

"LA MEDICINA EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA REPUBLICA: 1830-1835"

Dr. Eduardo Estrella*

1.- INTRODUCCION.

Los acontecimientos políticos, sociales y económicos, suscitados en los primeros años de la República señalaron los derroteros del Ecuador independiente durante buena parte del siglo XIX; siendo, en consecuencia esta época, una de las más importantes de nuestra historia. El sentido que tuvo la lucha por la independencia, no fue precisamente la búsqueda de una transformación sustancial de la sociedad nacional, sino más bien, la opción por un cambio de manos en el poder político. De hecho, quedaron intocados los esquemas productivos vigentes durante los últimos años de la Colonia. Sin embargo, —según expresa Agustín Cueva— "si se examina el problema con una perspectiva histórica más amplia, bien se puede considerar a dicha emancipación política como el punto de partida de ciertas transformaciones ocurridas durante las primeras décadas de nuestra vida republicana, transformaciones que, si no fueron aptas para engendrar una sociedad esencialmente distinta, por lo menos consiguieron abrir profundas brechas en la sociedad tradicional" (1).

Los primeros años de nuestra vida republicana, son años difíciles y contradictorios, años de lucha y afirmación de la identidad nacional. Como

todo lo que comienza bajo los signos de la confusión y la improvisación, en los primeros tiempos, la república tambalea, da traspies y se levanta apenas. La guerra, el hambre y la enfermedad, acosan a la naciente sociedad, pero al mismo tiempo hay una esperanza: construir una nación independiente.

La salud y la enfermedad, en tanto cualidades de la vida humana, son entidades necesariamente vinculadas al todo social; son categorías históricas, cuyas características estructurales dependen de las formas de organización de la sociedad; por lo tanto, en el análisis de una época histórica, no puede faltar la consideración de la salud de los individuos, de sus formas de enfermar y de sus esfuerzos por enfrentar las amenazas a través de prácticas curativas. Con estos antecedentes y, en base a estos presupuestos conceptuales, haremos un pequeño análisis de la medicina en los primeros años de la República: 1830-1835.

2.- ASPECTOS POLITICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES.

La desestructuración política de la Gran Colombia, toca su fin en 1830. El ideal de Bolívar, que

quería un país grande y fuerte, fue poco a poco perdiéndose, cuando Venezuela, Nueva Granada y el Departamento del Sur, se transformaron en naciones independientes. El Departamento del Sur, con el nombre de Ecuador, creó en 1830, el marco jurídico-político de un nuevo Estado, con la instalación de la Asamblea Constituyente de Riobamba, el establecimiento de la Primera Constitución y el nombramiento del General Juan José Flores como Presidente de la República.

Desde el comienzo, se evidenciaron señales poco auspiciosas y los primeros años serán testigos de graves conflictos políticos. Las circunstancias en que entraba a ejercer sus derechos el Estado ecuatoriano, eran las menos propicias para el bienestar, la prosperidad y el progreso del país. El historiador Cevallos señala las causas de la situación en la siguiente forma: "Una ley fundamental y leyes secundarias cargadas de vicios y llenas de vacíos; una división departamental mal meditada y que había de brotar celos recíprocos; un ejército permanente, compuesto en su mayor parte por extranjeros (. . .), ejército imponente por el número y fama de valeroso y aguerrido, pero hambriento, desnudo e inmoral que, lejos de servir de seguridad para el sosiego de la nación, era más fácilmente que se alzara contra el gobierno (. . .); un sistema de hacienda que, si lo había, no podía llamarse tal; (. . .) intereses disconformes entre los tres departamentos de que se componía el Estado; pretensiones pendientes y encontradas entre las naciones vecinas; escasez de hombres públicos o entendidos en materias de gobierno; (. . .)" (2).

Entre 1830 y 1832, los problemas con Colombia por la incorporación de la región del Cauca al Ecuador, y las sublevaciones internas que fueron reprimidas ferozmente, ocuparán la atención del gobierno. 1832 fue una sucesión de calamidades, como anota Pareja Diezcanseco: "La derrota en el Norte, la falsificación de la moneda en gran escala, casi públicamente consentida, el desorden general, mucha pobreza, hambre de los pobres, lujo de los ricos, pésima administración de un país que empezaba a vivir, y altanería de los oficiales, acostumbrados a ser obedecidos a capricho

y según la codicia que se les antojaba. Nuestro país estaba en las tinieblas" (3).

En 1833, tanto en Quito como en Guayaquil, se organiza la oposición al gobierno de Flores. Los opositores quiteños, fundan el periódico "El Quiteño Libre", en el cual se denuncia la calamitosa situación del país, la ineptitud del gobierno, haciéndose un llamado a la unidad y a la lucha. Pronto estos hombres son perseguidos y muchos de ellos son pasados por las armas, entre el 19 y 20 de octubre, luego de un abortado complot. En esta oportunidad es asesinado el Coronel Francisco Hall, inspirador de la oposición, filósofo que le comunicó al "partido independiente" su espíritu, su inspiración y sus nobles sentimientos, como dice Pedro Moncayo, uno de sus componentes del grupo y testigo de la época (4).

La borrasca amenaza al país; la llamada "Guerra de los Chiguaguas", que se extiende hasta 1834, está repleta de odios y sangre. Mientras Flores sofoca estos alzamientos en la Costa y transa con Rocafuerte, que fungía como jefe de los rebeldes; en la Sierra, surge un gran movimiento opositor, que finalmente es vencido en los Campos de Miñarica, en una de las batallas más sangrientas que recuerde nuestra historia. "Mil y tantos cadáveres quedaron en el campo de batalla —manifiesta Moncayo— (. . .). El 18 de enero de 1835, será para el Ecuador un día de luto y amargura, porque en esta horrorosa batalla quedaron tendidos y confundidos en el campo los cadáveres de los valientes soldados que habían acudido de todos los puntos de la República a defender la independencia y nacionalidad hollada por un extranjero audaz que se había apoderado del poder político" (5) Moncayo, fue un duro opositor de Flores.

Después de este proceso de desestructuración, llegamos a 1835, año en el cual se procede a una nueva organización jurídico-política del Estado. En junio se reunió la Convención Nacional en Ambato, procediéndose a la elaboración y aprobación de la Segunda Constitución, y al nombramiento de Rocafuerte como nuevo Presidente de la República.

En relación con la economía, observamos un panorama difícil e inquietante, que no permite el desarrollo normal de las actividades administrativas, la realización de las obras propuestas por el gobierno, y peor aún, la consecución de un mínimo bienestar para la población. Si bien es cierto que, a partir de los últimos años de la Colonia, comenzaba a fortalecerse una economía agroexportadora sustentada en el cacao, sin embargo, entre 1830 y 1835, los ingresos generales son muy pobres y el escaso presupuesto estatal se lo gasta en el pago a la burocracia y las campañas militares.

