical secas en las regiones empresariales y de transición. Los sectores de baja concentración urbana y dispersión rural evidencian un claro gradiente desde lo “empresarial” hacia lo “atrasado” donde existe un marcado predominio de zonas templadas.

En las regiones de desarrollo empresarial, con alta capitalización de la economía, se observa un claro predominio de implantación en zonas epi-climáticas cálida-secas. Las áreas de transición denotan también ese predominio, pero con una importante presencia de poblaciones ubicadas en zonas cálida-húmedas y templadas. En los espacios de menor desarrollo del capital, se nota un neto predominio de implantación en zonas templadas. Las regiones de colonización de transición se

ubican totalmente en zonas tropicales muy húmedas y las formas de transición que existen en el territorio insular, se implantan exclusivamente en áreas secas y cálidas.

En síntesis, el desarrollo del capital y de los patrones de organización social correspondientes tienden a acumularse en el Ecuador, exceptuando el solo caso del área de tipo metropolitano del cantón Quito, en las zonas tropicales y subtropicales secas y también, aunque en menor proporción, en las cálidas-húmedas.

Las descripciones geográficas convencionales recurren repetidamente a las delimitaciones naturales clásicas de "Sierra", "Costa", "Oriente" y "Galápagos".

No se puede negar que existen importantes características sociales, culturales y aun de las prácticas políticas, ligadas a esas circunscripciones territoriales y que guardan relación con la salud colectiva, pero esas regiones geográficas no resultan categorías muy rigurosas para el análisis científico, porque en ellas se mezclan atributos que deben ser separados en el análisis geográfico de los determinantes de la salud. Tal es el caso, por ejemplo, de las condiciones climáticas en las que se nota que, si bien las zonas templadas y cálidas predominan en la Sierra y Costa, respectivamente, un 26% de las áreas más habitadas de la Sierra son tropi-

cales o subtropicales; bajo la categoría "Costa" se entremezclan zonas secas y húmedas, y dentro de lo comprendido como "Oriente" existen zonas tropicales húmedas y templadas. Igual confusión, o más grave, surge respecto al desarrollo de la estructura económica. Así, regiones de desarrollo empresarial y de transición coexisten tanto en la Sierra como en la Costa, de igual modo que lo hacen las formas metropolitana, de concentración urbana media y de baja concentración y dispersión rural. Los hallazgos de la investigación sugieren que sólo en el Oriente y en las Islas Galápagos existe una mayor uniformidad, tanto climática como de desarrollo estructural.

La inconsistencia de las comparaciones Sierra-Costa se pone de manifiesto en el cuadro 2.

En los cuatro índices epidemiológicos seleccionados, los diferenciales entre las regiones de tipo empresarial, con gran desarrollo del capital monopólico, y aquellas áreas de formas productivas atrasadas, son considerablemente mayores que los que se observan entre Sierra y Costa. Este hecho se produce, tanto en las zonas tropical-subtropicales del país como en las zonas templadas. Cabe señalar que igual cosa sucede cuando se compara entre regiones cálidas y templadas, manteniéndose dicho contraste dentro de regiones de igual tipo estructural.

Cuadro 2
Discrepancias de comparación entre índices seleccionados, según dos criterios de regionalización

CRITERIO	DIFERENCIAS ABSOLUTAS EN INDICES			
	MORTALIDAD INFANTIL 1986	MORTALIDAD MATERNA 1986	PARTOS NO PROFES. 1986 %	VIVIENDA CON ALCANTARI. 1982 %
1 SIERRA-COSTA	13,6	0,2	4,8	17,5
2 Z. TROPICAL Y SUBT. entre Empresarial Metropolit. y Atrasada de baja Conc.	14,1	1,1	63,5	4,6
Z. TEMPLADA entre Empresarial Metropolit. y atrasada de baja Conc.	16,2	0,8	45,5	23,7

FUENTE: MAG-ORSTOM, IGM, INEC, Regionalización CEAS
ELAB: CEAS

Es evidente pues que las descripciones clásicas que recurren "a priori", a los contrastes convencionales tipo Costa-Sierra, pueden expresar aspectos de la heterogeneidad del país, pero no logran sistematizar y separar las relaciones determinantes que se hallan, de otro modo, entremezcladas en estratos o agregaciones imprecisas como las de Costa y Sierra. Esto quiere decir que, para efectuar un análisis más fino de la distribución de las condiciones de salud en el espacio, si bien se pueden establecer diferencias, algunas incluso muy marcadas, entre Sierra y Costa, eso traduce la acumulación en una y otra de procesos determinantes que un análisis más fino puede y debe desentrañar. Categorías más rigurosas hacen posible establecer esas relaciones de causalidad epidemiológica y aun reconocer mayores diferencias en las comparaciones regionales.

3. HACIA UNA REGIONALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD MATERNO-INFANTILES

El concepto de "calidad de vida" es, de manera general, sugestivo y útil para iniciar una explicación acerca de los vínculos que existen entre el modo de vivir y las características de la salud de una colectividad y sus miembros. Pero esa "calidad" es apenas una manifestación resultante de procesos que la determinan y que la investigación discierne. Por eso, para explicar sobre bases científicas la importancia de las condiciones socio-espaciales sobre el comportamiento de la salud-enfermedad, podemos recurrir al uso del término indicado, pero siempre a condición de que lo fundamentemos adecuadamente. En el desarrollo del presente texto se utiliza el concepto "calidad de vida", enlazándolo al término más riguroso de "reproducción social", que es la base determinante de la situación de salud(4).

De las ciencias de la salud, es la *epidemiología* la que actúa como herramienta diagnóstica de la Medicina Social puesto "que estudia la generación y distribución de la salud-enfermedad en su dimensión colectiva... y analiza en profundidad la relación entre el sistema de contradicciones que surge en la reproducción social de los grupos y los perfiles de salud-enfermedad que los caracterizan"(Breilh, Granda, 1983). Por este motivo, el análisis de la geografía de la salud materno- infantil recae necesariamente en una interpretación epidemiológica, a la que interesa reunir y estratificar los casos individuales de morbilidad y mortalidad registrados, pero no simplemente para ponderar la acumulación de casuística como expresión de

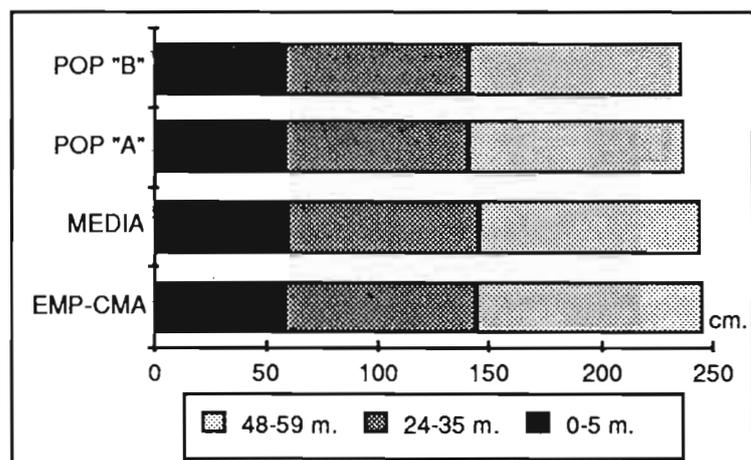
contabilidad de eventos clínicos repartidos en el espacio, sino para entender científicamente la distribución espacial de los perfiles epidemiológicos.

La salud materno-infantil y sus expresiones regionales tienen que ser miradas no sólo en sus manifestaciones últimas, externas o formales (los casos de enfermedad o defunción que se expresan por medio de indicadores epidemiológicos), tales como los índices de morbilidad o mortalidad, sino más bien entendidas en su integralidad y esencia, descifrando los procesos que determinan sus modos de aparición así como su distribución en el espacio.

En el último estudio nacional sobre la desnutrición realizado por la División de Nutrición del CONADE bajo la asesoría del CEAS (CONADE, MSP y CEAS, 1988), se pudo demostrar, siguiendo el enfoque antes anotado, una clara diferenciación en el patrón de deterioro del crecimiento (talla) en los niños de distintos conglomerados sociales (figura 3).

Cuando la vida de los niños empieza, ya aparece en todas las clases del país un déficit acumulado de la talla para la edad, que es un indicador de desnutrición crónica y del pasado nutricional de una población: así, todos los grupos arrojaron tallas alrededor de los 58,9 cms. (en los

Fig 3. Conglomerado social y deterioro diferencial de la talla en niños de tres edades seleccionadas. (talla = cm) Ecuador 1986



($p \leq 0,001$)

NOTAS: (*) CONGLOMERADOS DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS

EMP-CMA = Empresarios y capas medias altas

MEDIO = Conglomerado medio

POP "A" = Conglomerado popular alto

POP "B" = Conglomerado popular bajo

(**) GRUPOS DE EDAD

0-5 meses, 24-35 meses y 48-59 meses

FUENTE: CONADE-MSP-CEAS.- Diagnóstico Nutricional

ELAB: CEAS

datos de la figura 3 eso corresponde al grupo de 0 a 5 meses). Sin embargo, se observa que prácticamente no existen diferencias de talla entre los niños de los distintos conglomerados sociales, a esa edad inicial. Pero, conforme se proyecta la vida de los infantes en las distintas clases sociales hacia edades más avanzadas, las diferencias de talla a nivel nacional van acrecentándose hasta que se torna evidente el deterioro diferencial. A los 48 - 59 meses de edad (5 años aproximadamente), la talla promedio de los niños de las clases empresarial y media alta, supera en 4 cms. a la de los niños del conglomerado popular bajo, que son la inmensa mayoría de los niños menores de cinco años del país.

En vista de que las clases sociales y sus condiciones de vida se han repartido por razones históricas en proporciones distintas entre los tres tipos de regiones socio-económicas del país establecidas por el CEAS para la investigación, también se pudo registrar diferencias interregionales importantes en los indicadores promediales de desnutrición (cuadro 3).

Tanto el impacto crónico de lenta acumulación como el impacto de carácter agudo que evidencia una exposición al hambre en los años recientes de crisis, muestran una gradiente neta entre las zonas metropolitanas, las ciudades menores y las áreas rurales de baja concentración urbana. La desnutrición sigue el mismo patrón de diferencias que todas las entidades asociadas al deterioro básico de las condiciones elementales, sea del momento de trabajo sea del momento de consumo de las poblaciones. Hay por el contrario otras enfermedades, como las vinculadas al estrés, mentales y algunas formas de cáncer que, por asociarse más bien con el deterioro de aspectos más modernos o complejos del trabajo o del consumo ampliado, se acumulan en cambio, en los grandes polos urbanos produciéndose una tendencia inversa.

Cuadro 3
Distribución de la desnutrición en las regiones según
modernización urbana
(Ecuador 1986)

	CRONICA (T/E)	AGUDA (P/T)	GLOBAL(P/E)
Metropolitana	41,1	1,0	29,7
Concentración Urbana media	53,9	10,2	42,8
Baja conc. urbana Dispersa rural	64,6	12,5	51,4

T/E = Talla/Edad; P/T = Peso/Talla; P/E= Peso/Edad
Fuente: CONADE- MSP-CEAS.- Diagnóstico Nutricional
Elab: CEAS

3.1. Variación de la composición social y el trabajo femenino en el espacio ecuatoriano: consecuencias para la salud materno-infantil

La composición social de las poblaciones que se implantan en un cierto territorio se modifica a lo largo del tiempo cuando se transforman la estructura económica y la correspondiente organización productiva. Al mudar dicho basamento, varía también la configuración de las clases sociales que habitan en ese espacio geo-social. Se recomponen las proporciones y, por supuesto, cambia la calidad de vida acumulada en la región.

En el Ecuador la penetración y extensión de la economía capitalista se ha producido con intensidad y grados variables, determinando la aparición de unos pocos "enclaves" de gran desarrollo empresarial de punta y zonas de transformación mediana, dejando aún una vasta matriz territorial atrasada, con fuertes rezagos pre-empresariales. En los espacios más desarrollados se observa un giro hacia clases y grupos ocupacionales más calificados (ej. obreros de la industria de punta, cuadros técnicos de las capas medias, empleados técnico-administrativos también del sector público), los cuales participan en una proporción cada vez mayor de la población económicamente activa (cuadro 4).

Lo contrario sucede en los polos a donde menos ha ingresado la economía empresarial privada, donde estos grupos han mostrado un desarrollo proporcional menor y existen porcentajes altos de fuerza laboral dedicada a la producción agropecuaria en unidades preponderantemente pre-empresariales y de modesto desarrollo tecnológico, las cuales exigen menor calificación de la población trabajadora.

Es muy importante destacar, sin embargo, que esa tendencia de distribución en el espacio, de los trabajadores asalariados y capas medias de inserción más moderna, no determina en ninguna región el predominio de éstos en la masa poblacional. Por el contrario, dadas las características de la implantación del capital en las áreas metropolitanas y la tendencia estructural de generación de una masa de subasalariados que se acumulan en los suburbios y tugurios de las grandes metrópolis, en las regiones más modernas y capitalizadas, también existen proporciones muy altas de esos asalariados de formas atrasadas que coparticipan en el espacio con las clases más modernas, como puede verse en el cuadro 4. Desde el punto de vista del estudio de la repartición en el espacio de la calidad de vida y las condiciones de

Cuadro 4
Distribución de clases sociales seleccionadas en tres tipos de regiones del
Ecuador - 1982
(En porcentajes de la PEA)

CLASES	REGIONES		
	CAPITALIZADA EMPRESARIAL METROPOLITANA	TRANSICION CONCENTRADA URBANA MEDIA	ATRASADA BAJA CON DISPERSA

ASALARIADOS

RAMA:			
* INDUSTRIA y energía de alta calif.	3,4	0,9	0,2
* AGRICULTURA Silvicultura y pesca	1,6	9,5	6,1

TIPO:			
* De PUNTA	3,4	0,9	0,2
* MEDIO	2,1	1,0	0,1
* Formas ATRASADAS	12,7	14,8	9,5

CAPAS MEDIAS

* TOTAL	15,0	6,9	3,6
* Empleados PUBLICOS	6,5	3,9	2,4
* Técnicos y Profesionales Empleados PRIVADOS	6,3	1,8	0,9

Fuente: Censo 1982

Elab: CEAS

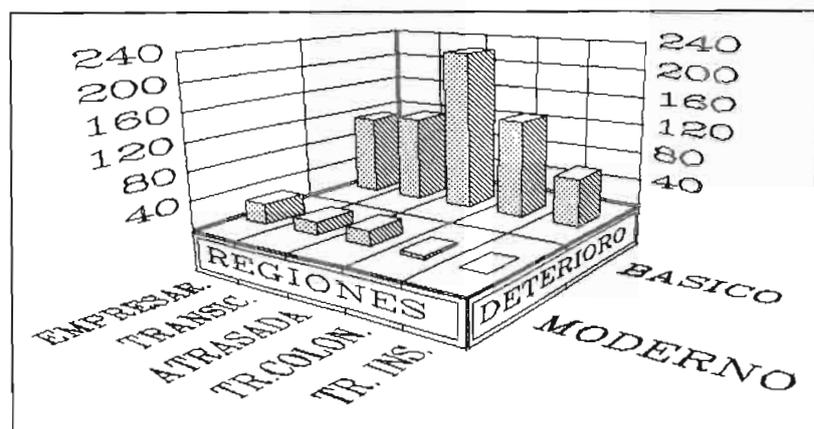
salud-enfermedad, la segregación de clases que acaba de explicarse tiene una decisiva importancia.

La acumulación regional de las clases que se insertan en la producción más atrasada tiende, como se sabe, en la mayor parte de casos, a acompañarse de una gran concentración de enfermedades vinculadas a las formas de trabajo atrasado (ej. tuberculosis pulmonar, malaria, algunas neumoconiosis, intoxicación por plaguicidas, etc.) y a las privaciones básicas en el consumo(5). (caso de las entidades asociadas a desnutrición, enfermedades transmisibles, sobre todo las que afectan a los niños, los trastornos del embarazo y parto como las toxemias, ciertos tipos de cáncer como el gástrico, uterino, etc.). En cambio, donde se acumulan las clases de inserción productiva más moderna en contextos altamente urbanizados, tienden, tal como empieza a evi-

denciarse en los últimos tiempos, a concentrarse las entidades asociadas al trabajo moderno (enfermedades pulmonares, nerviosas, respiratorias y de piel, asociadas con radiaciones, vibraciones, polvos y gases tóxicos industriales, estrés y entidades correlacionadas, etc.) y al deterioro del consumo ampliado(6). En estos contextos se incrementan los niveles de esa patología "nueva" de las sociedades empresariales como la asociada con la polución moderna (ej. cáncer pulmonar) y sobrecarga tensional (isquémicas del corazón, hipertensivas, diabetes, trastornos de la salud mental, ciertos tipos de cáncer como el de piel, etc.).

Cuando se agrupan todas las defunciones de un tipo y de otro ocurridas en el país y se las distribuye en las regiones, aparecen los contrastes antes señalados (figura 4).

Fig. 4. Las defunciones por deterioro básico y moderno en las regiones socio-económicas. (Tasas x 10E5). Ecuador - 1985



NOTAS: (1) Infecciones intestinales, tuberculosis, otras bacterianas, víricas, otras infecciosas y deficiencia nutricional, anemia, neumonía, influenza y bronquitis.

(2) Enfermedad hipertensiva, isquémicas cardíacas

FUENTE: INEC

ELAB.: CEAS

Cuadro 5
Distribución regional de las condiciones de trabajo materno
(Ecuador, 1986)

REGIONES	TRABAJO MATERNO			
	SOLO HOGAR	MISMO BARRIO	AUSENCIA \geq hrs/día	AUSENCIA \geq semana
Metropolitana Templada	56,4	13,1	30,0	0,5
Metropolitana Tropical	69,0	6,8	23,5	0,6
Concentración Urbana Media	73,7	11,2	13,8	1,3
Baja Concentración Dispersa Rural	65,3	20,9	12,2	1,6

Fuente: CONADE-MSP-CEAS. Diagnóstico Nutricional
Elab: CEAS

La condición particular de la mujer y de los niños, así como sus expresiones epidemiológicas, están profundamente enraizadas en la situación general de su clase en cada región, pero conservan ciertas especificidades.

El trabajo femenino, sobre todo el de las madres, repercute necesariamente en la salud de las mismas, pero también en la de los niños en edad temprana de crianza, porque la reproducción social de éstos es de carácter dependiente y gira, en gran medida, alrededor de las posibilidades que cada tipo de jornada materna(7) deja para dicho efecto.

Aparecen estrategias de supervivencia típicas en las clases, dentro de las cuales la organización del trabajo materno y familiar complementario son elementos de importancia. Una consecuencia decisiva de ese comportamiento es la estructuración de la doble o aún triple jornada materna y la aparición de patrones característicos de crianza.

Aunque es muy variada y compleja la gama de perfiles de trabajo de las familias en el país (y de consumo como se verá más adelante), pueden relevarse algunas diferencias regionales de interés para el análisis de la geografía de la salud materno-infantil.

La transformación de los patrones de vida producida desde la época de sustitución de importaciones (años 70) y notablemente acelerada desde 1972 con el advenimiento de la etapa petrolera, aparentemente no se acompaña todavía de una incorporación mayoritaria de la mujer al trabajo remunerado externo al hogar (cuadro 5).

El promedio nacional de madres que laboran sólo en la casa es cercano al 70 % y, del resto, la mayor parte trabaja en la vecindad (14%) o en sitios que obligan a una ausencia diaria mayor de 4 horas (17,5%) mientras que un ínfimo porcentaje (1,2%) labora en lugares lejanos que las obligan a ausentarse por más de una semana (CONADE, MSP y CEAS, op.cit.).

Por los hallazgos anteriores parece ser que más de las dos terceras partes de las madres del Ecuador no se han vinculado a un trabajo externo reconocido. Es cierto que en la investigación de la que se han extraído estos datos, puede haberse producido un subregistro del trabajo femenino y tal vez en amplios sectores no fueron reconocidas como tales varias tareas como la agrícola, pero de todas maneras se puede aseverar que la organización social del país aún no está permitiendo una incorporación preponderante de la mujer con responsabilidades familiares a la vida económica fuera del hogar (cuadro 6).

Al desagregar los datos nacionales y observar su comportamiento en los distintos espacios económicos,

Cuadro 6
Distribución regional de las condiciones de trabajo materno -
Ecuador, 1986
(Porcentajes)

REGIONES	TRABAJO MATERNO			
	SOLO HOGAR	MISMO BARRIO	AUSENCIA \geq hrs/día	AUSENCIA \geq semana
TOTAL PAIS	67,3	14,0	17,5	1,2
Metropolitana	63,3	9,7	26,0	0,6
Concentracion Urbana media	73,7	11,2	13,8	1,3
Baja concentracion Dispersa rural	65,3	20,9	12,2	1,6

Fuente: CONADE-MSP-CEAS. Diagnóstico Nutricional
Elab: CEAS

se constatan diferencias importantes. En las áreas metropolitanas se da aparentemente el mayor distanciamiento laboral respecto al espacio de crianza, mientras que en las urbes de desarrollo intermedio y en las zonas poco urbanas parece haber una mayor posibilidad de permanencia de la mujer junto a sus hijos: en el primer caso, porque muy pocas madres salen de la casa para trabajar y en el segundo, porque a más de que son relativamente escasas las madres que salen, también muchas de ellas laboran "en el mismo barrio", lo cual en ese tipo de zonas garantiza una proximidad relativa.

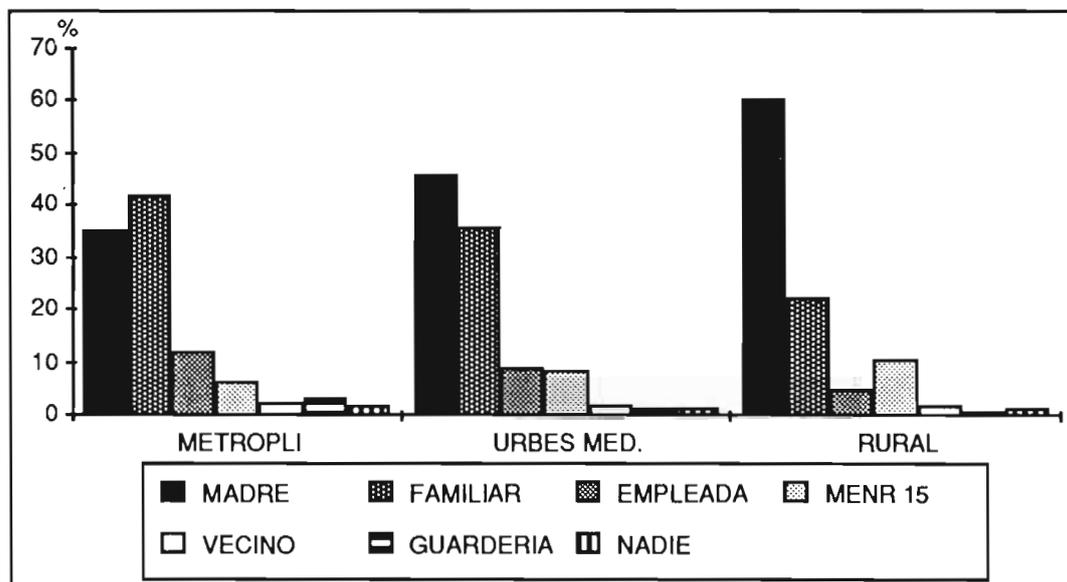
Un reflejo interesante de la variación en el espacio económico de las estrategias familiares de crianza, que naturalmente guardan relación con la calidad de la reproducción social del niño, es el cambio de los patrones de responsabilidad frente al cuidado de los infantes, que se empieza a notar entre las familias de las metrópolis con respecto a aquellas que viven en las urbes menores y las zonas dispersas rurales (figura 5).

Tomando en consideración que en el país los sistemas formales e informales de "guardería" a los que puede acceder la vasta mayoría de familias de las clases populares son altamente deficitarios, tanto en cantidad como en calidad, puede decirse que dentro de esa carencia el modelo más saludable para el cuidado del menor sería el de la atención materna. Toda otra alternativa es carencial y epidemiológicamente insegura.

La atención materna del menor hasta su etapa pre-escolar queda sujeta a la factibilidad que existe en cada clase social para que la madre pueda prescindir del trabajo externo o compatibilizar sus tareas económicas con las labores de crianza.

Aquí aparece una vez más el peso determinante de las condiciones estructurales del espacio social, observándose, conforme se pasa hacia las regiones me-

Fig. 5. Variación de los patrones de cuidado del niño en el espacio económico. Ecuador, 1986



FUENTE: CONADE - MSP - CEAS.- Diagnóstico Nutricional
ELAB.: CEAS

tropolitanas, una disminución del porcentaje de madres que atienden al cuidado de sus hijos en el hogar. Así, mientras en las áreas atrasadas donde hay una fuerte presencia de formas productivas pre-empresariales el 60,2 % de las madres cuida a sus hijos, apenas el 33,9 % lo hace en las áreas metropolitanas de gran desarrollo del capital monopólico y modernización de las estrategias de vida familiar. Paralelamente, en el espacio metropolitano hay una proporción mayor de madres que recurren a familiares adultos, empleadas, vecinos y guarderías, para la atención de los niños. Claro está, los porcentajes variables en que esto sucede dependen de la capacidad adquisitiva de las diferentes clases y otras características culturales de las mismas (figura 5). Cabe destacar el hecho de que sólo en este tipo de zona se recurre al uso de servicios de guardería, especialmente en el Quito metropolitano.

Aun al interior de un mismo tipo de espacio se evidencian contrastes interesantes entre subregiones. Por ejemplo, en Guayaquil se observa una proporción menor de atención por la madre (26,4 %) que en Quito (42,9 %) y también un mayor porcentaje de utilización de alternativas informales.

Sobre la base de la situación de clase y condiciones de trabajo que se ha bosquejado puede comprenderse la distribución geográfica de la calidad de consumo, la cual en unidad e interrelación con las condiciones laborales cierra el conjunto de procesos determinantes de la salud.

3.2. Variación de la calidad del consumo en el espacio: la otra dimensión del proceso de determinación epidemiológica

La distribución de las condiciones de consumo va ligada a la composición social y a la segregación regional de las características laborales y constituye un nivel importante de determinación de la salud.

El proceso de reproducción social unifica e interrelaciona las formas de trabajo e inserción productiva con la calidad y cuantía del consumo de bienes a los que tienen alcance los productores y sus familias. En otras palabras, la calidad de los medios de subsistencia básicos como los de alimentación y vivienda y también la calidad de los bienes de consumo ampliado, como los servicios de salud y educación, está estrechamente

relacionada con el tipo de inserción y ejercicio laboral(8).

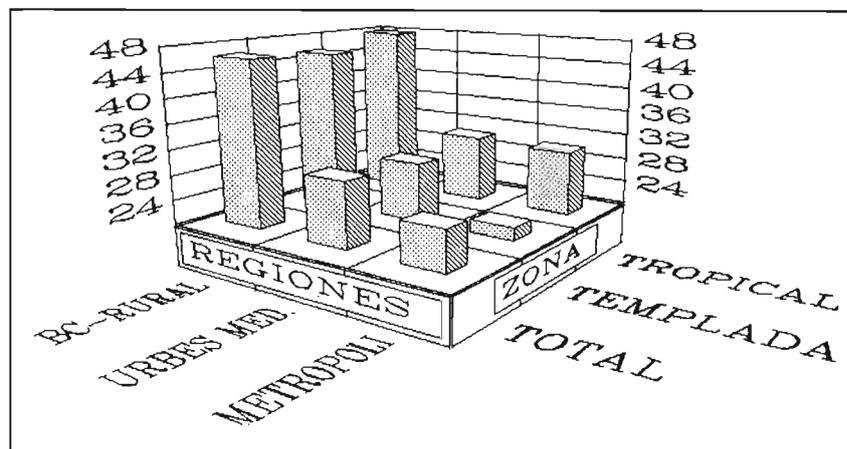
Ya se hizo referencia a la distribución de las condiciones alimentarias y nutricionales en una sección anterior. Los dramáticos contrastes entre los índices de desnutrición que se obtienen de los espacios estructuralmente más desarrollados, como son los metropolitanos, respecto a las zonas con menor evolución productiva y social, corroboran una neta distancia entre la calidad de la alimentación que se logra en unos y otros espacios.

Pero las deficiencias de la alimentación no operan aisladamente sino que conforman un único y concatenado "sistema de deficiencias" que configura un verdadero perfil típico en cada clase social. Los hallazgos preliminares de la antes citada investigación sobre la "epidemiología del hambre" en el Ecuador, muestran la relación, por ejemplo, entre el deterioro de la vivienda y el de la alimentación. En efecto, las familias que habitan viviendas totalmente adecuadas arrojaron una total adecuación calórico-proteica de su dieta; los núcleos familiares que moran en viviendas de mediano deterioro sólo llegaron a un 67% de adecuación calórica y 93% de adecuación proteica; finalmente, las familias de peor condición que viven en viviendas altamente deficitarias y peligrosas, mostraron un alarmante menoscabo de su dieta con apenas el 59% de adecuación calórica y 86% de adecuación en la ingestión de proteínas.

Otro de los indicadores clave de la calidad de consumo es la vivienda. La medida más directa del grado de riesgo epidemiológico de la vivienda es el índice de hacinamiento (figura 6).

Los promedios regionales demuestran que, pese a las severas carencias de la vivienda en los suburbios de

Fig 6. El hacinamiento (1) en el espacio social ecuatoriano, 1986.



NOTA: (1) Más de cuatro personas por dormitorio en promedio
FUENTE: CONADE-MSP-CEAS.- Diagnóstico Nutricional
ELAB: CEAS

Guayaquil y en los tugurios de Quito, donde si se analizarían separadamente los índices de ciertas clases, se encontraría la mayor descomposición de la misma, aparece una gradiente en el deterioro del acceso promedio a la vivienda, desde las metrópolis hacia las zonas de baja urbanización. Si bien existen inmensos sectores de las zonas metropolitanas con marcado deterioro de la cobertura de vivienda, aún persisten limitaciones muy agudas de ese tipo de infraestructura en los espacios de menor desarrollo de la economía de capital.

Los servicios complementarios de las viviendas experimentaron una nítida deficiencia en el país para el año del censo de 1982, aspecto que con el tiempo se agrava, pues en esta década de la crisis esos índices han desmejorado debido a la creciente insuficiencia del ritmo de producción de viviendas. Para el año indicado, existió dotación de agua potable en apenas el 58,6% de las unidades habitacionales de las regiones empresariales metropolitanas (en Guayaquil 52,2%, en Quito 66,0%), es decir que, aun en estas que se suponen ser las mayormente equipadas, prácticamente la mitad de las viviendas carece de ese elemental recurso para la salud. En las regiones transicionales de mediana concentración, el déficit es aún más grande pues sólo 45,9% de las habitaciones poseen (aquí también la dotación de las áreas tropicales, 42,7%, es menor que de las templadas, 56,3%). En las zonas atrasadas de baja concentración urbana, la cobertura es de 47,6% (sólo en este caso se invierte el déficit pues en promedio es menor la dotación de las áreas templadas, 46,8%, que la de las tropicales 49,9%). La dotación de las regiones de colonización de Oriente e insular de transición, es llamativamente baja, con el 46,9% y 29,0% respectivamente (CEAS, 1988)

Los recursos de alcantarillado siguen un patrón de distribución semejante pero con niveles de cobertura

mucho más bajos, siendo casi siempre la dotación de las áreas templadas mayor que de las tropicales.

Otro signo de desigualdad de la calidad del consumo es el atraso educativo; una manera más adecuada para medirlo que la tasa de analfabetismo, es el índice global de atraso educativo(9) diseñado por el CEAS para el estudio de la población económicamente activa. (figura 7)

Al desagregar el índice nacional en sus componentes regionales, aparece una vez más la heterogeneidad del país en la distribución de la calidad del consumo y se demuestra que, aun en los puntos metropolitanos de mayor auge de la producción y riqueza de la economía privada de mercado, persisten niveles de atraso alarmantes.

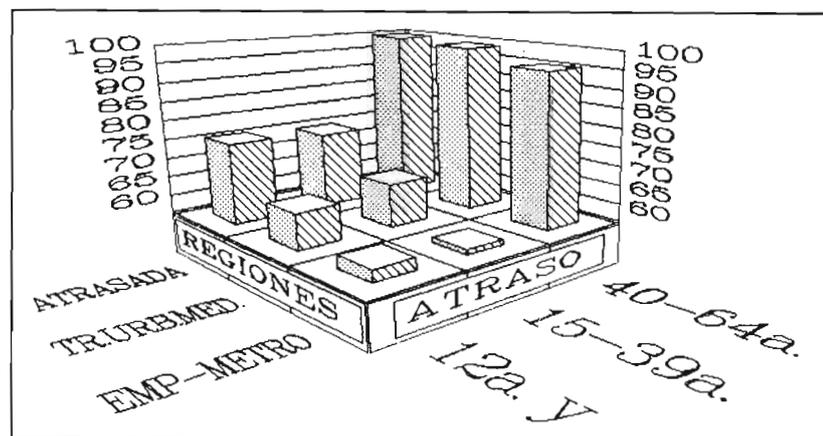
El promedio nacional de mujeres mayores de 12 años que se encontraban al comienzo de la década en severo atraso educativo es de 66,5% (muy cercano al promedio global del país para los dos sexos) (CEAS, op. cit).

