

## LA PATOLOGIA FEMENINA EN EL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" DE QUITO DURANTE EL SIGLO XX

Dr. DIDIER FASSIN<sup>1</sup>, Dra. ANNE—CLAIRE DEFOSSEZ<sup>2</sup> y  
Dra. FRANCISCA RIVADENEIRA<sup>3</sup>.

### Resumen

*La historia de las enfermedades en el siglo veinte es todavía poco conocida en el Ecuador. A partir de una muestra de 2460 historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Quito, se describen las relaciones entre las patologías y los hechos sociales entre 1925 y 1965, insistiendo sobre el papel no solo de las tendencias epidemiológicas, sino también de la evolución de las instituciones hospitalarias, de los adelantos médicos y de los comportamientos sociales. Este trabajo se completa con un estudio comparativo de 500 historias clínicas de hombres y mujeres en el mismo período, cuyo objeto es identificar el papel del género en la determinación de las enfermedades. (Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 15 (1 - 2): 32 - 43, 1990).*

### Introducción

Las principales fuentes ecuatorianas para una historia de las enfermedades, son los libros de enfermos conservados en las instituciones sanitarias; en efecto, los informes de las escasas encuestas llevan datos parciales sobre epidemias o endemias, y los archivos parroquiales solo contienen informaciones sobre patologías que han causado la muerte. Desafortunadamente, la aparición de las historias clínicas es muy tardía — 1910 para la Maternidad Isidro Ayora y 1913 para el Hospital San Juan de Dios de Quito —, lo que únicamente permite una historia del período contemporáneo.

Obviamente, las historias clínicas solo reflejan una parte de la patología: la que lleva una fracción de la población al hospital. En otros términos, la presencia y la evolución de una en-

fermedad en las estadísticas hospitalarias no dependen únicamente de su distribución real en el espacio y el tiempo, sino también de su reconocimiento por los enfermos y sus familias, del acceso de los diferentes grupos a los servicios de salud, de la manera en que la población se representa los hospitales, de las capacidades de diagnóstico de la medicina en un momento dado y de la estructuración del sistema sanitario. Es decir, la interpretación de estos datos debe ser relativa, tomando en cuenta esos múltiples factores.

A pesar de las dificultades metodológicas inherentes a este tipo de enfoque, una aproximación semejante puede enriquecer el conocimiento de la patología y también de la sociedad gracias a las informaciones disponibles sobre los enfermos. El objetivo del presente trabajo, basado en un análisis de cuatro décadas de historias

- 
1. Instituto Francés de Estudios Andinos (Quito).
  2. Instituto Salud y Desarrollo (París)
  3. Dispensario Tierra Nueva (Quito)

clínicas del hospital más antiguo de Quito, que fue también el primero de Ecuador, es tratar de dar una visión histórica de la realidad epidemiológica ecuatoriana y, a través de este ejemplo, indicar algunas pistas de investigación para una historia contemporánea de la salud pública.

### Un hospital público en el siglo XX

El hospital San Juan de Dios, fundado en 1565 bajo el patronato real y con el nombre de la Santa Caridad y Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, es uno de los primeros del continente americano (1). Después de un largo tiempo de funcionamiento como hospicio para los pobres dirigido por una Cofradía, luego por los Betlemitas, y finalmente por las Hermanas de la Caridad, el establecimiento sufre al inicio del siglo veinte una doble transformación: una medicalización favorecida por los adelantos de la medicina (primeras "operaciones de alta cirugía" en 1907), y una laicización concretizada por la toma del control administrativo del hospital por la Junta Central de Beneficiencia (publicación de la "Ley de Beneficiencia" en 1908). Este cambio se inscribe en un período intenso de la historia social del país (2): en el mundo intelectual, el triunfo de la ideología positivista explica la tendencia biologista que se desarrolla en la medicina, mientras que en la vida política, la revolución liberal provoca entre otras consecuencias un reforzamiento del poder estatal que se afirma en particular en el campo de la salud pública.

A pesar de las transformaciones mencionadas, al final del primer cuarto de siglo, el hospital San Juan de Dios aparece como una estructura poco adaptada a las necesidades de la capital que entra en una fase de crecimiento rápido: la industrialización atrae importantes poblaciones de las zonas rurales e implica nuevas demandas de la sociedad urbana (3). La localización del hospital en el Centro Histórico no permite una ampliación que se vuelve indispensable; el desarrollo de la parte residencial por el norte y de los barrios desfavorecidos por el sur, aleja paulatinamente los quiteños de su único

hospital público; y tal vez más que todo, la imagen del hospital queda asociada a una medicina caritativa para los pobres (4). Estas constataciones que ya habían conducido en 1889 al Ministro de Beneficiencia a asignar una suma anual para una nueva estructura pública llevan la construcción del hospital Eugenio Espejo, inaugurando en 1933.