El comercio guayaquileño se incrementa con la independencia (1820); las exportaciones aumentan, estableciéndose nexos comerciales con la mayor parte de países americanos y de Europa Occidental. Con alguna excepción —dice Hamerly—, el cacao exportado anualmente a partir de 1821, fue sustancialmente mayor al volumen vendido con anterioridad a la independencia. Otros productos como el tabaco, la madera, cascarilla, fibra de cáñamo, brea, sombreros de paja, cuero, etc., también incrementaron su nivel de exportaciones (6).

En la Tabla I presentamos cifras sobre exportaciones de cacao:

TABLA I

EXPORTACIONES DE CACAO
1820-1835
(en quintales)

AÑOS	EXPORTACION
1820	105.300
1821	92.642
1822	114.227
1823	116.162
1824	86.708
1825	72.106
*1826-1832	—
1833	66.957
1834	109.998
1835	138.007

Fuente: Chiriboga, Manuel: (7).

*No hay datos.

La agricultura es la principal fuente de producción y de trabajo. El poder económico y político del país se reparte entre los hacendados serranos y la naciente burguesía agromercantil de la costa. Para los primeros, su principal rédito a partir de la independencia, fue la preservación del latifundio y un importante acceso al poder político, y, para los segundos, su principal ventaja fue la apertura del comercio internacional, especialmente con Inglaterra y también la participación en el poder (8). Estas dos facciones sellarán continuas alianzas y tendrán constantes rupturas a lo largo del siglo XIX, y las dos utilizarán a las clases desposeídas para realizar movilizaciones sociales que redundarán en su exclusivo beneficio. "Como regla general —escribe Pareja Diezcanseco—, el gran propietario del interior es conservador, y el exportador de la costa, liberal. El primero consigue su producto gracias al trabajo de los indios como salarios insignificantes, es un propietario de almas también, un continuador de la tendencia y práctica esclavista de la colonia. El segundo, aprende nuevas relaciones económicas en su trato con los centros del exterior, y tiene que arrendar brazos para la siembra, la cosecha y el embarque; compra horas de trabajo en el mercado" (9). A pesar de todas estas dificultades, es importante destacar, que en la Costa se genera una economía más dinámica que en la Sierra, la presencia del salario, las inversiones de capital, dan partida de nacimiento a nuevas relaciones de trabajo y a esquemas productivos de corte capitalista agroexportador.

Las rentas públicas eran muy escasas y el presupuesto del Estado presentaba un crónico déficit; casi todo el erario nacional se gastaba en sueldos. La deuda interna era muy elevada (10). El Estado no podía realizar ninguna obra, peor aún si se piensa en la ausencia de una organización financiera adecuada. La solución era la de siempre, crear impuestos y agravar más aún la miserable economía familiar.

La situación social de la población era desesperante. Según señala el Ministro García del Río en su Informe de 1833: "Un vigésimo de Ecuador absorbe las riquezas, obtiene las prerrogativas, dis-

fruta de honores y ventajas; los restantes viven en la miseria y degradación. Sin la repartición equitativa de los beneficios sociales no hay independencia, moralidad, libertad. Si se continúa así, esto sería suficiente para destruir hasta la más remota esperanza de prosperidad. Los grandes propietarios son los que menos contribuyen, en proporción a las cargas públicas; y los que más fácilmente cobran beneficios al Estado. Los que se sacrifican son los infelices y empleados pobres" (11).

Las conflagraciones políticas y la difícil situación económica, configuraron un panorama social donde la pobreza, la falta de horizontes y la poca confianza en el gobierno, se manifestaron como elementos sustanciales. La propia prensa oficial no pudo ocultar las características de la condición social y económica de los primeros años, y así se decía: "Contamos ya cinco años de independencia, y no somos verdaderamente libres, no podemos lisonjearnos de haber adelantado en la carrera de la felicidad. En este transcurso de tiempo no hemos adquirido una sola de las virtudes que forman el carácter republicano; y antes por el contrario, nuestros hábitos son todavía los mismos que tanto nos degradaban bajo el yugo de un gobierno colonial. Las fuentes de riqueza y prosperidad que poseemos, se mantienen herméticamente cerradas, y nuestras vigentes y múltiples necesidades, carecen de los inmensos bienes que

seguramente fluirían de aquellos manantiales. Nuestras garantías sociales han estado sujetas a mil abusos, y los derechos sagrados de seguridad, de libertad y de propiedad han sido atacados muchas veces por el poder del más fuerte (. . .). La administración de justicia presenta a cada paso mil inconvenientes, y los pueblos que se prometan grandes mejoras en esta parte con su transformación política, deploran males de muy funestas influencias. La hacienda pública que es el fluido benéfico que conserva el aliento vital del cuerpo político, está reducida al estado de nulidad" (12).

3.- POBLACION

No existe fiabilidad en los datos de población consignados para la época que nos ocupa. En la tabla II, resumimos las principales informaciones, citando la fuente de origen: TABLA II

Hacia 1830, la población se hallaba desigualmente distribuida. La Sierra era el lugar de mayor concentración; sin embargo, a causa de los fenómenos migratorios, la Costa comenzaba a incrementar notablemente su población, especialmente en las zonas agroextractivas y en el Puerto de Guayaquil. Según Hamerly, "Entre 1765 y 1842 la ciudad de Guayaquil triplicó su población y el Distrito en general cuadruplicó en número de ha-

TABLA II

POBLACION DEL ECUADOR 1825-1840

AÑO	POBLACION	FUENTE	AUTOR
1825	558.364	Censo	Restrepo
1826	880.700	Censo	Cevallos
1826	550.700	Censo	Villavicencio
1830	530.500	Cálculo	Merlo
1830	600.000	Cálculo	Informe del Ministro
1833	520.000	Cálculo	Informe del Ministro
1835	915.433	Cálculo	Paz y Miño
1836	706.320	Cálculo	Villavicencio
1839	751.116	Cálculo	Villavicencio
1838/40	617.192	Cálculo	Hamerly

bitantes. (. . .) En 1842 Guayaquil tenía entre 18.000 y 20.000 moradores, y en el Departamento en sí, alrededor de 90.000 habitantes, lo cual constituye entre una quinta y una sexta parte de la población total del Ecuador. Como se ha demostrado, este aumento que ocurría en una época en que la población de la Sierra se mantenía estancada, fue posible por la recuperación y expansión de los indios y los mestizos de la Costa, y la inmigración proveniente de la Sierra y del Norte del Perú. (. . .) Fueron los cholos y los mestizos junto con los serranos recién llegados y los montubios existentes, quienes hicieron posible la conversión de las planicies del Guayas y del litoral sur en la fuente principal de abastecimiento de cacao para el mundo antes de la finalización del siglo XIX . . ." (13).