Los contornos de la deficiencia educacional en la mujer alcanzan relieves alarmantes que llevan a una profunda reflexión acerca de todas las consecuencias que ésta tiene para la salud. Es un componente clave del consumo y, normalmente, un elemento vulnerado por la situación de ciertas clases que no han podido tener alcance a él por cuanto la lógica distributiva del Estado no le asigna prioridad, sobre todo cuando se trata de ofrecérselo a grupos no estratégicos para la producción. Existe una diversidad de estudios que demuestran una estrecha relación entre los niveles educativos maternos y los índices de morbilidad y mortalidad, tanto de los niños como de las mujeres en edad reproductiva(10). Es innegable que ese tipo de correlaciones está plenamente demostrado, pero cabe señalar la misma advertencia que se hiciera anteriormente sobre la necesidad de no asumir de manera aislada el análisis de la educación,

sino de integrarla con los otros componentes de la reproducción social de las clases. Efectivamente, aun en el terreno del análisis de los datos empíricos, se ha podido demostrar que los niveles educativos actúan como variables apenas moderadoras, determinadas a su vez por las características básicas de la inserción productiva, que sintetiza el efecto conjunto de una serie de procesos epidemiológicos.

El acceso al consumo de servicios de salud es un elemento de la calidad de vida que también mues-

Fig. 7. Desigualdad de la educación de la mujer en regiones seleccionadas (% de atraso educativo en la PEA femenina) - Ecuador, 1982



FUENTE: Censo de 1982
ELAB: CEAS

tra características particulares en las diferentes clases que conforman una sociedad.

Aun cuando las escuelas convencionales y el pensamiento funcionalista generalmente otorgan al nivel de instrucción más importancia de la que realmente tiene frente a la determinación del comportamiento de la salud-enfermedad, no se puede negar el hecho de que éste juega un papel significativo en el desarrollo de la salud de una población.

En un estudio anterior el CEAS (1988), demostró cómo la crisis socioeconómica que se enfrenta desde 1975 y que se ha acentuado profundamente durante los años 80, ha contribuido a menoscabar, aún más, los insuficientes servicios y recursos de salud del país.

Mas, cuando se analiza la distribución de esos recursos y del propio impacto de la crisis, se constata que en este terreno opera la misma lógica distributiva que en los restantes aspectos de la reproducción social que se ha revisado con anterioridad: una concentración de bienes y recursos en las áreas más capitalizadas.

Tomando como caso ilustrativo la falta de atención profesional del parto, que es un indicador de la crisis de acceso a los servicios de salud materna, y analizando su repartición en los distintos territorios económicos del país, se observa cómo la dotación o acceso a la asistencia profesional, que es predominantemente estatal, va sufriendo un creciente y dramático deterioro conforme se pasa a las regiones de menor desarrollo de la estructura económica (figura 8).

Gran parte de las acciones formales de cuidado a la salud materno-infantil depende de los médicos y sobre todo de los especialistas en pediatría y gineco-obstetricia. Sin embargo, cuando se efectúan pruebas de corre-

lación entre los índices provinciales de dotación de especialistas ginecólogos y pediatras, con los de padecimientos de la madre relacionados con el embarazo y el parto, o con las tasas de mortalidad infantil, respectivamente, no se encuentran las asociaciones significativas que podría esperarse o éstas son de un nivel insignificante.

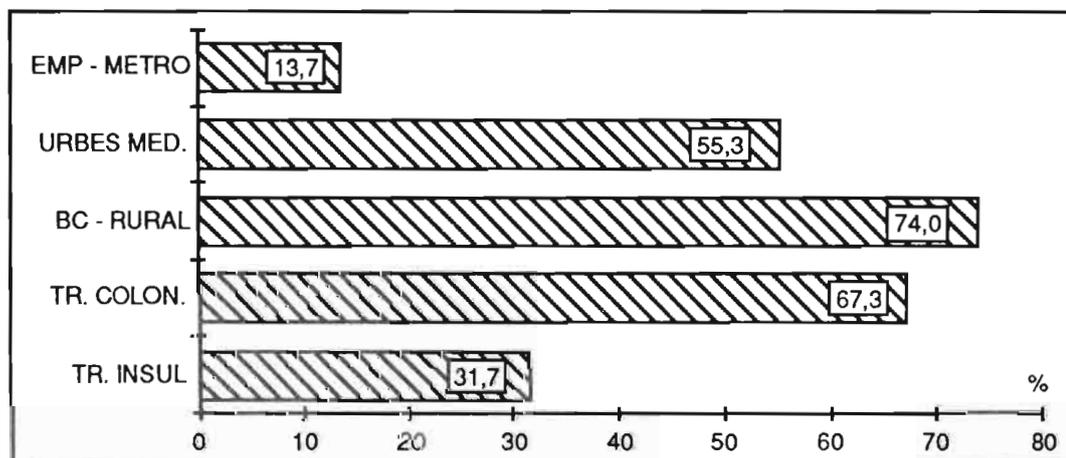
En cambio, cuando se correlacionan dichos indicadores de dotación per cápita con los índices provinciales de desarrollo de la economía empresarial, se obtienen altas correlaciones(12) (figura 9).

El hecho de que los puntajes de desarrollo empresarial de las provincias muestren una correlación directa con los indicadores de dotación de pediatras y ginecólogos, pone en evidencia la lógica de distribución de ese tipo de recursos humanos, los cuales se concentran en los polos de mayor desarrollo del capital, y por tanto, de ampliación del mercado de la asistencia privada para esos recursos especializados.

Es interesante anotar que ese mismo comportamiento se observa para otros elementos de la organización de los servicios de salud y su repartición en el espacio. Es el caso, por ejemplo, de los índices de cobertura de la Seguridad Social, tanto a nivel urbano como a nivel rural (cuadro 7).

Como se ha observado en diversos estudios latinoamericanos y del país, uno de los papeles clave del Estado, en sociedades como la ecuatoriana, es sustentar los procesos productivos del sector hegemónico empresarial. Los servicios de la Seguridad Social desempeñan una tarea decisiva en la protección de la fuerza laboral y por eso la lógica distributiva sigue el patrón de asignación que se ha explicado y que es parte de la segregación espacial de la calidad de vida.

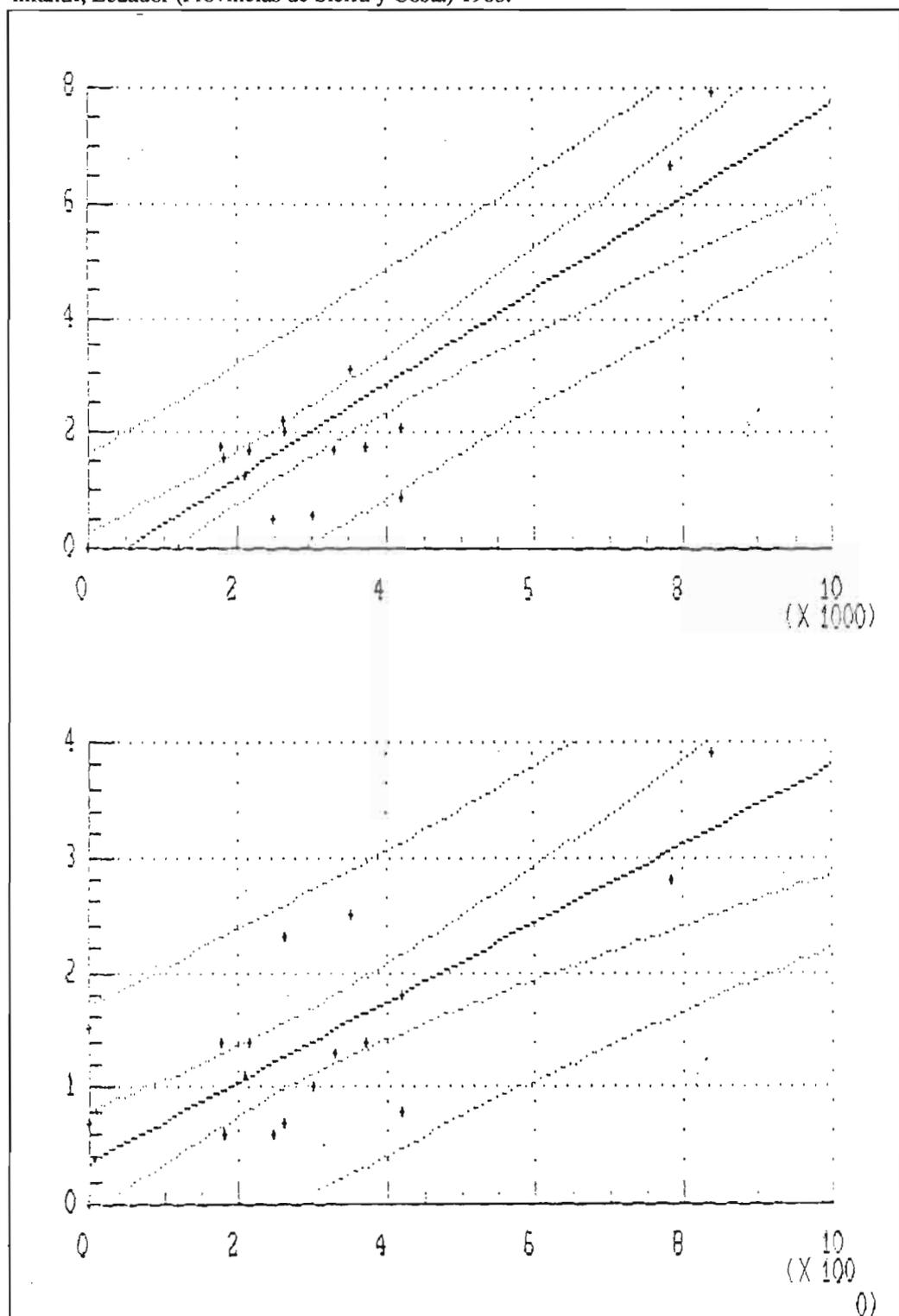
Fig. 8. Carencia de la atención profesional del parto - Ecuador, 1986



FUENTE: INEC y CEIAS, Tesis sobre Tétanos Neonatal

ELAB: CEAS

Fig. 9. Relación entre el desarrollo empresarial y la dotación de especialistas en atención materno-infantil, Ecuador (Provincias de Sierra y Costa) 1985.



$y = -9.96 + 9.35E-4X$
 $r = 0.9$

$r^2\% = 79.3$
 $p < 0.001$

X = Desarrollo Empresarial (ptos.)
 Y = Pediatras x 10000 niños

$y = 0.26 + 3.66E-4X$
 $r = 0.8$

$r^2\% = 61.5$
 $p < 0.001$

X = Desarrollo Empresarial (ptos.) (11)
 Y = Ginecólogos x 10000 mujeres en edad fértil.

FUENTE: INEC, CEAS

ELAB: CEAS

Cuadro 7
Deficiencias de cobertura de la población femenina por la seguridad social - Ecuador, 1982

ESPACIO ECONOMICO	POBLACION FEMENINA NO ASEGURADA (%)	
	URBANA 1	RURAL 2
Empresarial	44,4	64,5
Transición	53,3	81,9
Atrasada	56,8	82,6
Colonización de transición	51,3	77,6
Insular de transición	59,9	75,5

Notas: (1,2) según clasificación convencional del INEC

Fuente: Censo de 1982

Elab: CEAS

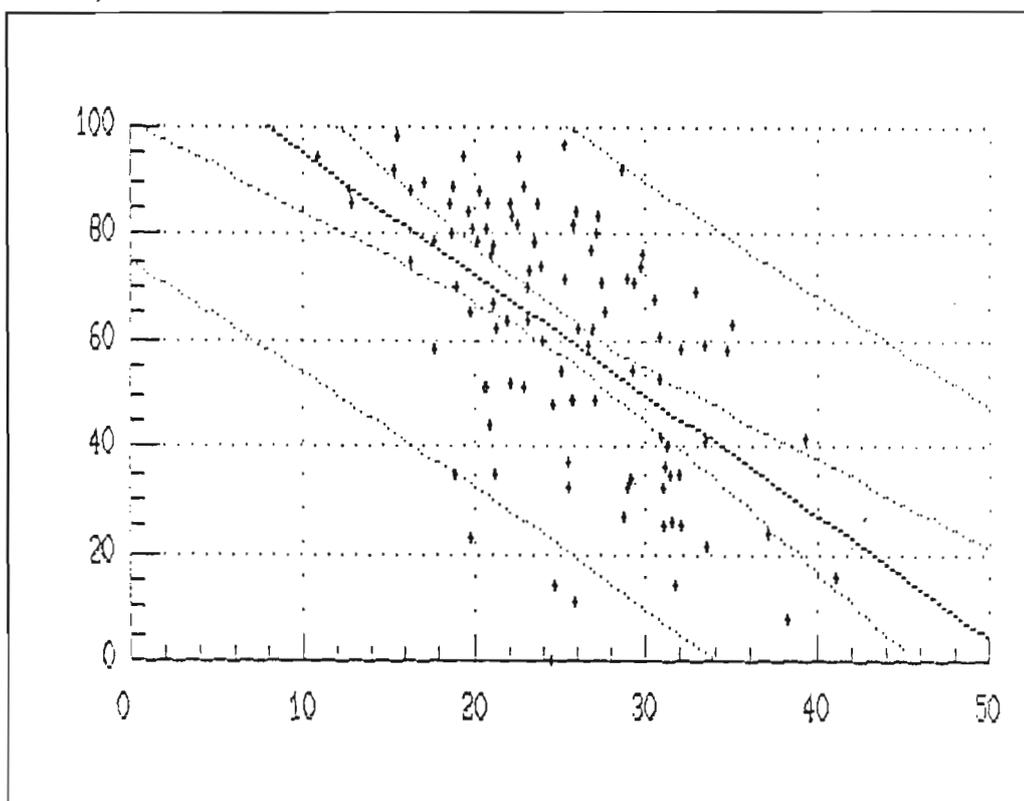
Es factible ilustrar, mediante el análisis de estos referentes concretos, la existencia de un neto patrón distributivo de las condiciones de vida en los diferentes segmentos del espacio geo-social. Es necesario tomar estas evidencias como un conjunto integrado de procesos para no asumir cada uno de las variables e indica-

dores del estudio como una "entidad" aislada, sino como un proceso concatenado con otros que forman la unidad de la vida social, la cual, desde el punto de vista epidemiológico, se explica en sus relaciones y cambios fundamentales como un sistema de contradicciones que, en cada región específica del espacio económico-social, enfrentan las distintas clases y que modelan su salud-enfermedad. En la reproducción social de los grupos se contraponen los procesos destructivos o enfermantes a los procesos benéficos o saludables. La intensidad de esos condicionamientos y su articulación específica en el desarrollo de las clases conforman su

perfil epidemiológico. A su vez, las realidades particulares de salud de los grupos son parte de las características epidemiológicas de una región.

Se puede extraer para el análisis una parte de esa compleja trama de procesos de la reproducción social y

Fig. 10. Relación negativa entre dos componentes de la reproducción social en 102 cantones - Ecuador, 1982-86



$$y=121.0-2.48x$$

$$r= -0.6$$

$$r^2 \%=38.7\%$$

$$p<0.001$$

X = Educación Femenina Adecuada (%)

Y = Partos sin atención profesional (% de nacidos vivos)

FUENTE: INEC Censo de 1982, CEIAS Proyecto Tétanos

ELAB: CEAS

evidenciar el carácter contradictorio de los elementos de la reproducción social en su disposición geográfica. Así, donde se han desarrollado unos procesos benéficos y se ha ofrecido una mayor respuesta a determinadas necesidades, tienden a disminuir otros procesos destructivos o signos de deterioro. Es el caso de las regiones más capitalizadas donde ha mejorado relativamente el acceso a ciertos bienes como el educativo, retrocediendo algunos indicadores del atraso (figura 10).

Desafortunadamente, el modelo de progreso económico que implica el sistema empresarial privado es de tipo concentrador-excluyente; por eso, aun cuando en los polos de avanzada del crecimiento de las empresas monopólicas y de la metropolización del espacio como Quito y Guayaquil se están atenuando algunos índices promediales del deterioro más básico, producido en el trabajo y el consumo, sin embargo eso está siendo contrarrestado y aun superado por una rápida reacumulación de miseria en los espacios urbanos de invasión o asentamiento espontáneo de esa masa de sobrepoblación relativa(13).

Además, en las zonas empresarial metropolitanas existe un acelerado deterioro de otros aspectos de la reproducción social relacionados con sobrecarga tensional, fatiga y monotonía en el trabajo, violencia y otras expresiones de la epidemiología de la agresión, formas modernas de polución ambiental; todo esto está determinando una alta incidencia de otro tipo de problemas epidemiológicos.

De ahí surge la disparidad que se mostró antes en el diagrama sobre la distribución regional de las enfermedades asociadas a deterioro "básico" y "moderno", donde se ejemplifica cómo las primeras han disminuido discretamente en las áreas metropolitanas y persisten muy altas en las zonas atrasadas, mientras que lo contrario ocurre con las entidades más asociadas a la modernidad empresarial. Por eso, mientras el índice de mortalidad materna por toxemia del embarazo, que se asocia a privación alimentaria y de servicios extrema, es menor en las metrópoli (1,1 x 100.000) y se incrementa hacia las zonas atrasadas (1,4 x 100.000), lo inverso sucede, por ejemplo, con la mortalidad por infarto.

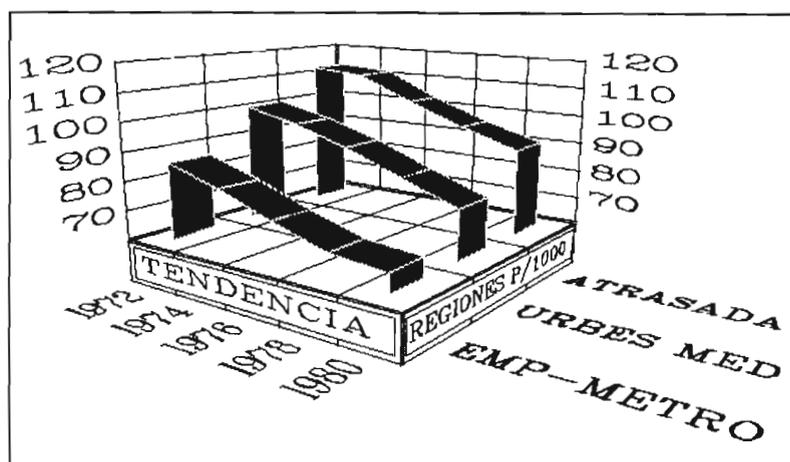
La distribución en el espacio de la salud-enfermedad es, por consiguiente, variada y heterogénea, tanto como las condiciones estructurales de vida de las poblaciones, pero esas mismas condiciones determinan además el dinamismo o tendencias en el tiempo de los fenómenos. (figura 11).

Cuando se mira la evolución de los índices de mortalidad infantil corregidos mediante la técnica de Brass-Trussel(14) para los tres tipos de espacios sociales más característicos del país, se puede constatar que las diferencias entre regiones se conservan a lo largo del tiempo, pero además se pone en evidencia el deterioro epidemiológico relativo de las dos zonas extremas de la gama de desarrollo económico. En efecto, mientras en 1972 el índice de mortalidad de la zona de transición concentrada urbana era 14 puntos más elevado que el de la zona empresarial metropolitana, para 1980 era apenas 7 puntos más alto. Es decir, la disminución de la diferencia denota un empeoramiento relativo de las condiciones de vida y salud de los niños de las metrópolis respecto a las de las ciudades medianas. Del mismo modo, mientras en el año inicial de la tendencia la distancia entre los índices de las ciudades medianas era 22 puntos mejor o más bajo que en las áreas atrasadas de baja urbanización y dispersión rural, este diferencial creció 1 punto al final del período considerado. Por lo tanto, también esto sugiere un empeoramiento relativo de la condición de vida en las zonas de extremo atraso.

Finalmente, este análisis de la mortalidad materno-infantil como expresión terminal del proceso de deterioro regional de la calidad de vida requiere una reflexión acerca de la interrelación que existe entre la estructura económica de las regiones y las zonas climáticas que en ellas predominan.

Si bien está demostrado que el condicionamiento estructural y social es determinante en última instancia, es también cierto que las condiciones climático-ecológicas pueden participar en ese proceso de causalidad como mediadores importantes de los propios condicionamientos de la sociedad según lo sugiere el análisis de la distribución de la mortalidad materna en las zonas climáticas del país (cuadro 8).

Fig. 11. Tendencias comparativas de la mortalidad infantil en tres regiones socio-económicas características (Técnica de Trussel) - Ecuador, 1972-80



FUENTE: Censo de 1982

ELAB: CEAS

Cuadro 8
Distribución de la mortalidad materna en las regiones
económicas y zonas climáticas - Ecuador, 1986

REGIONES ECONOMICAS	ZONAS CLIMATICAS		
	Tropicales y Subtropicales Secas	Tropicales y Subtropicales Húmedas	Templadas
Empresarial Metropolitana Concentrada	0,8	-	1,1
Urbana media Baja concent. y dispersas rurales	1,5	2,4	1,5
Colonización Transición	1,9	1,9	2,1
Insular Transición	-	1,0	3,4
	6,4	-	-

Fuente: INEC, CEAS, Proyecto sobre tétanos
Elab: CEAS

El clima y las potencialidades de la naturaleza circundante se asocian a formas especiales de desarrollo de las fuerzas productivas, en contextos con peculiar dis-

ponibilidad de recursos y energía, y mediante el incremento de avances sociales específicos, también los climas se asocian a formas culturales y políticas particulares, todo lo cual mantiene una estrecha relación con las expresiones en la salud-enfermedad.

La matriz de distribución por regiones sociales y zonas epiclímicas permite obtener semejantes resultados con todas las entidades de tipo básico, por lo cual, la mortalidad infantil que expresa fundamentalmente esos problemas se distribuye de forma similar a la de la mortalidad materna.

En síntesis estas breves reflexiones sobre la distribución en los territorios económicos de los determinantes y efectos epidemiológicos en el terreno materno-infantil, esbozan lineamientos básicos de una geografía de la salud de carácter analítico y no meramente descriptivo. Se ha delineado una explicación de las relaciones que existen entre la calidad de la vida, determinada por las leyes de la producción y distribución social, y sus expresiones regionales en la salud de la mujer y el niño.

Notas

1 Estas dos últimas denominaciones, si bien no resultan ciertamente muy satisfactorias, las mantenemos por destacar las especificidades del desarrollo productivo de las provincias orientales y Galápagos, bastante diferente no sólo por razones geográficas sino histórico-sociales, respecto de las otras regiones del espacio ecuatoriano.

2 Las zonas ecológicas de vida de Holdridge se establecen de acuerdo a los pisos altitudinales, humedad, pluviosidad y temperatura predominantes.

3 Combinando el avance estructural y el grado de modernización urbana se establecen en el país 5 tipos de regiones socioeconómicas: *Empresarial* a. Metropolitana, b. Concentrada Urbana y c. De Baja Concentración Urbana y Dispersa Rural. *Transición* a. Concentrada Urbana y b. Baja

Concentración Urbana y Dispersa Rural. *Atrasada* a. Concentrada Urbana y b. Baja Concentración Urbana y Dispersa Rural. *Colonización de transición* a. Baja Concentración Urbana y Dispersa Rural. *Insular de Transición* a. Baja Concentración Urbana y Dispersa Rural. Las zonas epiclímicas se definen por la predominancia de ciertas zonas ecológicas de vida, tomadas de la clasificación de Holdridge, en los territorios de más alta concentración poblacional de cada cantón. De ese modo se registra la zona *tropical* y *subtropical seca* (donde predominan las zonas 1, 2, 2', 3, 4, 7, 8, 11), zona *tropical* y *subtropical húmeda* (donde predominan las zonas de vida 12, 15, 16, 19, 20) y zona epiclímica *templada* (donde predominan las zonas 5, 6, 9, 10, 13, 14, 17, 18, 21). Estos números, como se sabe, simbolizan las regiones descritas por Holdridge: p.ej: 11=bosque seco. Para mayor información remitimos a la lectura del texto "El Mapa Bioclimático y Ecológico del Ecuador", del Ing. Luis Cañadas Cruz.

Así aparecen 21 posibles combinaciones en el país.

4 "Reproducción social" es el nombre que la ciencia ha dado al proceso histórico en el que se producen y reproducen las con-

diciones de existencia que caracterizan a las clases o grupos constituyentes de una sociedad determinada, condiciones que no sólo se refieren a las de subsistencia, puesto que incluyen las propias relaciones sociales, las formas políticas e ideológicas. En el marco del proceso global de desarrollo de una formación social, regido por las leyes generales que expresan fuerzas determinantes del cambio histórico, suceden también procesos particulares de reproducción social que son típicos de los diversos grupos socio-económicos y que configuran un sistema de contradicciones entre los bienes o valores de uso que dichos grupos disfrutaban y las fuerzas deteriorantes o destructivas de la vida que padecen. Dependiendo de las condiciones de trabajo y consumo y de las modalidades de práctica y formas ideológicas que caracterizan a cada inserción social, surgen patrones o estrategias de supervivencia y comportamiento familiar, todo lo cual define el contenido, las tendencias y las formas de la salud-enfermedad en cada grupo. Dentro de esos límites, objetivos y necesarios, surgen las probabilidades y procesos específicos de conservación-deterioro de la vida y la salud que experimentan los individuos.

5 Las modalidades atrasadas de trabajo se caracterizan por alta demanda calórico-energética, por extrema carga sobre el aparato osteo-muscular, exposición a factores nocivos del clima exterior y contacto directo con la naturaleza, ruidos y vibraciones de gran intensidad. Dichas modalidades se asocian generalmente con deterioro del consumo básico (alimentario, de vivienda, vestido, reposo) y bajo acceso al consumo ampliado (servicios de salud, educación formal y otros bienes que distribuye el Estado).

6 El trabajo en la producción moderna se inscribe en la lógica del incremento de rendimiento para la ganancia bajo condiciones tecnológicas más avanzadas e intensivas, lo cual introduce cargas vinculadas a la monotonía y fatiga que produce estrés. En estos grupos, normalmente, el consumo básico no está tan afectado y más bien se detecta deterioro del consumo ampliado recreacional, educativo y de salud.

7 La doble jornada se refiere, en el caso de las mujeres que cumplen trabajo remunerado o lucrativo, a la de trabajo doméstico. Cuando la mujer se encuentra además en estado de embarazo, hay una especie de triple jornada relacionada a las específicas tareas de la gestación.

8 El consumo básico se refiere a los medios elementales de sostenimiento y reproducción de la fuerza laboral (alimentación, vestido, vivienda, reposo básico). En cambio el

consumo ampliado se refiere a los bienes que contribuyen al perfeccionamiento de la fuerza laboral y se estructuran de un modo más amplio.

9 El índice global de atraso educativo se calcula aplicando un programa especial a los datos del censo, agregando todos los casos de serio desfase entre la edad cronológica y el nivel educativo en todos y cada uno de los grupos quinquenales de edad, desde los 12 hasta los 65 años.

10 Desde los estudios "clásicos" como los de Puffer y Serrano realizados bajo los auspicios de la OPS/OMS, los distintos trabajos de Hugo Behm cumplidos para el CELADE, las investigaciones de Eduardo Menéndez, Mario Bronfman y René Jiménez en México y los estudios del CEAS para la ciudad de Quito.

11 Los índices de desarrollo empresarial han sido establecidos usando coeficientes de determinación, que permiten ponderar el peso específico de una serie de variables para medir ese desarrollo y expresarlo en unidades. Para mayor información remitimos a los interesados a nuestro trabajo "Análisis del Papel Desempeñado por la Ciencia y la Tecnología en el Proceso Histórico Social Ecuatoriano del Presente Siglo", capítulo XI. CEAS, Quito, 1984.

12 Se pudo obtener, para todas las provincias de la Sierra y de la Costa, los índices de pediatras por 10.000 niños y de ginecologistas por 10.000 mujeres en edad fértil, para correlacionarlos mediante una prueba de regresión con el índice de desarrollo de la economía capitalizada. Este último se obtuvo por combinación de subindicadores de capacidad productiva industrial, financiera y comercial moderna sacados del último censo económico (1980) del INEC, de encuestas de manufactura y minería, y de estadísticas del Banco Central.

13 La sobrepoblación relativa es el término más adecuado para lo que algunos llaman "masa marginal". En realidad no hay una marginalidad efectiva, pues la masa subasalariada es un componente estructural importante en las sociedades dependientes y atrasadas.

14 La técnica de Brass-Trussel permite calcular la probabilidad de muerte en menores de un año a partir de los datos del censo y utilizando modelos matemáticos de probabilidad aplicados a la información de mujeres en edad reproductiva repartidas según grupos quinquenales de edad y los hijos tenidos por estas, así como los fallecidos.

BIBLIOGRAFIA

- BIOLAT (G.), 1973, *Teoría Científico-Social y Medio Ambiente*, París, Ediciones Sociales.
- GRIGORIAN (T.) 1978, *Naturaleza y Sociedad*, Policopias.
- BREILH (J.), 1986, *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*, México, Editorial Fontamara, (3ra. edición).
- HARVEY (D.), 1973, *Social Justice and the City*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, .
- SCHTEINGART (M.) et. al., 1973, "Estructura Interna y Centralidad en Metrópolis Latinoamericanas", en *Imperialismo y Urbanización en América Latina*, Barcelona, Editorial Gustavo Gili, S.A.A., pp. 282.
- BREILH (J.) et. al., 1984, "Un Marco Teórico sobre los Determinantes de la Mortalidad-México", *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo* (COLMEX-PISPAL-UNAM), p.134.
- CONADE-MSP-CEAS, 1988, *Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana* - Quito.
- CEAS, 1988, *Deterioro de la Vida y Mortalidad en Ecuador*, Quito, Publicación preparada para la Oficina de Naciones Unidas para Población, (en prensa).
- CEAS, 1988, *La Crisis y su Impacto en la Salud-Quito*, Estudio Internacional Auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud.
-

GEOGRAFIA DE LA NUTRICION

Plutarco Naranjo

Antes de abordar el tema de la situación nutricional en las diversas zonas y regiones del Ecuador es preciso, primero, hacer un breve discrimen acerca de los conceptos de alimentación y nutrición.

1. ALIMENTACION Y NUTRICION

Aunque en el lenguaje común, con frecuencia se utilizan como términos equivalentes alimentación y nutrición, hay una profunda diferencia entre ellos (Naranjo, 1986).

Alimentación es la acción de alimentarse, es decir, comer, ingerir comidas y bebidas; nutrición, en cambio, es la incorporación intracelular de las sustancias químicas o nutrimentos indispensables para la reposición de los líquidos y más sustancias que el organismo pierde o elimina constantemente, así como para el crecimiento y reproducción celulares.

Es cierto que la alimentación es el paso necesario para la nutrición, pero un individuo puede comer copiosamente y puede estar mal nutrido. La buena nutrición no implica ni ingerir en abundancia, ni como cualquier tipo de alimento.

Aclarar estos conceptos es de interés no tanto académico o semántico cuanto práctico.

Un gobierno que se preocupe por mejorar el estado nutricional de su pueblo y en particular de los niños, tiene que desarrollar una política alimentaria y nutricional, cada una de las cuales implica distintas instancias y aspectos muy diversos.

Una política alimentaria tiene como objetivo el conseguir que toda familia tenga acceso a los alimentos en cantidad y calidad apropiada, objetivo que se identifica con la seguridad alimentaria. Abarca los aspectos de producción y productividad: tecnología agrícola y agronómica apropiadas; selección de semillas, utilización de suelos, etc.; comercialización, almacenamiento y distribución; mercadeo; política estatal de créditos, política de precios; regulación de la exportación y la importación de los alimentos, y muchos otros aspectos adicionales.

En cambio, la política nutricional cuyo objetivo es que todo individuo tenga acceso a los nutrientes esenciales para la vida, en las cantidades que diariamente requiere su organismo, busca asegurar una dieta suficiente, eficiente y balanceada.

El organismo humano, de acuerdo a su edad, sexo, estado fisiológico y actividad, requiere de cantidades óptimas de las 3 clases de macronutrientes: proteínas, hidratos de carbono y grasas —hay que agregar también fibra vegetal— y de los micronutrientes: vitaminas y minerales. A su vez, en el caso de las proteínas, como éstas consisten en grandes cadenas de aminoácidos en diversa proporción en cada una de ellas, con la circunstancia de que 8 en el adulto y uno más en el niño no pueden ser sintetizados por los tejidos humanos y es preciso que sean ingeridos en los alimentos, por lo cual se los califica como *aminoácidos esenciales*, la dieta balanceada exige que cada aminoácido esencial se halle presente con la cantidad y proporción óptimas. Igual exigencia se aplica a los lípidos o grasas, grupo en el cual se distinguen por lo menos dos ácidos grasos

esenciales. Asimismo, las vitaminas y minerales deben participar en la dieta suficiente y balanceada, en cantidades y proporciones bien definidas. Hay que tener presente además que no se trata de un balance fijo ni estático sino adaptado a las circunstancias fisiológicas. Por ejemplo, el ejercicio físico demanda un mayor consumo de ácido ascórbico (vitamina C) y tiamina (vitamina B1) que de vitamina A. El crecimiento celular tiene sus propios requerimientos; la tercera edad los suyos, bastante diferentes a los de la pubertad (Burton, 1966 y Mitchell y colab. 1978).

2. LA ALIMENTACION PRECOLOMBINA

Si tomamos como punto de partida el sitio arqueológico de Las Vegas (Holm y Crespo, 1981), en la Península de Santa Elena (provincia del Guayas), donde se han encontrado ciertas herramientas de labranza a modo de azadas y hachas, tanto de piedra como de grandes caracoles, así como fitolitos con restos de una gramínea que con mucha probabilidad son de maíz; si estas piezas arqueológicas se toman como indicio del comienzo de la domesticación del maíz, ésta habría comenzado, en dicha zona, aproximadamente 6.000 años antes de la era cristiana (Zeballos, 1966) (Pearsall, 1988).