Paralelamente se abren otros establecimientos. La primera clínica se crea en 1907 y señala el inicio del desarrollo rápido del sector privado, cuya institución más famosa es la Maternidad del Dr. Isidro Ayora. El Hospital Militar que funcionaba como un anexo del Hospital San Juan de Dios se separa en 1918: progresivamente, su capacidad en camas crece, lo que hace necesario su desplazamiento a fines de los años treinta. La Clínica del Seguro Social empieza a recibir pacientes en 1947: reservada para los beneficiarios de la Caja del Seguro, es decir los pocos asalariados, esta institución aparece en su época como la más moderna. En este período, se fundan también hospitales destinados a la atención de grupos específicos, como el Policlínico para la Policía, y establecimientos privados sin fines de lucro, como los de la Cruz Roja.

Pero el sistema de salud en Quito no solo se diversifica de un punto de vista institucional, sino que también se especializa según las patologías. Las primeras enfermedades que fueron tratadas de manera separada, fueron las enfermedades contagiosas: la lepra en el lazareto del Hospital San Lázaro en 1786. Ciento cincuenta años después, se autonomiza paulatinamente la patología psiquiátrica en el antiguo Manicomio: hasta entonces los "locos" no eran aislados de los pobres, viejos y reclusos. La atención obstétrica se individualiza en 1870 con la fundación de la primera Maternidad dentro del Hospital San Juan de Dios, antes de ubicarse en un local propio en la calle Pereira y, en 1951 en la calle Gran Colombia con el nombre de Maternidad Isidro Ayora. La atención infantil, a pesar de la creación en 1916 de un dispensario anexo al Hospital San Juan de Dios,

se desarrolla realmente desde 1948 con la apertura del Hospital de Niños Baca Ortíz. Finalmente, a partir de los años cuarenta, aparecen instituciones privadas de tipo humanitario, en la tradición de las Cofradías y Sociedades de Beneficiencia, como la Liga Ecuatoriana Antituberculosa o la Sociedad de Lucha contra el Cáncer que se dedican a enfermedades específicas.

Las transformaciones que ocurren en el sistema de salud implican así una diversificación institucional y médica que se traduce, para la población, en una diferenciación social más grande: en función de su posición económica, los enfermos acuden a una institución o a otra. El Hospital San Juan de Dios, con su imagen de hospital viejo para los pobres, es poco a poco marginado por otros establecimientos más modernos o más especializados, ya sea en el sector público o privado. Esa evolución se debe tomar en cuenta cuando se analiza la patología que se encuentra en este lugar.

### Enfermedades y Sociedad

Para conocer la epidemiología de las afecciones de las cuales sufrían las mujeres hospitalizadas, se constituyó una muestra de historias clínicas (Archivo Hospital "San Juan de Dios" - Sección 05 - Serie 03 - Subserie 08): por cada año, desde 1925, fecha del primer libro todavía existente, se tomaron los datos sociales y médicos de las sesenta primeras historias clínicas de mujeres; como los libros disponibles van hasta 1965, fueron estudiados en total 2460 casos. Lo que sigue es el análisis de la patología encontrada (5), insistiendo en las relaciones entre aquella y la evolución de la sociedad.

A principio del siglo veinte, las grandes epidemias mortíferas se volvieron más escasas en la Sierra: la viruela, responsable de catástrofes demográficas hasta el final del siglo diecinueve, disminuye en incidencia y virulencia, en particular a partir de los primeros intentos de vacunación; la peste bubónica y la fiebre amarilla siguen como problemas graves, pero

sobre todo en el Litoral; entre las mujeres de la muestra, no se da ningún caso de esas plagas.

De la misma manera, las infecciones y parasitosis intestinales se vuelven progresivamente menos frecuentes: representan un 4.90/o de la patología analizada, con 30 casos de disenteria, 28 de helmintiasis, 17 de amibiasis, 14 de cólera y solo 2 de tifoidea (cuadro 1); el 58 o/o de esas enfermedades se encuentran en la primera década del período, es decir entre 1925 y 1934.