En relación con la composición de la población, en 1830, se estimaba la existencia de 240.000 indígenas, es decir, más de un tercio de la población (14). Merlo, supone que este grupo representaba más de la mitad de la población del país, y que en la Sierra representaría al menos un 75 por ciento. Según este autor, la mayoría de la población nacional de la época, ocupaba el nivel más bajo de la escala social.

En resumen, tenemos una población con una baja densidad por kilómetro cuadrado, con fenómenos de concentración regional, migración hacia áreas productivas, predominio rural, especialmente indígena, y un índice relativamente alto de concentración de la población urbana en las localidades importantes (15).

4.— SITUACION DE SALUD.— EPIDEMIAS

La situación de salud de una población, no sólo depende de sus aspectos biológicos, sino fundamentalmente de sus condiciones de vida, de su acceso a una alimentación adecuada, de una actividad laboral que llene las aspiraciones de los individuos proporcionándoles las posibilidades de un trabajo creativo, del saneamiento del medio, de la protección de las instituciones de salud. Ninguna de estas condiciones fueron propicias para la

mayoría de la población nacional en los primeros años de la república, y al contrario, la vida precaria en términos de trabajo y alimentación, la explotación de los más, la insalubridad del ambiente, la exposición a las enfermedades epidémicas, las guerras y la ausencia de una infraestructura sanitaria adecuada, propiciaron una deficitaria situación de salud.

En la Costa, debido a que la agricultura para la exportación es la actividad económica más importante, se establece un nexo constante entre las áreas de cultivo, el puerto y las zonas abastecedoras de alimentos y fuerza de trabajo. Este nexo es la clave para la permanencia del sistema económico que se estaba desarrollando activamente. El estado de salud de cada uno de estos sectores depende tanto de los factores ambientales, como de la actividad que realizan los individuos, su alimentación, vivienda, etc. Las enfermedades se contagian de un sector a otro. El Puerto de Guayaquil, por su contacto directo con barcos que vienen de otras regiones, es el área más vulnerable para la presencia de epidemias. En las tierras tropicales húmedas, donde se asentaban las zonas de cultivo de cacao, el paludismo fue una enfermedad endémica, cuya propagación era mucho más frecuente en los duros inviernos de la región. Durante todo el siglo XIX y las primeras décadas del XX, el paludismo será un verdadero azote para las poblaciones de la Costa y algunos valles interandinos (16).

A fines del siglo XIX, Teodoro Wolf, opinaba que la causa principal de las enfermedades en el litoral húmedo de la Costa, no ha de buscarse en el clima mismo, sino en la situación social en que se hallan esas localidades y en el modo de vivir de ellas. De este modo, las relaciones de trabajo, la falta de resistencia de los migrantes serranos a las enfermedades tropicales, la localización de los poblados en zonas insalubres y pantanosas, la mala alimentación, el hacinamiento, explican la propensión de la población, no sólo al paludismo, sino, como escribe Wolf, a la disentería, las fiebres intermitentes de mal carácter, la ictericia, hepatitis y otras (17).

Las enfermedades que más frecuentemente afectaron al habitante de la Costa fueron las siguientes: el paludismo, que presentaba un carácter endémico y que periódicamente se manifestaba mediante graves epidemias; amebiasis, lepra, sífilis, ictericia, disentería y diarrea. La tuberculosis era aparentemente más mortal que las propias enfermedades tropicales. (18).

Las guerras, por otra parte, fueron también causantes de muchos problemas de salud en la población. Detrás de la guerra viene el hambre y la enfermedad. Durante la "Guerra de los Chiguaguas" en 1834, la provincia de Manabí, y al parecer todo el Distrito de Guayaquil, fueron azotados por una grave epidemia. El historiador Cevallos describe, en forma dramática, esta situación: "La provincia de Manabí, ocupada unas veces por las tropas del gobierno, y otras por las de Mena (los revolucionarios chiguaguas), palenque de segundo orden para esa guerra larga, pasó, no obstante, por todos los padecimientos consiguientes a la saña de dos partidos enconados hasta lo sumo, y vengativos sin piedad. Por contribuciones, estafas, robos, destierros, matanzas, por todo había pasado ya, y aún no sabría ni cómo ni cuándo tendrían término tantas desgracias. Y para que fuera más completa la desolación de aquel rico e interesante Departamento, y realizara más aquel horrible cuadro de tantas víctimas segadas por la cuchilla de la guerra, asomó luego una peste furiosa y despiadada, a semejanza de los partidos que se estaban devorando y acabó con los salvados de esa cuchilla y del cañón. (. . .) La peste, según es fama, fue engendrada por la misma guerra y nacida de los cuarteles y hospitales. Hubo día en que, por el mes de abril, se abrieron veintitrés sepulturas para enterrar otros tantos cadáveres, y hubo mes en el que el número de muertos ascendió a trescientos quince (. . .). ¡Siega inmensa, exuberante, insólita entre nosotros, y para una población como la de Guayaquil, que entonces no debió pasar unos doce mil moradores" (19).

Las noticias sobre posibles brotes epidémicos o contagios provenientes de otros países, causaban honda consternación en la población y motivaban la movilización de los pobres recursos sanitarios

del Estado para tomar medidas preventivas. Estas medidas eran realmente muy limitadas, y en general las gentes buscaban la protección divina. Así, en agosto de 1833, según la memoria del Ministro del Interior: "Habiéndose anunciado en los papeles públicos que la Cólera Morbus que ha sacrificado a millones de seres vivientes en Europa y en Asia ha tocado la isla de Cuba, el ejecutivo libró inmediatamente órdenes estrechas a los prefectos para que en todos los cantones se reúnan frecuentemente las juntas de sanidad, y aconsejen a las autoridades las medidas de precaución que deban tomarse en el caso, sirviéndoles de normas los métodos que han adoptado en Europa, a cuyo efecto se han publicado en la Gaceta del Gobierno. Al mismo tiempo se han hecho prevenciones al Prefecto y al Comandante de Guayaquil, para que tan luego como se haga presente (la enfermedad) en el Istmo de Panamá o en otro punto, obliguen a los buques a guardar estricta cuarentena" (20). El temor se cierne por todos los rincones y el Consejo Municipal de Quito, en sesión de octubre de 1833, "considerando que el eficaz y único medio para evitar la invasión del cólera es recurrir al Ser Supremo por intercesión de la Soberana Imagen de las Mercedes, protectora de la ciudad, acuerda una procesión solemne y novena, para lo cual autoriza el gasto necesario" (21).