En la cultura Valdivia (4.000-2.350 a.C.) que se desarrolló en el sitio epónimo de la misma península de Santa Elena, la inmensa cantidad de piezas de barro cocido que se han excavado demuestran que en una primera época se desarrolló una cerámica utilitaria con producción de cuencos o platos hondos y sobre todo de la olla o vasija que sirvió, por primera vez, para cocinar en agua los alimentos; en una segunda fase se desarrolló una cerámica suntuaria, con la producción de gran cantidad de hermosas figurillas femeninas. Como ha sucedido en otras culturas, este hecho permite suponer que los valdivianos habían alcanzado una producción agrícola de excedentes. Entre otros restos de esta misma cultura se han encontrado granos de la habilla blanca o fréjol machete (*Canavalia ensiformis* y otras especies del mismo género). También hay evidencias del cultivo del fréjol común y de raíces y tubérculos como la papa china u otoy, el camote y otros alimentos (Marcos y colab., 1976; Damp, 1988).

Es muy probable que la agricultura se inició en la región de la costa y posteriormente la tecnología se difundió hacia la región interandina, en donde los hallazgos más remotos de alimentos cultivados corresponden a una época de aproximadamente 2.000 años antes de la era cristiana. En la región interandina se domesticaron y cultivaron otras plantas alimenticias como la papa, la oca, el melloco, el chocho, la quinua y muchos otros más (Porras, 1982).

Al momento de la conquista española, en el primer tercio del siglo XVI, como puede inclusive constatar

en los textos de los Cronistas de Indias y más historiadores, existió ya una agricultura muy desarrollada y sobre todo variada (Naranjo, 1984). En las tablas I al III se enumeran las principales plantas alimenticias utilizadas por la población primitiva del Ecuador. Algunas tuvieron como centro de origen quizá el propio territorio ecuatoriano mientras otras fueron producto de intercambio tanto con el norte como con el sur.

El maíz, en sus diferentes variedades, resultó ser una de las especies cultivables más cosmopolitas (Pearsall, 1977; 1978); crece, con facilidad desde el nivel del mar hasta más de 3.000 m. de altitud. Constituyó el cereal básico de la alimentación, no sólo de la población aborígen del Ecuador sino de todo el hemisferio occidental. Tanto las investigaciones arqueológicas como las antropológicas demuestran que el consumo del maíz estuvo ligado generalmente al consumo de leguminosas como el fréjol y el chocho (*Lupinus mutabilis*).

El maíz constituye una rica fuente calórica, por su contenido en hidratos de carbono. Como los demás cereales, es relativamente pobre en proteínas; el contenido está entre 7 y 9%, con la circunstancia de que sus proteínas son bastante pobres, entre otros ácidos aminados esenciales, en lisina y triptófano. El fréjol y sobre todo el chocho son, en cambio, ricos en proteínas y a su vez estas proteínas son ricas en lisina, aunque menos en triptófano, de modo que al asociarlos en la dieta cotidiana, los dos tipos de alimentos se complementan mutuamente. El valor biológico de una proteína está determinado por la concentración de los aminoácidos que se hallan en proporción menor; en el caso del maíz, entre otros aminoácidos, por la lisina. Esto determina que el valor biológico de los cereales sea de menos del 50%, es decir que el organismo humano utiliza menos de la mitad de las proteínas de estos alimentos; igual cosa sucede con las proteínas de los granos leguminosos. En cambio, al asociar cereales y leguminosas, como se complementan, el valor nutritivo sube hasta valores cercanos al 80%. Una dieta basada en aproximadamente dos tercios de un cereal y un tercio de un grano leguminoso, constituye una buena dieta, completa y balanceada (Naranjo, 1988). Si a los dos tipos de alimentos se agrega toda la gran variedad de productos agrícolas o los que se recogen por producción espontánea, se encuentra que la alimentación de la población aborígen de la región andina antes del descubrimiento de América, debió haber sido bastante bien balanceada. Asimismo, si se considera el sistema económico y social de los pueblos prehispánicos, se puede suponer que no existieron motivos de pobreza o de escasez de alimentos, y que la dieta debió haber sido suficiente.

En cuanto a los pueblos ribereños del mar o de los ríos de la Costa y la Amazonía, la dieta vegetal tuvo el

Tabla I
Plantas alimenticias tropicales y subtropicales

DENOMINACION POPULAR	NOMBRE CIENTIFICO	CLASIFICACION
Raíces, tubérculos y rizomas:		
Malli, mallica o papa de montaña	<i>Dioscorea alata</i> L.	Dioscoriáceas
Ñampi (Esmeraldas) o ñame	<i>Dioscorea</i> sp.	Dioscoriáceas
Papa china u otoy	<i>Xanthosoma sagittifolium</i> Schott.; <i>X. violaceum</i> Schott.	aráceas
Yuca	<i>Manihot esculenta</i> Crantz	Euphorbiáceas
Yuquilla o sagú	<i>Marantha arundinacea</i> L.	Marantáceas
Leguminosas de grano:		
Fréjol de árbol	<i>Erythrina edulis</i> Tr. (Posada)	Leguminosas
Fréjol de manteca, tortas	<i>Phaseolus lunatus</i> L.	Leguminosas
Habilla, fréjol gigante o fréjol machete	<i>Canavalia ensiformis</i> (L) D.C.	Leguminosas (Papilionáceas)
Maní, inchic	<i>Arachis hypogaea</i> L.	Leguminosas (Papilionáceas)
Porotón, sachá poroto o cañaro	<i>Erythrina bracteata</i> Pers.	Leguminosas (Papilionáceas)
Hortalizas y otros alimentos:		
Alcayata	<i>Cucurbita ficifolia</i> Bouché	Cucurbitáceas
Bledo espinoso	<i>Amaranthus spinosus</i> L.	Amarantáceas
Palma toquilla o jipijapa	<i>Carludovica palmata</i> R. et P.	Ciclantáceas
Palmito (1)	<i>Guilielma gasipaes</i> H.B.K. Bailey	Palmáceas
Tagua o cadi (2)	<i>Phytalepas macrocarpa</i> R. et P.	Arecaceas
Zapotillo	<i>Cucurbita moschata</i> Duch.	Cucurbitáceas
Nueces y Oleaginosas:		
Cocotero o palma de coco	<i>Cocos nucifera</i> L.	Palmáceas
Chontaduro o chontaruru	<i>Guilielma gasipaes</i> (H.B.K.) Bailey y <i>Aiphanes caryotifolia</i> (H.B.K.) Bailey	palmáceas
Palma real	<i>Ynesa colenda</i> O.F. Cook	Palmáceas
Piscanquinol o castaño	<i>Pachira aquatica</i> aubl. y <i>P. insignis</i> Sav.	Bombacáceas
Frutas:		
Badea o tumbo caimito	<i>Passiflora quadrangularis</i> L. <i>chrysophyllum oliviforme</i> L. <i>ch. auratum</i> Miq.	Passifloráceas sapotáceas
Cereza o cercilla	<i>Malpighia puniceifolia</i> L. y <i>M. glabra</i> L.	Malpighiáceas
Ciruella	<i>Spondias purpurea</i> L.	Malpighiáceas
Ciruella de dos pepas	<i>Bunchosia</i> sps.	Malpighiáceas
Ciruella verde	<i>Bunchosia armeniaca</i> D.C.	Malpighiáceas
Granadilla de Quijos o chisiqui	<i>Passiflora popenoi</i> killip y otras especies	Passifloráceas
Guaba de la Costa	<i>Inga edulis</i> mart. e <i>I. spcs.</i>	Leguminosas (Mimos.)
Guanábana	<i>Annona muricata</i> L.	Anonáceas
Guayaba o saguinto	<i>Psidium guayava</i> L.	Myrtáceas
Jagua dulce o huito	<i>Genipa americana</i> L.	Rubiáceas
Lugma o lucma	<i>Lucuma obovata</i> H.B.K.	Sapotáceas
Madroño	<i>Rheedia macrophylla</i> Pl. et Tr.	Gutiferáceas
Mamey cartagena	<i>Mammea americana</i> L.	Gutiferáceas
Mamey colorado o zapote colorado	<i>Calocarpum mammosum</i> (L) Pierre	Sapotáceas
Maracuyá	<i>Passiflora edulis</i> sims.	Passifloráceas
Marañón	<i>Anacardium occidentale</i> L.	Anacardiáceas
Naranjilla	<i>Solanum quitoense</i> Lam.	Solanáceas
Níspero	<i>Achras sapota</i> L.	Sapotáceas
Papaya	<i>Carica papaya</i> L.	Caricáceas
Pechiche	<i>Vitex gigantea</i> H.B.K.	Verbenáceas
Piña	<i>Ananas comosus</i> (L) merrill	Bromeliáceas
Piñuelo	<i>Bromedia nidus-puellae</i>	Bromeliáceas

Pitajaya	<i>Hylocereus polyrhizus</i> (Weber) Britt & Rose y <i>Acanthocereus pitajaya</i> Dug ex Croizet	Cactáceas
Zapote blanco	<i>Casimiroa tetrameria</i> Mill	Rutáceas
Zapote negro	<i>Diospyros ebenester</i> Retz.	Diosperáceas
Zapote o sapote	<i>matisia cordata</i> Humb. & Bonpl.	bombacáceas
Plantas para bebidas estimulantes:		
Cacao	<i>Theobroma cacao</i> L.	Esterculiáceas
Guayusa (región oriental)	<i>Ilex guayusa</i> Loes	Aquifoliáceas
Condimentos y especias:		
Achiote o mántur	<i>Bixa orellana</i> L.	Bixáceas
Canelo	<i>Nectandra cinnamomoides</i>	Lauráceas
Ishpingo o flor de canela	<i>Oocotea quixos</i> Lam.	Lauráceas
vainilla	<i>vanilla planiflois</i> Andr.; <i>V. claviculata</i> Sw y otros	Orquidáceas
Otras plantas útiles relacionadas con hábitos alimenticios:		
mate	<i>Lagenaria siceraria</i> (Mol) Standl.	Cucurbitáceas
Pilche	<i>Crescentia cujete</i> L.	Bignoniáceas

(1) palmito es nombre que se aplica al ápice tierno de varias palmas

(2) el fruto tierno es comestible

Tabla II
Plantas alimenticias cosmopolitas (1)

DENOMINACION POPULAR	NOMBRE CIENTIFICO	CLASIFICACION
Raíces, tubérculos y rizomas:		
Achira o atsera	<i>Canna edulis</i> Kerr-Gawl.	Cannáceas
Camote o batata o cumar	<i>Ipomoea batatas</i> (L) Poir	Convulvuláceas
Chicama (Ajima o ajipa o xiquima)	<i>Pachyrhizus erosus, tuberosus</i> y <i>P. ahira</i>	Leguminosas (Pápilionáceas)
Cereales:		
Maíz, sara o zara	<i>Zea mays</i> L.	Gramínea
Leguminosas de grano:		
Fréjol, frijol o poroto (centenares de variedades)	<i>Phaseolus vulgaris</i> L.	Leguminosas (Papilionáceas)
Hortalizas y otros alimentos:		
Achoccha o chayotero	<i>Cyclanthera pedata</i> var. <i>edulis</i>	Cucurbitáceas
AjÍ rocoto	<i>Capsicum pubescens</i> L. Sin. <i>C. annum</i>	Solanáceas
AjÍ picante (hojas)	<i>Capsicum frutescens</i> L.	Solanáceas
Camote (hojas)	<i>Ipomoea batatas</i> (L) Poir	Convulvuláceas
Castellano	<i>Cucurbita mixta</i>	Cucurbitáceas
Lengua de vaca	<i>Rumex crispus</i> y otros sps.	Poligonáceas
Pimiento	<i>Capsicum annum</i> (2) L. (una variedad)	Solanáceas
	<i>Lycopersicum esculentum</i> Mill.	Solanáceas
Frutas:		
Chirimoya	<i>Annona cherimolia</i> Mill.	Solanáceas
Condimentos y especias:		
AjÍes (muchas variedades)	<i>Capsicum annum</i> L.	Solanáceas

(1) Crecen o se cultivan tanto en la Costa como en la Región Interandina.

(2) La taxonomía de los ajÍes es muy compleja. Hay la tendencia a considerar como una sola especie con muchas variedades: *capsicum frutescens* L. (*C. annum* L., *C. baccatum* L.).

Tabla II
Plantas alimenticias andinas

DENOMINACION POPULAR	NOMBRE CIENTIFICO	CLASIFICACION
Raíces, tubérculos y rizomas:		
Jícama	<i>Polymnia edulis</i> Wedd.	Compuestas
Mashua o añu	<i>Tropaeolum tuberosum</i> <i>R. et P.</i>	Tropaeoláceas
Melloco	<i>Ullucus tuberosus</i> Caldas	Baselláceas
Miso o taza	<i>Mirabilis expansa</i> R. et P.	Nictagináceas
Oca	<i>Oxalis tuberosa</i> Mol.	Oxalidáceas
Papa	<i>Solanum tuberosum</i> L., S.	Solanáceas
Totora (rizoma)	<i>Scirpus riparius</i> Prest., <i>S. americanus</i> Pars. y <i>otras especies</i>	Juncáceas
Zanahoria blanca o Racacha o arracacha	<i>Arracacia xanthorrhiza</i> Bancofrt., <i>sin. A. esculenta</i> D.C.	Umbelíferas
Granos y pseudo cereales:		
Sangorache o ataco morado	<i>Amaranthus caudatus</i> L.	Amarantáceas
Quinua	<i>Chenopodium quinoa</i> Willd.	Chenopodiáceas
Leguminosas de grano:		
Chochos	<i>Lupinus mutabilis</i> Sweet.	Leguminosas (papilionáceas)
Hortalizas y otros alimentos:		
Acederilla o acetosella	<i>Rumex acetosella</i> L.	Poligonáceas
Achupalla o aguarango (1)	<i>Pourretia pyramidata</i> R et P.	Bromeliáceas
Berro	<i>Roripa nasturtium</i> Rus. y <i>R. lanceolata</i> Will.	Crucíferas
Bledo o ataco	<i>Amaranthus quitensis</i> H.B.K. y <i>A. blitum</i> D.C.	Amarantáceas
Canayuyu o cerraja	<i>Sonchus oleraceus</i> L.	Compuestas
Chulco o agrillo	<i>Oxalis crenata</i> Jacq.	Oxalidáceas
Gulag	<i>Rumex aquaticus</i> L.	Poligonáceas
Mastuerzo o mallau	<i>Tropeolum majus</i> L.	Tropeoláceas
Quinua (hojas tiernas)	<i>Chenopodium quinoa</i> Sweet.	Chenopodiáceas
Tañi o achicoria quiteña	<i>Achyrophorus quiteusis schult</i>	Compuestas
Verdolaga o chutuillatu	<i>Portulaca oleracea</i> L.	Portulocáceas
Zambo o calabaza (2)	<i>Cucurbita pepo</i> L.	Cucurbitáceas
Zapallo (3)	<i>Cucurbita maxima</i> Duch.	Cucurbitáceas
Nueces y oleaginosas:		
Tocte	<i>Juglans neotropica</i> Diels.	Junglandáceas
Edulcorantes:		
Cábuja negra (chaguarmishqui o savia dulce)	<i>Agave americana</i>	Amaryllidáceas
Frutas:		
Aguacate o palta	<i>Persea americana</i> Mill., syn <i>P. grattisima</i> Gaerth.	Lauráceas
Arrayán	<i>Eugenia: varias especies</i>	Myrtáceas
Babaco	<i>Carica pentagona</i> Heilb.	Caricáceas
Capulí	<i>Prunus capull</i> Cav.	Rosáceas
Ciruela verde o asum	<i>Bunchosia armeniaca</i> D.C.	Malpighiaceas
Chamburo o toronchi	<i>Carica chrysopetala</i> Heilb.	Caricáceas
Chilguacán o chihualcán	<i>Carica cundamarcensis</i> Hook.	Caricáceas
Chirimoya	<i>Annona cherimolia</i> Mil.	Anonáceas
Frutilla	<i>Fragaria chiloensis</i> (L) duchesne	Rosáceas
Granadilla	<i>Passiflora maliformis</i> L. y <i>P. ligularis</i> Juss.	Passifloráceas
Guaba (4)	<i>Inga</i> sps.	Leguminosas

Gualicón	<i>Ceratostema sp. y macleania</i>	Ericáceas
	<i>Floribunda Hook.</i>	Ericáceas
Guallán o gullán	<i>Passiflora ligularis juss</i>	Passifloráceas
Hobo o ciruela amarilla	<i>Spondias mombim L.</i>	Anacardiáceas
Jigacho	<i>Carica pubescens Koch.</i>	Caricáceas
Joyapa o salapa	<i>Macheania popenoei Blake y otros sps.</i>	
Mora común	<i>Rubus adenotrichus schlecht.</i>	Rosáceas
Mortiño	<i>Vaccinium floribundum H.B.K.</i>	Ericáceas
Pacay	<i>Inga pachicarpa</i>	Leguminosas
Pepino	<i>Solanum muricatum Ait.</i>	Solanáceas
Quiqui o nigua	<i>Osteomeles obtusifolia y otros sps.</i>	Rosáceas
Tacso o taxo	<i>Passiflora mollissima (H.B.K.) Bailey</i>	Passifloráceas
Tomate de árbol	<i>Cyphomandra betacea (cav.) sendt.</i>	Solanáceas
Tuna amarilla	<i>Opuntia bonplandii Pfeiff</i>	Cactáceas
Tuna blanca	<i>Opuntia tuna L.</i>	Cactáceas
Tuna morada	<i>Opuntia sp.</i>	Cactáceas
Uvilla	<i>Physallis peruviana L.</i>	Solanáceas
Zarzamora	<i>Rubus, varias especies</i>	Rosáceas
Condimentos y especias:		
Ajenjo o alcafor	<i>Artemisia sodiroi Hier.</i>	Compuestas
Anicillo, ashpa anís	<i>Tagetes pusilla H.B.K.</i>	Compuestas
Asnay yuyu o ashpa tsintso	<i>Tagetes multiflora H.B.K.</i>	Compuestas
Huaviduca	<i>Piper sp.</i>	Piperáceas
Hizo o shigui	<i>Dalea mutisii Kunth.</i>	Leguminosa
Molle	<i>Schinus molle L.</i>	Anacardiáceas
Paico	<i>Chenopodium ambrosioides L.</i>	Chenopodiáceas
Tipo o poleo	<i>Bistropogon mollis H.B.K. y B. parvifolius Sodiro.</i>	Labiadas
Tsintso, chinchog o asnac yuyu	<i>Tagetes terniflora H.B.K.</i>	Compuestas

- (1) El tallo tierno es comestible, aún se utiliza en la provincia del Carchi
- (2) También las flores masculinas fueron utilizadas como hortalizas
- (3) Las semillas o pepas se han utilizado como almendras y oleaginosas
- (4) La pepa cocida es comestible y tiene un alto contenido de proteínas, puede utilizarse también en la alimentación de animales.

Tabla IV
Area de los principales cultivos
(en miles de hectáreas)

Nº	Cultivos	1985	1987
1	café	426	430
2	cacao	286	295
3	maíz duro	180	194
4	arroz	149	156
5	banano y plátano	133	135
6	caña de azúcar	87	90
7	maíz suave, seco y choclo	75	70
8	fréjol (incluso de "palo")	58	54
9	papas	36	28
10	palma africana	35	60
11	soya	34	36
12	cebada	29	26
13	yuca	22	21

Fuentes: MAG y CENDES

complemento diario de pescados y mariscos, y fue rica en buenas proteínas animales.

El régimen colonial y el desastre alimentario

La conquista española significó el descalabro del régimen agrícola, económico, social y político del antiguo territorio del actual Ecuador. La tierra y sus habitantes pasaron a ser propiedad privada de los latifundistas españoles. La tecnología agrícola andina desarrollada a lo largo de más de 3.000 años, fue suplantada por otra de origen europeo. El cultivo asociado y rotativo, propio de la agricultura aborigen, en buena parte fue reemplazado por el monocultivo. El aborigen perdió la seguridad alimentaria y pasó a depender de los alimentos que le proporcionó en forma menguada el hacendado o encomendero. El español introdujo el cultivo extensivo de trigo para su propio alimento y cebada para alimento de sus animales y también de los indios. A la dieta de cebada se

agregaron pocos productos americanos como el maíz y las papas. Aunque de acuerdo a las disposiciones legales el hacendado o encomendero debía pagar ocho y medio pesos al año a cada uno de los indios trabajadores, en la práctica, el aborigen nunca recibió un solo centavo (Juan y de Ulloa, 1826). El pago se hizo con productos, en especial con maíz y cebada. Así se distorsionaron los patrones alimentarios que tuvo la población aborigen; se implantó una alimentación casi monovalente que fue condicionando poco a poco un estado de desnutrición crónica al que se adaptó el organismo humano.

3. LA PRODUCCION DE ALIMENTOS EN EL ECUADOR CONTEMPORANEO

Desde hace aproximadamente 5 lustros, el Ecuador se convirtió en un país exportador de petróleo. Aunque se trata de uno de los países menores en cuanto al volumen de exportación petrolera dentro del grupo de la OPEP, esta actividad contribuye con más del 50% del presupuesto nacional y de las respectivas divisas dólar. Tradicionalmente el Ecuador ha sido país agrícola, exportador de alimentos, en particular de banano, cacao y derivados y café; en los últimos años se ha incrementado la exportación de camarón de acuicultura y también de productos del mar.

La exportación del petróleo trajo abundantes dólares que beneficiaron a un sector reducido de la población que incrementó grandemente su capacidad de gasto. Este hecho unido a otros factores internos e internacionales, impulsó la inflación entre cuyas consecuencias estuvo la progresiva disminución de la capacidad adquisitiva de la mayoría de los ecuatorianos.

La reforma agraria desarrollada por la misma época, que suprime las formas precarias de producción y obliga a los terratenientes al pago de un salario mínimo vital, directa o indirectamente condicionó una masiva migración de campesinos hacia las grandes ciudades donde surgieron los barrios urbano-marginales o "cinturones de pobreza". Uno de los resultantes de estos complejos fenómenos económico sociales ha sido la distorsión de la producción agrícola y sobre todo el incremento progresivo de la desnutrición que en 1987 afectaba ya al 50% de niños menores de 5 años de edad (Freire, 1988).

Las áreas de cultivo

La superficie total de cultivos, en las cuatro regiones del país Costa, Sierra, Amazonía y Archipiélago de Colón o provincia de Galápagos, en 1987 fue de 1'660.000 hectáreas (Gándara y colab. 1986; INEC, 1986; Jara, 1988).

En la tabla IV se presenta la distribución de la superficie de cultivo de acuerdo a cada uno de los trece

productos agrícolas mayores. Como puede observarse, el área de cultivo del café, el cacao y el banano es mayor del 50% del total del área cultivada. Si bien es cierto que una pequeña proporción de estos tres productos se dedica al mercado interno, esto quiere decir que por lo menos el 50% de la superficie cultivada del Ecuador está dedicada a los alimentos de exportación. Alimentos como el trigo, de elevado consumo, ha pasado a ser producto de importación en más del 95% del total consumido(1).

En las tablas V, VI y VII se presenta la distribución del área de cultivo en cada una de las provincias del país. Pueden verificarse las apreciables diferencias de las áreas destinadas a los distintos cultivos, en parte debido a las diferencias climáticas pero, en parte también a otros factores como el régimen de propiedad de la tierra.

En 1985 el área cultivada de la Sierra fue aproximadamente de 556.000 hectáreas mientras que en la Costa fue de aproximadamente 1'110.000 hectáreas, superficie de la cual, como acaba de anotarse antes, la mayor parte está dedicada a productos de exportación.

Tradicionalmente se ha considerado a la Sierra como la región esencialmente agrícola. Si se toma en consideración la producción de alimentos de consumo popular puede aún mantenerse ese calificativo aunque cada vez la Sierra tiende a disminuir la producción agrícola y la Costa tiende a incrementarla.

Evolución de las áreas de cultivo

En la tabla VIII puede observarse la disminución progresiva, desde 1972, del área de cultivo. En efecto en 1972 la superficie total de cultivos ascendía a 2'230.000 hectáreas, con una alta proporción de área de la Sierra. En ese año la población del Ecuador era de aproximadamente 6'500.000. En 1987 la superficie total de cultivos disminuyó a 1'660.000 hectáreas, mientras la población se acercaba a los 10'000.000.

La superficie que oficialmente aparece bajo la denominación de "pastizales", en cambio, ha subido de 2'182.000 hectáreas en 1972 a 4'580.000 hectáreas en 1987. Teóricamente los pastizales deberían estar dedicados a la ganadería, pero ha sucedido en la generalidad de los casos que amplias áreas de latifundios se han dejado como tierras ociosas a raíz de la expedición de la Ley de Reforma Agraria que, como se indicó antes, obliga a los propietarios a pagar salario en dinero a sus trabajadores.

En la tabla IX se presentan las cifras del área dedicada a cultivos y a pastos en las cuatro regiones del país. Como puede observarse, en la Sierra apenas un 25% de la superficie agrícola total está dedicada al cultivo de alimentos.

Tabla V
Area de cultivo (en ha.) y producción (en T.M.) por provincias, 1985

PROVINCIAS	arroz		maíz duro		yuca		plátano y banano	
	ha.	TM	ha.	TM	ha.	TM	ha.	TM
Carchi	-	-	490	667	67	608	50	454
Imbabura	-	-	375	589	21	124	30	272
Pichincha	1.560	3.146	8.200	11.619	2.135	20.875	14.158	136.727
Cotopaxi	500	816	1.695	2.400	1.500	13.608	3.115	32.994
Tungurahua	-	-	200	109	15	68	-	-
Chimborazo	40	66	2.810	2.040	160	1.161	400	3.629
Bolívar	193	197	2.408	3.010	1.402	14.020	1.397	13.970
Cañar	1.200	3.266	250	340	20	121	200	2.359
Azuay	-	-	450	420	236	1.333	60	707
Loja	1.400	5.715	32.150	52.510	1.610	15.513	68	494
Guayas	69.663	195.530	26.915	72.276	1.037	12.000	3.205	48.755
Manabí	7.750	9.719	55.973	76.168	7.646	84.624	18.315	297.456
Los Ríos	63.222	172.027	29.133	75.057	2.844	36.972	10.685	189.961
Esmeraldas	2.517	3.117	5.742	6.511	390	5.671	13.500	175.757
El Oro	512	1.045	2.000	3.600	458	4.009	415	4.047
Napo	1.190	2.159	3.650	4.139	1.215	6.613	2.500	22.500
Pastaza	152	309	200	109	400	3.592	500	4.969
Morona Santiago	141	189	883	800	632	4.300	470	5.770
Zamora Chinchipe	47	53	715	811	300	2.450	345	4.379
Galápagos	-	-	65	72	124	1.116	40	280
TOTAL	149.897	397.354	174.308	313.247	22.212	228.808	68.453	945.500

Tabla VI
Area de cultivo (en ha.) y producción (en T.M.) por provincias, 1985

Provincias	cebada		maíz suave		trigo		papas	
	ha	TM	ha	TM	ha	TM	ha	TM
Carchi	1.830	2.937	1.200	1.361	1.621	2.609	6.500	94.349
Imbabura	615	763	3.920	4.116	2.308	3.565	470	4.460
Pichincha	3.774	4.856	4.290	4.771	3.581	3.977	4.315	54.316
Cotopaxi	2.381	2.779	2.380	1.618	456	350	4.455	40.416
Tungurahua	691	376	2.020	1.548	129	104	4.170	56.745
Chimborazo	17.480	13.879	3.800	1.379	1.906	1.875	9.144	90.874
Bolívar	1.776	1.412	4.515	4.966	6.128	5.338	1.589	17.662
Cañar	585	531	5.000	3.402	165	128	4.800	54.432
Azuay	100	63	6.693	4.551	120	57	519	4.679
Loja	123	66	9.130	7.454	617	361	420	3.429
Guayas	-	-	-	-	-	-	-	-
Manabí	-	-	-	-	-	-	-	-
Los Ríos	-	-	-	-	-	-	-	-
Esmeraldas	-	-	-	-	-	-	-	-
El Oro	89	61	155	138	183	100	66	539
Napo	-	-	350	317	-	-	65	442
Pastaza	-	-	-	-	-	-	-	-
Morona Santiago	47	53	715	811	-	-	47	320
Zamora Chinchipe	-	-	-	-	-	-	-	-
Galápagos	-	-	-	-	-	-	25	226
TOTAL	29.444	26.723	43.453	35.421	18.116	18.464	36.585	423.186

Tabla VII
 Área de cultivo (en ha.) y producción (en T.M.) por provincias, 1985

Provincias	Hortalizas		Fréjol		Lenteja		Pastos
	ha	TM	ha	Tm	ha	TM	ha
Carchi	284	5.178	2.700	1.837	10	7	61.443
Imbabura	191	3.459	1.673	1.517	26	7	113.698
Pichincha	1.154	17.193	5.202	2.830	140	97	470.142
Cotopaxi	612	4.060	690	313	57	31	217.669
Tungurahua	2.441	29.308	234	134	5	3	113.518
Chimborazo	3.690	29.146	5.473	3.437	140	50	166.570
Bolívar	312	4.029	2.679	1.276	162	50	147.125
Cañar	454	5.071	4.000	2.177	-	-	92.058
Azuay	1.876	17.849	3.002	1.225	7	3	225.000
Loja	490	5.426	11.200	8.120	5	2	280.785
Guayas	924	19.824	309	392	-	-	551.036
Manabí	917	11.846	642	815	-	-	814.607
Los Ríos	179	3.399	458	540	-	-	236.652
Esmeraldas	36	653	100	91	-	-	238.340
El Oro	266	3.659	116	71	6	3	199.115
Napo	47	471	15	10	-	-	119.831
Pastaza	-	-	26	6	-	-	31.316
Morona Santiago	28	247	63	45	-	-	172.227
Zamora Chinchipe	5	30	150	68	-	-	159.175
Galápagos	50	405	20	20	-	-	20.393
TOTAL	13.956	161.263	39.742	24.924	558	253	4.432.700

Tabla VIII
 Área estimada de pastizales y cultivos
 (en miles de hectáreas)

Año	Pastizales	Cultivos	Superficie
1972	2.182	2.230	4.412
1973	2.314	2.040	4.354
1974	2.841	1.860	4.701
1975	3.063	1.665	4.728
1976	3.412	1.529	4.941
1977	3.500	1.589	4.089
1978	3.516	1.521	5.037
1979	3.921	1.457	5.078
1980	4.016	1.502	5.518
1981	4.217	1.600	5.817
1982	4.420	1.552	5.972
1983	4.875	1.436	5.311
1984	4.432	1.730	6.162
1985	4.485	1.620	6.105
1986	4.580	1.660	6.240

Evolución de la producción de alimentos

En la tabla X se presenta en cifras la evolución de la producción de alimentos de consumo popular a partir de 1976. Puede observarse que se ha producido un aumento consistente de la producción de arroz, maíz duro y palma africana. De los tres, el arroz es el alimento de

consumo popular más importante en el país. El maíz duro se destina, en casi su totalidad, a la producción de alimentos balanceados para la crianza de animales domésticos en especial de aves, y la palma africana es un producto industrial del cual se obtiene aceite para consumo humano, otros usos y pasta para el alimento del ganado. En cuanto a los demás productos se observa un estacionamiento en la producción o una disminución real, lo cual es sobre todo notorio en el caso del trigo que en 1969 tuvo una producción de 94.000 toneladas que fueron suficientes para abastecer el mercado interno; en cambio, en 1987 la producción apenas alcanzó a la cifra de 17.000 toneladas, habiéndose convertido el Ecuador, como se indicó ya, en importador de grandes cantidades de trigo. En 1989 también se importaron otros productos alimenticios como cebada, lenteja, soya, sorgo y otros.

En la tabla XI pueden verse las cifras comparativas entre el área de cultivo de los principales grupos de alimentos y la producción para los años 1975 y 1985, a lo cual se agrega el rendimiento por hectárea cultivada y por producto. En la tabla XII se presentan, en forma globalizada los principales grupos de productos alimenticios, tanto los de consumo interno cuanto los agro-exportables.

Algunas de las cifras anteriormente presentadas permiten constatar una situación paradójica: país con una amplia superficie potencialmente cultivable, a pesar

Tabla IX
Area de cultivo y pastizales en las 4 regiones del país

Regiones	1980			1985		
	cultivos	pastos	total	cultivos	pastos	total
Sierra	527,5	1.704,5	2.237,9	555,8	1.891,0	2.446,8
Litoral	981,0	1.935,9	2.935,8	1.110,6	2.038,7	3.149,3
Oriente	30,7	340,7	340,8	62,6	482,5	545,1
Galápagos	1,4	17,5	19,0	1,6	24,4	22,4
Total	1.541,5	4.016,7	5.558,2	1.730,6	4.432,6	6.163,2

Fuente:MAG

Tabla X
Producción nacional de varios alimentos de consumo interno
(Miles de toneladas métricas; 1 ton. = 1.000 Kg.)

PRODUCTO	AÑOS							
	1976	1978	1979	1980	1981	1982	1985	1987
Arroz	199	225	318	280	435	450	548	780
Trigo (1)	65	29	31	31	41	43	28	30
Cebada (2)	62	22	20	34	27	28	29	30
Maíz duro (3)	198	137	182	196	233	241	235	286
Maíz suave (4)	95	39	52	51	48	46	71	68
Soya (5)			30	34	33	54	62	58
Palma africana (5)			165	245	300	312	486	568
Leguminosas de Grano (6)	60	27	34	38	42	45	46	52

1. En 1969 la producción fue de 94.000 Ton.

2. En 1965 la producción fue de 91.000 Ton.

3. Para consumo de pollos

4. El maíz suave es de consumo humano; las cifras de 1979 al 82 se basan en estimaciones provisionales; la producción en 1967 fue de 228.000 Ton.