El paludismo, patología de las tierras bajas, existe sin embargo en los valles alrededor de Quito; además, es una etiología importante de fiebre entre los migrantes de la Costa; sin embargo, en la muestra, donde solamente representa un 1.4 o/o de las hospitalizaciones, el 73 o/o de las enfermas vivían en la provincia del Pichincha. Gracias a la obra de saneamiento llevada a cabo por los servicios de sanidad, la frecuencia de esa endemia va bajando en las estadísticas hospitalarias: después de 1935, se observan solo un 20 o/o de casos de paludismo.

Dos enfermedades predominan en la patología infecciosa —ambas estrechamente ligadas a las condiciones sociales que experimenta la población serrana. La tuberculosis y la sífilis, que representan el 3.5 o/o y el 8.3 o/o (el 11.1 o/o si se añade la gonococcia) del total de los casos respectivamente, crecen paralelamente al deterioro de la vida, siendo favorecidas por la pobreza y la promiscuidad que se desarrollan con la urbanización. Cuando se comparan las mujeres que padecen de esas dos infecciones con el resto de la muestra, se constatan los hechos siguientes (cuadro 2): las tuberculosis viven en su mayoría en la capital, mientras que las víctimas de enfermedades venéreas provienen más de otras ciudades; las obreras tienen una sobrerrepresentación en el primer grupo, mientras que las empleadas domésticas están más presentes en el segundo grupo; en cambio no aparece una diferenciación étnica.

El análisis de la evolución de esas dos patologías pone en evidencia, para la tubercu-

Cuadro No. 1.— Frecuencia de las enfermedades de 2459 mujeres, según la clasificación de el INEC, lista básica de 307 grupos (Hospital San Juan de Dios 1925 - 1965)

PATOLOGIA (Número en la clasificación INEC)	n	(o/o)
Infecciones intestinales (01)	92	(3.7)
Tuberculosis (02)	86	(3.5)
Otra enfermedades bacterianas (03)	12	(0.5)
Otras enfermedades víricas (04)	8	(0.3)
Enfermedades transmitidas por artrópodos (05)	37	(1.5)
Enfermedades venéreas (06)	272	(11.1)
Otras infecciones y parasitosis (07)	33	(1.3)
Cánceres labio, boca y faringe (08)	1	(0.0)
Cánceres digestivos y peritoneales (09)	37	(1.5)
Cánceres respiratorios e intratorácicos (10)	4	(0.2)
Cánceres de los huesos, de la piel y de la mama (11)	47	(1.9)
Cánceres de los órganos genitourinarios (12)	228	(9.3)
Cánceres de otros sitios o no especificado (13)	14	(0.6)
Cánceres del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos (14)	4	(0.2)
Tumores benignos (15)	88	(3.6)
Carcinomas in situ (16)	3	(0.1)
Otros tumores (17)	5	(0.2)
Enfermedades endocrinológicas, metabólicas e inmunitarias (18)	24	(0.4)
Deficiencias de la nutrición (19)	5	(0.7)
Enfermedades de la sangre (20)	9	(1.4)
Trastornos mentales (21)	18	(1.0)
Enfermedades del sistema nervioso (22)	34	(0.1)
Enfermedades del ojo (23)	24	(1.2)
Enfermedades del oído (24)	2	(0.2)
Fiebre reumática y consecuencias cardíacas (25)	30	(0.0)
Enfermedades hipertensivas (26)	5	(0.9)
Enfermedades isquémicas (27)	0	(0.2)
Otras enfermedades del corazón (28)	21	(1.3)
Enfermedades cerebrovasculares (29)	4	(0.9)
Otras enfermedades del aparato circulatorio (30)	32	(6.4)
Enfermedades de las vías respiratorias superiores (31)	21	(0.1)
Otras enfermedades respiratorias (32)	157	(17.6)
Enfermedades de la boca y de las glándulas salivales (33)	2	(2.4)
Otras enfermedades del aparato digestivo (34)	434	(7.0)
Enfermedades del aparato urinario (35)	60	(1.2)
Enfermedades del aparato genital femenino (37)	172	(2.0)
Aborto (38)	30	(0.1)
Causas obstétricas directas (39)	48	(8.0)
Causas obstétricas indirectas (40)	3	(2.7)
Enfermedades de la piel (42)	197	(0.2)
Enfermedades del sistema osteomuscular (43)	67	(0.2)
Anomalías congénicas (44)	5	(1.3)

Signos y síntomas mal definidos (46)	33	(0.1)
Fracturas (47)	2	(0.1)
Luxaciones, esguince y desgarros (48)	2	(0.1)
Traumatismos internos y craneales (49)	3	(0.1)
Heridas (50)	10	(0.4)
Cuerpo Extraño (51)	1	(0.0)
Quemaduras (52)	10	(0.4)
Envenenamientos (53)	6	(0.2)
Complicaciones de la atención médica (54)	16	(0.7)
Complicaciones precoces de traumatismos (55)	1	(0.0)
<b>TOTAL</b>	<b>2459</b>	<b>(100)</b>

Fuente: Archivo Hospital San Juan de Dios, sección 05, serie 03, subserie 08.  
Museo Nacional de Historia de la Medicina.