En un estudio sobre "El Clima, las costumbres y las enfermedades predominantes en Guayaquil y Quito", efectuado en 1825 por el Dr. Abel Victoriano Brandin, se manifiesta que en la Sierra son frecuentes: "las fiebres malignas, tabardillos (tifus exantemático), pleuresías o costados, que en ocasiones causan mortandad. El mal dicho vulgarmente 'del valle o vicho' (rectitis necrosante), témesse y es tan común, que en los principios de cualquier enfermedad aplican los medicamentos adecuados para curarlo. Las disenterías cuyas curaciones son demasiado empíricas. Las enfermedades venéreas son comúnmente excesivas, por no reducirse a cura formal. Cuando reinan los vientos del norte y nordeste, que son los más fríos por pasar por algunos páramos nevados que caen hacia aquella parte, se padece el catarro, que allí llaman pechugueras, y toda la ciudad se inficiona (sic) de este accidente que es bastante molesta" (22).

Todas estas enfermedades, con seguridad son comunes entre los años 1830—1835. A esto hay que añadir una patología regional importante en la Sierra: el bocio y el cretinismo endémicos. El bocio y la malnutrición, afectan a los sectores poblacionales más débiles de la sociedad, a aquellos individuos sometidos a una dieta de hambre, al trabajo agotador, la explotación y la marginación cultural. En la Sierra, el campesino, especialmente, el indígena, es quien sufre los embates de esta terrible patología.

A fines del siglo XVII y comienzos del XVIII se establece el concertaje y los campesinos serranos quedan aprisionados en los límites de las haciendas y los pequeños pueblos de los andes quedan aislados económica y culturalmente. El comercio disminuye notablemente y la elaboración de sal en las minas y salinas de Carchi, Imbabura, Guaranda, Cuenca, es poco a poco abandonada. Los campesinos consumen ahora sal de mar, cuyo contenido yódico no logra compensar las necesidades orgánicas. En estas condiciones y partiendo de la existencia de una malnutrición de base, es que hacen su dramática eclosión el bocio y el cretinismo endémicos, en el siglo XVIII, sin que esto quiera significar que antes, incluso durante la época precolombina, no existiera esta patología. Según cita de León, recién en las postrimerías del período colonial, Caldas, en 1803, comienza a hablar de "coto" como entidad nosológica, calificándola de "terrible enfermedad". El mismo autor en 1808 dice que: "en el norte de Quito hay un fenómeno muy singular. Los hombres que viven en las faldas o al pie de El Corazón, que beben las aguas minerales o volcánicas que emanan sus pendientes, tienen cotos y abundan allí los insensatos, los estúpidos y los mudos". En 1802, Humbolt se sorprendió "por la gran epidemia bociógena existente en muchas de nuestras comarcas andinas" (23)

Fierro Benítez, reafirma el hecho de que tan solo a partir del siglo XVIII, se hace referencia a este cuadro tan espectacular; mencionando que Francisco José de Caldas tenía razón cuando señalaba en 1808, que "espantosa enfermedad ha propagado maravillosamente", y que estaba en lo cier-

to Greenwald, cuando postulaba vehementemente que el bocio y el cretinismo endémico "explosionaron" en América en el siglo XVIII. Es decir, 200 años después de la carencia crónica de yodo, que siempre la hubo, se agregaron otras condiciones limitantes como la malnutrición calórico—protéica" (24).

El bocio y la malnutrición, probablemente afectan a una buena proporción de habitantes pobres de los campos y ciudades; el bocio, especialmente en la Sierra. A nivel nacional, el sarampión, y la viruela, siguen atacando a la población, especialmente al grupo infantil. Las guerras, como hemos visto, provocan hambre, enfermedad y muerte.

5.— PRACTICA MEDICA

5.1 PRACTICA MEDICA CIENTIFICA U OFICIAL.

El desarrollo de la medicina científica, tanto desde el punto de vista práctico como teórico, fue muy lento en los primeros años de la vida republicana. Mientras en Europa, el espíritu de la Ilustración y el Romanticismo, estaban impregnando las concepciones médicas y los sistemas de atención, en nuestro país apenas estábamos dando pasos iniciales y balbucientes. Como veremos más tarde, la medicina popular y las prácticas aborígenes, son las dominantes en el panorama de la medicina nacional.

En la medicina científica de la época, identificamos dos categorías fundamentales: a) Práctica Institucional y b) Práctica Privada o Liberal.

5.1.1 PRACTICA MEDICA INSTITUCIONAL

Se denomina así porque el estado asume la responsabilidad de su ejecución. Dentro de esta práctica tenemos varias categorías: a) Medicina Sanitaria; b) Medicina Hospitalaria o de Caridad; y c) Medicina Militar.

5.1.1.1 MEDICINA SANITARIA

Un aspecto fundamental en la práctica médica oficial, es la emergencia de la práctica de Salud Pública o Medicina Sanitaria, cuya finalidad es la de proteger a la población, y cuya responsabilidad recae en las instituciones del Estado. Durante la época Colonial, la Salud Pública en el sentido de Higiene y Policía Médica, es una obligación de los Cabildos, que regulan ciertos aspectos de la vida ciudadana, como la limpieza de las casas, calles, expendio de alimentos, control de los barcos que ingresan a los puertos, etc. En 1814, la Real Audiencia de Quito, estableció la Junta de Sanidad con su Policía de Salubridad. En 1825 el Gobierno de la Gran Colombia, dictó un Decreto estableciendo Juntas de Sanidad en las Capitales Provinciales. Una vez fundada la República se institucionalizan las Juntas de Sanidad o Juntas Médicas, que se preocupan de la higiene de las ciudades y los puertos. En el futuro, esta práctica de Salud Pública, se articulará a las necesidades estatales de protección de la economía, y hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX, formará parte de una red internacional de limpieza (de los agentes de la fiebre amarilla y el paludismo), en los puertos y en las zonas de explotación agrícola, tal como las necesidades de expansión del capitalismo lo ordenaban.

De acuerdo con lo establecido por una Reglamentación de la época Colombiana, las Juntas Provinciales de Sanidad estaban compuestas por el Intendente, el Gobernador, el Obispo (o su vicario General, o el cura Párroco), el Procurador Municipal, 2 regidores o vecinos elegidos anualmente por la municipalidad, y el facultativo o los facultativos nombrados por la Junta. En los Cantones y Parroquias, se reglamenta el funcionamiento de Juntas Subalternas de Sanidad. Las actividades encomendadas a estas Juntas, fueron las siguientes: vigilar el cumplimiento de las reglamentaciones sanitarias, informar la presencia o el peligro de posibles epidemias, cuidar la vacuna contra la viruela, cuidar los cementerios, preservar la higiene de los alimentos y ocasionalmente controlar el funcionamiento de las boticas.