5. Se utiliza para la producción de aceite comestible. En 1988 se obtuvieron 120.000 Ton. de aceite de palma y 13.000 de soya. La pasta que queda como residuo sirve para la alimentación de pollos y ganados.

6. Incluye: fréjol (que es más de la mitad), alverja, haba, lenteja, garbanzo, chochos.

Fuente: datos del Ministerio de Agricultura.

de los bajos rendimientos anotados con varios de los productos y que destina a los alimentos de consumo interno la menor proporción de la tierra mientras la mayor parte del área cultivada está dedicada a la exportación y más del 50% de la superficie, aunque catalogada como "pastizales", en realidad se encuentra como tierras ociosas, en tanto que la desnutrición afecta a la mitad de la población infantil.

El estacionamiento de la producción de algunos alimentos o su disminución neta mientras la población rebasado ya de los 10'000.000 en 1988, ha determinado la disminución de la disponibilidad de alimentos por persona y por año, como puede verse en la tabla XIII.

La tendencia que se observa a través de algunas de las cifras estadísticas permite prever que la desnutrición va a seguir en aumento.

La producción ganadera y lechera

El aumento del área de pastizales podría hacer suponer que se ha producido un apreciable incremento de la ganadería y de la población pecuaria, pero esto no es cierto. Como puede observarse en la tabla XIV en la que se presentan las cifras desde 1975 hasta 1987, el aumento en ese lapso, de la población total bovina y porcina, no va más allá de un 10%. El incremento más importante se observa en la población avícola la que en

Tabla XI
Superficie de cultivo, producción y rendimiento, según categorías (1975-1985)

CEREALES						
	SUPERFICIE (MILES DE HA.)		PRODUCCION (MILES DE TM.)		RENDIMIENTO (kg/ha)	
	1975	1985	1975	1985	1975	1985
cebada	71,55	29,44	62,80	26,72	878	908
maíz suave	108,76	75,28	90,24	71,68	830	950
trigo	76,23	18,11	64,64	18,46	848	1.091
arroz	135,40	149,89	449,07	397,35	3.317	2.651
maíz duro	165,00	180,18	190,00	299,74	1.152	1.660
TOTAL	556,94	452,90	856,75	813,95	5.025	7.260
HORTALIZAS						
lechuga	0,98	0,91	11,33	10,91	11,460	11,927
col	1,84	1,48	43,40	25,91	23,527	17,489
zanahoria	2,07	0,99	11,32	8,72	5,456	8,341
tomate	2,29	4,13	37,24	64,67	16,221	15,626
cebolla	4,33	4,34	38,82	40,49	8,954	9,329
TOTAL	11,51	11,85	142,11	150,70	65,618	62,712
TUBERCULOS Y RAICES						
papa	39,49	36,58	499,37	423,18	12,643	11,567
yuca	34,56	22,21	353,51	228,80	10,228	10,301
camote	2,73	0,79	13,59	4,82	4,963	6,062
papa china	1,13	1,43	4,89	6,78	4,335	4,736
TOTAL	77,91	61,01	871,36	663,58	32,169	32,666
LEGUMINOSAS						
fréjol (1)	62,55	58,85	26,10	55,24	417	940
arveja	16,96	10,58	9,75	9,59	575	880
lenteja	3,56	0,55	1,90	0,25	534	448
habas	18,87	7,96	15,62	10,59	828	-
chochos	1,04	0,83	0,62	0,87	602	574
TOTAL	102,98	78,77	53,99	76,54	2,956	2,842
OLEAGINOSAS						
maní	11,92	8,19	11,42	7,67	958	938
ajonjolí	3,14	0,70	2,83	0,26	900	371
TOTAL	15,06	8,89	14,25	7,93	1,858	1,309
AGROEXPORTABLES						
banano	109,86	65,18	2.544,30	1.696,55	23,160	30,214
café	230,66	426,96	76,43	120,86	331	286
cacao	229,54	286,77	75,27	130,77	328	456
TOTAL	635,40	778,91	2.696,00	1.948,18	23,819	30,956
AGROINDUSTRIALES						
palma africana	7,71	34,24	92,55	457,84	12,000	13,372
soya	8,21	34,66	12,32	62,88	1,500	1,814
caña azúcar	46,95	40,83	3.680,00	2.693,57	78,384	65,961
TOTAL	64,87	109,73	3.784,87	3.214,29	91,884	81,147

FUENTE: MAG

(1) Incluye fréjol de palo, seco y tierno en vaina

el mismo período se ha triplicado. El aumento de la avicultura ha exigido también el incremento de la producción agrícola en el sentido de productos selectivos como el maíz duro y la importación de otros como el sorgo.

En la tabla XV se presenta la producción de carne, entre los años 1977 y 1987. Aunque se registra un aumento en la producción de este alimento, si se considera el aumento de la población, hay más bien una disminución de la disponibilidad por persona y por año. Para

Tabla XII
Distribución de la superficie dedicada a cultivos-1985

CONCEPTO	SUPERFICIE (ha)	%
cereales y granos	541.480	31,30
tubérculos y raíces	62.339	3,60
hortalizas	22.234	1,28
frutas	180.141	10,41
oleaginosas	82.683	4,78
fibras	33.113	1,91
bebidas (1)	714.346	41,28
otros cultivos (2)	94.195	5,44
TOTAL	1.730.540	100,00

FUENTE: MAG

(1) café, cacao, té

(2) caña de azúcar, caña otros usos, tabaco, caucho, achiote, paja toquilla, anís, marijol.

Tabla XIII
Disponibilidad global de alimentos
(Kilogramos por personas por año)

Año	Maíz suave	total de alimentos
1966	63,1	524
1970	43,7	519
1975	39,4	513
1980	31,0	495
1982	21,0	491
1985	22,0	486
1987	21,5	481

Fuente: Datos combinados del MAG y la FAO

Tabla XIV
Población pecuaria y avícola

AÑO	POBLACION GANADERA (miles de cabezas)				POBLAC. AVICOLA (miles)
	total	bovina	ovina	porcina	
1975	7.233	2.587	2.104	2.542	12.019
1976	7.542	2.649	2.160	2.733	15.050
1977	7.864	2.714	2.193	2.957	17.245
1978	8.414	2.779	2.250	3.385	18.321
1979	5.154	2.846	1.089	1.219	20.114
1980	5.248	2.915	1.097	1.236	22.452
1981	7.710	3.135	1.258	3.317	30.633
1982	7.979	3.200	1.259	3.520	41.357
1983	8.375	3.270	1.310	3.795	27.256
1984	8.387	3.575	1.020	3.792	33.026
1985	7.274	3.730	1.080	2.464	40.751
1986	7.940	3.660	1.100	2.840	42.320
1987	8.125	3.780	1.120	3.125	44.630

Fuente: MAG, CONADE, CEIS y CENDES

Tabla XV
Población bovina y producción de carne

AÑO	POBLACION (miles de cabezas)	SACRIFICIO (miles de cabezas)	PRODUCCION DE CARNE (T.M.)
1975	7.233	398	67.463
1977	7.864	465	73.849
1979	5.154	527	88.259
1981	7.710	485	79.580
1985	7.274	510	83.760
1986	7.940	546	96.200
1987	8.125	585	100.340

Fuente: MAG y CENDES

1987 esta disponibilidad es de aproximadamente 10 kilogramos por persona y por año.

En la tabla XVI se presentan las cifras relacionadas con la producción total de leche y el rendimiento por cabeza de ganado y por año. En primer lugar, se observa un aumento muy pequeño entre 1980 y 1986 y en segundo lugar, el rendimiento comparado con la producción lechera de otros países, como Holanda o Suiza, es muy bajo.

De la producción total de leche, alrededor del 48% se destina a la alimentación de los terneros.

Tabla XVI
Población bovina lechera y producción de leche

AÑOS	POBLACION LECHERA (miles de cabezas)	VACAS EN PRODUCCION (miles de cabezas)	%	MILLONES DE LITROS	RENDIMIENTO l /cab/año (1)
1977	1.248	560	44	823	1.470
1978	1.322	592	44	871	1.470
1979	1.309	597	45	878	1.470
1980	1.341	622	46	915	1.471
1981	1.442	676	46	916	1.355
1982	1.472	705	47	954	1.354
1983	1.504	712	47	969	1.360
1984	1.495	705	48	942	1.370
1985	1.526	714	48	971	1.365
1986	1.688	786	47	1.040	1.380

(1) Litros por cabeza por año

Fuente: MAG y CENDES

Tabla XVII
Producción lechera y consumo
(millones de litros)

AÑOS	PRODUCCION TOTAL	PASTEURIZADA	CONSUMO CRUDA	TOTAL	QUESOS Y MANTEQUILLA (1)
1977	823	123	263	368	41
1978	871	121	287	409	43
1979	878	122	289	412	43
1980	897	125	296	421	44
1981	916	128	302	430	45
1982	954	133	315	448	47
1983	969	135	319	455	48
1985	971	141	321	462	49
1987	1.040	152	332	484	52

(1) Incluye elaborados clandestinos

Nota: de la producción total de leche aproximadamente el 48% se destina al consumo de los terneros.

Fuente: MAG y CENDES

En la tabla XVII puede verse la cantidad de leche que se destina al consumo humano en forma pasteurizada o cruda y la cantidad que se dedica a la producción de quesos y mantequilla.

Por lo menos un 10% de la leche y sus derivados fuga a través de las fronteras a los mercados vecinos. Por consiguiente, puede calcularse que hay una disponibilidad no mayor de 45 litros por persona por año, cifra bastante baja en relación a las recomendaciones internacionales que van de 75 a 150 litros por persona por año. Una parte de este déficit se cubre con leche reconstituida a base de leche en polvo que el país importa en una cantidad que oscila entre 4.000 y 6.000 toneladas por año.

4. LA ALIMENTACION DEL PUEBLO ECUATORIANO

De las cifras presentadas anteriormente puede anticiparse ya la existencia de un apreciable déficit alimentario del pueblo ecuatoriano.

¿De qué se alimenta la población ecuatoriana?

Una encuesta realizada, entre 1986 y 1987 por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y el Ministerio de Salud Pública utilizando una muestra estadística representativa de la población ecuatoriana, parte de cuyos resultados han sido publicados por Freire y colaboradores (1989) revela que cerca del 50% de

Tabla XVIII
Alimentos de mayor consumo (1986-87)

Alimento	% de la población que consume *
arroz (1)	99
azúcar (1)	95
papas (2)	78
fideos	52
harina de trigo	14
pan	12
maíz (2)	42
verde y maduro (1)	42
yuca (1)	42
fréjol y otras leguminosas	31
avena	30
bebidas gaseosas (1)	12
gelatinas	6
quinua	2

* proporción de individuos que consumió uno o más alimentos el día de la encuesta
(1) el consumo es mayor en la región de la Costa que de la Sierra
(2) el consumo es mayor en la Sierra que en la Costa.
Los alimentos sin número se consumen aproximadamente por igual en la Costa y la Sierra.

Tabla XIX
Déficit en relación a los requerimientos normales de algunos nutrimentos y calorías

NUTRIMENTO	% DE DEFICIT
calorías	29
proteínas	1
hierro	34
retinol	19
calcio	10
riboflavina	9

(1) En cerca del 50% de niños hay un déficit mayor al 20%, en el resto no hay déficit o más bien hay exceso.

niños menores de 5 años de edad sufre de desnutrición de algún grado.

En la tabla XVIII se presenta el porcentaje de personas que, el día de la encuesta, se alimentó con uno o más productos (datos de la misma encuesta aún no publicados). Como puede apreciarse, más del 90% de la población se alimenta en la actualidad con arroz.

Para las personas de niveles económicos altos, el arroz es un alimento complementario que se lo utiliza casi cotidianamente por tradición, por el gusto desarrollado desde la infancia. En cambio, para las clases populares de baja economía, el arroz es el sustento fundamental. El azúcar, que ha reemplazado en buena parte a la panela o azúcar prieta también es utilizado por más del 90% de la población, pero en pequeña cantidad para endulzar el agua o la leche del desayuno. Las papas, especialmente en la Sierra y la yuca en especial en la Costa, constituyen otros de los alimentos fundamentales y a su vez son fuente de calorías pero tienen un contenido bajo de proteínas, aproximadamente el 2%. Sigue en importancia el trigo consumido en forma de fideos y como harina, que sirve para la preparación de diferentes viandas sobre todo para el pan. En importancia decreciente vienen el maíz y la avena, otros dos cereales. Al igual que el trigo, son fuentes de calorías y proveen relativamente pocas proteínas, entre el 7 y el 10% del grano seco. El fréjol y las otras leguminosas son consumidas por una pequeña parte de la población ecuatoriana; si se considera la proporción por año, para toda la población, es de apenas 5 a 6 kilogramos, siendo el consumo mayor en la Costa que en la Sierra. Especialmente para la población de la Sierra que tiene poco o ningún acceso a proteínas de pescados, otros productos de mar y otras proteínas de origen animal, los granos leguminosos deberían constituir la principal fuente de proteína.

Llama la atención que por lo menos el 12% de la población ecuatoriana toma bebidas gaseosas a pesar de su alto costo, igual o mayor que la leche. El consumo, por razones climáticas, se produce más en la Costa. Las bebidas gaseosas tienen un escasísimo valor nutritivo, casi solo dan algo de calorías por su contenido en azúcar. También llama la atención que una proporción relativamente alta de población consume gelatinas que tienen escaso o nulo valor nutritivo (Naranjo, 1989).

La quinua que en cambio es uno de los alimentos de mayor valor nutritivo, tiene un bajísimo consumo y se la utiliza únicamente en la Sierra.

Las encuestas y estudios económicos realizados en los últimos años demuestran que aproximadamente el 5% de la población, que cuenta con los más altos ingresos económicos, tiene acceso a toda clase de alimentos, tanto de producción nacional como de importación. Entre ella lo común es la sobrealimentación, con una dieta hiperproteica e hiperlipídica. Aproximadamente un 30% de la población se encuentra en diferentes estratos de clase media y también tiene acceso a leche y casi cotidianamente a carne y huevos. En la Costa el consumo de pescado y mariscos excede al de la carne de res. Tanto en la Sierra como en la Costa el consumo de pollos se ha incrementado y es otro de los alimentos que se toma más de una vez por semana. Más del 60% de la población que corresponde a la clase de menores

ingresos, sólo muy ocasionalmente consume a proteínas de origen animal y esto es cierto sobre todo para la población de la Sierra; en la Costa, aún las clases de menores recursos económicos tienen acceso una vez o más por semana a los pescados más económicos.

Si se compara la Sierra y la Costa, se verifica que en esta última hay un mayor consumo de alimentos ricos en proteínas, tanto de origen animal como de origen vegetal. Como se mencionó ya, el fréjol se consume más en la Costa que en la Sierra, pero ni en la Costa se alcanza el nivel de consumo de otros países que oscila entre 30 y 90 kilogramos por persona por año. Tal es el caso de Centroamérica y México.

En conclusión, la dieta de más del 60% de la población ecuatoriana es deficitaria. Según nuestra propia es-

timación, en proteínas el déficit es superior al 30% con la circunstancia de que la casi totalidad de proteínas consumidas por la población de la Sierra es de origen vegetal, de bajo valor nutritivo. En la tabla XIX se resume el déficit encontrado por la encuesta de 1986-1987, en la que un 46% de niños tenía un déficit proteico en su dieta, de más del 20%.

La inflación progresiva durante los diez últimos años, el aumento también progresivo de la desocupación y por consiguiente de la pobreza crítica, han llevado a la población de bajos recursos económicos a seleccionar los alimentos menos costosos como son, en general, los cereales y dentro de éstos el arroz. La dieta se ha vuelto monovalente. El arroz se acompaña en la Sierra, de algo de maíz, papas y alimentos a base de trigo; en la Costa, se acompaña de yuca, verde o maduro y también de

Tabla XX
Índice de desnutrición (máximo 10) de los cantones más afectados del país
(en orden descendente)

PROVINCIA	CANTON	INDICE	PROVINCIA	CANTON	INDICE
Cotopaxi	Pujilí	10	Imbabura	Cotacachi	6
Chimborazo	Guamote	10	Imbabura	Otavalo	6
Cotopaxi	Saquisilí	9	Azuay	Santa Isabel	6
Azuay	Sigsig	9	Esmeraldas	Muisne	6
Esmeraldas	Quinindé	9	Manabí	Santa Ana	6
Manabí	Paján	9	Los Ríos	Vinces	6
Chimborazo	Alausí	8	Guayas	Daule	6
Chimborazo	Colta	8	Guayas	Empalme	6
Manabí	Rocafuerte	8	Guayas	Santa Elena	6
Imbabura	Pimampiro	7	Guayas	Urbina Jado	6
Cotopaxi	Pangua	7	Guayas	Pedro Carbo	6
Cotopaxi	Salcedo	7	Bolívar	Chimbo	5
Tungurahua	Quero	7	Cañar	Biblián	5
Bolívar	Chillanes	7	Cañar	Cañar	5
Chimborazo	Chunchi	7	Loja	Paltas	5
Chimborazo	Guano	7	Azuay	Girón	4
Azuay	Gualaceo	7	Loja	Gonzanamá	4
Azuay	Paute	7	Loja	Macará	4
Loja	Espíndola	7	Loja	Puyango	4
Loja	Saraguro	7	Manabí	Junín	4
Esmeraldas	E. Alfaro	7	Carchi	Montúfar	3
Esmeraldas	San Lorenzo	7	Imbabura	A. Ante	3
Manabí	Bolívar	7	Tungurahua	Pelileo	3
Manabí	Jipijapa	7	Bolívar	San Miguel	3
Manabí	Montecristi	7	Loja	Calvas	3
Manabí	24 de Mayo	7	Loja	Celica	3
Los Ríos	Baba	7	Guayas	Naranjito	3
Los Ríos	Pueblo Viejo	7	Napo	Tena	3
Guayas	Balzar	7	Napo	Baeza	3
Guayas	Samborondón	7	Tungurahua	Píllaro	2
Napo	Archidona	7	Tungurahua	Baños	2
Napo	Orellana	7	Guayas	Salinas	2
M. Santiago	Santiago	7			

derivados de trigo. Tanto en la Sierra como en la Costa, las clases populares consumen muy pocas verduras y pocas frutas. En la Costa se consumen más frutas tropicales, en especial el banano o guineo.

El déficit de minerales y vitaminas detectado en la población ecuatoriana y que hace referencia más específicamente a las clases de escasos recursos económicos, se explica justamente por el déficit en la ingestión de alimentos de origen animal. Tanto el hierro como la riboflavina y el retinol se encuentran en alimentos de origen animal y el calcio, especialmente en la leche.

5. DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA DESNUTRICION

A Pesar de las numerosas investigaciones que se han realizado en el país, no existe un estudio completo de como se distribuye ésta en todo el país. La encuesta del CONADE da una orientación, si a ella se añaden otra sinvestigaciones como la de Borja, Chiriboga, Grijalba, Jamury, Suárez y varias del Ministerio de Salud Pública, es posible realizar estimaciones un poco más aproximadas a nivel de ciudades o cabeceras provinciales y cantones. Algunos de los trabajos han evaluado niveles de pobreza y sobre todo pobreza crítica, mientras otros han investigado mortalidad infantil, falta o no de agua potable y saneamiento básico, analfabetismo, existencia o no de dispensarios u otras unidades de atención médica, producción agrícola, productividad y otros factores.

Combinando estos diferentes parámetros y para aquellos cantones que no tienen un dato directo sobre desnutrición, por interpolación o extrapolación hemos podido estimar y sobre esa base hemos elaborado la tabla número XX, habiendo establecido un índice de desnutrición que iría de 1 a 10, con el máximo de desnutrición correspondiente al 10.

En la tabla XX se enumeran las provincias y cantones con el correspondiente índice de desnutrición.

En la misma tabla XX, hemos reagrupado en tres niveles o categorías de cantones, los de más alta desnutrición (índice 9 a 10), con 6 cantones pertenecientes a 5 provincias; un segundo grupo con índices de 7 a 8 y que abarca un total de 27 cantones y finalmente un tercer grupo con índices menores a 6.

Tabla XXI

Ciudades con barrios urbano marginales o tugurios

CIUDADES

Esmeraldas
Quito
Guayaquil
Portoviejo
Manta
Cuenca
Otavalo
Loja
Ambato
Riobamba

Por no existir información suficiente es difícil elaborar una tabla con índices de desnutrición para las ciudades más grandes o cabeceras provinciales. Sin embargo, a través de las diferentes encuestas y estudios se conoce que en las ciudades en donde han crecido los barrios urbano marginales, existen índices relativamente altos de desnutrición. Una ubicación tentativa en nivel descendiente de desnutrición, se presenta en la tabla XXI, encabezada por la ciudad de Esmeraldas, en la cual varios de sus barrios como Venecia, Nueva Esperanza, etc. se encuentran los más altos índices de pobreza, insalubridad y desnutrición.

NOTA

1 La mayoría de las tablas se basan en los datos estadísticos aparecidos en: Memoria del Seminario Nacional de Seguridad Alimentaria, 1986; Encuesta de superficie y producción por

muestreo de áreas, 1986; Estudio de factividad de una planta productora de leche de soya, 1985 y La situación alimentaria en el Ecuador, 1988.

BIBLIOGRAFIA

- BORJA (J.) Y CHIRIBOGA (M.), 1988, *Memoria técnica: mapa de pobreza*. ICA, inédito, Quito
- BURTON (B.T.), 1966, *Nutrición humana*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, .
- CENDES, 1985, *Estudio de factibilidad de una planta productora de leche de soya*, Guayaquil.
- DAMP (J.), 1988, *La primera ocupación Valdivia de Real Alto; patrones económicos, arquitectónicos e ideológicos*, ESPOL, Guayaquil.
- FREIRE (W.), 1988, *Diagnóstico de la Situación Alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años*, CONADE, MSP, Quito.
- GANDARA (D.), 1985, *Memoria del Seminario Nacional de Seguridad Alimentaria*. Ministerio de Agricultura, Quito.
- GRIJAJALBA (Y.) de, ORDÓÑEZ (P.) y colab., 1989, *Estudios sobre crecimiento físico de los niños en el Ecuador*. Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médicos Sociales ININMS, Quito
- HOLM (O.) et. al., 1981, "Período Paleoindio o Precerámico. Las culturas formativas. El período de Desarrollo Regional". En: *Historia del Ecuador*. Vol I, Salvat edit., Barcelona.
- ILDIS, 1985, *La situación alimentaria en el Ecuador*. Quito.
- INEC, 1986, Encuesta de superficie y producción por muestreo de áreas, 1986. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito.
- JAMURY (A.) de, DEERE (C.) y colab., 1989, *Informe de la misión especial de programación a la República del Ecuador*. FIDA, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Documento original, Quito.
- JARA (C.J.), 1988, "Tendencias de la producción nacional de alimentos". En: *La Situación Alimentaria en el Ecuador*. ILDIS, Quito.
- JUAN (J.), et. al., 1983, *Noticias secretas de América*. Imprenta de R. Taylor, Londres, 1826; reproducción fac. similar, Biblioteca Banco Popular, Bogotá.
- MARCOS (J.), et. al., 1976, "Ancien Ecuador Revisited". *Field Museum Bulletin*, N° 47, Chicago.
- MICHAELL (H.), 1978, *Nutrición y dieta de Cooper*. Interamericana. México.
- NARANJO (P.), 1984, "Plantas alimenticias del Ecuador precolombino". *Miscelánea antropológica ecuatoriana*, 4, 63.
- NARANJO (P.), 1986, *Desnutrición: problemas y soluciones*. Publicaciones del Ministerio de Salud, Quito .
- NARANJO (P.), 1988, *Saber alimentarse*, Editorial Quito Offset, Quito .
- PEARSALL (D.M.), 1988, *La producción de alimentos en Real Alto*. Biblioteca ecuatoriana de arqueología. ESPOL, Quito .
- PEARSALL (D.M.), "Early Movements of Maize Between Mesoamérica and South America". *Journal of the Steward Anthropological Society*, vol IX, N° 1-2, 41-75.
- PEARSALL (D.M.), 1977, *Maize and Beans in the Formative Period of Ecuador: Preliminary Report of New Evidence*. Paper presented at the Forty second annual meetings of the society for american archaeology, New Orleans. Un published ms. 25 pp. mimeographed.
- PEARSALL (D.M.), 1978, "Phytolith Analysis of archeological Soils: Evidence for maize cultivation in formative Ecuador". *Science*, vol. 199, 177, 178 .
- PORRAS (P.), 1982, *Arqueología de Quito. I fase Cotacollao*. PUCE, Artes Gráficas Señal, Quito.
- SUAREZ (J.), 1987, *La situación de salud en el Ecuador*. Ediciones ININMS, Quito.
- SUAREZ (J.), 1989, *Pobreza crítica: Análisis de indicadores de salud*. Documento del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Inédito, Quito.
- ZEVALLLOS (C.), 1966, *La agricultura en el formativo temprano del Ecuador*. Edit. Casa de la Cultura Ecuatoriana. Núcleo del Guayas, Guayaquil.

LA DESNUTRICION DE LA POBLACION ECUATORIANA MENOR DE CINCO AÑOS Y SU DISTRIBUCION ESPACIAL

Wilma B. Freire

1. INTRODUCCION

El problema nutricional ecuatoriano, hasta hace poco no se conocía en su verdadera dimensión, gravedad y prevalencia ya que no se había realizado un estudio que investigue el problema a nivel nacional. Sin embargo, estudios de caso que se han venido ejecutando permanentemente han reportado que importantes grupos de población padecen de una desnutrición protéico-energética que se refleja en un retardo en el crecimiento de los niños, preescolares y escolares.

En 1959 el Instituto Nacional de Nutrición, conjuntamente con el Departamento de Estado de los Estados Unidos, realizaron la única investigación nutricional de cobertura nacional, que aunque no fue representativa de toda la población, detectó tres problemas nutricionales de importancia: la desnutrición protéico-energética, el bocio endémico y las anemias nutricionales.

Los estudios que se realizaron posteriormente, si bien confirmaban la existencia del problema nutricional, no permitían hacer inferencias a nivel nacional ya que fueron estudios de casos realizados en grupos definidos de población. Las metodologías para la recolección de los datos, el análisis y la interpretación de los resultados, así como la selección de los indicadores, hacía imposible que a partir de estos estudios se pueda hablar de un problema nacional. Adicionalmente, estos estudios, sin desmerecer el aporte que brindaron, siempre estuvieron orientados a hacer una análisis biológico del problema y por lo tanto no pudieron explicar cómo se produce la enfermedad y cuáles son los factores que contribuyen hacerla persistente.

Afortunadamente, el equipo técnico constituido por profesionales del CONADE y del Ministerio de Salud, con la asistencia técnica de la Organización

Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y LATINRECO, organismos internacionales, el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), organismos nacionales, acaban de realizar la primera encuesta de cobertura y representación nacional (DANS), parte de cuyos resultados se presentan en el presente documento.

Con el fin de definir el problema nutricional, y dar respuesta a los criterios fundamentales, este documento analizará el problema nutricional, tratando de presentar al problema dentro de un enfoque global

2. LA MALA NUTRICION EN LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

2.1. Prevalencia de la mala nutrición en los niños menores de cinco años.

A. Diseño de la muestra.

El estudio DANS se planteó una muestra probabilística, regionalizada, de conglomerados y estratificada. Para el diseño, se partió de una división del país, en dos grandes regiones ecológicas-demográficas: la Costa y la Sierra (estratos). A su interior y, tomando a los cantones como unidades primarias de muestreo (en total 30 cantones) se dividió al país en seis subestratos o agrupación de cantones: dos coincidentes con las áreas metropolitanas de Quito y Guayaquil, que se autorepresentaron, y cuatro con 7 cantones cada uno. Al interior de cada subestrato se estimaron 1.350 niños que, multiplicados por seis, dieron 8.100 niños a ser ubicados en 10.800 familias residentes de 360 sectores censales. La muestra permite hacer inferencia a 1.261.621 menores de cinco años de todo el país. Debido a que la población de la Región Amazónica y de las Islas Galápagos, apenas alcanza al

3.7 por ciento de la población total del país y por razones logísticas, de tiempo y de costo, tal población hubo de eliminarse del estudio.

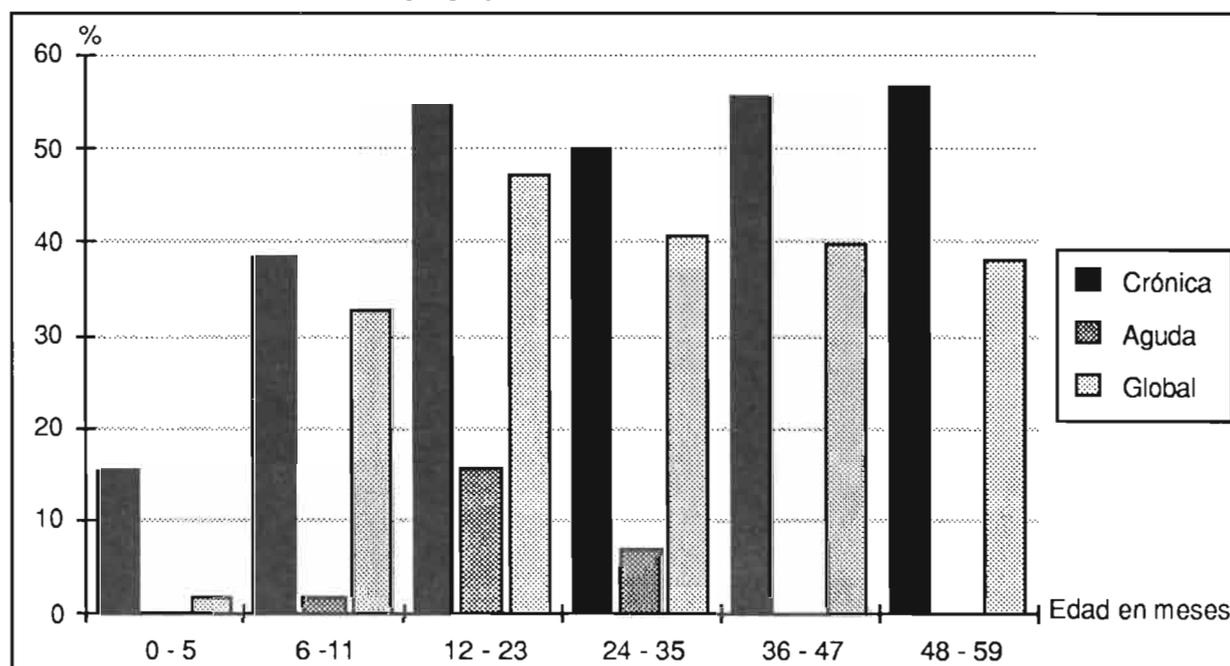
B. Variaciones por edad y sexo

De los análisis preliminares de los indicadores antropométricos obtenidos en el estudio DANS, se puede deducir que a nivel nacional no hay diferencias significativas entre ambos sexos. Esto llevó a que las estimaciones de prevalencia se calculen sin considerar el sexo de los niños como variable. Por otro lado, cuando se hizo un primer análisis de los indicadores antropométricos por rango de edad, se pudo observar diferencias substanciales en las prevalencias de los diferentes tipos de desnutrición. Estas diferencias se expondrán en este estudio cuando se haga simultáneamente el análisis de las prevalencias por regiones y subregiones, así como por niveles de estrato social.

Cuadro 1
Prevalencia de desnutrición por grupos de edad
(En proporciones)

EDAD EN MESES	CRONICA %	AGUDA %	GLOBAL %
0 - 5	15,6	---	2,0
6 - 11	38,4	2,0	32,9
12 - 23	54,7	15,9	47,4
24 - 35	50,1	7,0	40,9
36 - 47	55,5	---	40,0
48 - 59	56,8	---	38,3
TOTAL NACIONAL	49,4	4,0	37,5
0-59 (número de niños)	623.241	50.465	473.108

Graf. 1. Prevalencia de desnutrición por grupos de edad



C. Variaciones regionales

La estimación de las prevalencias de las diferentes formas de desnutrición, se presenta a continuación, a nivel nacional por región de Sierra y Costa, subregiones de Sierra concentrada, Sierra dispersa, Costa concentrada y Costa dispersa y, metrópolis de Quito y Guayaquil.

Para determinar la desnutrición, en el estudio DANS, se combinaron los parámetros de talla para la edad, peso para la talla y, peso para la edad medida en puntaje Z con el fin de determinar la desnutrición *crónica*, *aguda* y *global*, respectivamente, utilizando el método de Mora (1988). Este método estima la prevalencia a partir de la corrección de la prevalencia obtenida con cualquier punto de corte, a la que se le sustrae los falsos positivos y se le agrega los falsos negativos. Se define como *desnutrición crónica* a la deficiencia de

talla, que se expresa en el defecto de la altura con relación a la edad y es el resultado de un desequilibrio crónico; *desnutrición aguda* como una deficiencia del peso con relación a la talla y denota una situación presente; y, *desnutrición global* como la deficiencia del peso con relación a la edad, problema que es la sumatoria de la desnutrición pasada y presente. El puntaje Z se construye a partir de la comparación del peso o talla observado con el peso o talla de referencia para la edad correspondiente. La referencia se tomó de la recomendada por la OMS (1980).