Cuadro No. 2.— *Características de las mujeres con tuberculosis y enfermedades venéreas (Hospital San Juan de Dios 1925 — 1965)*

Característica	Tuberculosis (n = 86)	Enf. venéreas (n = 272)	Total de la muestra (n = 2460)
<b>Raza</b>			
Blancas	27 (43.2)	43 (21.2)	653 (31.1)
Mestizas	48 (60.7)	149 (73.4)	1283 (61.1)
Indias	4 ( 5.1)	11 ( 5.4)	148 ( 7.1)
<b>Dirección</b>			
Quito	34 (82.9)	126 (69.6)	1294 (72.2)
Cabecera cantonal	4 ( 9.8)	35 (19.3)	300 (16.7)
Parroquia urbana	2 ( 4.9)	15 ( 8.3)	52 ( 2.9)
Parroquia rural	1 ( 2.4)	5 ( 2.8)	145 ( 8.1)
<b>Profesión</b>			
Personal de servicio	16 (42.2)	84 (56.0)	420 (43.7)
Comerciantes	5 (13.2)	8 ( 5.3)	98 (10.2)
Obreras	13 (34.2)	29 (19.3)	238 (24.7)
Empleadas	0 ( 0.0)	4 ( 2.7)	27 ( 2.8)
Profesoras	2 ( 5.2)	1 ( 0.7)	23 ( 2.4)
Agricultoras	1 ( 2.6)	19 (12.7)	135 (14.0)
Otras	1 ( 2.6)	5 ( 3.3)	21 ( 2.2)

Fuente: Archivo Hospital San Juan de Dios, sección 05, serie 03, subserie 08.  
Museo Nacional de Historia de la Medicina.

Cuadro No. 3.— *Evolución decenal de algunas enfermedades significativas*  
(Hospital San Juan de Dios 1925 — 1964)

Patología	1925/ 1929	1930/ 1934	1935/ 1939	1940/ 1944	1945/ 1949	1950/ 1954	1955/ 1959	1960/ 1964
Tuberculosis	17	23	23	5	2	4	6	5
Enfermedades venéreas	5	19	43	70	95	22	14	4
Enfermedades cutáneas	5	16	49	49	29	31	9	8
Enfermedades reumáticas	8	9	4	1	0	4	2	2
Apendicitis	3	2	1	2	14	17	28	19
Hernia	2	0	2	2	7	8	11	9
Fibroma uterino	2	0	3	16	16	6	8	8
Cáncer cuerpo uterino	2	0	11	9	15	7	10	3
Cáncer cuello uterino	5	8	22	27	14	30	28	21

Fuente: Archivo Hospital San Juan de Dios, sección 05, serie 03, subserie 08.  
Museo Nacional de Historia de la Medicina.

losis, un crecimiento moderado hasta el final de los años treinta seguido por una disminución rápida, y para las enfermedades venéreas, una pendiente fuertemente creciente hasta el final de los años cuarenta cuando después se invierte (cuadro 3). Esas tendencias se pueden interpretar desde dos enfoques diferentes. En primer lugar, desde el punto de vista de la epidemiología, el incremento inicial se debe a los fenómenos de pauperización y superpoblación ligados a la urbanización incontrolada; a partir de la cuarta década del siglo, el desarrollo de medidas preventivas y de nuevos tratamientos explican (6) una baja en la incidencia de esas infecciones.

En segundo lugar, hay que tomar en consideración las transformaciones ocurridas en el sistema de salud: en efecto, la apertura del nuevo hospital público Eugenio Espejo en 1933 confina la patología contagiosa, crónica y de una cierta manera más estigmatizante al antiguo San Juan de Dios; el crecimiento de la tuberculosis y de la sífilis traduce esta especialización, que se manifiesta también institucionalmente a través de la creación de un servicio de sifilografía dentro del hospital en 1924 y de un dispensario antituberculoso anexo a este en 1929; inversamente, la disminución ulterior de la incidencia de esas dos infecciones en la muestra

tiene parcialmente su origen en la puesta en servicio de instituciones especializadas como el Sanatorio de Cotacollao o el Hospital de Aislamiento al final de los años cuarenta.