Aparte de las Juntas de Sanidad, muchas otras instituciones tenían funciones de higiene y Policía Médica, y no pocas ocasiones trabajaban aisladamente. Así: el Ministerio del Interior y las Prefecturas Departamentales, no sólo que se encargaban de elaborar Reglamentos de Policía, sino que también ejecutaban acciones de control, como en el caso del funcionamiento de las boticas. La Prefectura General de Policía y las Jefaturas Provinciales de Policía, velaban por el cumplimiento de los Reglamentos. La Facultad Médica, desde el año 1827, tenía obligación de fiscalizar y reglamentar el ejercicio médico, odontológico y el funcionamiento de las boticas; estas acciones, estuvieron encargadas anteriormente a los Cabildos. El Consejo Municipal, con su Policía de Salubridad, se encargaba del aseo y limpieza de calles, mercados, plazas públicas, cárceles, casas de beneficencia, hospitales; tenía que preocuparse por la calidad de los alimentos, así como también de la desecación y desinfección de aguas insalubres, (25-26)

Como se puede observar, las responsabilidades de la Medicina Sanitaria eran múltiples y propendían a la defensa de la población. Lamentablemente, en la práctica, existía gran confusión ya que no se ponían de acuerdo las instituciones, ni cumplían su cometido. Un ejemplo de esta situación es lo acontecido con el mantenimiento de la vacuna. En Enero de 1830, "el Prefecto del Departamento envía al Prefecto de Policía de Quito una comunicación en que lamenta la "criminal indiferencia" con que las autoridades subalternas han mirado la conservación y propagación del fluido vacuno y envía el Reglamento de Policía (dado en Cundinamarca) que regula entre otras cosas las obligaciones de las Juntas de Sanidad a este respecto" (27). Posteriormente, "De Quito se pidió vacuna a Guayaquil de donde contestaron que han pedido láminas a Londres y dijeron estar ensayándolas para remitirlas a Quito. En Febrero de 1830, anuncian en Guayaquil que han alcanzado a conseguir la linfa, pero todavía no la pueden enviar a Quito, sugiriendo la inoculación brazo a brazo durante el viaje de los vacunados, a realizarse si el invierno lo permite" (28). Para 1833, al parecer, graves dificultades se ha-

bían presentado con respecto a la vacuna, a tal punto que el Ministro del Interior, llama la atención sobre el problema en su Informe al Congreso Constituyente: "La viruela dice, hace terribles estragos de tiempo en tiempo en el Ecuador. La vacuna los había evitado hasta el año 24 (1824). Es cosa increíble que por un mero descuido se haya perdido este fluido benéfico en una población tan vasta, cuando por más de 20 años el antiguo cabildo la conservó con los más felices resultados. El Gobierno ha excitado el celo del Concejo Municipal, y ha interesado a varios hacendados para que según las reglas que prescribe la obra del inmortal Jenner, procuren descubrir el cowpos en las vacas, para poder precaver la población de aquella peste" (29).

En Diciembre de 1834, llegó de Bogotá un lote de fluido vacuno y el Concejo Municipal de Quito designó a dos facultativos para examinarlo; al parecer, nuevas dificultades de conservación se presentaron. Ante esta realidad, el Concejo Municipal, en sesión del 20 de Marzo de 1836, acuerda: "Que atendiendo a que el terrible accidente de la viruela se debe oportunamente evitar, con el descubrimiento del fluido vacuno, se comisionó al Dr. Manuel Espinoza que con el empeño que demanda el bien de la humanidad, procure descubrirlo en las vacas de las haciendas inmediatas, para cuyo trabajo será indemnizado de las rentas de propios y el particular reconocimiento de la Municipalidad si prestase ese servicio con la exactitud que ésta lo desea". (30)

5.1.1.2 MEDICINA HOSPITALARIA O DE CARIDAD

La práctica colonial de la Medicina-Caridad, domina el panorama de la atención hospitalaria de comienzos de la República. Los hospitales coloniales se fundaron para acoger a los pobres enfermos, a los menesterosos, y para que los fieles cristianos se ejerciten en las obras de caridad y alcancen de este modo el favor divino. Para 1827, las economías del Hospital de la Caridad de Guayaquil, son tan exiguas, que se sugiere "que sólo se acepten en el Hospital a quienes en verdad fuesen pobres, y que en cuanto a los esclavos, que

sólo se les admita a condición de que sus amos, paguen los cuatro reales diarios de estancia que estaba establecido". Esta referencia, transcribe el historiador Estrada Ycaza quien ha escrito un estudio del Hospital de Guayaquil, En este trabajo, se puede encontrar importantes referencias a las graves vicisitudes por las que atravesó este Hospital, comienza a funcionar en mejor forma, cuando el Municipio que lo regentaba, paga mediante contrato la atención de los enfermos. Sin embargo, éstos tenían que comprobar su calidad de pobres, mediante una certificación otorgada por una persona conocida. (31)

Las condiciones en que se desenvuelve el Hospital de la Caridad de Quito (San Juan de Dios) son igualmente deplorables. El Padre Fray Ramón de las Mercedes, en una exposición al Prefecto de Policía, de Enero de 1830, se lamenta del calamitoso estado de la institución, advirtiendo que si no se toman medidas urgentes, "el hospital toca al término de su existencia". (32) En su Memoria leída ante el Congreso Constitucional de 1833, el Ministro del Interior, expresa en forma patética: "Séame permitido excitar vuestra conmiseración en beneficio de las Casas de la Caridad, para que se dicte por vuestra sabiduría las reformas radicales que no ha podido hacer el ejecutivo por falta de autorización. Sus atenciones se han contraído a hacer que se cumplan las leyes que rigen en esta parte, a que se rinda cuenta del manejo y administración de sus rentas, que se devuelvan las rentas que se habrán enajenado indebidamente y que se procure el buen tratamiento de los enfermos. La escasez de fondos ha frustrado las mejores intenciones. Pudieran aplicarse a estas casas las rentas de la redención (sic) de cautivos y de los Santos Lugares. Esta aplicación ni ofendería los derechos adquiridos de nadie, ni les daría una inversión muy ajena de su objeto". El Ministro, termina expresando, que se debe cambiar el Reglamento sobre la estructura y funcionamiento de los Hospitales de Caridad, de acuerdo con las circunstancias de la época. Estos Reglamentos, deben ser elaborados conjuntamente por los Gobernadores de las Provincias, los Concejos Municipales, los Curas de las Capitales, las Juntas de Sanidad y los Administradores de los Hospita-

les. Una vez que el Ejecutivo reciba estos nuevos Reglamentos, serían revisados por la Facultad Médica de la Universidad Central y por el Consejo de Estado, antes de someterles al examen y aprobación del Congreso. (33)

No se conoce si se llevó a la práctica esta sugerencia, que la creemos fundamental para la transformación del régimen de la medicina hospitalaria.