En el cuadro y gráfico 1 se presenta la prevalencia de desnutrición crónica, aguda y

global por grupos de edad, a nivel nacional. De este cuadro se desprende que, en cuanto a la desnutrición crónica, el 49.4 por ciento de los niños menores de 5 años presentan un retardo en la talla. Este porcentaje equivale a 623.241 niños. Con relación a la desnutrición aguda, el 4.0 por ciento de los niños presenta una deficiencia de peso con relación a la talla, porcentaje que equivale a 50.465 niños. Un 37.5 por ciento de los niños, esto es, 473.108 menores de 5 años presentan una desnutrición global, es decir, una deficiencia de peso con relación a su edad; problema que refleja la sumatoria de una deficiencia en talla acumulada en el tiempo con una deficiencia presente de peso. Estas cifras de desnutrición crónica, aguda y global no son excluyentes. Sin embargo, es evidente que de cada 100 niños menores de 5 años, 50 están sufriendo de algún tipo de desnutrición y de éstos, 4 presentan un cuadro agudo.

Al analizar las prevalencias de la desnutrición crónica, por rango de edad en el cuadro y gráfico 1, se desprende que ya a la edad de 0 a 5 meses, un 15.6 por ciento de los niños ecuatorianos presenta una talla baja con relación a su edad, proporción que se incrementa al 56.8 por ciento, cuando los niños están entre 48 y 59 meses de edad. Estos resultados nos plantean, por un lado el hecho de que muchos de los niños ecuatorianos vienen probablemente sufriendo una desnutrición fetal, pero como las condiciones del medio en que nacen y crecen le resultan agresivas, esa prevalencia de desnutrición no solo que se mantiene sino en que se triplica para cuando los niños alcanzan los 48 a 59 meses.

En cuanto a la desnutrición aguda se observa que ésta aparece a partir del sexto mes hasta el 35º mes de

edad. Estas prevalencias son consistentes con los cambios en las prácticas alimentarias que ocurren en ese rango de edad, cuando se empiezan a sustituir o complementar la leche materna por nuevos alimentos, que son en muchos casos inadecuados nutricionalmente o que no están higiénicamente preparados. En ese mismo período, además, es cuando aparecen con más frecuencia las diarreas y enfermedades de las vías respiratorias, las que contribuyen a agravar los cuadros nutricionales.

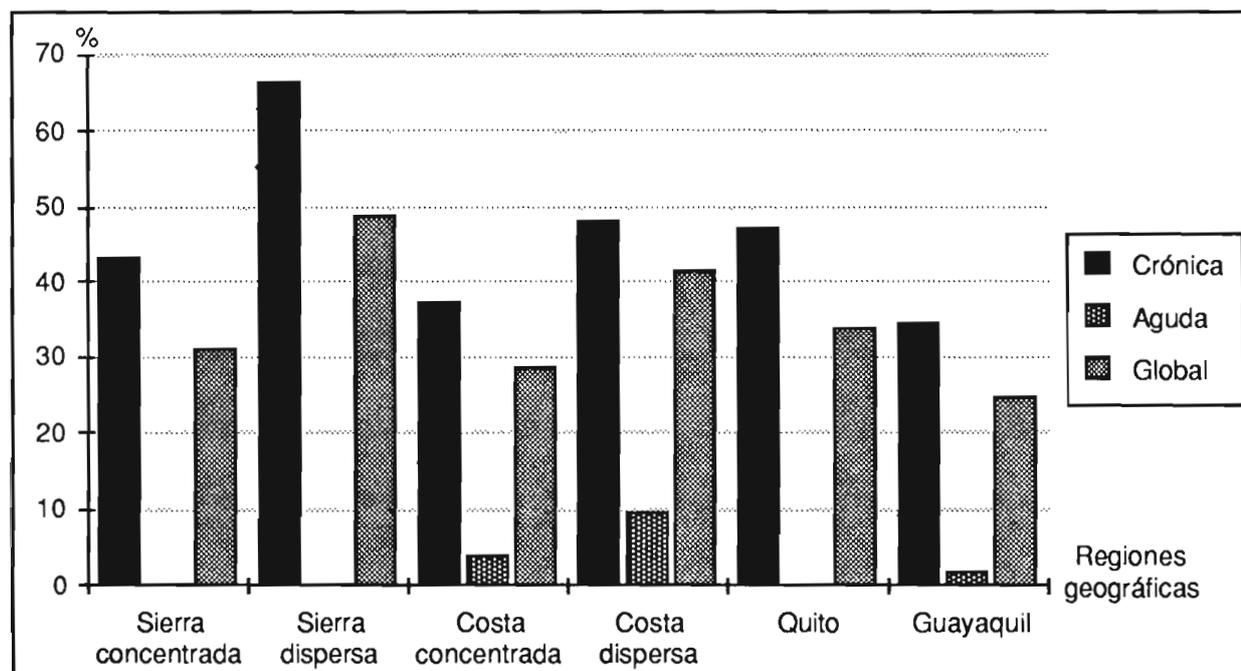
Al observar el comportamiento de la desnutrición global, se comprueba que durante los primeros cinco meses, ésta es casi inexistente, y que a partir del sexto mes presenta un brusco incremento, para mantenerse relativamente constante hasta los cinco años de vida.

En el cuadro y gráfico 2 se presentan los grados de la desnutrición crónica, aguda y global, en las regiones del país. De este cuadro se desprende que la presencia de los diferentes tipos de desnutrición no es similar en las dos regiones ni en las subregiones. Así por ejemplo, al ob-

Cuadro 2
Prevalencia de desnutrición crónica, aguda y global por regiones geográficas (En proporciones)

REGIONES GEOGRAFICAS	CRONICA %	AGUDA %	GLOBAL %
Sierra concentrada	43,5	---	31,1
Sierra dispersa	66,6	---	49,0
Costa concentrada	37,6	4,0	28,6
Costa dispersa	48,5	9,9	41,8
Quito	47,3	---	34,0
Guayaquil	34,5	2,0	25,0

Graf. 2. Prevalencia de desnutrición crónica, global y aguda por regiones geográficas



servar los datos de desnutrición crónica en la Sierra, mientras que en el área concentrada, la prevalencia alcanza al 43,5 por ciento, en el area dispersa, llega al 66,6 por ciento. El mayor problema en la Costa concentrada la desnutrición crónica alcanza al 37,6 por ciento, porcentaje inferior al de la Sierra concentrada, mientras que en la Costa dispersa esta desnutrición se estima en el 48,5 por ciento, cifra también inferior a la Sierra dispersa; de lo cual es evidente que el mayor problema de desnutrición crónica está en la Sierra dispersa, siguiéndole, en orden de intensidad, la Sierra concentrada, luego la Costa dispersa y finalmente la Costa concentrada.

El término de concentración (1), para referirse al mayor o menor grado de concentración de la población,

se utiliza en este documento con el fin de hacer una mejor diferenciación de acceso a servicios, que aquella que hace la división política del país en urbano y rural. Se parte del supuesto que a una mayor concentración de la población corresponde un mejor acceso a servicios.

Al observar los datos de la desnutrición global, se la encuentra con un comportamiento similar a la desnutrición crónica, esto es, la mayor prevalencia se halla en la Sierra dispersa, con un 49 por ciento, luego la Costa dispersa con un 41,8 por ciento, despues la Sierra concentrada con un 31,1 por ciento y finalmente la Costa concentrada con un 28 por ciento.

Cuando miramos lo que ocurre con la desnutrición aguda, este orden cambia, pues si bien es mayor en la Costa dispersa que en la Costa concentrada, parecería que no existe tal problema en la Sierra en general.

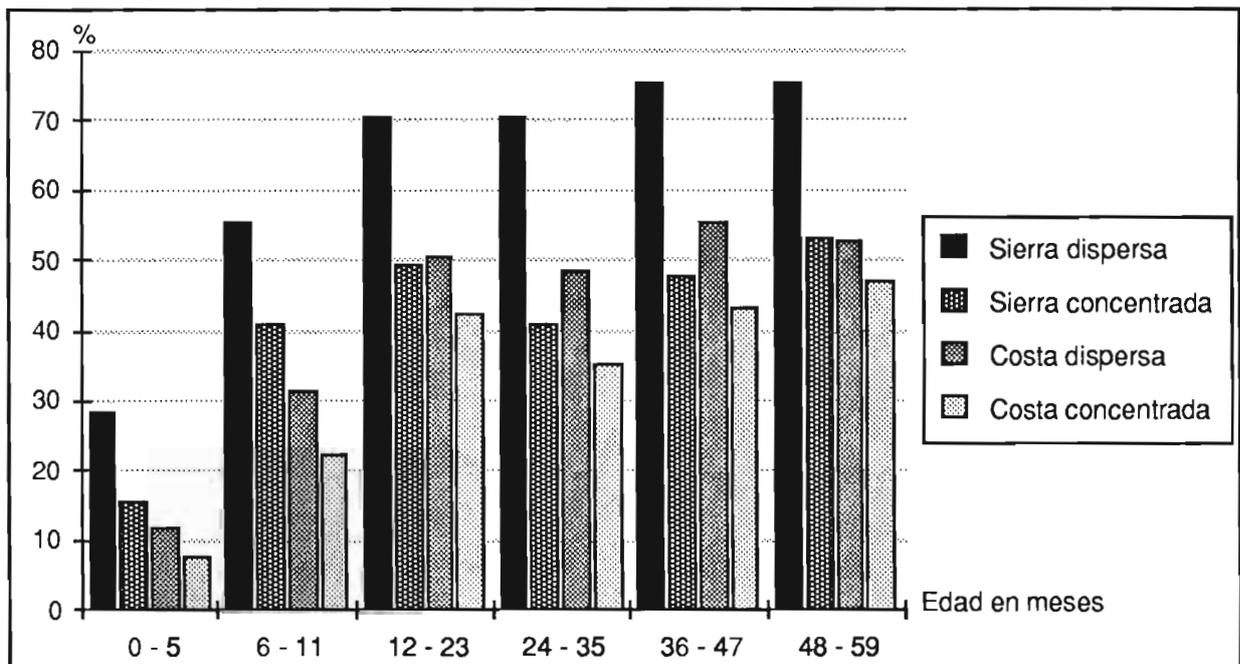
También de este cuadro y gráfico se desprende una diferenciación muy importante del problema nutricional entre Quito y Guayaquil, pues mientras en la capital del país, la desnutrición crónica es del orden del 47,3 por ciento, en la metrópoli costeña alcanza

Cuadro 3
Prevalencia de desnutrición crónica (Talla/Edad) por regiones de Sierra y Costa, concentrada y dispersa, por grupos de edad. (En proporciones)

EDAD (MESES)	SIERRA DISPERSA %	SIERRA CONCENTRADA %	COSTA DISPERSA %	COSTA CONCENTRADA %
0 - 5	28,6	15,9	11,9	8,0
6 - 11	55,5	41,0	31,6	22,6
12 - 23	70,6	49,4	50,8	42,8
24 - 35	70,6	41,0	48,7	35,3
36 - 47	75,7	48,1	55,5	43,4
48 - 59	75,7	53,1	52,8	47,2
0 - 59 TOTAL	66,6	43,5	48,5	37,3

ANOVA: $p < 0,001$

Graf. 3. Prevalencia de desnutrición crónica (Peso/Talla) por regiones geográficas y grupos de edad



al 34,5 por ciento. La desnutrición aguda en Guayaquil es del 2 por ciento, mientras que en Quito, en promedio, es inexistente; sin embargo y, como se verá más adelante, esta diferencia no es estadísticamente significativa. En cuanto a la desnutrición global, mientras en Quito es del orden del 34,0 por ciento, en Guayaquil es el 25,0 por ciento.

De estos hallazgos, en primer lugar es importante indicar que el hecho de que no aparezca en algunas categorías la desnutrición aguda, no significa que en realidad no exista, pues la cifras de este cuadro son *promedios* de todos los grupos de edad y enmascara la diferenciación que se da al considerar esta variable, como se verá más adelante.

En segundo lugar, se da una diferenciación significativa, con las tres formas de desnutrición, entre Sierra y Costa y entre área concentrada y dispersa, siendo mayor el problema en la Sierra. Finalmente, también se observa una diferenciación no esperada entre Quito y Guayaquil, siendo mayor el problema nutricional en Quito.

En el cuadro y gráfico 3 se presenta la distribución de la desnutrición crónica por grupos de edad y por re-

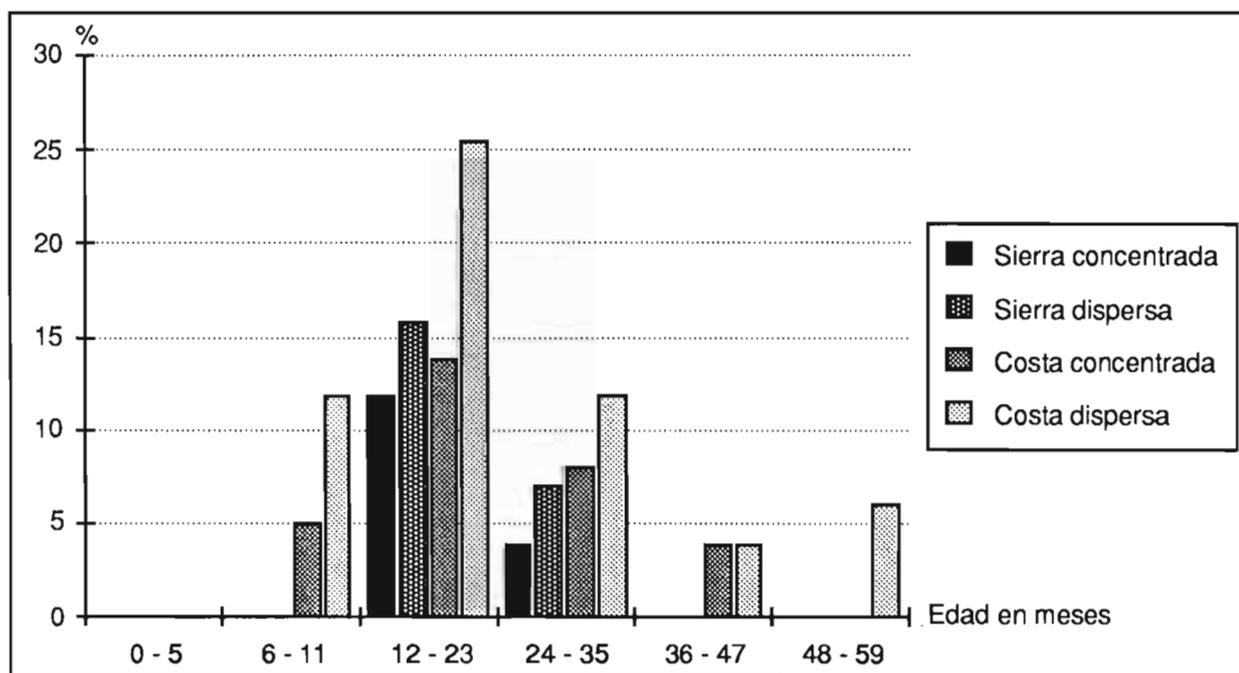
giones de Sierra y Costa, concentrada y dispersa. Llama la atención, en primer lugar, que ya en la edad entre 0 y seis meses se nota una diferenciación muy significativa de la desnutrición crónica entre los niños de las diferentes regiones del país, siendo mucho más alta en la Sierra dispersa (28,6%). Sin embargo, esta diferenciación es aún mayor cuando los niños alcanzan la edad de 48 a 59 meses. Mientras en la Costa concentrada la prevalencia de desnutrición crónica llega al 47,2 por ciento, en la Sierra dispersa alcanza a cifras alarmantes en el orden del 75,7 por ciento. Si bien es evidente que la desnutrición crónica en todos los casos se incrementa con la edad, los niños de la Sierra dispersa están en franco retroceso, pues si ya nacen con una deficiencia mayor en talla, pero ésta se incrementa hasta tal extremo que de cada 10 niños 8 tienen retardo en talla cuando alcanzan los 48 a 59 meses de edad.

Cuadro 4
Prevalencia de desnutrición aguda (Talla/Edad) por regiones de Sierra y Costa, concentrada y dispersa, por grupos de edad. (En proporciones)

EDAD (MESES)	SIERRA CONCENTRADA %	SIERRA DISPERSA %	COSTA CONCENTRADA %	COSTA DISPERSA %
0 - 5	---	---	---	---
6 - 11	---	---	5,1	11,9
12 - 23	11,9	15,9	13,9	25,5
24 - 35	4,0	7,0	8,0	11,9
36 - 47	---	---	4,0	4,0
48 - 59	---	---	---	6,0
0 - 59 TOTAL	---	---	4,0	9,9

ANOVA p < 0,001

Graf. 4. Prevalencia de desnutrición aguda (Peso/Talla) por regiones geográficas y grupos de edad



En el cuadro y gráfico N° 4 se presenta la prevalencia de desnutrición aguda por regiones de Sierra y Costa, concentrada y dispersa por grupos de edad. De este cuadro y gráfico se desprende, en primer lugar, que las más altas prevalencias de desnutrición aguda se encuentran en la Costa y particularmente en la Costa dispersa, en comparación con la Sierra. Estas altas prevalencias se deben muy probablemente a las malas condiciones de saneamiento ambiental imperantes en la Costa tanto concentrada como dispersa.

En segundo lugar, tanto en la Costa dispersa como en la Sierra dispersa la desnutrición aguda aparece a partir del sexto mes y muestra prevalencias más altas en el rango de edad de 12 a 23 meses. En el caso de la Costa concentrada esta desnutrición se prolonga hasta los 47

meses, mientras en la Costa dispersa hasta los 59 meses. En las áreas serranas la desnutrición aguda se presenta solo entre los 12 y los 35 meses.

Del cuadro y gráfico N° 5 se desprende que las más altas prevalencias de desnutrición global se encuentran en la Sierra dispersa, y en orden de dimensión le sigue la Costa dispersa, luego la Sierra concentrada y finalmente la Costa concentrada. En general, en las cuatro subregiones los niños en los primeros meses no presentan sino muy bajos niveles de desnutrición global, sin embargo, a partir del sexto mes la desnutrición aparece en niveles altos y se mantiene durante el resto del tiempo, coincidiendo también con el inicio del período de destete.

En el cuadro y gráfico No. 6 se presentan las prevalencias de desnutrición crónica, aguda y global en Quito y Guayaquil. En este cuadro se encuentra que la más alta prevalencia de desnutrición crónica y global se encuentra en Quito, mientras que la desnutrición aguda se presenta por igual en ambas ciudades. Por grupos de edad, se observa que, en términos generales, la desnutrición crónica asciende con la edad y alcanza hasta el 55,0 por ciento en los niños de 48 a 59 meses de edad en Quito, esto es, tres veces más que los recién nacidos de la misma ciudad, mientras que en Guayaquil alcanza, en ese mismo rango de edad al 45,0 por ciento, esto es, 5,6 veces más que los recién nacidos de la misma ciudad.

En relación a la desnutrición global, entre los rangos de edad extremos, mientras las proporciones de Quito se quintuplican, las de Guayaquil solo se multiplican por 2,6. En cuanto a la desnutrición aguda, si bien es mayor en Quito, entre los 12 y los 23 meses de edad mientras que en Guayaquil es mayor entre los 24 y 35 meses, estas diferencias no son lo suficientemente grandes como para hablar de una diferencia significativa.

Cuadro 5

Prevalencia de desnutrición global (Peso/Edad) por regiones de Sierra y Costa, concentrada y dispersa, por grupos de edad. (En proporciones)

EDAD (MESES)	SIERRA CONCENTRADA %	SIERRA DISPERSA %	COSTA CONCENTRADA %	COSTA DISPERSA %
0 - 5	4,0	8,0	---	---
6 - 11	32,2	46,5	22,6	34,0
12 - 23	41,8	60,5	40,0	34,0
24 - 35	31,1	56,2	32,2	50,6
36 - 47	32,9	50,0	32,9	45,1
48 - 59	32,9	46,8	32,2	40,0
TOTAL	31,1	49,0	28,0	41,8

ANOVA: $p < 0,001$

Cuadro 6

Prevalencia de desnutrición crónica, aguda y global en Quito y Guayaquil. (En proporciones)

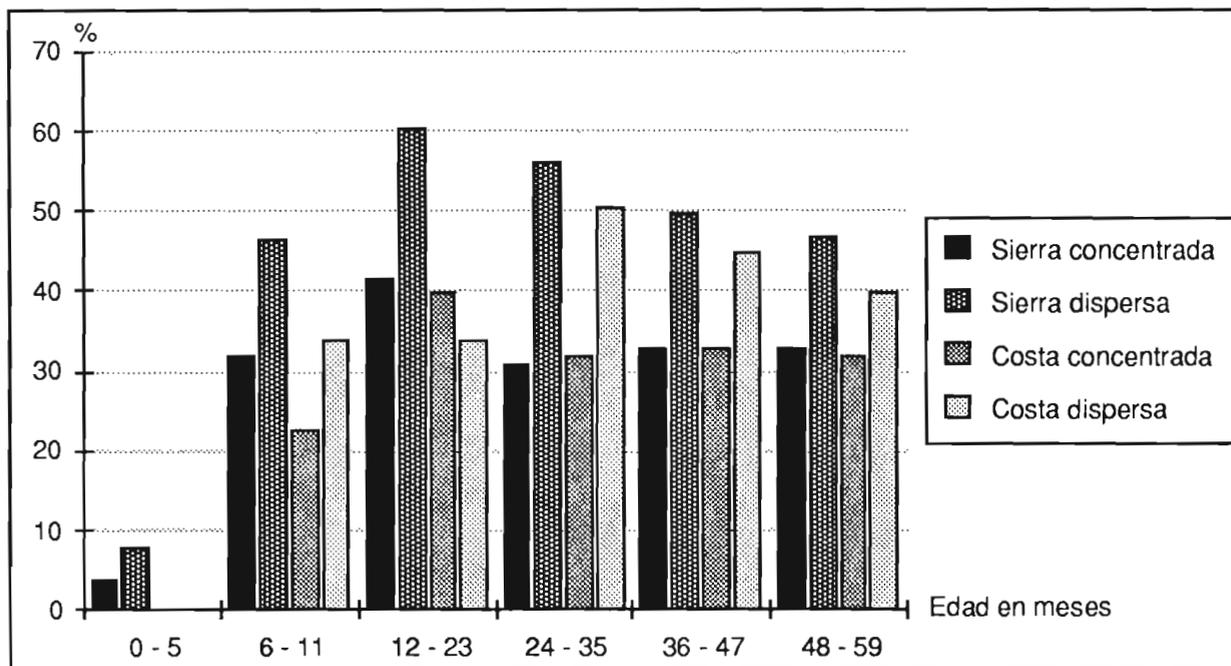
	EDAD EN MESES	CRONICA 1/ %	AGUDA 2/ %	GLOBAL 3/ %
QUITO	0 - 5	17,6	---	6,0
	6 - 11	44,2	---	32,9
	12 - 23	54,5	13,9	45,1
	24 - 35	42,4	2,0	31,6
	36 - 47	51,5	---	34,7
	48 - 59	55,0	---	32,9
	TOTAL		47,3	---
GUAYAQUIL	0 - 5	8,0	---	---
	6 - 11	20,9	---	12,3
	12 - 23	42,2	8,0	34,7
	24 - 35	30,8	4,0	25,0
	36 - 47	32,9	---	25,5
	48 - 59	45,0	4,3	32,2
	TOTAL		34,5	2,0

1/ t-test $p < 0,001$

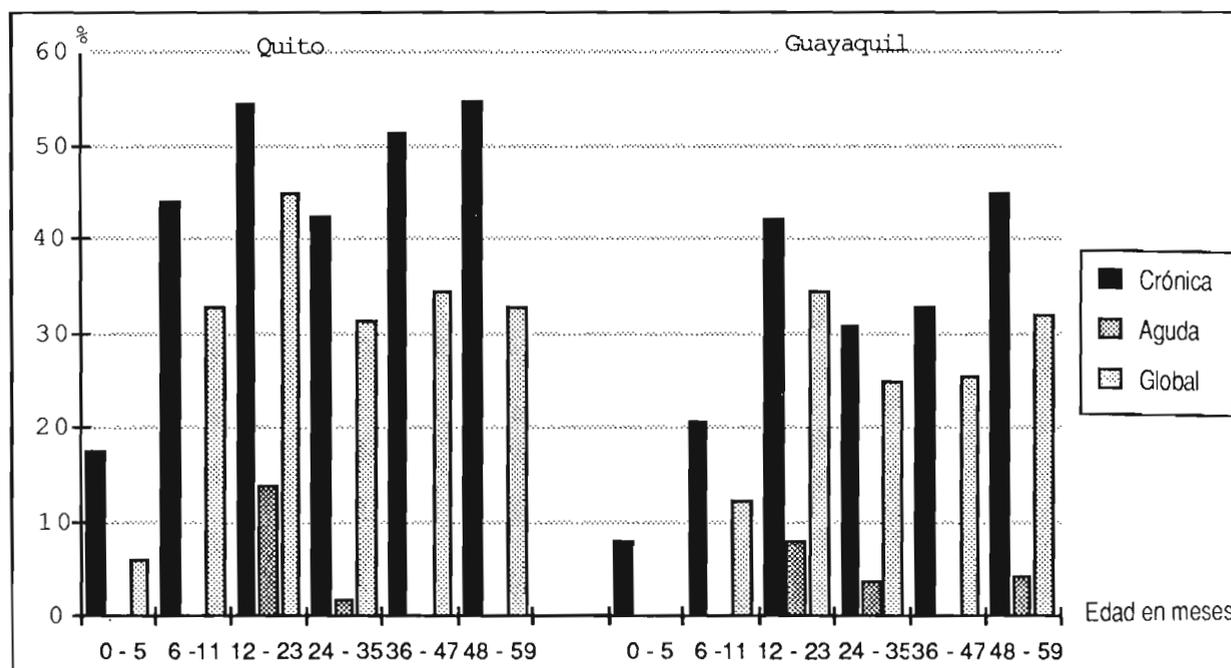
2/ t-test NS

3/ t-test $p < 0,001$

Graf. 5. Prevalencia de desnutrición global (Peso/Edad) por regiones geográficas y grupos de edad



Graf. 6. Prevalencia de desnutrición crónica, aguda y global en Quito y Guayaquil



Con el fin de visualizar las diferencias observadas en términos de prevalencias, en el gráfico y cuadro No. 7 se presentan los promedios de peso y talla por subregión y para Quito y Guayaquil. Si bien la comparación en números absolutos está influenciada por el número de niños en cada celda y por la variabilidad observada en cada rango de edad, por el hecho de que los datos de

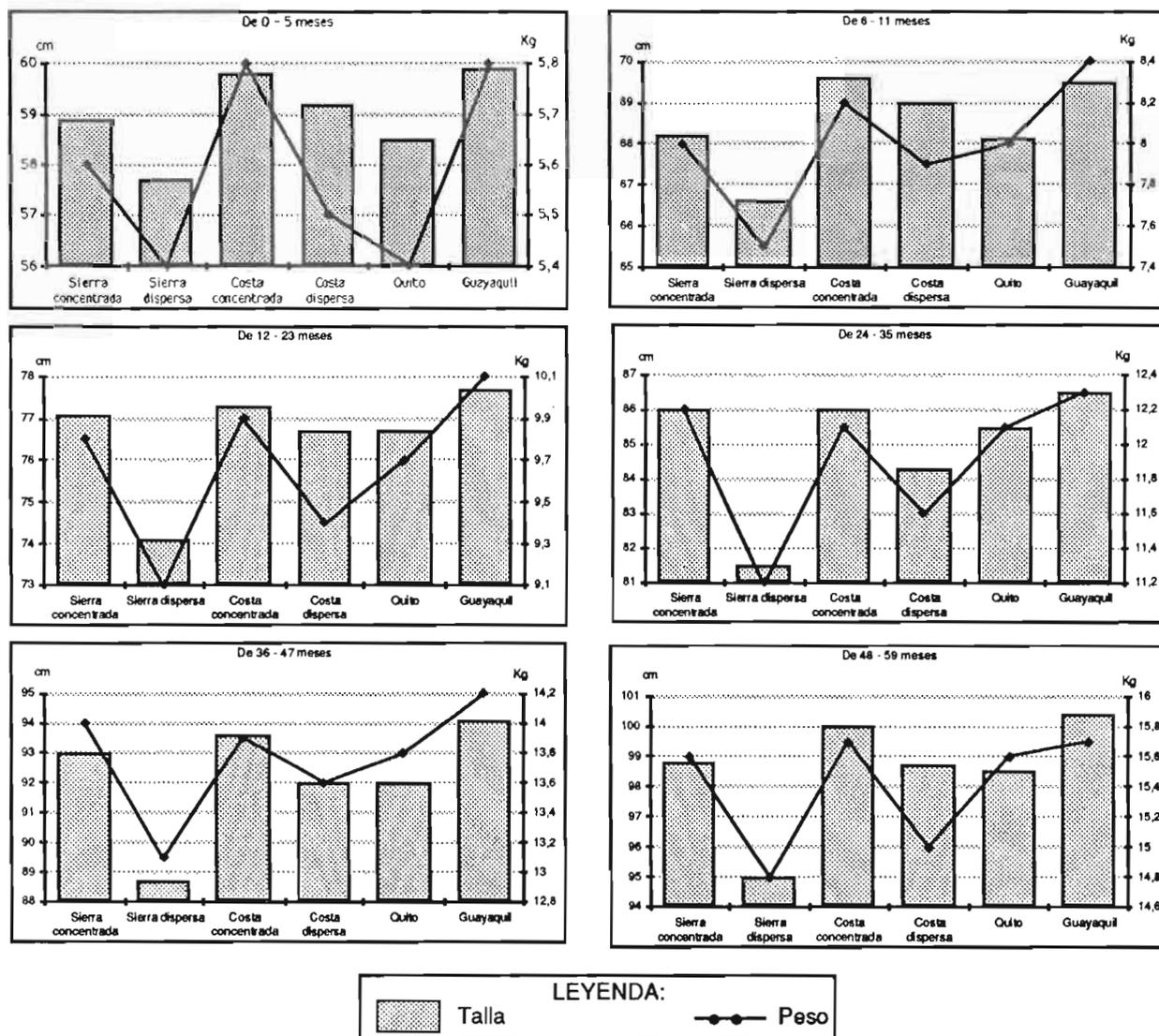
peso y talla no están estandarizados, este gráfico y cuadro permiten mirar las diferenciaciones de talla y peso a nivel regional. Datos que al ser comparados, en términos de los indicadores compuestos de puntaje Z, con los que estiman las prevalencias de desnutrición, indican que hay una diferencia significativa entre los promedios por grupo de edad y por subregión.

Cuadro 7

Promedios de talla (cm.) y peso (Kg.) por región y para Quito y Guayaquil, por grupos de edad.

	MESES DE EDAD						TOTAL
	0 - 5	6 -11	12-23	24-35	36-47	48-59	
TALLA (cm)							
SIERRA CONCENTRADA	58,9	68,2	77,1	86,0	93,0	98,8	83,8
SIERRA DISPERSA	57,7	66,6	74,1	81,5	88,7	95,0	80,1
COSTA CONCENTRADA	59,8	69,6	77,3	86,0	93,6	100,0	84,3
COSTA DISPERSA	59,2	69,0	76,7	84,3	92,0	98,7	82,6
QUITO	58,5	68,1	76,7	85,5	92,0	98,5	83,1
GUAYAQUIL	59,9	69,5	77,7	86,5	94,1	100,4	84,8
PESO (kg)							
SIERRA CONCENTRADA	5,6	8,0	9,8	12,2	14,0	15,6	11,7
SIERRA DISPERSA	5,4	7,5	9,1	11,2	13,1	14,8	10,9
COSTA CONCENTRADA	5,8	8,2	9,9	12,1	13,9	15,7	11,7
COSTA DISPERSA	5,5	7,9	9,4	11,6	13,6	15,0	11,2
QUITO	5,4	8,0	9,7	12,1	13,8	15,6	11,6
GUAYAQUIL	5,8	8,4	10,1	12,3	14,2	15,7	11,9

Graf 7. Promedio de talla (cm) y peso (Kg) de niños menores de 5 años de edad, por grupos de edad y regiones geográficas



Cuadro 8
Prevalencia de desnutrición y promedios de peso y talla por estrato social.
(En proporciones)

ESTRATOS	CRONICA 1/ %	AGUDA 1/ %	GLOBAL 1/ %	PESO 1/ X(Kg)	TALLA 1/ X(cm)
MEDIO ALTO	33,5	---	23,1	12,3	86,1
MEDIO	39,9	2,0	30,4	11,7	83,9
POPULAR ALTO	50,8	4,0	38,5	11,2	82,2
POPULAR BAJO	54,7	4,0	42,6	11,1	81,6

1/ t - test $P < 0,001$

D. Variaciones por estrato social

Una caracterización muy importante en el análisis del problema nutricional es la forma como el jefe del hogar se inserta en el proceso productivo y establece para sí y su unidad doméstica un nivel social. En el proyecto DANS, esta caracterización se hizo a partir de la combinación de cinco indicadores: 1. *Ocupación principal del jefe del hogar en los últimos 15 días*, 2. *Propiedad de los medios de producción*, 3. *Tipo de trabajo que realiza*, 4. *Principal fuente de ingreso* y, 5. *Escolaridad*. Con esta caracterización se estableció que el 5,9 por ciento de las familias encuestadas pertenecen al estrato medio alto, el 23,6 por ciento a los conglomerados medios, el 34,3 por ciento al estrato popular alto y el 36,2 por ciento al estrato popular bajo. Sumados los estratos populares, se desprende que un 72,4 por ciento de los niños se ubican en los estratos populares.