El mismo tipo de análisis puede hacerse en el caso de las enfermedades de la piel, especialmente de la escabiosis, y de las afecciones asociadas con estigma. Al contrario, otras patologías prácticamente desaparecen de las estadísticas hospitalarias, más por razones institucionales que por razones epidemiológicas: si la fiebre reumática y las valvulopatías consecutivas disminuyen a partir de 1935, se debe más al hecho de que el nuevo hospital concentra este tipo de patología que a un presumido decrecimiento de las enfermedades debidas al estreptococcus.

El papel de las transformaciones ocurridas en el sistema de salud en las curvas evolutivas de la patología de las mujeres hospitalizadas se ve muy claramente en el caso de dos enfermedades muy comunes: la apendicitis y la hernia (cuadro 3). No se puede pensar que su crecimiento espectacular sea el resultado de una situación epidémica: son los adelantos de la técnica quirúrgica los que han permitido que esas patologías sean operadas sin mayor peligro.

La interpretación de la evolución del

fibroma uterino es más compleja: como fue mostrado en estudios norte-americanos, la morbilidad notificada de ese tumor tiene una fuerte correlación con el número de médicos y aún más de ginecólogos; la constitución de una especialización médica para las enfermedades femeninas (7), que había estado por fuera de las preocupaciones de los médicos hasta el final del siglo diecinueve, influye en gran parte en el crecimiento de la incidencia hospitalaria del fibroma uterino; pero a partir de los años cincuenta, cuando se moderniza la Maternidad Pública Isidro Ayora, esa patología se traslada a esta institución, lo que explica su disminución en el Hospital San Juan de Dios.

Finalmente, los cánceres genitales ilustran muy bien la necesidad de tener en cuenta diversos factores explicativos. El incremento del número de casos, hasta un máximo notablemente estable entre 1940 y 1959 cuando empieza a disminuir, se debe principalmente a la evolución del cáncer del cuello uterino (cuadro 3). Tres elementos se conjugan para explicar esta evolución: el crecimiento de esta patología, en relación a las infecciones de transmisión sexual, en la población femenina en general; el mejoramiento del acceso de las mujeres a la atención médica; el desarrollo de la especialización ginecológica.

Como se puede constatar, las estadísticas hospitalarias informan a la vez sobre la situación epidemiológica, el medio social y el contexto institucional. Sin embargo, la riqueza de esos datos implica también limitaciones en su interpretación: frente a una tendencia evolutiva, es todo el marco histórico el que se debe analizar antes de proponer una explicación —que, en la mayoría de los casos, será necesariamente polisémica.

### Diferenciación sexual de la Patología

Dentro de las patologías de las cuales padecen las mujeres, una parte está ligada directa o indirectamente (a través de determinaciones biológicas o de riesgos comportamentales), positiva o negativamente (causando una

falta o un exceso de morbilidad), a su condición femenina (8). Con el fin de precisar el papel del factor de género, se ha estudiado una segunda muestra, constituida por las cien primeras historias clínicas — de hombres y mujeres — de cada década, entre 1925 y 1965: son así 500 casos —241 hombres y 259 mujeres— los que se analizan aquí.

La diferenciación sexual en la patología puede considerarse alrededor de dos enfoques (9): la reproducción biológica, que incluye afecciones obstétricas y trastornos genitales, específicos a cada sexo, y la reproducción social, en particular las condiciones de vida y de trabajo, respecto a las cuales las mujeres pueden o no encontrarse en una posición desfavorable, es decir que, según las situaciones, ellas tendrán condiciones iguales, peores o mejores que los hombres.

Las enfermedades que pueden agruparse en la primera categoría representan un 15.5 o/o de la morbilidad entre las mujeres y un 3.6 o/o entre los hombres (cuadro 4). Los tumores explican ampliamente la diferencia: estos representan respectivamente el 8.6 o/o y el 1.2 o/o del total de las patologías femenina y masculina. Las inflamaciones e infecciones no venéreas también entran en esa diferencia: respectivamente representan el 4.2 o/o y el 2.4 o/o de los casos. Las complicaciones del embarazo y del parto por su parte, son responsables del 2.7 o/o del conjunto de las afecciones de las cuales padecen las mujeres. La reproducción biológica juega entonces un papel importante, no solo en la patología materna, sino también y con mayor incidencia, en la patología femenina general.