5.1.1.3 MEDICINA MILITAR

Las guerras de la independencia, propician el afianzamiento de esta nueva categoría de atención médica, que tiene como finalidad, proporcionar atención a un grupo específico de la sociedad. Los cirujanos militares acompañan a las tropas en sus desplazamientos y cuando los ejércitos acampan o cuando se establecen en las ciudades, se organizan hospitales militares. En Guayaquil, funciona un hospital militar desde 1819 y en Quito, se establece en 1823, en el mismo local del Hospital de Caridad. En 1822, ya en la época Colombiana, se dicta el Reglamento para los Hospitales Militares, al parecer los fondos asignados a estos hospitales son muy bajos. Así lo podemos advertir en la exposición que Fray Pedro de la Peña, responsable del Hospital de la Caridad de Quito, hace en Enero de 1830, quejándose de que "las rentas del hospital son cada vez menores, para el sostenimiento de los enfermos, éstos —dice— han sido 6791 en los últimos cuatro años, incluidos 4205 militares en gran parte atendidos con la asignación de los 2586 "paisanos", de uno y otro sexo, pues es conocida la "morosa paga", de las hospitalidades militares". (34)

Los cirujanos militares, acompañan a las tropas en las graves luchas civiles en los primeros cinco años de la República. En 1831 el cirujano militar, Coronel Cervelión Urbina, que acompaña a las tropas de Flores, cumple una importante misión de paz ante el General Urdaneta, que había levantado en armas y llegado al Ecuador, con el objeto de restaurar la Gran Colombia. La medicina militar, con sus escasos recursos, va a las campañas militares de Flores en Colombia en 1832;

está con las tropas de uno y otro bando en la guerra de los "chiguaguas" en 1834, y finalmente se ve imposibilitada en sus acciones en la terrible carnicería de Miñarica, en 1835.

Paredes Borja estima, que como resultado de las luchas por la independencia y las guerras civiles de los primeros años de la república, la medicina dio algunos pasos positivos, especialmente en el campo de la cirugía. En "cirugía salimos con experiencia —dice—, dura y trágica experiencia. Hasta los soldados licenciados en las tropas daban indicaciones y hacían valer sus conocimientos de campaña a los pacíficos médicos civiles" (35).

5.1.2 MEDICINA LIBERAL O PRIVADA

Los Médicos hacen medicina privada, combinando su trabajo con un cargo en la Facultad Médica (Quito), el Hospital de Caridad o la medicina sanitaria. En la época colonial, las tarifas de consulta eran revisadas por el protomedicato; ya en la República, es privativo de la Facultad el otorgar títulos y fijar honorarios. Este tipo de práctica es utilizada por las personas que pueden pagar la consulta al contado. Los cirujanos, boticarios y sangradores, también cobran por la atención que proporcionan a los enfermos.

5.3 MEDICINA TRADICIONAL

Esta es una categoría importante de la atención médica, que nosotros la clasificamos en dos modelos: a) Aborigen y b) Popular.

5.3.1 MEDICINA ABORIGEN

La medicina aborigen, representa una respuesta teórico-práctica de la población a sus propias necesidades de salud, se ha mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y es utilizada especialmente por la población campesina. Sus concepciones y prácticas son racionales y congruentes con las definiciones de la naturaleza, el hombre y la sociedad, que posee la población campesina. (36)

Hacia 1830, el indigenado representaba más

del 50 por ciento del total de la población nacional, y en la Sierra aproximadamente del 75 por ciento. A este grupo humano no llegó la medicina científica y su medicina era la de antaño; los conocimientos aportados por la experiencia y transmitidos de generación en generación por los curanderos. La historia médica, ha aportado pocos datos sobre la situación de este modelo de atención en los años que nos ocupan; creemos que a pesar de sus limitaciones, las ideas y prácticas aborígenes sobre la salud y la enfermedad, fueron elementos de importancia. La población campesina, no tuvo otra medicina.

5.3.2 MEDICINA POPULAR

La medicina popular es el producto de la confluencia de determinados conceptos y prácticas de la medicina aborigen, la medicina popular española y algunos elementos popularizados de la medicina científica. Sustancialmente es el mismo modelo aborigen, que se practica en el medio urbano, donde poco a poco ha ido perdiendo su carácter comunitario y recibiendo variadas influencias. La medicina popular representa un importante aspecto de la práctica de la medicina en los años iniciales de la república; sin embargo, ya la medicina científica, representada por la Facultad, comienza a luchar contra esta práctica. "Lucha tenaz —dice Gualberto Arcos—, supondrá derrocar inveteradas costumbres que por razón de su antigüedad habían tomado casi el carácter de Leyes; titánicos esfuerzos exigía el convencer al pueblo de la eficacia de la ciencia y el desengañarlo de su fe en el empirismo, puesto que se recelaba de la primera y se admiraba al segundo (. . .). La Facultad tenía que luchar también contra los intereses creados de la heterogénea masa de médicos, cirujanos, curanderos, herbolarios y flebotomistas, que habían invadido la república, en su afán de lucir un título; o por el lucro que con él podían tener; muchos de ellos sin temor ni escrúpulo, sin más ciencia que una menguada práctica, recetaban drogas, asistían enfermos" (37). En 1831, la Facultad Médica prohíbe a los agentes de la salud de la medicina popular: empíricos, albeítaires, sangradores, saca-

muelas y vacunadores, ejercer la cirugía. Estas eran varias designaciones que tenían los cirujanos—barberos. Los sangradores tuvieron su propio Gremio, en 1830, fue su Maestro Mayor el sangrador Manuel Saragozín, "indio ladino", que tenía mucho prestigio y que obtuvo de la Facultad Médica el respectivo permiso para ejercer.

