

VOLUMEN XXV

NUMERO 2

JULIO - DICIEMBRE 1989

REVISTA ECUATORIANA DE

Medicina y Ciencias Biológicas

CASA DE LA CULTURA ECUATORIANA

CONTENIDO

	<u>Págs.</u>
EDITORIAL	
El Dr. Pablo Arturo Suárez como expresión del pensamiento y de la obra de Eugenio Espejo en la década de los XXX	75
Pablo Arturo Suárez: una visión crítica de su obra.— Dr. Fernando Jurado Noboa	81
Pablo Arturo Suárez y su tiempo.— Dr. Celín Astudillo	89
Aporte de Pablo Arturo Suárez a la lucha antituberculosa en el Ecuador.— Dr. Leopoldo Arcos	93
Pablo Arturo Suárez y sus aportaciones a la medicina social.— Dra. Ninfa León	99
Pablo Arturo Suárez: la época y el pensamiento.— Alexei Páez	107
TRABAJO DE INVESTIGACION	
Colecistitis - Colelitiasis en pacientes del Hospital Eugenio Espejo en el año de 1985.— Dr. Luis Garzón V. y Dra. Adela Criollo T....	113
Síndromes dolorosos de la columna vertebral (S.D.C.V.) en pacientes del Dispensario de Cotacollao—IESS.— Dr. Luis Córdova Velasco y Dr. Patricio Donoso Garrido	119
El riñón artificial.— Dr. Cristóbal Santacruz..	127

CONSEJO EDITORIAL

Directores: Dr. PLUTARCO NARANJO
Dr. RODRIGO FIERRO
Dr. RUPERTO ESCALERAS
Editor: Dr. CRISTOBAL SANTACRUZ



QUITO
Apartado N° 67

4400186
1789
p. 2
/ 1

CONTENIDO

	<u>Págs.</u>
EDITORIAL	
El Dr. Pablo Arturo Suárez como expresión del pensamiento y de la obra de Eugenio Espejo en la década de los XXX	75
Pablo Arturo Suárez: una visión crítica de su obra.— Dr. Fernando Jurado Noboa	81
Pablo Arturo Suárez y su tiempo.— Dr. Celín Astudillo	89
Aporte de Pablo Arturo Suárez a la lucha antituberculosa en el Ecuador.— Dr. Leopoldo Arcos	93
Pablo Arturo Suárez y sus aportaciones a la medicina social.— Dra. Ninfa León	99
Pablo Arturo Suárez: la época y el pensamiento.— Alexei Páez	107
TRABAJO DE INVESTIGACION	
Colecistitis - Colelitiasis en pacientes del Hospital Eugenio Espejo en el año de 1985.— Dr. Luis Garzón V. y Dra. Adela Criollo T....	113
Síndromes dolorosos de la columna vertebral (S.D.C.V.) en pacientes del Dispensario de Cotacollao-IESS.— Dr. Luis Córdova Velasco y Dr. Patricio Donoso Garrido	119
El riñón artificial.— Dr. Cristóbal Santacruz..	127

CONSEJO EDITORIAL

Directores: Dr. PLUTARCO NARANJO
Dr. RODRIGO FIERRO
Dr. RUPERTO ESCALERAS
Editor: Dr. CRISTOBAL SANTACRUZ



QUITO
Apartado N° 67

REVISTA ECUATORIANA DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

PUBLICACION OFICIAL DE LA SECCION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS DE LA
CASA DE LA CULTURA ECUATORIANA
QUITO

Presidente: Arq. MILTON BARRAGAN DUMET

SECCION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y NATURALES

DIRECTORIO:

Director: Ing. Miguel Moreno
Secretario: Dr. Oswaldo Morán
Tesorero: Ing. Jaime Díaz

Primer Vocal: Dr. Jorge de la Torre
Segundo Vocal: Dr. Angel Matovelle
Vocales Suplentes: Dr. Oswaldo Chávez
Dr. Marcelo Moreano

Prosecretaria: Srta. Mercedes Rhon.

NOMINA DE LOS MIEMBROS DE LA SECCION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y NATURALES DE LA CCE.