En el cuadro N° 8 se presentan las prevalencias de desnutrición crónica, aguda y global, así como los promedios de peso y talla de acuerdo al estrato social del niño.

De este cuadro se desprende que el incremento de la desnutrición crónica y global está asociada positivamente con el estrato social al que pertenece el niño. Así por ejemplo, mientras en el estrato medio alto, la desnutrición crónica está en el orden del 33,5 por ciento en promedio, en el conglomerado popular bajo, sube al 54,7 por ciento. Igual cosa sucede con la desnutrición global, mientras en el estrato medio alto la desnutrición es del orden del 23,1 por ciento, en el grupo del conglomerado popular bajo, alcanza al orden del 42,6 por ciento. En la desnutrición aguda, mientras en el nivel más alto dicho problema no existe, en los conglomerados populares es del orden del 4 por ciento. Estas diferencias se hacen más evidentes al com-

parar los promedios de peso y talla de acuerdo al nivel del estrato social. En el estrato más alto estos promedios son del orden de 12,3 kg y 86,1 cm. de peso y talla, respectivamente, mientras que en el conglomerado popular bajo estas categorías están en el orden de 11,1 kg y 81,6 cm, respectivamente; es decir con diferencias de 1,2 kg y 4,5 cm. para cada indicador.

En el cuadro N° 9 y gráfico N° 8 se presentan los promedios de talla según grupos de edad y estrato social. Cuando se observa los promedios de talla en los niños de 0 a once meses, se podría decir que no hay diferencia significativa por nivel de inserción, pero desde los 12 hasta los 59 meses hay una diferencia asociada con el nivel de inserción social. Mientras en el estrato medio alto los niños alcanzan, entre los 48 y 59 meses, a un promedio de 100,7 cm. en el grupo del conglomerado popular bajo llegan solo a 96,7 cm. La diferencia de 4 cm. solo puede ser atribuible a la influencia del nivel de inserción social y por lo tanto a las condiciones de vida del niño y su familia.

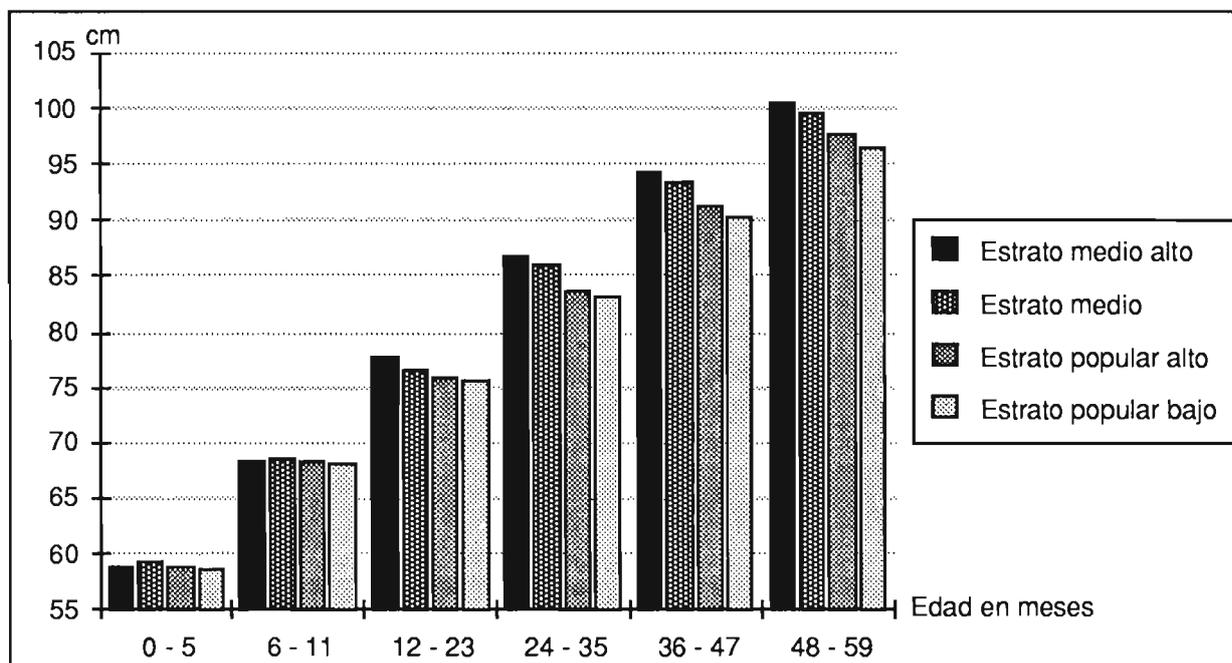
En el cuadro N° 10 y gráfico N° 9 se presentan los promedios de peso por grupos de edad y por estrato social. Al igual que lo observado con la talla en el cuadro anterior, los pesos de los niños cuya edad están entre 0 y once meses no presentan diferencias significativas. Pero, cuando los niños alcanzan a la edad de 48 a 59

Cuadro 9
Distribución de los promedios de talla (cm.) por estrato social y por grupos de edad

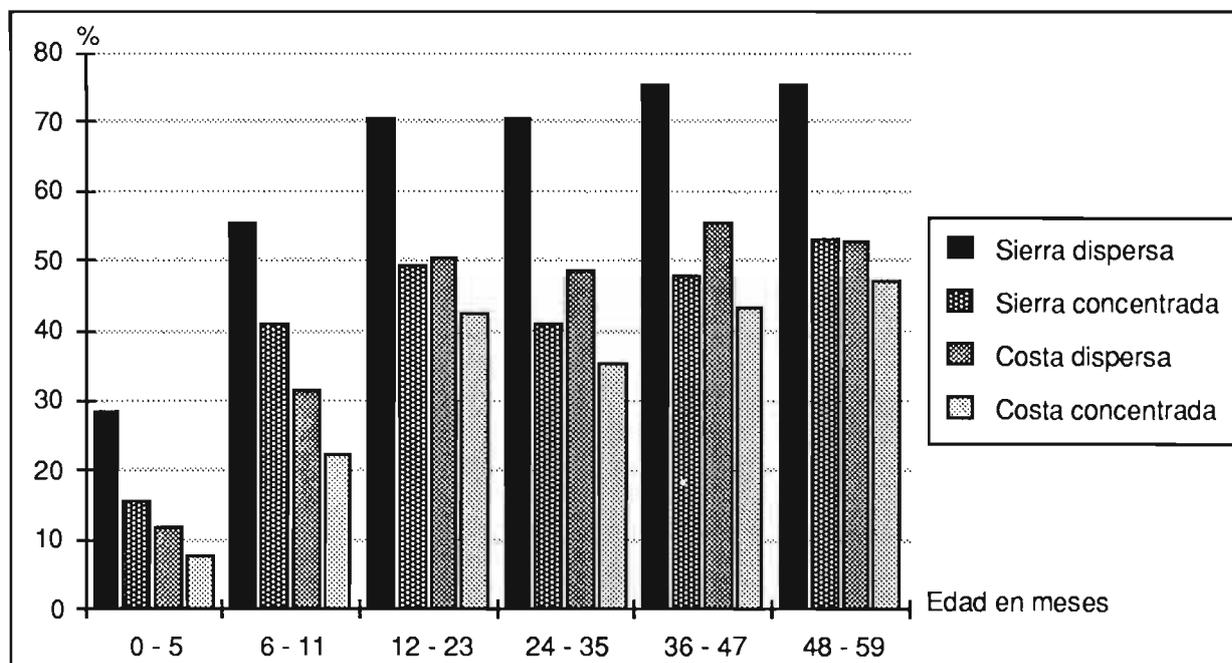
EDAD (MESES)	ESTRATO MEDIO ALTO (cm)	ESTRATO MEDIO (cm)	ESTRATOS POPULARES	
			ALTO (cm)	BAJO (cm)
0 - 5	58,9	59,5	58,9	58,6
6 - 11	68,4	68,6	68,5	68,2
12 - 23	78,0	76,8	76,0	75,7
24 - 35	86,8	86,1	83,8	83,4
36 - 47	94,4	93,4	91,4	90,5
48 - 59	100,7	99,6	97,8	96,7
0-59				
TOTAL	86,1	83,9	82,2	81,6

t - test $p < 0,001$

Graf. 8. Distribución de los promedios de talla (cm) por estrato social y por grupos de edad



Graf. 9. Distribución de los promedios de peso (Kg) por estrato social y por grupos de edad



meses, la diferencia es ya de 1,2 kg. entre el estrato social más alto y el más bajo, lo cual solo puede explicarse por este último factor.

E. Variaciones por la condición de vivienda

La vivienda es un excelente indicador de las condiciones de vida de la población, pues en ella se expresa la

disponibilidad de servicios, tales como agua, eliminación de excretas, eliminación de aguas servidas, eliminación de basura. El material de construcción de la vivienda permite hablar de la calidad y por lo tanto de las malas o buenas condiciones de la misma. Igualmente, el espacio determina la existencia de condiciones aceptables de la vivienda para la familia o las condiciones de hacinamiento. Estos indicadores también se recolectaron en el estudio DANS.

Un análisis por separado de cada uno de estos indicadores, de disponibilidad de servicios, del grado de hacinamiento, de los materiales empleados para la construcción de la vivienda, permitió establecer que la Costa presenta mayores niveles de hacinamiento y una mayor proporción de familias que no cuentan con agua potable, que utilizan letrina y que no está servida por recolector público de basura.

De esta información surgió la idea de construir una taxonomía de calidad de la vivienda en la que se sintetice toda esta información y a la vez exprese los diferentes grados de riesgo para la salud del niño. Así se determinó que el 13,4 por ciento de las viviendas no presentaban ningún riesgo para la salud del niño; el 79,7 por ciento fueron categorizada como de mediano riesgo y el 6,9 por ciento, como viviendas de muy alto riesgo para la salud del niño. Al cruzar esta variable con la de estrato social, se comprobó una asociación altamente significativa entre ellas.

Con estos resultados y al cruzar el índice de riesgo para la salud por calidad de la vivienda con las diferentes formas de mala nutrición, se obtuvieron los resultados que se presentan en el cuadro No. 11.

En este cuadro es evidente la relación directa entre prevalencias de desnutrición crónica, aguda y global, y los niveles de riesgo para la salud que presentan las viviendas, relación que también tiene que ver con las diferencias que se observan en los promedios de talla y peso.

2.2. Factores explicativos y factores coadyuvantes de la mala nutrición

El problema nutricional no puede ser analizado haciendo combinaciones arbitrarias de variables pues eso limita la interpretación del problema y por lo tanto, su entendimiento más global. Es importante, entonces,

Cuadro 10
Distribución de los promedios de peso (Kg.) por estrato social y por grupos de edad.

EDAD (MESES)	ESTRATO MEDIO ALTO (kg)	ESTRATO MEDIO (kg)	ESTRATOS POPULARES	
			ALTO (kg)	BAJO (kg)
0 - 5	5,7	5,7	5,6	5,5
6 - 11	8,2	7,9	7,9	7,8
12 - 23	10,2	9,7	9,4	9,4
24 - 35	12,4	12,2	11,6	11,5
36 - 47	14,4	14,0	13,5	13,3
48 - 59	16,0	15,7	15,2	11,5
0-59				
TOTAL	12,3	11,7	11,2	11,1

t - test $p < 0,001$

comprender la esencia y jerarquía de los procesos, biológicos, psicológicos y sociales, que determinan la existencia del problema nutricional, evitando una suma de asociaciones empíricas. Este enfoque sostiene que lo biológico y social en los procesos tanto normales como patológicos forman una unidad inseparable y dinámica, en donde lo social es inmediatamente biológico y viceversa. Se trata, en esencia, de establecer la relación del problema nutricional con las formas de organización social y los perfiles de vida de los grupos sociales. Con este enfoque se procedió a definir un modelo de asociación de variables que guió el procedimiento de análisis, parte del cual se presenta a continuación. Este modelo concatena los niveles de la realidad y de la forma en que los procesos de salud-enfermedad se determinan. En él se plantean tres niveles básicos de la realidad, jerárquicamente ordenados así: procesos generales, procesos particulares y procesos o expresiones singulares. Estos procesos, a partir de los cuales hay que seguir la línea de determinación de los más variados eventos, están supeditados a leyes específicas de cada nivel, esto es, leyes del desarrollo social, leyes de la reproducción social de los grupos que forman parte de la sociedad y leyes que operan a nivel individual. Siendo un ordenamiento jerárquico, se debe entender que las leyes de estos niveles no funcionan aisladas, sino más bien supeditadas a la vida de grupos y éstos a los de orden social general, dentro de márgenes de independencia relativa.

Cuadro 11

Pevalencias de desnutrición crónica, aguda, global y promedios de talla y peso por nivel de riesgo de la salud por calidad de la vivienda (niños 0-59 meses).

NIVEL DE RIESGO	CRONICA 1/ (%)	AGUDA 1/ (%)	GLOBAL 1/ (%)	TALLA (cm)	PESO (kg)
BAJO RIESGO	28,1	---	19,7	84,8	12,0
MEDIANO RIESGO	50,1	4,0	38,3	82,6	11,3
ALTO RIESGO	61,2	7,0	49,0	81,3	11,0

1/ ANOVA: $p < 0,0001$

Cuadro 12
Prevalencias de desnutrición crónica, aguda, global y promedios de talla y peso
por estrato social y subregión (niños de 0-59 meses).

SUBREGION	ESTRATOS	CRONICA 1/ %	AGUDA 2/ %	GLOBAL 3/ %	TALLA cm	PESO kg
SIERRA CONCENTRADA	MEDIO ALTO	35,7	---	23,1	86,2	12,4
	MEDIO	40,1	2,0	29,2	84,3	11,8
	POPULAR ALTO	45,0	4,0	34,0	83,1	11,5
	POPULAR BAJO	57,0	---	41,8	81,4	11,2
	TOTAL	44,2	---	32,9	83,6	11,7
SIERRA DISPERSA	MEDIO ALTO	61,2	---	38,5	82,5	11,7
	MEDIO	67,4	---	50,0	80,3	10,9
	POPULAR ALTO	64,4	---	47,4	80,4	10,9
	POPULAR BAJO	68,7	---	51,6	79,6	10,8
	TOTAL	66,6	---	47,4	80,1	10,9
COSTA CONCENTRADA	MEDIO ALTO	22,6	4,0	19,4	87,5	12,5
	MEDIO	29,2	4,0	23,1	85,2	12,0
	POPULAR ALTO	38,9	4,0	29,9	83,7	11,6
	POPULAR BAJO	43,5	8,0	36,5	83,6	11,5
	TOTAL	37,3	4,0	30,2	84,3	11,7
COSTA DISPERSA	MEDIO ALTO	42,6	2,5	21,0	83,4	11,8
	MEDIO	42,0	8,0	35,7	82,0	11,1
	POPULAR ALTO	44,4	11,9	41,8	83,2	11,2
	POPULAR BAJO	49,4	9,0	42,6	82,0	11,0
	TOTAL	47,3	9,9	40,9	82,6	11,2

1/ ANOVA: Clase y subregión $p < 0,0001$

2/ ANOVA: clase $P < 0,005$; subregión $p < 0,0001$

3/ ANOVA: Clase y subregión $p < 0,0001$

El análisis que se presentará a continuación no es de ninguna manera exhaustivo, pero sí pretende orientar la interpretación del problema nutricional, desde la perspectiva de la distribución espacial y respetando la jerarquía de los procesos.

A. Prevalencia de desnutrición con relación al estrato social y a la ubicación geográfica

En el cuadro No. 12 se presenta las prevalencias de desnutrición crónica, aguda y global, por estrato social y por subregión. El análisis preliminar de dos variables, presentado en la parte anterior de este documento, determinó que la desnutrición está fuertemente asociada tanto al estrato social como a la diferenciación regional del país.

Análisis realizados para determinar la influencia de los procesos generales, esto es, las leyes del desarrollo social general, concluyeron que la diferenciación regional del país explica mejor las diferentes formas y niveles del problema nutricional. Diremos que las fuerzas productivas de la formación social ecuatoriana, se en-

cuentran en un proceso de modernización hacia una economía industrial, pero dentro de un mosaico en el que coexisten polos de gran desarrollo empresarial, regiones en transición hacia formas productivas modernas, y regiones económicamente muy atrasadas. Este mosaico se distribuye en forma desigual a nivel nacional y no es sino el reflejo de las formas de desarrollo que se han dado en las diferentes regiones del país, las mismas que se expresan, entre otras manifestaciones, en la distribución geográfica de la desnutrición.

En el cuadro No. 12 se cruzan de 3 variables: las tasas de desnutrición crónica, aguda, global, los promedios de talla y peso en relación al estrato social, y los promedios de talla y peso con relación a las subregiones. En este cuadro se determina que si bien existe una diferencia de las prevalencias entre los diferentes formas de desnutrición y de los promedios en talla y peso por estrato social, al interior de cada uno de los estratos también se encuentran diferencias que están condicionadas por la región y subregión. Así por ejemplo, si analizamos solo al estrato medio alto, las prevalencias de desnutrición crónica y global más bajas y los mejores promedios de talla y peso están en el estrato medio alto de la

Costa concentrada, mientras que los niveles más bajos de peso y talla y la prevalencias más altas del mismo estrato, están en la Sierra dispersa. Esta misma tendencia se encuentra también en los otros estratos sociales.

El hallazgo demuestra que la influencia regional tiene una contribución muy importante en la explicación de los niveles de prevalencia de desnutrición que se observa al interior de cada estrato social, lo cual indica la existencia de un grado de heterogeneidad dentro de cada estrato, a más de las diferencias que hay entre cada uno de ellos.

En el cuadro No. 13 se presentan las prevalencias de desnutrición crónica, aguda, global y los promedios de talla y peso, en las metrópolis de Quito y Guayaquil. De este cuadro se desprende que hay una diferenciación de las prevalencias de la desnutrición crónica y global, al interior de un mismo estrato, cuando el análisis se hace comparando Quito y Guayaquil. Estas diferencias también son claras al observar los promedios de peso y talla.

Sin embargo, no se encontró una diferencia significativa, ni por estrato social ni por metrópoli en lo que a la desnutrición aguda se refiere. Quito y Guayaquil, que pertenecen a la Sierra y a la Costa, respectivamente, representan, dentro del contexto general, condiciones históricas, estructurales, culturales, institucionales diferentes entre ellas, pero similares a las regiones en donde se ubican. De allí la diferenciación, por un lado de los niveles sociales y por otro, de las prevalencias de desnutrición observadas.

B. Prevalencia de desnutrición con relación al estrato social y al nivel de riesgo para la salud de la vivienda

Cuando hablamos del nivel o dominio particular nos referimos al hecho de que los hombres se encuentran expuestos a condiciones de reproducción social diferentes. Los grupos o conglomerados sociales se caracterizan por sus formas particulares de trabajar y consumir, lo cual hace que se expongan en forma diferente al problema nutricional. Los modos de trabajo (el grado de esfuerzo, la extensión de la jornada, el tipo de objetos e instrumentos utilizados, el grado de control sobre el proceso productivo, etc.), los modos de consumo (de elementos vitales, tales como alimento, vivienda, vestido, y otros elementos inmediatos y de —consumo ampliado—, cultura, educación, servicios, etc.) y los modos de relación con las condiciones del entorno caracterizan a cada grupo y van surgiendo y perfilándose mejor mientras más polarizado sea el desarrollo de la sociedad. Se puede decir, en consecuencia, que a mayor diversificación de los modos de trabajo y consumo, mayor es el grado de complejidad del problema nutricional de la población, en particular de la población preescolar, en la que se refleja con mayor intensidad las consecuencias de los modos de trabajo, consumo y relación con el entorno de la unidad familiar.

En este contexto, el cuadro No. 14 presenta las prevalencias de desnutrición crónica, aguda, global y los promedios de talla y peso de los niños, en relación a la calidad de la vivienda y al estrato social. En este cuadro es evidente la asociación de las diferentes prevalencias de desnutrición crónica y global con relación a la cali-

Cuadro 13

Prevalencias por estrato social, de desnutrición crónica, aguda, global y promedios de talla y peso en las metrópolis de Quito y Guayaquil (niños 0 - 59 meses).

METROPOLIS	ESTRATO	CRONICA 1/ %	AGUDA 2/ %	GLOBAL 3/ %	TALLA cm	PESO kg
QUITO	MEDIO ALTO	34,5	---	21,0	85,8	12,4
	MEDIO	37,3	7,0	25,8	83,6	11,7
	POPULAR ALTO	46,0	4,3	34,5	83,0	11,4
	POPULAR BAJO	61,9	7,8	45,2	80,5	10,9
	TOTAL	47,3	---	34,0	83,1	11,6
GUAYAQUIL	MEDIO ALTO	21,0	---	13,7	87,6	12,8
	MEDIO	27,4	5,6	21,2	85,7	12,1
	POPULAR ALTO	33,4	5,3	22,8	84,0	11,8
	POPULAR BAJO	41,9	5,4	32,9	83,8	11,6
	TOTAL	34,5	2,0	25,0	84,8	11,9

1/ ANOVA: Varianza de clase y metrópolis $p < 0,0001$

2/ ANOVA: Varianza de clase y metrópolis NS

3/ ANOVA: Varianza de clase y metrópolis $p < 0,0001$

Cuadro 14
Prevalencias de desnutrición crónica, aguda, global y promedios de talla y peso por índice de riesgo para la salud de la vivienda y estrato social.

ESTRATO	INDICE DE RIESGO	CRONICA 1/ %	AGUDA 2/ %	GLOBAL 3/ %	TALLA %	PESO %
MEDIO ALTO	BAJO RIESGO	22,6	---	13,9	86,6	12,5
	MEDIANO RIESGO	44,7	---	31,6	85,3	12,1
	ALTO RIESGO	60,5	---	34,7	86,6	12,5
	TOTAL	33,7	---	23,1	86,2	12,4
MEDIO	BAJO RIESGO	28,1	---	19,7	84,4	11,9
	MEDIANO RIESGO	46,5	4,8	34,7	83,9	11,6
	ALTO RIESGO	58,1	8,0	50,0	81,2	10,9
	TOTAL	39,9	2,0	30,4	83,9	11,7
POPULAR ALTO	BAJO RIESGO	29,9	---	19,7	84,5	11,9
	MEDIANO RIESGO	48,7	7,0	39,2	82,6	11,3
	ALTO RIESGO	58,9	7,0	47,4	81,0	10,9
	TOTAL	50,8	4,0	39,2	82,3	11,2
POPULAR BAJO	BAJO RIESGO	31,2	4,0	25,5	83,9	11,6
	MEDIANO RIESGO	52,8	4,0	41,8	81,7	11,1
	ALTO RIESGO	63,2	7,0	50,0	81,3	11,0
	TOTAL	54,7	4,0	42,6	81,7	11,1

1/ ANOVA: Varianza de clase $p < 0,0001$

Varianza de índice $p < 0,0001$

2/ ANOVA: Varianza de clase $p < 0,026$

Varianza de índice $p < 0,004$

3/ ANOVA: Varianza de clase $p < 0,0001$

Varianza de índice $p < 0,0001$

dad de la vivienda y al estrato social. Se observa que cuando los niños viven en casas que no constituyen riesgo para la salud, se presentan bajos niveles de desnutrición; pero cuando se cruza vivienda y estrato social se observa una heterogeneidad al interior de este último, sobre todo en el medio alto. Por el contrario, cuando los niños viven en viviendas de alto riesgo, el nivel social al que pertenecen, no es una variable explicativa significativa ya que representan por igual altos niveles de desnutrición. Esto es fácil comprobarlo al observar los promedios de talla y peso que se presentan en el mismo cuadro No. 14. De hecho, llama la atención que en el estrato medio alto hayan grupos de niños que vivan en viviendas inadecuadas, lo cual podría explicarse si se introduce la variable regional y subregional.

En cuanto a la desnutrición aguda, se observa una diferencia por calidad de la vivienda, pero no aparece diferencias que puedan atribuirse al nivel del estrato social, lo cual se explica por el hecho de que este tipo de desnutrición está directamente asociado con el entorno físico en el que crece el niño.

Este cuadro evidencia que la forma de trabajo y de consumo en los diferentes estratos sociales explica con mucha riqueza el cómo se “distribuye”, entre la socie-

dad, la desnutrición. El estrato social, en este caso, explica el fenómeno nutricional a partir de las formas de trabajo del jefe de hogar y de las formas consumo de la familia en su conjunto. Por otro lado, la vivienda, que es algo que se consume en este caso transformada en un índice de riesgo para la salud, enriquece la explicación del fenómeno a partir de su influencia directa en la desnutrición. De allí que la combinación de las dos variables resulta ser muy adecuada en el análisis de la desnutrición.

C. La desnutrición con relación a la educación de la madre y al estrato social.

En el cuadro No. 15 se presentan las prevalencias de desnutrición crónica, aguda, global y los promedios de talla y peso, por nivel de instrucción de la madre y por el nivel de estrato social. En este cuadro se observa una clara asociación entre el nivel de instrucción de la madre, el nivel de estrato social y el estado nutricional del niño. De este cuadro es también evidente que los niveles altos de educación influyen de manera diferente en el grado de desnutrición, dependiendo del estrato social que se analice. Así por ejemplo, las madres del estrato medio alto que alcanzaron a por lo menos el sexto curso de secundaria, presentan niveles de prevalencia de des-

Cuadro 15
Prevalencias de desnutrición crónica, aguda, global, y promedios de talla y peso, por nivel de instrucción de la madre y nivel de estrato social.

NIVEL DE ESTRATO	NIVEL DE INSTRUCCION	CRONICA 1/	AGUDA 2/	GLOBAL 3/	TALLA	PESO
MEDIO ALTO	1	* 73,6	---	60,5	83,2	11,4
	2	56,3	4,2	36,5	80,4	11,0
	3	45,7	7,0	29,2	85,6	12,3
	4	31,9	2,0	31,1	84,4	11,5
	5	22,8	---	13,9	86,7	12,5
	6	13,7	---	8,0	89,7	13,3
	TOTAL	33,5	---	23,1	86,1	12,3
MEDIO	1	58,4	---	54,7	81,1	10,9
	2	55,2	4,0	41,8	83,4	11,6
	3	49,4	13,9	37,5	84,1	11,7
	4	34,1	7,0	27,4	83,5	11,5
	5	30,4	---	21,7	84,4	11,9
	6	23,6	---	15,9	84,4	11,8
	TOTAL	39,9	2,0	30,4	83,9	11,7
POPULAR ALTO	1	60,8	---	45,0	81,4	11,2
	2	56,0	4,0	45,8	82,2	11,2
	3	51,5	19,7	40,9	82,2	11,2
	4	41,0	8,0	32,2	82,6	11,3
	5	32,9	---	23,6	83,3	11,5
	6	10,2	---	4,4	84,6	12,3
	TOTAL	50,8	4,0	39,2	82,3	11,2
POPULAR BAJO	1	66,7	---	51,1	81,6	11,1
	2	59,7	7,0	46,8	81,4	11,1
	3	52,8	17,8	41,8	81,7	11,1
	4	42,0	9,9	32,9	82,1	11,2
	5	34,5	---	28,6	81,2	10,9
	6	40,0	---	31,1	84,0	11,7
	TOTAL	54,7	4,0	42,6	81,7	11,1

1/ ANOVA: Varianza de inserción e instrucción $p < 0,0001$

2/ ANOVA: Varianza de inserción $p < 0,031$

Varianza de instrucción $p < 0,052$

3/ANOVA: Varianza de inserción e instrucción $p < 0,0001$

* número muy pequeño de niños

Niveles de instrucción:

1. Ninguno, centro de alfabetización

2. 1 - 3 grado primaria

3. 4 - 6 grado primaria

4. 1 - 3 curso secundaria, artesanal

5. 4 - 6 curso secundaria, técnica

6. superior

nutrición crónica y global del orden de 22,8 y 13,9 por ciento, respectivamente, mientras que, con el mismo nivel de instrucción, el estrato bajo presenta prevalencias de desnutrición crónica y global de 34,5% y 28,6% respectivamente. Si se toman los niveles bajos de instrucción, la condición de clase explica muy poco la presencia de dichas prevalencias.

En este caso también se observa que el nivel del estrato social si bien explica en gran medida la "distribución" del problema nutricional, al cruzar lo con el nivel de educación, que es una de las formas de consumo, y que se relaciona altamente con la desnutrición, explica con mayor especificidad el problema nutricional cuando el nivel de instrucción de la madre es bajo.

3. DEFICIENCIAS ESPECIFICAS

El estudio DANS utilizó, un extenso número de parámetros bioquímicos, con el fin de precisar las deficiencias nutricionales específicas (el estado de hierro, el estado protéico, el estado vitamínico, el de microelementos, la función tiroidea) y determinar la presencia de inflamación e infección.

3.1. Presencia de inflamación e infección

Para la evaluación de inflamación e infección se midió la proteína-C-reactiva y la Alfa-1-glicoproteína ácida. Un 12,5 por ciento de los niños muestran estar afectados de infección o inflamación, observándose que en las edades más tempranas la prevalencia está alrededor del 20 por ciento.

En general podría decirse que la prevalencia es baja; sin embargo, al observar las asociaciones significativas que los indicadores de inflamación/infección tienen con los indicadores del estado de hierro, es importante recordar que al estimar las prevalencias de los valores anormales del estado de hierro puede haber una sobre o subestimación, si no se toma en cuenta estas asociaciones. Esta observación es general para todos aquellos indicadores que se modifican frente a la presencia de inflamación e infección.

3.2. Anemia y deficiencia de hierro

Al estimar la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia, se determinó que el 22 por ciento de los niños entre seis y 59 meses de edad sufren de anemia por falta de hierro, de acuerdo al criterio de la OMS, de 110 g de hemoglobina por litro de sangre. Como la anemia es un fenómeno fuertemente dependiente de la edad, al estimar las prevalencias por rangos de edad, se detectó que el grupo más afectado de anemia es el comprendido entre seis y 12 meses, con un nivel de 69 por ciento, siguiéndole luego, el grupo de 12 a 23 meses con una prevalencia de 46 por ciento. Observándose la misma tendencia se estableció que la población de la Sierra esta más afectada de anemia que la de la Costa, aunque esta diferencia no es significativa; que la población dispersa, más que la concentrada y los niños más que las niñas. Es un aspecto que debe tomarse en consideración cuando haya que intervenir para combatir la anemia. Estos hallazgos confirman los encontrados en estudios de caso realizados por Estrella et al., (1987) que estimó un 23 por ciento de anemia en un grupo de niños menores de un año, residentes de Quito. Los estudios realizados por Freire (1986) y Calle et al., (1986) en mujeres embarazadas, en los que estimaron prevalencias de anemia del orden del 60 por ciento y el estudio realizado por Freire (1982) en la población de niñas de 7 a 10 años, que en un 80 por ciento respondieron al tra-

tamiento con hierro, corroboran el hecho de que en el país una proporción muy importante de la población esta afectada de anemia.

Este hallazgo, resulta extremadamente grave, pues estamos hablando de aproximadamente 300.000 niños que actualmente están sufriendo de anemia. Problema que demanda de las autoridades competentes, una atención de primera prioridad para bajar lo más pronto posible estos niveles de anemia.

3.3. Deficiencia de riboflavina

De la estimación de la prevalencia de valores anormales del coeficiente de activación de glutatión reductasa, se desprende que hay una importante deficiencia de riboflavina que se incrementa con la edad. A nivel nacional, mientras en el grupo de edad de seis a 11 meses la prevalencia es del orden del 11 por ciento, entre 48 y 59 meses, la prevalencia se incrementa al 36 por ciento, siendo mayor en la Sierra que en la Costa, en la población dispersa que en la concentrada y en Quito que en Guayaquil. Esta información se corrobora con la obtenida al medir la excreción de riboflavina, de la cual se desprende una baja prevalencia que se incrementa con la edad, tal como se observa con los valores anormales del coeficiente de activación de glutatión reductasa, información que, a su vez se corrobora con los hallazgos del consumo de nutrientes.

3.4. Deficiencia de zinc

A pesar de que el zinc sérico no es un indicador sensitivo de la deficiencia leve de zinc (Solomons, 1979), los promedios y prevalencias observadas sugieren una situación pobre del nivel de zinc, hecho que indica la necesidad de investigaciones adicionales.

4. CONCLUSIONES

Los datos analizados en este documento, permiten llegar a las siguientes conclusiones:

1. Con el método de Mora se detectó, a nivel nacional, que el 49,4 por ciento de los niños sufren de una desnutrición crónica, el 37,5 por ciento sufren de desnutrición global, y el 4 por ciento sufren de desnutrición aguda, proporciones que en números absolutos significan 623 mil niños con deficiencia de talla, 473 mil con un bajo peso y 50 mil con desnutrición aguda, es decir con un peso bajo con relación a la talla.

2. El mayor problema de la desnutrición crónica y global está en la Sierra dispersa, luego vienen la Sierra concentrada, la Costa dispersa y, finalmente, vienen la Costa concentrada.

3. La desnutrición crónica afecta mayormente a los niños de la Sierra dispersa, quienes a edades muy tempranas (0 - 6 meses) una desnutrición crónica del 30 por ciento y que se incrementa a más del doble cuando llegan a los 48 - 60 meses. Estas altas prevalencias son un claro indicador de que muchos de los niños ecuatorianos sufren de desnutrición desde el vientre materno, pues probablemente sus madres también son desnutridas.

4. En cuanto a la desnutrición global, ésta se hace presente a partir de los seis meses y llega a un máximo hasta el año de vida, permaneciendo, luego, relativamente constante hasta los cinco años. Refleja la sumatoria de la desnutrición crónica y la desnutrición presente.