Al comenzar la década de los treinta (1830), apenas quedaba en Guayaquil un sangrador, "considerado todavía como tal, quizá por algún título especial que se le concediera, o gracias talvez a su pericia. (. . .) Algunos flebotomistas abandonaron la ciudad ante la organización que se iba estableciendo en la profesión médica, viéndose obligados a desarrollar sus actividades en los pueblos circunvecinos, y así por 1839 actúan en Babahoyo los que habían sido en Guayaquil renombrados flebotomistas Alonso Vargas y Nicolás Morán. Otros se resolvieron a abandonar la flebotomía y continuar exclusivamente con la barbería". (38)

Según Paredes Borja, el auge de la medicina popular se debía fundamentalmente a la falta de prestigio de la profesión médica, a la ausencia de afición y vocaciones por los estudios médicos, a la incapacidad de los pocos profesionales para cobrar la confianza pública. La Facultad de Medicina, en sus ciento treinta y siete años de vida colonial y tres años de vida republicana (1833), ya debió haber trabajado algo más, para conseguir lo anterior. "y no pasar por el bochorno de permitir el ejercicio de la medicina y la cirugía a los indios ladinos, curanderos y sangradores, que con su astucia y a falta de médicos prácticos, seguían gozando de la confianza popular a la que no alcanzaban los médicos de la Facultad, por su ninguna experiencia, mucha solemnidad y mucho discurso, resultado del estado en que se encontraba la enseñanza; se leía mucho y no se practicaba nada". (39)

6.— EDUCACION MEDICA

En 1827, en la época colombiana, se organizó definitivamente la Facultad de Medicina, la cual en poco tiempo y con el apoyo de un grupo selecto de médicos, se propuso desarrollar un programa cuyos objetivos básicos se referían al control de

médicos y empíricos; creación de medidas sanitarias e higiénicas; reglamentación del funcionamiento de boticas, hospitales y cementerios; estudio de los adelantos científicos.

En 1830 se dictó un Reglamento de Policía, que prohibió ejercer la medicina, a las personas que no habían obtenido el título universitario y se obligó a que todos los médicos se inscriban en las Prefecturas Provinciales de Policía. La Facultad Médica, debía controlar el ejercicio profesional, labor muy dura, ya que conjuntamente con los médicos ejercían la medicina, infinidad de empíricos y frailes aficionados. La Facultad cumplió sus labores de control, revisando títulos, rechazando documentos falsos, reclamando sus derechos ante las autoridades gubernamentales y prohibiendo el ejercicio de la medicina a muchos cirujanos, empíricos y farmacéuticos que no llenaban los requisitos exigidos. Se dispuso también la inspección de las boticas, se prohibió que los médicos fueran al mismo tiempo propietarios de estos establecimientos y se obligó a que en estas boticas atendieran boticarios titulados.

En la provincia del Guayas, según refiere Madero (40), rigió desde el 1o. de Julio de 1831, el Reglamento de Policía, que en uno de sus artículos señalaba que: "ningún médico, cirujano, boticario ni otro facultativo podrá ejercer su profesión sin el pase del Concejo Municipal y licencia del Jefe de Policía, presentando el título que obtenga de la Facultad Médica, bajo la multa de 25 pesos. Con este permiso podrá ejercerla en toda la provincia manifestándola a los Comisarios y Celadores donde fuere, y si omitiese cualquiera de estos requisitos sufrirá la multa de ocho pesos".

Las reformas bolivarianas de la enseñanza universitaria, se basaron en el espíritu de la Ilustración y el Romanticismo europeos; sin embargo, en la práctica, pocos pasos firmes se dieron para desterrar antiguas teorías y métodos de enseñanza. Paredes Borja, manifiesta que "hubo afán de ponerse al corriente del movimiento médico europeo (...), pero las cosas no tenían la sencillez ni la objetividad que se necesitaban en una Facultad con nuevos rumbos, sino que se continuó con el mismo

método ideativo, retórico y teatral, lo que hasta hoy (1953) han dado en llamar falsamente "ponderación y altura", con lo que se cubre la verdad y firmeza del problema a tratar; un residuo de la manera de ser y hacer enseñanza y vida corporativa académica, muy propia del escolasticismo medieval y de la enseñanza catedralicia . . ." (41).

Con el advenimiento de la República, la Facultad Médica, adquirió nuevos deberes, como hemos revisado, pero los aspectos teórico-prácticos de la enseñanza, continuaron siendo los mismos que en épocas anteriores. En 1833, por Decreto Legislativo, se reforma el sistema colombiano de enseñanza médica y se desarrolla un nuevo plan de estudios. Se establece en la clase de Medicina, cátedras de Anatomía General, Particular y Descriptiva; de Fisiología e Higiene, Patología y Anatomía Patológica. Todo esto además de las Cátedras de Terapéutica y Farmacia Teórica y Práctica, Clínica Médica y Quirúrgica y Medicina Legal. Las clases teóricas se daban en la mañana y las prácticas en la tarde. (42)

En 1835, se inician contactos con la Facultad de Medicina de París, cuando se envía un delegado. Este mismo año, bajo la presidencia de Rocafuerte, se funda la Sociedad Médica del Guayas, con lo cual comienza una gran época de organización y progreso de la medicina en Guayaquil. Esta Sociedad, será el germen de la futura Facultad de Medicina del puerto. (41)

La investigación y las publicaciones médicas, que representan el progreso de la ciencia, son muy escasas. En este campo, debe citarse el nombre del Dr. Abel Victoriano Brandin, médico francés, que estuvo en el Ecuador entre 1825 y 1836. En 1826, publicó su trabajo: "Influencia de los diferentes climas del universo sobre el hombre y en particular de la influencia de los climas de la América Meridional". En esta obra, por primera vez se publica una amplia observación sobre la patología nacional, bajo el título de "Clima, costumbres y enfermedades predominantes en Guayaquil y Quito". En 1833, publica su trabajo: "De los primeros socorros que han de darse a las personas acometidas del Cólera Morbo Asiá-

tico y de los Medios Preventivos". En 1836, forma parte de la Comisión encargada de estudiar los efectos curativos de las plantas "Cuichunchulli" y "Hatun Condenado", sobre la lepra. Sus investigaciones se publican en el periódico oficial: "Registro Auténtico Nacional". Estos estudios le inspiraron para escribir más tarde, un trabajo sobre la "Lepra en el Ecuador". Brandín, salió del país en 1836. (44)

7.- CONCLUSIONES

1.- Durante la época de la independencia y la formación de la república, hay un evidente predominio de los aspectos políticos en la estructura de la sociedad nacional. Los cambios y transformaciones jurídico-políticas, enmarcan los caminos por los que decurre la historia nacional hasta muy entrado el siglo XIX. La economía, se sustenta en la agricultura y en la actividad exportadora. Las rentas del estado son limitadas y sus acciones en bien de la población, son mínimas.