Dra. LAURA ARCOS TERAN	Ing. ANIBAL JARRIN
Dr. CELIN ASTUDILLO	Dr. LUIS A. LEON
Dra. ENRIQUETA BANDA DE NARANJO	Ec. ANGEL MATOVELLE
Sr. JUAN BLACK	Dr. PABLO MARTINOD
Dr. AUGUSTO BONILLA	Ing. MIGUEL MORENO ESPINOSA
Dr. CLAUDIO CANIZARES	Dr. PLUTARCO NARANJO
Dra. BLANCA CASTILLO DE LEON	Dr. MAX ONTANEDA POLIT
Dr. PABLO CORNEJO	Sr. GUSTAVO ORCBS
Dr. JOSE CRUZ CUEVA	Dr. FERNANDO ORTIZ
Dr. OSWALDO CHAVEZ JARAMILLO	Dra. IRENE PAREDES
Dr. JORGE H. DE LA TORRE	Dr. HERNAN PROAÑO
Dr. TJITTE DE VRIES	Dr. ALFREDO PEREZ RUEDA
Dra. EUGENIA DEL PINO	Dr. IGNACIO RAMIREZ
Ing. JAIME DIAZ MORENO	Dr. EDGAR SAMANIEGO
Dr. RUPERTO ESCALERAS	Dr. FRANK WELBAUER
Dr. EDUARDO ESTRELLA	Dr. CRISTOBAL SANTACRUZ
Dr. RODRIGO FIERRO BENITEZ	Biól. FAUSTO SARMIENTO
Dr. CARLOS GUARDERAS	Dr. HENRIK VALSLEV
Dr. LAURITZ B. HOLM-NIELSEN	Dr. JOSE VAREA
	Dr. HUGO LOZA PARED

SUSCRIPCIONES

Por un año (2 números): En el País S/ 100.00.
En el exterior US 2.00 dólares

10 2667 - 2010

RECOMENDACIONES PARA LOS AUTORES

PREPARACION DEL MANUSCRITO.—

El artículo o trabajo debe ser lo más conciso posible; no obstante, debe contener una información por sí misma suficiente sobre los métodos o técnicas empleados y los resultados obtenidos.

Los artículos deben ser escritos en un estilo sobrio, evitando la verbosidad y perifrasis, así como palabras o frases de sentido impreciso.

Por regla general, el original debe estar dividido en las siguientes secciones:

1) **Introducción**, que debe contener los antecedentes y objetivos de la investigación. Extensión 10 ó 20% del total del texto.

2) **Materiales y métodos**, sección llamada también "procedimiento", "parte experimental", "método experimental", etc., debe contener el procedimiento o diseño experimental, las técnicas y materiales empleados, y en caso de trabajos clínicos, los pacientes o grupos de pacientes y sus características, antes del tratamiento o experimentación. Extensión del 10 al 30%.

3) **Resultados**, conteniendo los datos objetivos de la investigación, de preferencia acompañados de: tablas, diagramas, fotografías, etc., sin comentarios ni hipótesis explicativos. En caso de historias clínicas, no es indispensable una descripción detallada de cada paciente. Los resultados cuantitativos deben someterse, en lo posible, a análisis estadístico. Extensión 30 a 40%.

4) **Discusión**, conteniendo hipótesis o teorías explicativas, comentarios, comparaciones con resultados de otros autores, etc. Esta sección puede no ser necesaria. Extensión 10 a 30%.

5) **Conclusiones y/o resumen**, si la índole del trabajo permite obtener conclusiones, deberán presentarse éstas numeradas sucesivamente.

De no ser posible lo anterior, debe hacerse un resumen del trabajo, por sí solo suficientemente claro y explicativo y conteniendo lo de la extensión total, el mismo que será traducido al inglés. Si el autor puede enviar resumen relativamente extenso de 10 a 20%

también la traducción al inglés, será preferible.

6) **Referencias bibliográficas**, deben ir numeradas, sucesivamente, de acuerdo a su presentación o cita en el texto. En el texto la cita bibliográfica puede hacerse con el nombre del autor y el número o solamente éste. La forma y puntuación de las citas bibliográficas serán las adoptadas por el Journal of the American Medical Association. El nombre de la revista citada se abreviará de acuerdo al Index Medicus o al Chemical Abstracts. A continuación se indican ejemplos:

1. RODRIGUEZ, J. D.: Nuevos datos sobre la onfermedad de Chagas en Guayaquil 1959 - 1961, Rev. Ecuat. Hig Med. Trop. 18: 49, 1961.
2. MAKOWSKI, E. L.; McKELVEY, J. L. PLIGHT, G. W., and MOSSER, D. G.: Irradiation therapy of carcinoma of the cervix. J. A. M. A. 182: 637, 1962.
3. LITTER, M.: Farmacología, 2ª ed., El Ateneo, Buenos Aires. 1961.