5. La desnutrición aguda es altamente prevalente en la Costa tanto concentrada como dispersa, más grave que en la Sierra, con mayores proporciones entre los 12 y 23 meses de edad. Sin embargo, ya a los seis meses el problema de la desnutrición aguda aparece en proporciones importantes, sobre todo en la Costa, hecho que se vincula más directamente con las condiciones de saneamiento ambiental.

Las prevalencias de desnutrición estimadas en el estudio DANS no pueden ser comparadas con estudios de caso realizados en el país, debido a que en unos casos no se conoce la metodología que utilizaron, y en otros, a pesar de que se reportan las metodologías, no son comparables con la empleada en el estudio DANS.

6. Los hallazgos de las diferentes prevalencias de desnutrición explicadas por la diferenciación regional y subregional, determinan, áreas de atención prioritaria en términos de los problemas nutricionales. Para el caso de la desnutrición crónica y global, el área dispersa de la Sierra requiere de intervenciones de corto y mediano plazo que, por un lado, garanticen una dieta adecuada a la población y por otro, mejoren las condiciones de vida de esa población. No es tolerable que la mayor parte de la población dispersa viva en condiciones de hacinamiento y sin poder disponer a los servicios básicos de saneamiento ambiental, y que tenga tan altas tasas de desnutrición.

En cuanto a la desnutrición aguda, más altamente prevalente en la Costa que en la Sierra, se hace imperativa la aplicación de programas que vayan a mejorar las condiciones de saneamiento ambiental y las prácticas de lactancia materna y de destete, como acciones promuevan prioritarias, sin descuidar otras intervenciones de mediano y largo plazo.

7. Al analizar las prevalencias de desnutrición de los niños con relación a su estrato social se observa que mientras en el primer rango de edad (0 - 6 meses) las

prevalencias por niveles de estos estratos sociales no son distantes entre sí, cuando los niños alcanzan los 48 - 59 meses las prevalencias de desnutrición se agravan en asociación directa con el deterioro del nivel social.

8. De hecho, cuando se observan las prevalencias de desnutrición, de acuerdo al nivel de estrato social, es evidente que las mayores prevalencias se encuentran en los estratos populares alto y bajo, de lo cual es evidente inferir que la deficiencia nutricional es una de las características de la pobreza que afecta a un importante número de la población. De allí que al hablar de grupos de población prioritarios es importante hacer, también, la diferenciación por estrato social.

9. Al comparar el indicador de riesgo para la salud de la vivienda con las prevalencias de la desnutrición, crónica, aguda y global, se observó una asociación directa entre el uno y las otras. Este hallazgo indica que el medio que circunda al niño tiene un papel preponderante en la presencia de la desnutrición. De hecho surge como importante línea de intervención, la necesidad de mejorar las condiciones de la vivienda y la disponibilidad de servicios de saneamiento ambiental.

10. Sin embargo, este tipo de cruzamientos entre dos variables, solamente refleja una visión unilateral del problema. Un análisis en el que intervienen otras variables permite determinar una relación más compleja del problema nutricional con otros elementos; así por ejemplo, cuando se cruza el nivel de estrato social con el nivel de regionalización y subregionalización del país, y estas variables, a su vez, con la desnutrición, se encuentra, por ejemplo, que el estrato medio alto presenta diferentes niveles de desnutrición en las diferentes regiones geográficas, lo cual indica de que a pesar de pertenecer al mismo nivel socioeconómico, a su interior existen subgrupos con desnutrición heterogénea según el lugar de residencia. Igual característica se observa en los estratos populares, con lo cual se concluye que el nivel de pobreza no es igual en toda la población y por lo tanto se expresa con diferente grado de intensidad.

11. Igual relación se observa cuando se cruza estrato social con índice de calidad de las viviendas y desnutrición. En este análisis se determina que si las madres habitan en viviendas de alto riesgo para la salud, aún perteneciendo al estrato social medio alto, los niños crecen menos que los que, perteneciendo al mismo estrato, habitan en viviendas de menor riesgo. Sin embargo, cuando la vivienda constituye un riesgo para la salud de los niños, la condición de clase contribuye muy poco a explicar estos hallazgos.

12. Al analizar las prevalencias de desnutrición en las dos metrópolis del país, cruzadas con el nivel de estrato social, se concluye que al interior de cada estrato,

las prevalencias de desnutrición crónica y global son mayores en Quito que en Guayaquil. Esto determina que si bien en Guayaquil la población de los estratos populares es mayor, el problema nutricional, sin embargo, es menor con relación a Quito. Estos hallazgos llevan a la conclusión de que mientras Quito tiene menos población en los estratos populares y las condiciones de saneamiento ambiental son mejores que Guayaquil, sin embargo, el problema nutricional es mayor en Quito, en lo que a la desnutrición crónica y global se refiere. En cuanto a la desnutrición aguda no se encontró ninguna diferencia ni por clase ni por metrópoli.

13. Estos hallazgos llevan implícita la necesidad de que cuando se formulen políticas para combatir el problema nutricional, es importante, en primer lugar, hacer una diferenciación del tipo de desnutrición más prevalente frente a los otros. Segundo, determinar las áreas prioritarias de atención para establecer un uso más racional de los recursos, pues es imposible obtener los suficientes recursos para atender a todo el país, independientemente del tipo y la dimensión del problema. Y, tercero, necesario definir un procedimiento de identificación de la población sujeta de atención, de tal manera de reorientar los recursos a la población que verdaderamente necesita. En este sentido, el presente estudio ofrece algunos elementos que pueden utilizarse para elaborar un instrumento que identifique a la población en alto riesgo. Así por ejemplo, se puede construir una matriz de 4 variables: ocupación, tipo de vivienda, peso/edad y talla/edad. Al combinar las variables se da una calificación cuantitativa de riesgo que, sumada entre los niños observados, se obtiene una calificación para la comunidad. Esta calificación comparada con las otras comunidades, determinará el grado de necesidad de atención de la comunidad, en relación a las otras, con lo cual es fácil jerarquizar el nivel de demanda de atención.

Por otro lado, es necesario tener presente que la intervención que se escoja depende del tipo del problema prioritario. En el caso de una mayor prevalencia de desnutrición aguda, por ejemplo, las intervenciones deben considerarse como emergentes y por lo tanto de ejecución inmediata, no así en el caso de la desnutrición crónica que para atacarla se requiere de intervenciones de mediano y largo plazo, pues siendo un problema que refleja un proceso de desajuste acumulado en el tiempo y que para el caso de nuestro país es un problema que se ha transmitido a través de generaciones, las intervenciones deben tocar aspectos que garanticen un mejoramiento de las condiciones de vida de la población, en las que se incluyan acciones referentes a la educación nutricional, a la vigilancia y al control del crecimiento.

14. En cuanto a la evaluación de deficiencias específicas se determinó, en primer lugar, que a través de la medición de la proteína-C-reactiva y la Alfa-1-glicopro-

teína ácida, un 12.5 por ciento de los niños están afectados de infección o inflamación, observándose que en las edades más tempranas la prevalencia es alrededor del 20 por ciento. En general podría decirse que la prevalencia es baja; sin embargo, al observar las asociaciones significativas que tienen los indicadores de inflamación/infección con los indicadores del estado de hierro, es importante recordar que al estimar las prevalencias de los valores anormales del estado de hierro puede haber una estimación sesgada si no se toma en cuenta estas asociaciones. Esta observación es general para todos aquellos indicadores que se modifican frente a la presencia de inflamación e infección.

15. Al estimar la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia, se determinó que el 22 por ciento de los niños entre seis y 59 meses de edad sufren de anemia por falta de hierro, de acuerdo al criterio de la OMS, de 110 g de hemoglobina por litro de sangre. Como la anemia es un fenómeno fuertemente dependiente de la edad, al estimar las prevalencias por rangos de edad, se detectó que el grupo más afectado de anemia es el comprendido entre seis y 12 meses, con un nivel de 69 por ciento, siguiéndole luego, el grupo de 12 a 23 meses con una prevalencia de 46 por ciento. Observándose la misma tendencia se estableció que la población de la Sierra está más afectada de anemia que la de la Costa, aunque esta diferencia no es significativa, la población dispersa más que la concentrada; los niños más que las niñas aunque, el sexo no se consideró como variable (pág. 3) y los afectados con inflamación e infección más que los que no la tienen. Este último aspecto debe tomarse en consideración cuando se trate de intervenir para combatir la anemia. Estos hallazgos confirman los encontrados en estudios de caso realizados por Estrella (et al., 1987) que estimó un 23 por ciento de anemia en un grupo de niños menores de un año, residentes de Quito. Los estudios realizados por Freire (1982, 1986) y Yépez (et al., 1986) en mujeres embarazadas, en los que estimaron prevalencias de anemia del orden del 60 por ciento, corroboran los hallazgos de este estudio, en la medida que los niños investigados y detectados como anémicos, probablemente provienen de madres que durante su embarazo padecieron de deficiencia de hierro o anemia. Niños que al entrar en el período de destete no disponían de alimentos que cubran adecuadamente sus necesidades de hierro.

Este hallazgo, resulta extremadamente grave, pues estamos hablando de aproximadamente 300.000 niños que actualmente están sufriendo de anemia. Problema que demanda de las autoridades competentes, una atención de primera prioridad para bajar lo más pronto posible estos niveles de anemia.

16. De la estimación de la prevalencia de valores anormales del coeficiente de activación de glutatión re-

ductasa, se desprende que hay una importante deficiencia de riboflavina que se incrementa con la edad. A nivel nacional, mientras en el grupo de edad de seis a 11 meses la prevalencia es del orden del 11 por ciento, entre 48 y 59 meses, la prevalencia se incrementa al 36 por ciento, siendo mayor en la Sierra que en la Costa, en la población dispersa que en la concentrada y en Quito, que en Guayaquil. Esta información se corrobora con la obtenida al medir la excreción de riboflavina, de la cual se desprende una baja prevalencia que se incrementa con la edad, tal como se observa con los valores anor-

males del coeficiente de activación de glutatión reductasa, información que se corrobora con los hallazgos del consumo de nutrientes.

17. A pesar de que el zinc sérico no es un indicador sensitivo de la deficiencia leve de zinc (Solomons, 1979) los promedios y prevalencias observadas sugieren una situación pobre del nivel de zinc, hecho que indica la necesidad de investigaciones adicionales; pues de haber deficiencias de zinc en los niños detectados estaría también incidiendo en el crecimiento de ellos.

NOTA

1 El índice de concentración urbana se estableció mediante la proyección, para 1985, de la suma de la población definida

por el CONADE como "concentrada", según los resultados del censo de 1974 (Freire, et al., 1988)

-
- FREIRE, W., DIRREN, H., y otros, 1988, *Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de 5 años*, DANS, CONADE/MSP.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 1980, *Medición del Efecto Nutricional de Programa de Implementación Alimentaria a grupos vulnerables*.
- MORA, J.O., 1988, "A simple method for estimating the tome prevalence of clid mal nutrition from anthropometric indicators", *Aceptado para publicación en el boletin de OMS*.
- YEPEZ, R., CALLE, A., GALAN, P., ESTEVEZ, E., DAVILA, M., ESTRELLA, R., MASSE-RAIMBAULT, A.M. y HERCBERG, S., 1987, "Iron status in ecuadorian fregnant women living at 2800 m. altitude: relationship witle infant iron statuts." *Aceptado para publicarlo en Internal J. Vit Nutr.*
- SALOMONS, N.W., 1979, "On the arsessemt of zinc and copper nutriture in man." *Am. J. Clin. Nutr.* 32: 856-871.
- ESTRELLA, R., HERCBERG, S.), MAGGY, G., SANCATEGUI, J., R. YEPEZ, R., 1987, "Evaluation of iron deficiency anemia by an iron supplementation trial in children living at 2800 m. altitude", *Clinica Acta* 164: 1-6.
- FREIRE, W.B., 1982, "Use of hemoglobin levels to determine iron deficiency in high prevalence areas of iron deficiency anemias", *Tesis doctoral Universidad de Cornell*.
- FREIRE, W.B., 1986, "Positive predictive value of hemoglobin meansures for program to control iron deficiency anemia", *Informe de proyecto para la National Academy of Sciences*.
-

BOCIO Y CRETINISMO ENDEMICOS EN EL ECUADOR

Mauro A. Rivadeneira A.

1. DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE BOCIO ENDEMICO EN EL MUNDO

El Ecuador, igual que otros países andinos, en particular Perú y Bolivia, está ubicado en una zona geográfica que se conoce desde tiempos atrás como deficiente en yodo.

Hace más de cuarenta años, cuando se empezaron a sistematizar los datos de países afectados por el bocio endémico desde un punto de vista epidemiológico, resultó evidente el hecho de que se trataba siempre de regiones montañosas, con elevaciones importantes. Inmediatamente fue notorio que la región de los Himalayas en el Asia, los Alpes y los Pirineos en Europa, y los Andes en América, compartían una característica común: las poblaciones asentadas en estas regiones, estaban afectadas en graves proporciones por el bocio endémico y su complicación más grave, el cretinismo.

El conocimiento de que estas enfermedades estaban ligadas a la deficiencia de yodo llevó a la necesaria constatación de las concentraciones de yodo existentes en suelos y aguas de estas regiones, con los resultados que podían esperarse. Efectivamente zonas montañosas de las características mencionadas, son pobres en yodo. Surgieron consecuentemente varias teorías para explicar esta situación; la más aceptada hasta el momento plantea la posible explicación de que, luego de la última glaciación que ocurrió de 8.000 a 18.000 años atrás, al derretirse la nieve que cubría todas las zonas altas, el agua arrastró los minerales de las capas superficiales de los suelos. (Merke 1967). Como quiera que sea, hay

múltiples comprobaciones que demuestran el bajo contenido de yodo en estas tierras.

Posteriormente se ha colectado información epidemiológica que demuestra alta prevalencia de bocio y cretinismo en zonas que no son necesariamente montañosas, como amplias regiones en el centro de Africa, partes de la República Popular China e Indonesia. Las constataciones del contenido de yodo en los suelos han ratificado el elemento común de que existe deficiencia de yodo.

En parte por esta comprobación, pero sobre todo por el conocimiento reciente de que la deficiencia de yodo va más allá de la producción de bocio y cretinismo, y ocasiona realmente un espectro más amplio de alteraciones como aumento de la mortalidad infantil, incremento del número de abortos, niños nacidos muertos, diversos grados de sordera, limitaciones variadas de la capacidad mental, etc., se ha propuesto que ya no se hable únicamente de *bocio y cretinismo endémicos*, sino que se considere más bien la denominación más amplia de *desórdenes o trastornos por deficiencia de yodo*. La proposición que fue hecha hace pocos años, parece haber tenido acogida entre la comunidad científica, pues ha dado lugar, entre otras cosas, a la creación de un organismo internacional encargado de estudiar, asesorar y proporcionar apoyo a los países afectados, en la lucha para la erradicación de estos trastornos. Este organismo creado en 1986 se denomina el CONSEJO INTERNACIONAL PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES POR DEFICIENCIA DE YODO. Según estimaciones de este Consejo, al momento actual hay aproximadamente 800 millones de personas en el

mundo que viven en áreas de deficiencia de yodo y que están expuestas por tanto a sufrir de estos trastornos.

La distribución geográfica estimada es la siguiente:

Población en riesgo (en millones)

	En riesgo	Con bocio	Cretinos
Sudeste Asiático	280	100	1,50
Asia (otros países)	400	30	0,90
Africa	60	30	0,50
América Latina	60	30	0,25
TOTAL	800	190	3,15

Fuente: Hetzel, B.:

Estas dramáticas cifras nos dan una idea de la magnitud del problema, sobre todo si consideramos lo mencionado más arriba, es decir el riesgo de que en las poblaciones que viven en estas regiones exista afectación de la capacidad mental, aunque sea poco perceptible o requiera métodos especiales para ser detectada. Visto el problema desde esta perspectiva, parece innecesario mencionar que cualquier país que se encuentre afectado por la deficiencia y que quiera actuar con orientación social, debe hacer todos los esfuerzos del caso para lograr la erradicación de estas enfermedades, tanto más que se conoce desde mucho tiempo atrás que es posible lograr esto, a través de programas de salud pública bien orientados.

2. EL CICLO DEL YODO

La cantidad de yodo que el individuo ingiere diariamente depende del contenido de yodo en los alimentos, lo que a su vez depende de la cantidad de yodo existente en los suelos en que estos alimentos hayan sido producidos. En general existen grandes diferencias en el contenido del mineral según las características del terreno; como regla general se puede mencionar que a mayor erosión, más pobreza de yodo en el suelo, pues este mineral es arrastrado por la lluvia y llevado a los océanos. Sin embargo, de los océanos el yodo vuelve a evaporarse, se concentra en la lluvia y enriquece nuevamente los suelos superficiales en los terrenos cercanos al mar. Por esta razón los suelos antiguos tienen una concentración de yodo mayor que los de reciente formación. Existe por tanto en la naturaleza un ciclo del yodo, que se evapora del mar, vuelve a caer con la lluvia, pero es arrastrado de la tierra hacia el mar, como efecto de la erosión. La magnitud de este fenómeno es mucho mayor de lo que se puede imaginar. Miyake y Tsunogai (1963) han estimado que más o menos 400.000 toneladas de yodo escapan cada año por evaporación de la superficie de los océanos.

El contenido de yodo en el agua del mar es en promedio de 50 microgramos por litro, mientras que en la

lluvia y el agua de los ríos es 10 veces más bajo, es decir 5 microgramos por litro, y en el aire atmosférico es apenas de 0.7 microgramos por litro (Koutras 1987).

Lo anterior permite comprender fácilmente las grandes diferencias que se encuentran en los alimentos en cuanto a contenido de yodo, dependiendo del tipo de alimento y del lugar en que se haya producido. Para tener una idea baste mencionar que el pescado de mar puede tener una concentración de yodo que va de 163 a 3.180 microgramos por kg. La carne de ganado vacuno criado en las cercanías del mar puede tener una concentración de 27 a 97 microgramos por kg., la leche de estos animales entre 35 y 56 mcg/kg, mientras que las frutas cultivadas, en estas zonas no contienen más de 10 a 29 mcg/kg.

Por otro lado, es evidente la diferencia por región; los huevos de gallinas criadas en las cercanías del mar tienen un contenido promedio de 13.4 mcg de I por huevo, mientras que los de áreas deficientes contienen en promedio 1.9 mcg de I. por huevo. Como elemento de referencia debemos mencionar que los requerimientos diarios de yodo para el individuo adulto se estiman entre 150 y 300 microgramos.

3. LA SITUACION EN EL ECUADOR

3.1 Epoca Precolombina

Lamentablemente, la inexistencia de referencias escritas correspondientes al período previo a la conquista española impide conocer con certeza cuál era la situación de salud de la población que habitaba estas regiones; tampoco existe evidencia suficiente de tipo arqueológico que posibilite establecer conclusiones definitivas. Esto ha dado lugar a que se plantee la interesante teoría de que el problema del bocio y trastornos asociados no debió haber sido muy grave en la población que habitaba los Andes en la época precolombina, pues de haberlo sido, habría sido representada en las abundantes piezas de cerámica antropomorfa que reflejan con mucha fidelidad cuadros patológicos de otra naturaleza, y que se han encontrado en muchos sitios, especialmente en el Perú. Greenwald, un historiador de la medicina, ha llegado a afirmar que el bocio solamente apareció en América en el siglo XVIII, después de la conquista española. La misma posición ha sido sostenida por investigadores nacionales como el Dr. R. Fierro, quien supone que fue la transformación social provocada por la conquista, la que determinó que en los grupos que fueron despojados de todo y empujados hacia tierras de mala calidad, aparecieran problemas de salud como la malnutrición que potencializó la deficiencia de yodo y permitió que el bocio endémico eclosionara con toda su fuerza. Otros grupos de investigación no aceptan la posibilidad de que los problemas ocasionados por la deficiencia de yodo puedan ser de aparición reciente, pues

afirman que el elemento más importante, la deficiencia del mineral, ya estaba presente. La discusión sobre este tema continuará vigente por más tiempo aún, y no es fácil anticipar cuál será la conclusión final, pero el haber introducido elementos de otro tipo como causantes de enfermedad, particularmente aspectos socio-económico-políticos, ha conferido un matiz completamente diferente al estudio de estos problemas, lo que a nuestro juicio resulta más interesante que establecer finalmente si el bocio endémico fue o no un problema severo en la América precolombina.

3.2. Epoca colonial

A diferencia de la escasa información escrita correspondiente a la época anterior, existen amplias y detalladas descripciones de lo que era la situación durante la época colonial; particular interés tienen los escritos de Boussingault, químico francés que en 1831 publicó su trabajo: *Investigaciones sobre la causa que produce el bocio en las cordilleras de Nueva Granada*. Desde las primeras líneas el autor se muestra asombrado de la gran cantidad de afecciones bociosas que afligen a los habitantes de esta región y dice:

“uno experimenta un sentimiento de pena al ver casi por todo lado hombres aquejados de una enfermedad repugnante, el bocio, una de cuyas consecuencias inmediatas, el cretinismo, representa el estado más deplorable que se pueda observar en la especie humana” Justifica así la necesidad de estudiar las causas que producen la enfermedad utilizando el método científico. Su hipótesis de trabajo estaba orientada más bien a estudiar diferencias entre las aguas provenientes de deshielos y aquellas de vertientes. Efectúa el autor un largo recorrido por todo el territorio de Nueva Granada, desde Venezuela hasta el Ecuador, obteniendo muestras de agua de distintos orígenes y analizando su composición química con los métodos disponibles entonces. Observa cierta relación entre la frecuencia de bocio y la altitud, siendo notorio que la enfermedad es más frecuente en las regiones altas, pero le llama la atención que también en localidades relativamente bajas como Ibagué, Mariquita y Lajas en Colombia, la enfermedad es igualmente frecuente. Por el contrario, menciona con extrañeza que en sectores montañosos como la provincia de Antioquia, el bocio es extremadamente raro. Empieza entonces a sospechar que la ausencia de bocio en esta provincia se debe a que sus habitantes consumen sin excepción sal proveniente de las salinas de Guaca, cercanas a Medellín, y los exámenes que realiza le revelan la presencia de yodo en las aguas de estas salinas.

El yodo había sido descubierto pocos años antes, pero ya se había sugerido su empleo terapéutico para tratar el bocio, aunque esta sugerencia despertó reacciones de oposición debido a las complicaciones que se presentaban con cierta frecuencia, debidas probablemente al empleo de dosis demasiado altas.

Continúa Boussingault sus observaciones hacia el sur y encuentra nuevamente que los habitantes del sur de Colombia y el norte de Ecuador están libres de bocio porque consumen sal de las salinas de Mira, que también contiene yodo, pero que la enfermedad reaparece en los alrededores de Quito, precisamente donde se deja de consumir la sal de Mira para reemplazarla con la sal de mar proveniente de Santa Helena. Anota el autor, con gran capacidad de observación que originalmente la sal obtenida del mar contiene yodo, pero que lo pierde al ser trasladada a grandes distancias. Con toda esta evidencia inteligentemente analizada, Boussingault descarta su hipótesis inicial referente a las aguas y al contenido de gases disueltos en ellas y expone su brillante conclusión, que resultó anticipada para su época al decir: “Considero seguro que el bocio desaparecería de las cordilleras, si las autoridades tomaran las medidas necesarias para que se establezca en cada cabecera de cantón donde el bocio es endémico, un depósito de sal que contenga yodo, en el cual cada habitante pueda ir a comprar la sal necesaria para su consumo”. El trabajo que hemos sumariado brevemente concluye con un párrafo que por su validez, bien podría haber sido escrito en la actualidad y que merece ser citado textualmente:

“Cuando se considera el número verdaderamente espantoso de bociosos y de cretinicos que se observan solamente en la Cordillera Oriental, uno se sorprende de que el Gobierno no haya dirigido desde hace tiempo la atención de los estudiosos sobre el asunto de la endemicidad del bocio. En Nueva Granada, este asunto considerado desde el punto de vista político, es de la más alta importancia; pues el bocio no solamente desfigura al hombre, sino que ejerce sobre sus facultades mentales, los efectos más funestos”.

Considero que lo anterior proporciona una clara idea de la severidad del problema a fines de la época colonial. Es muy probable que la situación se mantuvo más o menos igual durante la época republicana hasta tiempos muy recientes, pues no se dio al problema la verdadera dimensión de catástrofe social que solo puede ser superada a través de una intervención estatal, como lo sugería con tanto acierto hace más de 150 años J.B. Boussingault.

3.3. Epoca contemporánea

A comienzos de este siglo se publican trabajos como los de Espinoza en 1917, Bustamante en 1930 y León y Rivadeneira en 1930. Para 1933 un interesante estudio de Sánchez y Paredes establece la ubicación de las zonas más afectadas por la epidemia en el callejón interandino; lastimosamente no se cuantifica la severidad de la epidemia, aunque se especula sobre su etiología con enfoque epidemiológico.

Posteriormente empiezan a efectuarse observaciones más profundas en áreas más limitadas, así, Villacís

en 1934 estudia con bastante detalle el área de Mulaló, concluyendo que el principal factor etiológico del bocio es el agua del río, pero no acepta la posibilidad de que se trate de carencia de yodo.

En 1938, Arcos describe la enfermedad como problema social y llama la atención sobre sus implicaciones económico-políticas, mencionado la facilidad con que los poderes públicos podrían atacar el mal. Los trabajos del Dr. Binswanger, publicados en 1944 y 1946, demuestran cabal conocimiento de los factores causales e incluyen datos estadísticos en enfermos hospitalizados y en niños de ambos sexos de la ciudad de Quito, entre los que encuentra una prevalencia promedio de 38%. En 1950, los trabajos de Tenorio y Neira, Sacoto y Merchán, contribuyen también con información relativa al problema en las provincias de Azuay y Cañar.

En la década del 60 aparecen los primeros trabajos de Fierro y colaboradores que han contribuido en gran medida a clarificar la situación, sobre todo en lo que se refiere a consecuencias sociales del problema y posibilidades de tratarlo con efectividad.

Después de 1970, Varea y colaboradores realizan varios estudios en el sector de Mulaló. En 1979, Varea y Rivadeneira publican su estudio sobre bocio y sal yodada.

Los trabajos mencionados, que desde luego no son los únicos en la materia, han representado en su mayoría esfuerzos de investigadores privados. Es indudable que han contribuido al mejor conocimiento de los factores causales, a establecer relaciones con otros factores y a someter a prueba estrategias de tratamiento para demostrar su efectividad. Considerados en forma global permiten llegar a la conclusión de que ha habido un permanente interés desde el punto de vista de investigación médica, que no ha logrado transmitir la inquietud al nivel político de toma de decisión.

Por parte del sector estatal, la actividad ha estado también limitada hasta hace muy poco tiempo al campo de la investigación descriptiva. El Instituto Nacional de Nutrición realizó en 1959 una primera encuesta en población escolar con cobertura nacional, demostrando una prevalencia general de bocio del 33% con rango de 55% para Tungurahua y 8% para Loja.

En 1969, el mismo Instituto llevó a cabo una nueva encuesta en 38.299 escolares, en 127 poblaciones pertenecientes a 8 provincias, encontrándose una prevalencia general de 28% con un rango de 33% para Pichincha y 22% para Imbabura. En algunas poblaciones el porcentaje de prevalencia fue superior a 70%.

En 1977, nuevamente el Instituto de Nutrición realizó otra encuesta en 36.962 escolares de las mismas

provincias estudiadas siete años antes y reportó un descenso del porcentaje de prevalencia general a 12%. Sin embargo, otra encuesta hecha casi simultáneamente por la Facultad de Medicina en 47.000 escolares de Quito y el área rural de Pichincha reportaba una prevalencia promedio de 27%.

Finalmente, en 1983 el Instituto de Investigaciones demostró una prevalencia promedio de 36.5%, con rango de 29% para Cañar y 48% para Tungurahua.

Las diferencias reportadas en las distintas encuestas se explican por la diferente metodología de muestreo y por las distintas clasificaciones de tamaño de tiroides, lo que impide realmente su comparación.

% de prevalencia de bocio en escolares

	1960	1970	1977	1983
Carchi	53,0	26,8	12,3	39,0
Imbabura	38,0	22,2	9,2	40,0
Pichincha	33,0	33,5	11,0	30,0
Cotopaxi	40,0	30,1	13,9	43,0
Tungurahua	55,0	30,5	---	48,0
Chimborazo	35,0	26,6	22,4	30,0
Bolívar	---	29,4	---	37,0
Cañar	28,0	25,1	---	29,0
Azuay	12,0	---	---	36,0
Loja	8,0	---	---	33,0
PROMEDIO	33,5	28,0	13,8	36,5

Las cifras presentadas demuestran únicamente que el problema persistía hasta la última encuesta con características de bastante severidad. Es imposible analizar una tendencia de evolución por lo mencionado más arriba: la metodología empleada para el diseño de la muestra fue diferente en cada ocasión.

Ha sido muy difícil encontrar información descriptiva de las primeras encuestas, pero se ha podido establecer que los sistemas de clasificación del tamaño de la glándula también fueron distintos.

Vale mencionar igualmente que en todas las encuestas mencionadas se ha recopilado tan solo información clínica, relativa al tamaño de tiroides, que depende en cierto grado de la subjetividad del examinador y que resulta por tanto insuficiente para establecer la severidad del problema. En la encuesta en 1983 se obtuvo un número apreciable de muestras de orina para determinar su contenido de yodo, pero no pudieron ser procesadas por limitaciones existentes en el laboratorio.

3.4. La ley de yodación de la sal.

La proliferación de trabajos de investigación durante la década del 60, el ejemplo de países vecinos y las re-

comendaciones de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, determinaron que en 1968 el Gobierno expidiera la ley N° 075 - CL, según la cual toda la sal de consumo humano debe recibir adición de yodo en una proporción de 50 a 100 mg por kg de sal. Casi un año más tarde, en junio de 1969, la ley fue reglamentada mediante decreto N° 1318.

La experiencia de otros países, en particular Suiza, que había logrado un éxito evidente en la erradicación de la enfermedad mediante la utilización de sal yodada, fue el elemento más importante para que OPS/OMS recomendara en forma oficial el empleo de la misma.

En el Ecuador existía ya por entonces una empresa industrial bastante desarrollada y con tecnología adecuada que producía un volumen importante de sal refinada y yodada, lo mismo que otras empresas mucho más pequeñas, con tecnología muy poco desarrollada.

Lastimosamente no se estableció simultáneamente con el reglamento un sistema de control de la calidad de yodación, por lo que se carece de información respecto a los diez primeros años posteriores a la expedición de la ley. Hay noticia de que ocasionalmente el Instituto de Nutrición, como dependencia del Ministerio de Salud, hacía controles muy esporádicos de las fábricas. Esta falta de control sistemático durante la primera década permite suponer que probablemente las empresas no cumplían a cabalidad con lo establecido por la ley, o quizás lo hacían en forma transitoria, temporal o irregular. Definitivamente no existe documentación que pruebe las condiciones de yodación de la sal que se comercializaba durante ese período.

Solamente en 1979, el mismo Instituto de Investigaciones Nutricionales y Médico-Sociales del Ministerio de Salud diseñó el primer proyecto llamado de "Control de bocio endémico y sal yodada", que planteaba un plan para cinco años, entre cuyas actividades se daba importancia al control de calidad de la sal yodada como acción permanente. Desafortunadamente este proyecto no llegó a ejecutarse sino en forma muy parcial, pero por lo menos proporciona ya una visión fragmentaria de la calidad de la sal a partir de esa fecha, que puede resumirse en que había mucha irregularidad en el proceso de yodación, especialmente entre los pequeños productores. Este hecho había ya sido mencionado en el trabajo de Varea y Rivadeneira sobre bocio y sal yodada, en el que también se realizaban estimaciones del total de sal yodada producida en el país (que resultaba suficiente para cubrir las necesidades), y se establecía además, a base de una muestra relativamente pequeña en seis provincias interandinas, que el consumo de sal yodada parecía bastante limitado a nivel de las comunidades campesinas de las áreas de endemia y que por varias razones las poblaciones más afectadas preferían consumir sal "en grano" que carece de yodo.

3.5. El proyecto "Lucha operacional contra el bocio endémico"

Como hemos mencionado más arriba, resulta evidente que se había hecho bastante en el campo de la investigación, especialmente después de 1960, pero salvo el intento de diseño de programa de control de 1979, que no se ejecutó por falta de apoyo, no se había logrado ningún progreso apreciable desde el punto de vista de salud pública para erradicar la endemia.

A comienzos de la década del 80, un grupo privado de investigación busca el apoyo del Gobierno de Bélgica para iniciar un programa de investigación operacional tendiente a controlar el bocio endémico en el país. El Gobierno de Bélgica demuestra su interés casi de inmediato, pero por disposiciones administrativas no puede negociar con un grupo privado; esto hace que los contactos se tornen oficiales, actuando el Ministerio de Salud como representante del Ecuador. Luego de largos trámites con ambas administraciones, se llega a la suscripción de un convenio de cooperación técnica bilateral, cuyo principal objetivo es buscar la erradicación del bocio y el cretinismo endémicos en el país.

El convenio original se firmó en junio de 1984 y limitaba el área de acción a las tres provincias centrales de la sierra, es decir Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo, conocidas desde tiempo atrás por presentar alta prevalencia de bocio. Era conveniente esta circunscripción geográfica porque no existía ninguna experiencia previa en el desarrollo de un programa operacional de esta naturaleza. Había que desarrollar una metodología de trabajo que pudiera luego ser extendida a las demás provincias interandinas, manteniendo un enfoque realista, ajustado a la disponibilidad de recursos humanos y físicos del Ministerio de Salud, que sería el organismo ejecutor.