Las enfermedades que entran en la segunda categoría se refieren al modo de vivir y de trabajar de la persona enferma, pero las interrelaciones entre lo social y lo biológico toman formas diferentes, como se puede ver en el caso de algunas patologías (cuadro 5). La ilustración más simple es el paludismo que representa el 14 o/o del total de la morbilidad antes de 1935 y que después prácticamente desaparece: el contacto con los vectores depende

Cuadro No. 4.— *Diferencias por género en las patologías asociadas con la reproducción biológica (Hospital San Juan de Dios 1925 — 1965)*

Patología	Hombres	(o/o)	Mujeres	(o/o)
Enfermedades Genito Urinarias	6	(2.4)	11	(4.2)
Tumores malignos Genito Urinarios	2	(0.8)	17	(6.6)
Tumores benignos Genito Urinarios	1	(0.4)	5	(2.0)
Complicaciones Obstétricas	0	(0.0)	7	(2.7)
Total	7	(3.6)	40	(15.5)

Fuente: Archivo Hospital San Juan de Dios, sección 05, serie 03, subserie 08.  
Museo Nacional de Historia de la Medicina.

Cuadro No. 5.— *Diferencias por género en algunas patologías asociadas con la reproducción social (Hospital San Juan de Dios 1925 — 1965)*

Patología	Hombres	(o/o)	Mujeres	(o/o)
Paludismo	7	( 2.9)	1	(0.4)
Eczema	20	( 8.3)	7	(2.7)
Escabiosis	4	( 1.7)	5	(1.9)
Tuberculosis	18	( 7.5)	6	(2.3)
Sífilis	32	(13.3)	24	(9.3)
Gonococcia	17	( 7.1)	4	(1.5)
Patología Reumática	2	( 0.8)	7	(2.7)
Patología Biliaria	5	( 2.1)	16	(6.2)
Patología Accidental	11	4.6)	6	(2.3)

Fuente: Archivo Hospital San Juan de Dios, sección 05, serie 03,  
subserie 08. Museo Nacional de Historia de la Medicina.

estrechamente de las condiciones de vida y de trabajo, y las migraciones laborales de los hombres a la Costa explican probablemente la incidencia siete veces más alta de la malaria entre estos que entre las mujeres. Otro ejemplo es el prurito que conciernen el 11 o/o de los enfermos de la muestra: estos son frecuentemente causados por la manipulación de productos alérgicos, particularmente en las actividades de la construcción. La incidencia tres veces más alta de esas dermatosis entre los enfermos que entre las enfermas puede estar puesta en relación con las condiciones del trabajo obrero.

Las dos enfermedades de fuerte determinación social ya estudiadas, muestran claramente la relación entre morbilidad y género, mediatizada por la participación en el proceso de producción (cuadro 6). La tuberculosis es tres veces más frecuente en los hombres que en las mujeres: como fue indicado anteriormente, esta infección se manifiesta con una incidencia más alta en el sector secundario, lo que se verifica aquí tanto para las mujeres como para los hombres; la presencia más fuerte de estos en esas actividades (cuatro veces más, cuando se consideran obreros y artesanos) explica el exceso de tuberculosis en el grupo masculino. Las enfermedades venéreas tienen igualmente una sobrerrepresentación masculina (con una inci-

dencia más alta en el sector secundario, lo que se verifica aquí tanto para las mujeres como para los hombres; la presencia más fuerte de estos en esas actividades (cuatro veces más, cuando se consideran obreros y artesanos) explica el exceso de tuberculosis en el grupo masculino. Las enfermedades venéreas tienen igualmente una sobrerrepresentación masculina (con una incidencia doble en relación a la femenina): se puede anotar que esas infecciones se distribuyen en un abanico de categorías profesionales mucho más amplio para los hombres (en particular en el sector terciario), que para las mujeres, donde se encuentran casi exclusivamente en una sola actividad laboral (el personal de servicio); sin embargo, hay que considerar otro factor explicativo, pues la diferencia entre ambos sexos es mucho más considerable para la gonococcia (17 hombres y 4 mujeres) que para la sífilis (32 hombres y 24 mujeres), lo que se debe, entre otras causas, a la dificultad de realizar este diagnóstico en el sexo femenino.