La extensión total del artículo no debe exceder de 20 páginas, escritas a máquina, a doble renglón (aproximadamente 6.000 palabras).

PREPARACION DE LAS ILUSTRACIONES.— Las ilustraciones se dividen en: tablas y figuras.

Tablas.— Contienen datos numéricos. Deben ser numeradas con números romanos y contener no más de 6 columnas. Cada tabla debe presentarse en una hoja aparte.

Figuras.— Bajo esta denominación genérica se engloban: diagramas, esquemas, gráficos, fotografías, radiografías, etc. Se enumeran con números arábigos. No deben incluirse en el manuscrito, sino adjuntarse a él, pero indicando en el manuscrito el sitio aproximado de su ubicación. La leyenda que acompaña a las figuras debe presentarse en hoja aparte.

Los diagramas o dibujos deberán presentarse en cartulina y a tinta china; de no ser posible, pueden enviarse en borrador, a lápiz.

REVISTA ECUATORIANA DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

PUBLICACION OFICIAL DE LA SECCION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS DE LA
CASA DE LA CULTURA ECUATORIANA
Q U I T O

Presidente: Arq. MILTON BARRAGAN DUMET

SECCION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y NATURALES

DIRECTORIO:

Director: Ing. Miguel Moreno
Secretario: Dr. Oswaldo Morán
Tesorero: Ing. Jaime Díaz

Primer Vocal: Dr. Jorge de la Torre
Segundo Vocal: Dr. Angel Matovelle
Vocales Suplentes: Dr. Oswaldo Chávez
Dr. Marcelo Moreano

Prosecretaria: Srta. Mercedes Rhon.

NOMINA DE LOS MIEMBROS DE LA SECCION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y NATURALES DE LA CCE.

Dra. LAURA ARCOS TERAN	Ing. ANIBAL JARRIN
Dr. CELIN ASTUDILLO	Dr. LUIS A. LEON
Dra. ENRIQUETA BANDA DE NARANJO	Ec. ANGEL MATOVELLE
Sr. JUAN BLACK	Dr. PABLO MARTINOD
Dr. AUGUSTO BONILLA	Ing. MIGUEL MORENO ESPINOSA
Dr. CLAUDIO CANIZARES	Dr. PLUTARCO NARANJO
Dra. BLANCA CASTILLO DE LEON	Dr. MAX ONTANEDA POLIT
Dr. PABLO CORNEJO	Sr. GUSTAVO ORCES
Dr. JOSE CRUZ CUEVA	Dr. FERNANDO ORTIZ
Dr. OSWALDO CHAVEZ JARAMILLO	Dra. IRENE PAREDES
Dr. JORGE H. DE LA TORRE	Dr. HERNAN PROAÑO
Dr. TITTE DE VRIES	Dr. ALFREDO PEREZ RUEDA
Dra. EUGENIA DEL PINO	Dr. IGNACIO RAMIREZ
Ing. JAIME DIAZ MORENO	Dr. EDGAR SAMANIEGO
Dr. RUPERTO ESCALERAS	Dr. FRANK WELBAUER
Dr. EDUARDO ESTRELLA	Dr. CRISTOBAL SANTACRUZ
Dr. RODRIGO FIERRO BENITEZ	Biól. FAUSTO SARMIENTO
Dr. CARLOS GUARDERAS	Dr. HENRIK VALSLEV
Dr. LAURITZ B. HOLM-NIELSEN	Dr. JOSE VAREA
	Dr. HUGO LOZA PARED

SUSCRIPCIONES

Por un año (2 números): En el País S/ 100.00.
En el exterior US 2.00 dólares

RECOMENDACIONES PARA LOS AUTORES

PREPARACION DEL MANUSCRITO.—

El artículo o trabajo debe ser lo más conciso posible; no obstante, debe contener una información por sí misma suficiente sobre los métodos o técnicas empleados y los resultados obtenidos.

Los artículos deben ser escritos en un estilo sobrio, evitando la verbosidad y perifrasis, así como palabras o frases de sentido impreciso.

Por regla general, el original debe estar dividido en las siguientes secciones:

1) **Introducción**, que debe contener los antecedentes y objetivos de la investigación. Extensión 10 ó 20% del total del texto.

2) **Materiales y métodos**, sección llamada también "procedimiento", "parte experimental", "método experimental", etc., debe contener el procedimiento o diseño experimental, las técnicas y materiales empleados, y en caso de trabajos clínicos, los pacientes o grupos de pacientes y sus características, antes del tratamiento o experimentación. Extensión del 10 al 30%.