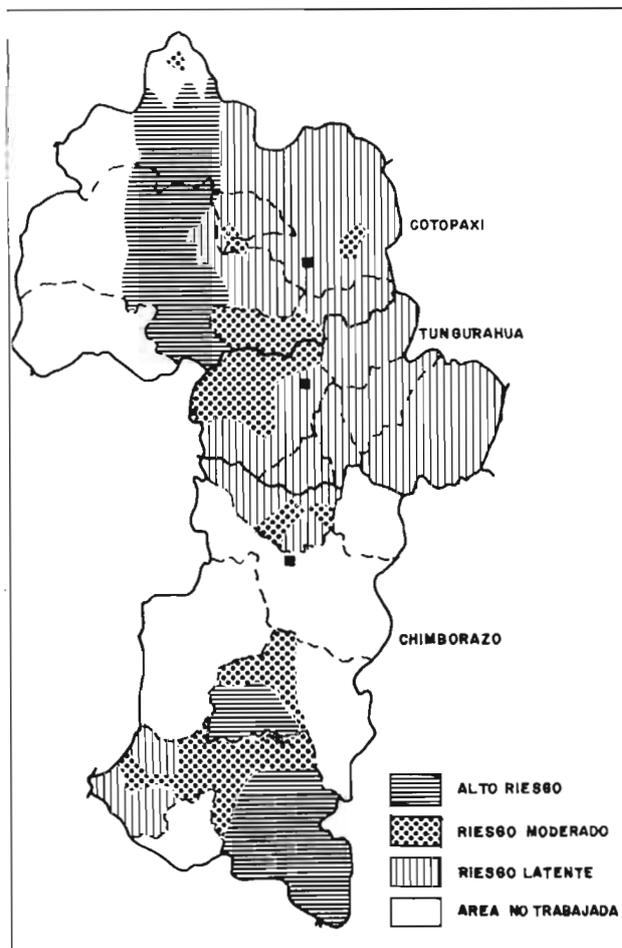
La tarea inicial consistía en verificar si la información de diagnóstico proporcionada por la encuesta de 1983 resultaba suficiente para programar acciones correctivas en los cantones que parecían más afectados. Con este propósito se trabajó en todas las localidades de varios cantones de las tres provincias; examinando a la totalidad de escolares y obteniendo muestras de orina para medir la concentración de yodo, que se consideraba un indicador más objetivo de la deficiencia. Los primeros resultados demostraron que dentro de un mismo cantón aparecían notables diferencias entre las comunidades: había algunas en las que el problema era muy severo, otras en las que se lo podía considerar moderado y finalmente algunas en las que casi no había problema. Los datos de laboratorio confirmaron lo anterior e introdujeron un elemento adicional. Dentro de una misma localidad se encontraban individuos con niveles de yodo urinario claramente deficientes y otros con niveles normales o elevados.

Este hallazgo permitió elaborar mapas cantonales, pero operacionalmente demostraba que era imposible utilizar la información anterior para fines de intervención correctiva, ya que en todas las encuestas anteriores se había tomado únicamente una localidad por cantón. La heterogénea distribución del problema invalidaba inferir a todo el cantón lo encontrado en la localidad muestreada.

Por otra parte, las diferencias entre sujetos de la misma localidad en cuanto a concentración de yodo urinario eran una complicación adicional para poder hacer un diagnóstico de severidad de *toda la comunidad*. Era necesario buscar una explicación y encontrar una estrategia operacional menos complicada, pues de lo contrario se necesitarían muchos años y enormes recursos económicos para estudiar una por una todas las pequeñas localidades rurales de la Sierra, obteniendo muestras de orina (que en gran número de casos daban resultados más bien altos), ocasionando así, gastos innecesarios.

Se buscó la explicación a las diferencias encontradas entre individuos, agrupando a los niños por familias, y

Mapa 1. Zonas de riesgo de deficiencia de yodo, según encuestas de sal, 1986-1987

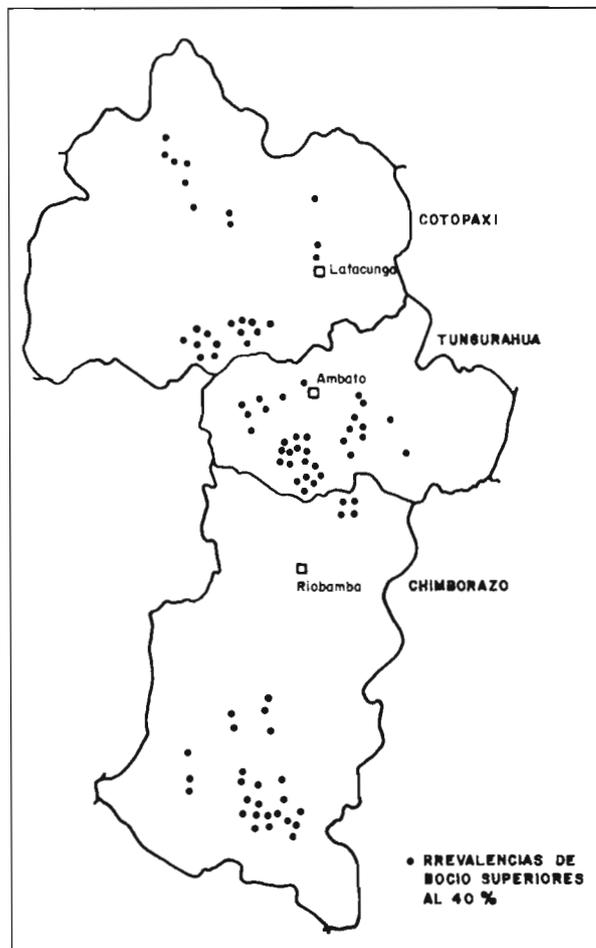


Fuente: Programa Bocio, 1987

se pudo ver claramente que la concentración de yodo en su orina dependía del tipo de sal que se utilizaba en el núcleo familiar. Hay que mencionar además que otra de las acciones iniciales del proyecto había sido el establecer contactos con los productores de sal yodada para ofrecer ayuda técnica en los casos en que fuere necesario, y para advertir que se restablecería un sistema de control permanente, mediante exámenes de laboratorio en muestras que se obtendrían tanto en las fábricas como a nivel de expendio. Esta medida había dado resultados inmediatos: la mayoría de muestras demostraba un contenido de yodo adecuado.

La correlación existente entre tipo de sal consumida y concentración de yodo urinario, resultaba enteramente lógica. Además, esta constatación permitía modificar la estrategia de diagnóstico, pues resultaba factible obtener información del tipo de sal predominante en una comunidad, a través del personal de inspectores de salud del Ministerio, que se encuentran distribuidos en todo el país. Se buscaba por otra parte, indicadores de tipo socio-económico que permitieran establecer de antemano cuáles podrían ser las regiones geográficas sujetas

Mapa 2. Zonas de riesgo en deficiencia de yodo, según prevalencias, 1985-1987



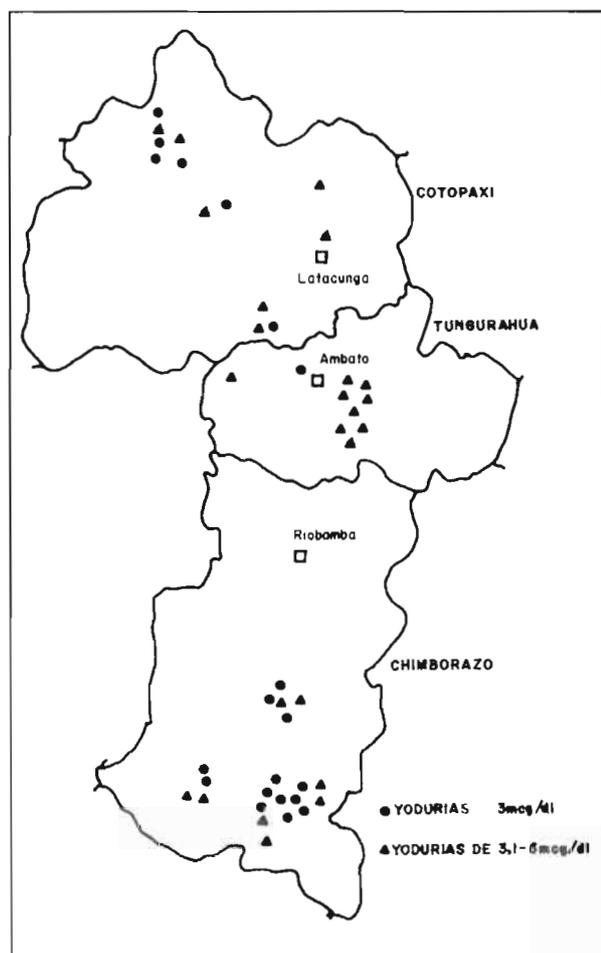
Fuente: Programa Bocio, 1987

a mayor riesgo, o lo contrario, indicadores que permitieran excluir las áreas o regiones exentas de riesgo, sin necesidad de tener que efectuar la encuesta. En cualquier caso, lo que se buscaba era acelerar el proceso de diagnóstico y disminuir costos operacionales.

El trabajo realizado con esta orientación permitió, en un tiempo razonable, disponer de mapas provinciales en los que se pueden marcar las áreas de mayor riesgo de acuerdo al tipo de sal. (Mapa 1). El trabajo se complementaba con el examen clínico a los escolares en las localidades de consumo predominante de sal sin yodo, y la obtención de muestras de orina para determinación de concentración de yodo urinario. La relación entre los tres parámetros es bastante clara. (Mapas 2 y 3). Las localidades en las que se encontró la deficiencia más grave desde el punto de vista de exámenes de laboratorio, están ubicadas en las áreas ya identificadas como de riesgo severo de acuerdo al consumo de sal.

Lastimosamente no parece existir un patrón de distribución geográfica que pueda aplicarse a todo el resto

Mapa 3. Zonas de riesgo en deficiencia de yodo, según yodurias, 1985-1987



Fuente: Programa Bocio, 1987

del país. El problema se encuentra con mayor severidad a todo lo largo de la cordillera occidental en la provincia de Cotopaxi y en la zona sur de la provincia de Chimborazo, pero esto más que estar ligado a factores geográficos parece tener relación con características de marginalidad de la población. Evidentemente el riesgo de deficiencia de yodo no aparece en forma aislada, está unido a otras deficiencias nutricionales y se lo encuentra de preferencia en las zonas rurales más aisladas, pobres, desprovistas de servicios. Las regiones con estas características están habitadas en su mayoría por población indígena.

No se dispone al momento de información suficiente que permita descartar categóricamente la participación de factores geográficos; por el contrario, hay evidencia de que las características de los suelos, su antigüedad, el contenido de los acuíferos subterráneos, son sin lugar a duda factores predisponentes, pero también es cierto que cualquiera que sea el terreno en que se asienta la deficiencia de yodo, su corrección mediante el uso de sal yodada, introduce un elemento dinámico de mayor peso, que hace desaparecer la consecuencia de la deficiencia que es el bocio endémico. Este factor dinámico dificulta la utilización de elementos geográficos o geológicos como indicadores predictivos de zonas de mayor riesgo.

Además, la experiencia del proyecto demuestra que el consumo de sal en las comunidades puede variar en períodos cortos, a través de educación, lo que nos lleva a concluir que los mapas o cuadros estadísticos de distribución de la enfermedad tienen una validez limitada, requieren actualización periódica y deben evolucionar según criterios de salud pública hacia la corrección total de la deficiencia. Al momento actual se considera dentro del proyecto que es innecesario hacer muchos esfuerzos para trasladar a mapas la información existente, porque el proceso de cambio ocasionado por la intervención es bastante acelerado.

Un aspecto muy importante del proyecto en referencia es el hecho de que su enfoque es fundamentalmente operacional. El objetivo que se persigue va más allá de la descripción de la distribución geográfica de la endemia; lo que se busca es la erradicación de las enfermedades por deficiencia de yodo, para lo cual la precisión del diagnóstico es solamente el comienzo. Una vez establecidas las áreas más afectadas, si se comprueba con los exámenes de laboratorio que la deficiencia es realmente severa, se procede a la corrección inmediata utilizando para el efecto aceite yodado inyectable, que es una medida recomendada por los organismos internacionales competentes como una alternativa de tratamiento efectivo, cuando no se dispone de sal yodada. En el caso ecuatoriano, existe disponibilidad suficiente de sal yodada, pero en ciertas comunidades es éticamente urgente aplicar la inyección de aceite yodado para evitar el nacimiento de nuevos cretinos. La inyección se aplica

a la totalidad de la población y se inicia de inmediato una educación intensiva con el objeto de conseguir el cambio hacia consumo de sal yodada, pues la inyección no proporciona una protección definitiva; se calcula que su efecto dura aproximadamente tres o cuatro años.

En las otras comunidades, es decir en aquellas que pueden ser consideradas como de riesgo moderado o ligero de acuerdo al consumo de sal, se realiza también promoción del uso de sal yodada para procurar que su consumo sea universal. Para el efecto se emplea sobre todo la comunicación masiva a través de la radio; se han identificado las emisoras más sintonizadas en las zonas que interesan y se difunden mensajes cortos grabados en Castellano y Quichua por personal de las mismas comunidades. Los resultados de esta acción parecen prometedores; en evaluaciones realizadas se ha comprobado que hay un cambio relativamente rápido hacia el uso de sal yodada, excepto en ciertas comunidades que se consideran resistentes y que requieren acciones educativas en forma más intensa. También hay que considerar, por otra parte, que hay factores económicos involucrados; el precio de la sal yodada es siempre mayor que el precio de la sal en grano, variando esto en forma apreciable según regiones. En algunos casos, a pesar de que el mensaje educativo es aceptado, el cambio no puede acelerarse por la pobreza de la población.

Otra actividad que se realiza dentro del proyecto es la detección de hipotiroidismo neonatal, gracias a que existen técnicas de determinaciones hormonales que permiten medir la concentración de hormonas en muestras de una gota de sangre sobre papel. Si se obtiene la muestra de los recién nacidos y se mide la concentración de hormona estimulante del tiroides, se puede saber oportunamente si un niño está condenado a ser más tarde un cretino hipotiroideo, mucho antes de que se presenten los síntomas. Si se inicia el tratamiento adecuado en forma precoz, se logra que ese niño evolucione normalmente tanto física como mentalmente.

Por desgracia, la dificultad de establecer un sistema de esta naturaleza en medio rural es enorme; resulta muy complicado obtener muestras de sangre en un medio en el que todavía la mayoría de partos se hacen sin asistencia médica; además se requiere un seguimiento inicial de los casos detectados como sospechosos para realizar un segundo examen de confirmación y, desde luego, los casos confirmados como positivos, necesitan que el tratamiento se haga bajo supervisión profesional. Todo esto sumado configura un cuadro complejo, casi imposible de cumplir en forma eficiente en un país en vías de desarrollo. Por esta razón se mantiene la actividad a escala muy limitada en pocos centros rurales seleccionados. Ventajosamente, desde el punto de vista humano, parece que la no generalización de esta actividad no representa una omisión muy importante,

pues de más de dos mil casos que han sido estudiados, solamente se ha encontrado uno positivo que está bajo tratamiento.

Las actividades generales del proyecto han producido un cambio apreciable en las tres provincias inicialmente trabajadas, solo para tener una idea de lo logrado vale mencionar ciertas cifras. En lo que se refiere a control de la calidad de la sal yodada: el sistema de monitoreo ha funcionado en forma continua, analizando las muestras obtenidas semanalmente a nivel de línea de producción en las fábricas y las que se obtienen directamente a nivel de expendio. Los resultados agrupados de los dos últimos años, sobre un total de más de 400 muestras, permiten afirmar que un 77% de muestras tienen un contenido de yodo entre 40 y 110 miligramos por kilogramo. Ya hemos dicho que la ley establece un rango de 50 a 100 mg por kg. pero, si agrupamos todas las muestras que tienen un contenido superior a 20 mg por kg., encontramos que el 95% de muestras analizadas están en esta categoría. Además, se ha logrado una mayor homogeneidad en el producto; en la actualidad ya no se observan las enormes diferencias que se habían reportado años atrás. Se ha conseguido también que las fábricas pequeñas instalen laboratorios mínimos para control interno, lo que permite que se realicen ajustes inmediatamente si se detectan irregularidades. El proyecto mantiene contacto con las empresas mediante visitas periódicas para proporcionar asesoría técnica en caso necesario, lo que resulta de utilidad especialmente para los pequeños productores, ya que la empresa mayor, que tiene una producción que cubre más del 80% de las necesidades del país, tiene una tecnología bastante desarrollada. Se estima necesario mantener este control estricto de la calidad del producto porque de esto depende el éxito en el control y final erradicación de la deficiencia. Países cercanos como Colombia y Guatemala han logrado en años anteriores programas efectivos de control del bocio gracias a un buen sistema de yodación de la sal, pero han visto con desagrado, que al aflojar el sistema de vigilancia de la yodación, las enfermedades por deficiencia de yodo vuelven a aparecer. Con estos antecedentes, es indispensable mantener siempre un riguroso control de las empresas que elaboran sal yodada.

Desde el punto de vista de diagnóstico epidemiológico, hasta la presente fecha se han estudiado aproximadamente 1.100 comunidades en las tres provincias, desde la perspectiva de consumo de sal; en más de 300 se han examinado a todos los escolares y se han obtenido muestras de orina en 238 comunidades para medir la concentración de yodo. De éstas, 25 comunidades se encontraron en severa deficiencia y han sido protegidas con el uso de aceite yodado. La búsqueda de una estrategia que posibilite acelerar las acciones de diagnóstico continúa; al momento se dispone de sustento estadístico para omitir la verificación de consumo de sal en todas

las comunidades que exceden cierto tamaño, pues se tiene una fuerte probabilidad de que el consumo de sal yodada predomina; esto significa un importante ahorro de tiempo y dinero pues orienta el trabajo cada vez más hacia el sector realmente marginal, de pequeñas comunidades aisladas en el medio rural.

Las acciones educativas se han desarrollado en forma progresiva, los mensajes radiales emitidos a través de 11 emisoras sobrepasan los 200.000 y se estima que la población cubierta con este medio es por lo menos de un millón de habitantes. En las áreas más necesitadas se intensifica la acción educativa capacitando al personal local tanto del Ministerio de Salud como de Educación para que actúe como agentes multiplicadores, acción que se refuerza con material escrito de consulta, en el que se incluye todo lo básico en relación al control de estas enfermedades; finalmente, en las comunidades más severamente afectadas, se trabaja con educación intensiva utilizando a más de todo lo anterior, material audiovisual que sirve para charlas con proyecciones de diapositivas y de video. Mediante esta estrategia se han obtenido cambios importantes, por lo menos en las provincias que han sido trabajadas hasta el momento. Un ejemplo demostrativo lo constituyen las cuatro comunidades seleccionadas del Cantón Penipe, en la provincia del Chimborazo. (Graf. 1.)

Las cuatro comunidades que aparecen en el gráfico fueron estudiadas por primera vez en marzo de 1985 y presentaron cifras alarmantes de prevalencia de bocio. Dos años más tarde, en abril de 1987, fueron estudiadas nuevamente para ver su evolución luego de todas las acciones de promoción, y el resultado es evidente, la prevalencia de la enfermedad había disminuido en forma impresionante.

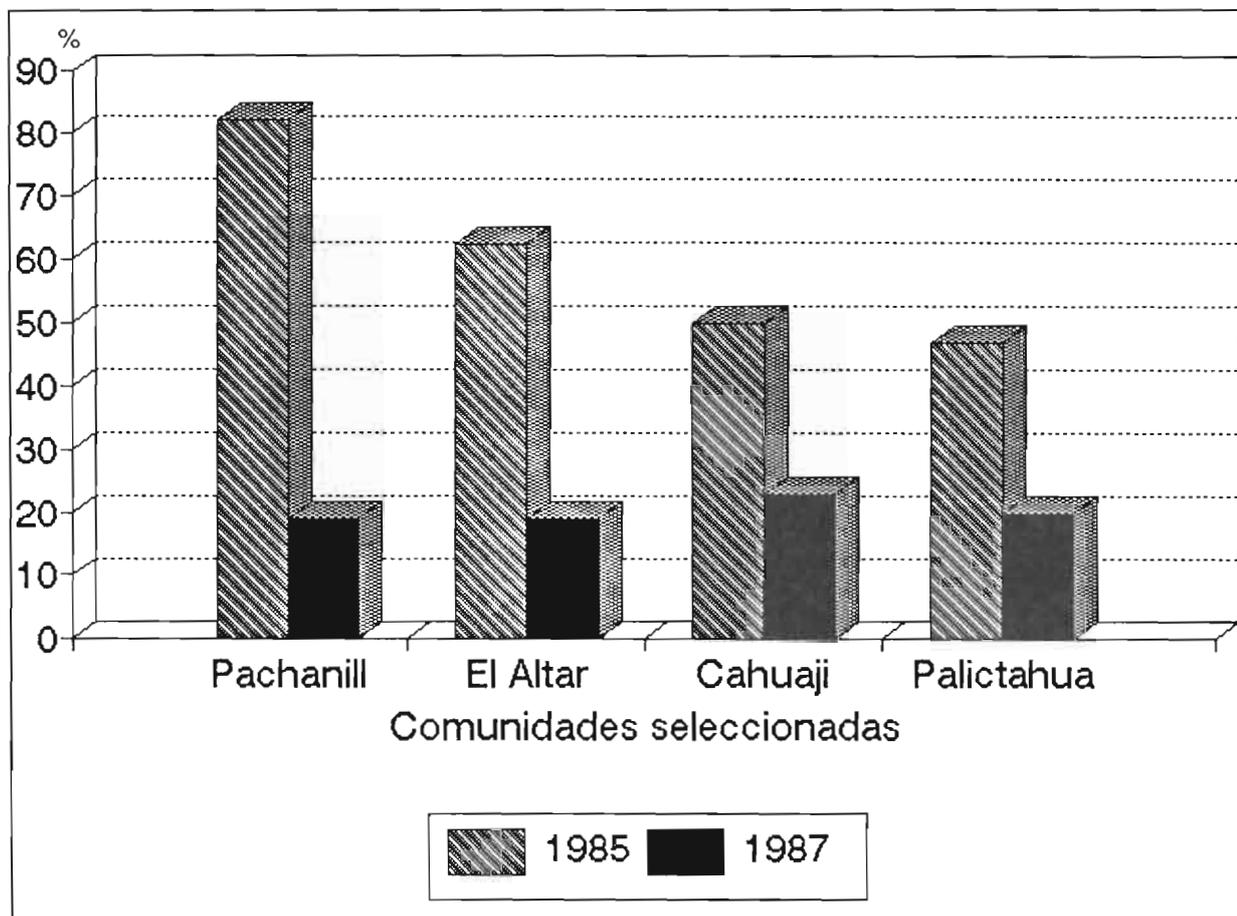
Las cifras mencionadas más arriba constituyen evidencia de que es posible, en un plazo razonable, eliminar de nuestra geografía enfermedades tan terribles; se requiere solamente una firme decisión de continuar con las acciones iniciadas sin perder de vista la concepción de operatividad, pensando siempre que se requiere hacer ajustes continuos de acuerdo a la disponibilidad de los recursos locales.

3.6. Proyección para el futuro.

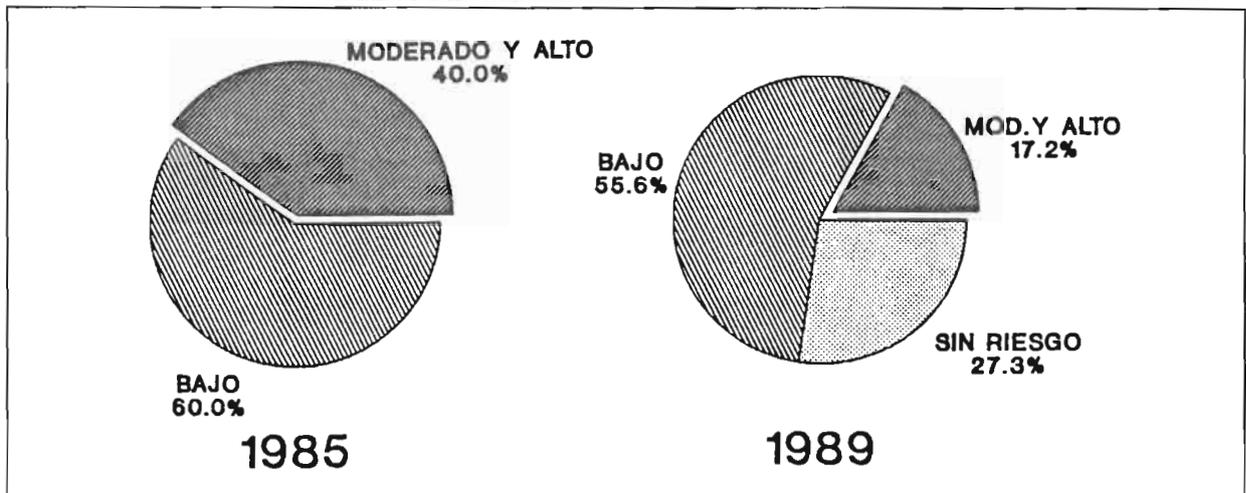
A base de los resultados obtenidos durante el proyecto piloto, en marzo de 1988 se ha suscrito un nuevo convenio de Cooperación con el Gobierno de Bélgica, lo que ha permitido extender las acciones a las demás provincias del callejón interandino.

La experiencia inicial ha servido para que las activi-

Graf. 1. Prevalencia de Bocio en escolares, Penipe-Chimborazo, 1985-1987



Graf 2. Riesgo de D.D.I. en Ecuador, porcentaje comunidades rurales



D.D.I.= Desórdenes por deficiencia de yodo

dades de diagnóstico puedan acelerarse notablemente las que durante los años 1988 y 1989, prácticamente, se han terminado. Además, se han identificado todas las áreas en las que hay riesgo de aparición de enfermedades por deficiencia de yodo y, gracias a una agresiva campaña educativa, se ha logrado modificar los hábitos de consumo de la población en relación a la sal. En el momento actual, son muy pocas las comunidades rurales que siguen consumiendo sal sin yodo en proporción importante; la gran mayoría van cambiando rápidamente hacia el consumo de sal yodada. El gráfico 2 demuestra claramente este cambio.

Como puede verse, en 1985 había un 40% de comunidades rurales que podían considerarse en riesgo moderado y alto de presentar enfermedades por deficiencia de yodo debido a que el consumo de sal sin yodo era superior al 30%. Por otra parte, no había una sola comunidad libre del riesgo por tener consumo total de sal yodada. En 1989, la proporción de comunidades en riesgo moderado y alto se ha reducido a 17% y ha aparecido un importante 27% que puede ser considerado libre de riesgo, debido a que el consumo de sal yodada es total.

Más importante aún es el hecho de que en los últimos años no han nacido niños afectados de cretinismo en zonas que eran conocidas desde mucho tiempo atrás como severamente afectadas por este terrible problema.

Todo lo ejecutado hasta hoy en la lucha contra las enfermedades por deficiencia de yodo, permite suponer que la deficiencia está en vías de ser corregida; los exámenes de laboratorio que miden la concentración de yodo urinario lo ratifican. Todavía se puede encontrar en las escuelas rurales una cierta proporción de niños que presentan bocios pequeños. Seguramente se necesitará un tiempo más largo para que esta manifestación clínica de la deficiencia llegue a niveles "aceptables" por los organismos internacionales; eso es lo que ha ocurrido en otros países y seguramente vamos por el mismo camino. Pero el problema de fondo, que es la deficiencia de yodo, está muy cerca de ser completamente eliminado.

Desde el punto de vista de salud pública, este logro es de importancia notable, permite afirmar que en corto plazo toda nuestra geografía estará libre de tan terrible flagelo.

BIBLIOGRAFIA

- ARCOS, G., 1938, "La endemia tiroidea en la Sierra ecuatoriana". *Anales de la Universidad Central. Tomo LXI. N° 305*. Quito.
- BINSWANGER, F., 1946, "Revisión del problema del bocio en el Ecuador, datos clínicos y estadísticos", *Bol. del Ministerio de Previsión Social*. Quito.
- BOUSSINGAULT, J.B. 1831, "Recherches sur la cause qui produit le Goitre dans les Cordilleres de la Nouvelle- Grenade". *Annales de Chimie et de Physique. Tome XLVIII*. París.
- BOUSSINGAULT, J.B., 1833, "Memoire sur les Salines iodiferes des Andes". *Annales de Chimie et de Physique. Tome LIV*. París.
- DELANGE, F., 1987, "Etiopathogenesis of Endemic Cretinism". *PEG Course*, Brussels.
- DUNN, J.; THYLLY, C.; PRETTEL, E., 1986, "Iodized oil and other alternatives for the prophylaxis of Endemic Goiter and cretinism". *PAHO. Sci Pub N° 502*. Washington .
- FIERRO, R., 1979, *Desnutrición, subdesarrollo y dependencia*. Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.
- FIERRO, R. et. al., 1967, "Yodo, bocio y cretinismo endémico en la región andina del Ecuador". *Rev. Ecuat. Med. Cienc. Biol. 5-15-40*.
- GAITAN E., 1987, "Role of naturally-occurring goitrogens". *PEG Course*, Bruselas.
- HETZEL, B., 1987, "An overview of the prevention and control of Iodine Deficiency Disorders". *Major Health Issues*, Amsterdam.
- KOUTRAS, D.A., 1987, "Dietary Sources and Iodine Intake in man". *PEG Course*, Brussels.
- LEON, L., 1959, "Folklore e historia del bocio endémico en la República del Ecuador". *Gaceta Médica 141: 8-34*, Guayquil.
- LEON, L.; RIVADENEIRA, F., 1930, *Glándulas endócrinas. Temperamentos*, Quito.
- PRETELL, E., 1987, "Prophylaxis of Iodine Deficiency with Iodized oil and side effects of Iodine Prophylaxis". *PEG Course*, Brussels.
- RIVADENEIRA, M., 1986, "Recommendations on the functions of the Government and International Institutions in Prophylactic Programs". *PAHO, Sci. Pub. N° 502*. Washington.
- RIVADENEIRA, M., 1987, "Situación actual de la deficiencia de yodo en Ecuador". *Seminario de información*. Quito.
- SACOTO, F.; MERCHAN, C., 1950, "Breve estudio sobre la glándula tiroides y sus afecciones". *Anales de la Universidad de Cuenca. Tomo VI, N° 3*, Cuenca.
- SANCHEZ, C.; PAREDES, J., 1933, "La enfermedad del bocio en el Ecuador". *Anales de la Universidad Central. Tomo L N° 284*, Quito.
- STAMBURY, J., 1987, *The Iodine deficiency disorders: Introduction and general aspects. The Prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders*, Amsterdam.
- STAMBURY, J., 1987, "Background of the IDD problem". *PEG Course*, Brussels.
- SUAREZ, P.A., 1934, *Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas*. Imp. Fernández, Quito.
- TENORIO, M.; NEIRA, V., 1950, "Contribución al estudio del bocio en el Ecuador". *Anales de la Universidad de Cuenca*.
- VANDERHEYDEN, J., 1987, "Desarrollo de una metodología epidemiológica para el diagnóstico de bocio endémico en el Ecuador". *Seminario de Información*. Quito.
- VAREA, J.; RIVADENEIRA, M., 1980, *Bocio y sal yodada en el Ecuador. Situación actual*. Ed. Art. Graf., Quito.
- VILLACIS, M., 1934, "El problema del bocio endémico en el Ecuador". *Anales de la Universidad Central. Tomo LII., N° 287*, Quito.

GEOGRAFIA BASICA DEL ECUADOR

Tomo I **Geografía Histórica (publicado)**

Tomo II **Geografía de la Población**

Vol. 1 Transición Demográfica en el Ecuador (publicado)

Vol. 2 Geografía de la Salud en el Ecuador

Tomo III **Geografía Urbana (publicado)**

Tomo IV **Geografía Física (en preparación)**

Tomo V **Geografía Agraria**

Vol. 1 Transformaciones Agrarias en el Ecuador (publicado)

Vol. 2 Paisajes Agrarios en el Ecuador (en preparación)

Geografía de la Salud en el Ecuador

Coordinadores: Alba Moya
Juan B. León V.

Autores : Silvia Argüello Mejía
Jaime Breilh
Arturo Campaña
Wilma Freire
Edmundo Granda
César Hermida Bustos
Alba Moya
Plutarco Naranjo
Mauro Rivadeneira

LA GEOGRAFIA BASICA DEL ECUADOR es un proyecto de amplios horizontes y de especial actualidad. Teniendo como eje de reflexión la cuestión del espacio, pretende abordar los más variados aspectos de la realidad ecuatoriana.

Sintética y vasta a la vez, es una obra que está llamada a satisfacer una necesidad de conocimiento y de acción para todo ecuatoriano. Su objetivo no es otro que estudiar explícitamente todo lo que en el país es testimonio de una relación elemental: la del hombre y su entorno físico y social.

Con el presente volumen, segundo del tomo dedicado a la GEOGRAFIA DE LA POBLACION, se continúa la publicación de este ambicioso proyecto.

GEOGRAFIA DE LA SALUD EN EL ECUADOR es un conjunto de estudios articulados en torno a una visión socioespacial de las variadas situaciones de salud y enfermedad en el país, no limitados a señalar la distribución geográfica de los servicios de salud y de la calidad de vida de los ecuatorianos. Los seis capítulos de esta obra pretenden interpretar los discriminaciones espaciales valiéndose de los hechos sociales.

En el marco del Acuerdo de Cooperación científica entre el IPGH (Instituto Panamericano de Geografía e Historia, Sección Ecuador) y el ORSTOM (Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación), el CEDIG se complace en presentar al público esta nueva obra colectiva.