Existen situaciones más complejas cuando hay interferencia entre lo innato y lo adquirido. Así, la fiebre reumática y sus efectos cardíacos tienen determinantes complejos: la promiscuidad, consecuencia de la sobrepoblación en los barrios pobres, es probablemente más in-

Cuadro No. 6.— Relación entre categorías profesionales y dos patologías según el género (Hospital San Juan de Dios 1925 — 1965)

Categoría Profesional	Tuberculosis		Enfermedades Venéreas				Total Patología			
	Hombres (o/o)	Mujeres (o/o)	Hombres (o/o)	Mujeres (o/o)	Hombres (o/o)	Mujeres (o/o)	Hombres (o/o)	Mujeres (o/o)		
Servicio	0 (0)	2 (33)	6 (12)	15 (54)	16 (6)	59 (23)				
Comercio	0 (0)	1 (17)	1 (2)	0 (0)	9 (4)	9 (3)				
Agricultura	5 (28)	0 (0)	12 (24)	2 (7)	82 (34)	7 (3)				
Industria	4 (23)	3 (50)	4 (8)	3 (11)	25 (10)	23 (9)				
Artesanía	7 (39)	0 (0)	12 (24)	0 (0)	64 (27)	16 (6)				
Terciario	1 (5)	0 (0)	12 (24)	0 (0)	35 (14)	0 (0)				
Otras	1 (5)	0 (0)	3 (6)	8 (28)	13 (5)	145 (56)				
<b>TOTAL</b>	<b>18 (100)</b>	<b>6 (100)</b>	<b>50 (100)</b>	<b>28 (100)</b>	<b>241 (100)</b>	<b>259 (100)</b>				

Fuente: Archivo Hospital San Juan de Dios, sección 05, serie 03, subserie 08. Museo Nacional de Historia de la Medicina.

fluyente entre las niñas que entre los niños a causa de una presencia más grande de aquellas en la casa; pero el elemento genético, desfavorable para las mujeres, también juega un papel, como se ha demostrado. El exceso de patología biliar entre las mujeres se puede interpretar de manera similar por diferencias en el consumo alimentario y por las características hereditarias.

La descripción de los determinantes de la salud en términos de reproducción biológica por un lado y de reproducción social por el otro es obviamente una simplificación: las condiciones económicas influyen sobre el riesgo de cáncer uterino o de complicación obstétrica, e inversamente, los factores genéticos inducen disparidades frente a la enfermedad dentro de un grupo expuesto a la misma situación material. Pero este modelo permite analizar cómo se construye —biológica y socialmente— la diferenciación en la salud entre géneros.

Más que una información sobre la frecuencia y la distribución de las patologías —que estaría falseada por el hecho de ser recogida a partir de estadísticas hospitalarias, que ignoran la morbilidad que no conduce al hospital—, el estudio de los registros de enfermos del hospital San Juan de Dios aporta un conocimiento de las complejas interacciones entre el medio social, el contexto institucional y la situación epidemiológica. A pesar de sus limitaciones —que tienen a menudo por efecto traer un mayor número de interrogantes que de respuestas—, las historias clínicas abren, más allá de la información médica, nuevas pistas para una historia social de las enfermedades en el siglo veinte.

### Agradecimiento

Esa investigación es parte de un proyecto más amplio que asocia el Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA) y el Instituto Salud y Desarrollo de la Universidad de París (ISD). Se implementa gracias a un contrato del Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica de Francia (INSERM) y en colaboración

con el Centro de Estudios y Asesoría en Salud del Ecuador (CEAS). Agradecemos al Dr. Eduardo Estrella, Director del Museo de Historia de la Medicina, por su ayuda en diferentes etapas del trabajo.

### Notas

1. Mucho se ha escrito sobre la historia del hospital San Juan de Dios, más que todo desde el punto de vista de los acontecimientos institucionales: en particular, J.J. Samaniego, Resumen cronológico de la Historia del Hospital San Juan de Dios, Ed. Fray Jódocko Rickie, Quito, 1949, y C. Astudillo, páginas de la medicina ecuatoriana, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, Quito, 1981; se puede consultar una bibliografía completa en E. Estrella, Principales fuentes de la bibliografía médica ecuatoriana, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 1988.
2. Para un análisis de las relaciones entre la situación social y el sistema de salud durante este período, se puede consultar: N. León, El pensamiento médico ecuatoriano, Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (Cuenca), 4, (1), 93 - 121, 1989, y M. Velasco Abad, P. de la Torre, N. León, Políticas de salud en el Estado ecuatoriano 1887 - 1983, informe final, multigr., 307 p., Quito, 1989.
3. Este proceso de urbanización y sus consecuencias en la estructura de la sociedad quiteña está descrito en L.A. Achig, el proceso urbano de Quito, Cultura, Revista del Banco Central del Ecuador, 24, 863 - 870, 1986, y en E. Kingman Garcés, Quito en el siglo naciente, Cultura, revista del Banco Central del Ecuador, 24, 871 - 875, 1986.
4. La historia de las instituciones de salud se encuentra detallada en J.J. Samaniego, Cronología Médica Ecuatoriana, Ed. Casa de la Cultura, Quito, 1957, y C. Hermida