3) **Resultados**, conteniendo los datos objetivos de la investigación, de preferencia acompañados de: tablas, diagramas, fotografías, etc., sin comentarios ni hipótesis explicativas. En caso de historias clínicas, no es indispensable una descripción detallada de cada paciente. Los resultados cuantitativos deben someterse, en lo posible, a análisis estadístico. Extensión 30 a 40%.

4) **Discusión**, conteniendo hipótesis o teorías explicativas, comentarios, comparaciones con resultados de otros autores, etc. Esta sección puede no ser necesaria. Extensión 10 a 30%.

5) **Conclusiones y/o resumen**, si la índole del trabajo permite obtener conclusiones, deberán presentarse éstas numeradas sucesivamente.

De no ser posible lo anterior, debe hacerse un resumen del trabajo, por sí solo suficientemente claro y explicativo y conteniendo lo de la extensión total, el mismo que será traducido al inglés. Si el autor puede enviar resumen relativamente extenso de 10 a 20%

también la traducción al inglés, será preferible.

6) **Referencias bibliográficas**, deben ir numeradas, sucesivamente, de acuerdo a su presentación o cita en el texto. En el texto la cita bibliográfica puede hacerse con el nombre del autor y el número o solamente éste. La forma y puntuación de las citas bibliográficas serán las adoptadas por el Journal of the American Medical Association. El nombre de la revista citada se abreviará de acuerdo al Index Medicus o al Chemical Abstracts. A continuación se indican ejemplos:

1. RODRIGUEZ, J. D.: Nuevos datos sobre la enfermedad de Chagas en Guayaquil 1959-1961. *Rev. Ecuat. Hig. Med. Trop.* 18: 49, 1961.
2. MAKOWSKI, E. L.; MCKILVEY, J. L. FLIGHT, G. W., and MOSSER, D. G.: Irradiation therapy of carcinoma of the cervix. *J. A. M. A.* 182: 637, 1962.
3. LITTER, M.: *Farmacología*, 2ª ed., El Ateneo, Buenos Aires, 1961.

La extensión total del artículo no debe exceder de 20 páginas, escritas a máquina, a doble renglón (aproximadamente 6.000 palabras).

PREPARACION DE LAS ILUSTRACIONES.— Las ilustraciones se dividen en: tablas y figuras.

Tablas.— Contienen datos numéricos. Deben ser numeradas con números romanos y contener no más de 6 columnas. Cada tabla debe presentarse en una hoja aparte.

Figuras.— Bajo esta denominación genérica se engloban: diagramas, esquemas, gráficos, fotografías, radiografías, etc. Se enumeran con números arábigos. No deben incluirse en el manuscrito, sino adjuntarse a él, pero indicando en el manuscrito el sitio aproximado de su ubicación. La leyenda que acompaña a las figuras debe presentarse en hoja aparte.

Los diagramas o dibujos deberán presentarse en cartulina y a tinta china; de no ser posible, pueden enviarse en borrador, a lápiz

EDITORIAL

EL DOCTOR PABLO ARTURO SUAREZ COMO EXPRESION DEL PENSAMIENTO Y DE LA OBRA DE EUGENIO ESPEJO EN LA DÉCADA DE LOS XXX

¡Qué cruel sometimiento! ¡Cuánta injusticia!

El haragán que de Iberia vino, es el noble que detesta el esfuerzo y el trabajo: son los plebeyos los llamados a ejecutar las labores que otorgan poder y riqueza a aquellos que se ennoblecieron en nuestras comarcas.

¡Qué suerte la de los indios: ultrajados, vilipendiados, obligados a vivir en mayoría como compañeros de los conejos de los páramos andinos, por aquella alta clase que usurpó su terruño.

Los mestizos, engendros de españoles e indios nacían para servir a los nobles, la ley absurda prohibía su aspiración a cargos elevados; pero en compensación la gracia vanal les permitía acceder a la profesión de clérigos y a ella se acercaban anhelosos de dejar atrás la pobreza.

Los indios, tercera clase, debían ser ignorados. Les era negado cualquier derecho civil. Los negros... pobres ne-

gros africanos fueron privados hasta de la potestad sobre sus hijos... podían ser comprados y vendidos: pues los dueños de las haciendas eran sus propietarios y... muy frecuentemente los poderosos hacendados eran los Jesuitas.