2.- Siendo parte del todo social, la práctica médica, acomoda su estructura a los esquemas económicos, político-jurídicos e ideológicos de la naciente sociedad republicana. En el panorama médico nacional, comienzan a diferenciarse varias prácticas. El estado va dando importancia a la medicina sanitaria, que se vincula activamente a la producción; continúa la concepción de medicina-caridad en la estructura de los servicios médicos destinados a los pobres; la medicina militar adquiere personalidad propia y la práctica privada de los médicos, destinada a las personas de buenos recursos económicos, inicia su camino ascendente. La mayoría de la población nacional sigue utilizando la medicina tradicional.

3.- La enseñanza de medicina, a pesar de sus ideas ilustradas y románticas, sigue encasillada en los antiguos moldes coloniales; hay un progreso aparente. La investigación y la producción de nuevos conocimientos son extremadamente escasos.

4.- Si bien la imagen del progreso médico nacional entre los años 1830-1835, es poco significativa, sin embargo, es necesario mirar las cosas

que comienzan. Por esto asignamos una singular importancia a la medicina de ese tiempo: cimiento, señal y esperanza de un futuro mejor.

BIBLIOGRAFIA

1.- CUEVA, Agustín: El Proceso de Dominación Política en el Ecuador. Ed. Voluntad, Quito, 1973. (II Ed.) p. 7.

2.- CEVALLOS, Pedro Fermín: Historia del Ecuador, Cromograf. Guayaquil, s. f. (Publicaciones Educativas Ariel, T.V.) p. 17-18.

3.- PAREJA DIEZCANSECO, Alfredo: Historia de la República. Cromograf. Guayaquil, 1974 (T.I.) p. 18.

4.- MONCAYO, Pedro: El Ecuador 1825-1835. Ed. Casa de la Cultura; Quito, 1979. (T.I.) p. 113.

5.- IBID. pp. 209-210.

6.- HAMERLY, Michael: Historia Social y Económica de la Antigua Provincia de Guayaquil. 1763-1842. Publicaciones del Archivo Histórico del Guayas, Guayaquil, 1973. p. 131.

7.- CHIRIBOGA, Manuel: Jornaleros y Gran Propietarios en 135 Años de Exportación Cacaotera. (1790-1925). Offset Gráfica Araujo, Quito, 1980. p. 10.

8.- MONCADA, José: De la Independencia al Auge Exportador. Ecuador, Pasado y Presente. (Instituto de Investigaciones Económicas.) Ed. Universitaria, Quito, 1976. pp. 11-135.

9.- PAREJA DIEZCANSECO, Alfredo: Op. Cit. (3) p. 9.

10.- VILLALBA, Jorge: Los hombres y los hechos de 1830. Boletín Histórico de las Fuerzas Armadas. 4/13-14 : 55-82, 1980.

11.- IBID.

- 12.— Gaceta del Gobierno del Ecuador: Editorial. Quito, 27 de junio de 1835.
- 13.— HAMERLY, M.T.: Op. Cit. (6) pp. 79.
- 14.— VILLALBA, J.: Op. Cit. (10)
- 15.— MERLO JARAMILLO, Pedro: Examen de la Problemática Demográfica Ecuatoriana. Homenaje a la República del Ecuador. (Instituto de Altos Estudios Nacionales) Ed. Publitécnica. Quito 1980. pp. 271–292.
- 16.— ESTRELLA, Eduardo: Medicina y Estructura Socio-Económica. (Ed. Belén. Quito, 1980. pp. 250–251.
- 17.— WOLF, Teodoro: Geografía y Geología del Ecuador (1892). Casa de la Cultura, Quito, 1980. pp. 453–456.
- 18.— HAMERLY, M.T.: Op. Cit. (6) pp. 138.
- 19.— CEVALLOS, P. F., Op. Cit. (2) pp. 131.
- 20.— Ministro del Interior: Memoria que presenta al Congreso Constitucional del año 1833. (Archivo Legislativo).
- 21.— SAMANIEGO, Juan José: Cronología Médica Ecuatoriana. Casa de la Cultura, Quito, 1957. pp. 77
- 22.— BRANDIN, Abel Victoriano: Clima, Costumbres y Enfermedades Predominantes en Guayaquil y Quito (1826). Estudios Médicos Ecuatorianos. Raros, Importantes y Curiosos. (León, Luis A., Ed.) Imprenta de la Universidad Central, Quito, 1955. pp. 15–70.
- 23.— LEON, Luis A.: Folklore e Historia del Bocio Endémico en la República del Ecuador. Gaceta Médica (Guayaquil) 14/1: 8–34, 1959.
- 24.— FIERRO BENITEZ, Rodrigo: Desnutrición, Subdesarrollo y Dependencia. Revista de la Facultad de Medicina (Quito) 4/3–4: 27–36, 1978.
- 25.— SAMANIEGO, J.J.: Op. Cit. (21) pp. 53–78.
- 26.— PAREDES BORJA, Virgilio: Historia de la Medicina en el Ecuador. Ed. Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito, 1963. (T. II) pp. 120–121.
- 27.— SAMANIEGO, J.J.: Opc. Cit. (21) pp. 72–73.
- 28.— PAREDES BORJA, V.: Op. Cit. (26) p pp. 124.
- 29.— Ministro del Interior: Op. Cit. (20).
- 30.— SAMANIEGO, J.J.: Op. Cit. (21) pp. 79
- 31.— ESTRADA YCAZA, Julio: El Hospital de Guayaquil. Publicaciones del Archivo Histórico del Guayas, Guayaquil. 1974. pp. 129–136.
- 32.— SAMANIEGO, J.J.: Op. Cit. (21) pp. 73–74.
- 33.— Ministro del Interior: Op. Cit. (20).
- 34.— PAREDES BORJA, V.: Op. Cit. (26) pp. 103.
- 35.— IBID: P. 92.
- 36.— ESTRELLA, Eduardo: Medicina Aborigin. Ed. Epoca, Quito, 1978. pp. 217–219.
- 37.— ARCOS, Gualberto: Evolución de la Medicina en el Ecuador. Ed. Casa de la Cultura, Quito, 1979. (III Ed.) pp. 255.
- 38.— MADERO, Mauro: Historia de la Medicina en la Provincia del Guayas. Ed. Casa de la Cultura, Guayaquil, 1955. pp. 159–160.
- 39.— PAREDES BORJA, V.: Op. Cit. (26) pp. 116.

- 40.— MADERO, M.: Op. Cit. (38) pp. 163.
- 41.— PAREDES BORJA, V.: Op. Cit. (26) pp. 88-84.
- 42.— SAMANIEGO, J.J.: Op. Cit. (21) pp. 77

43.— MADERO, M.: Op. Cit. (38) pp. 176-177.

44.— BRANDIN, A. V.: Op. Cit. (22).

***Profesor del Departamento de Psiquiatría.
Jefe de la Unidad de Psiquiatría Social -Subcentro
de Salud "Luluncoto".**