- Piedra, Resumen de la historia de la medicina ecuatoriana, Publicaciones y Papeles, Cuenca, 1979.
5. El perfil social de las mujeres de la muestra ha sido estudiado en otro artículo: A.C. Defossez, D. Fassin, Femmes malades á l'hôpital public de Quito, de próxima publicación.
  6. En el caso de la tuberculosis, las publicaciones de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa creada en 1940 permiten verificar esta afirmación: entre 1938 y 1950, la mortalidad causada por esta afección disminuye en un 57 o/o en Quito, donde representa todavía en 1950 el 54 o/o del total de las causas de muertes, según diez años de lucha antituberculosa en el Ecuador 1940 - 1950, Memoria de la LEA, Guayaquil, 1951. En este documento, se menciona la introducción de la vacunación por BCG en los programas preventivos en 1948 y de la estreptomomicina en los tratamientos en 1949.
  7. Sobre este tema, se puede consultar L.M. Ayora, Historia de la enfermería en el Ecuador, Revista del Hospital Militar, Tercera Epoca, 6, 7, 1960, y J.A. Falconí Villagomez, Evolución de la obstetricia, in Asclepios y Cronos, Páginas de historia médica y para-médica, Ed. Casa de la Cultura, Núcleo de Guayas, Guayaquil, 1960, 454 - 465.
  8. Un análisis de esta cuestión en el período contemporáneo se puede leer en Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las Américas, Organización Panamericana de la Salud, multigr., 255 p., Washington, 1990.
  9. Esa clasificación se distingue de aquella propuesta por J. Breilh y E. Granda, Investigación de la salud en la sociedad, Ed. de la Fundación Salud y Sociedad, La Paz, 1985, que analiza la patología en función de dos criterios, las modalidades del uso de la fuerza de trabajo y las formas de consumo; para entender mejor el papel específico de las relaciones de género en la producción de las diferencias entre hombres y mujeres, parece preferible referirse a los conceptos de reproducción biológica y de reproducción social, dándoles definiciones un poco más amplias que las habituales.

### Abstract

The history of diseases during the twentieth century is yet little studied in Ecuador. From a sample of 2460 medical stories collected in Quito Hospital San Juan de Dios, it has been possible to describe the relations between diseases and social facts which have occurred from 1925 to 1965, insisting on the part not only of the epidemiological context, but also of the evolution of the health care institutions, of medical progresses and of social practices.

This work has included a comparative study of 500 medical stories of male and female patients during the same period, in order to identify the role of gender in the determination of diseases.

### Bibliografía

1. Achig, L.M.; El proceso urbano de Quito. Cultura. (Quito), 24: 263 - 870, 1986.
2. Astudillo, C.; Páginas de la Medicina Ecuatoriana. Quito, Instituto Panamericano de Historia y Geografía, 1981.
3. Ayora, L.M.; Historia de la Enfermería en el Ecuador. Revista del Hospital Militar (Quito) 6:7, 1960.

4. Breilh, J. y Granda, E.; Investigación de la Salud en la Sociedad. La Paz, Ed. de la Fundación Salud y Sociedad, 1985.
5. Estrella, E.; Principales Fuentes de la Bibliografía Médica Ecuatoriana. Quito, Facultad de Ciencias Médicas, 1988.
6. Falconí Villagómez, J.A.; Asclepio y Cronos. Guayaquil, Ed. Casa de la Cultura, 1960.
7. Hermida Piedra, C.; Resumen de la Historia de la Medicina Ecuatoriana. Cuenca, Publicaciones y Papeles, 1979.
8. Lingman Garcés, E.; Quito en el siglo naciente. Cultura; (Quito)24: 871 - 875, 1986.
9. León, N.; El Pensamiento Médico Ecuatoriano. Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (Cuenca) 4 (1): 93 - 121, 1989.
10. Samaniego, J.J.; Cronología Médica Ecuatoriana, Quito, Ed. Casa de la Cultura, 1957.
11. Velasco Abad, M., de la Torre, P. y León, N.; Políticas de la Salud en el Estado Ecuatoriano 1887 - 1983. Quito, 1989. Informe mimeografiado.