La lascivia, la inverecundia no tenían freno. Se inculcaba el catecismo católico con la moral evangélica y la santidad del matrimonio, sin embargo el conquistador cubría con el calor de su hogar a muchas mujeres a las que ocultaba bajo su instinto.

¡Suerte desastrosa la de los indios! Ningún pueblo ha permanecido como esclavo más de dos siglos, únicamente ellos, con las mitas y su muerte que coreaba día a día en las minas, con los obrajes que tejían el castigo hora a hora, ya con grillos, ya con cepos; ya con cárcel o azotes.

Hasta la educación fue esquiva para los indígenas. Era tan selectiva que no podía llegar para los hijos ilegítimos.

El seminario, por una ley especial, no podía recibir a los hijos de los artesanos. Los aspirantes debían, en primer lugar, acreditar su nobleza de sangre, probando además judicialmente que ninguno de sus mayores había ejercido oficio alguno; pues el trabajo deshonraba y la holganza ennoblecía.

El 21 de febrero de 1747, nace Eugenio Espejo. Licenciado en derecho civil y canónico, se gradúa de doctor en Medicina en julio de 1767.

Concentró en su alma el dolor, el llanto y los gemidos de 200 años de todo un pueblo. Exhaló su grito de rebeldía, él podía hacerlo. Se había preparado con su expresión elegante, y docta y con ella se convirtió en causa de la emancipación del continente.

Nace como un enorme islote en el centro de una laguna, como un gigante entre hormigas, vence múltiples dificultades. Combate a la injusticia, se defiende y golpea con hábil sátira, cuestiona al jesuitismo, filosofa, escribe el primer periódico, y expresa un credo de beneficio popular con el que pone las bases de la medicina social y de la medicina preventiva: Presenta sus "Reflexiones sobre las Viruelas", obra calificada por González Suárez como la mejor de Espejo y... es así, por el acierto de sus observaciones, tan difíciles en esa época, pero comprobadas posteriormente por sabios como Jenner y Pasteur. Estudia prolijamente la causa original de las viruelas, explica no sólo su prevención, sino señala que el agente causante de la enfermedad viaja por el aire en pequeñas partículas que son las que hacen el contagio.

Su mente ágil crece, se agiganta y con gran erudición irrumpe en consejos orientados al control de todas las afecciones contagiosas: "Una epidemia, cualquiera que sea, dice, es un soplo venenoso, que, sin perdonar condición alguna, influye en todos los cuerpos malignamente y trae la muerte y ruina de todos". Habla del sarampión, de la sífilis, de la lepra, del mal de manchas o peste de los indios, y de cuanta epidemia llegaba a nuestra patria. Describe los lugares malsanos de Quito, la pestilencia que por desperdicios e inmundicias tenían algunas calles, se lamenta de la falta de agua y sitúa a estos factores como causantes de las enfermedades.

En la "Memoria sobre el Corte de Quinas", conocedor que la quina se descubrió en Loja y que los gobernantes quisieron utilizarla para extraer de su venta en su usufructo el beneficio económico, Espejo combate la prohibición de la venta y el estanco de quina y consigue la libre recolección y la comercialización amplia para que se beneficie todo el pueblo. Da normas para el cultivo y para la venta de la quina. Preocupado por la débil economía de la región y tomando en consideración que ella era el único remedio efectivo para el paludismo, piensa e impulsa su comercio mediante la exportación.

Espejo critica y desea terminar con los focos de infección. Se opone al entierro de cadáveres en los templos; pues piensa que son el aire y los humores los agentes de contagio. Investiga los casos de viruela, el cuadro clínico, las edades de presentación, la fre-

ciencia de acuerdo a las localidades, *siempre por su pueblo sano y libre*. Es el primer médico que desea prevenir enfermedades y junta a su espíritu profesional el alma noble de quien busca justicia sin meditar en sus privaciones personales. Sufre destierros, se enferma y muere dejando como norma y como consejo lo importante que constituyó para el profesional de la Medicina esforzarse por ampliar su acción siempre al ámbito social.

Rodamos los años 30, el país vive una profunda crisis económica, dentro del modelo agroexportador persistente. Se insinúa tenue una timorata industrialización. La estratificación social se acentúa. El proletariado irrumpe raudamente al acontecer nacional, rebelde, herido. El indio y el campesino continúan plutiendo el injusto trato, la degradación permanente a niveles bajos. Surge nuevamente un espíritu médico social: Pablo Arturo Suárez que se pregunta si la triste situación de nuestro humilde obrero es "el resultado complejo al que ha conducido no sólo el afán abarato del patrón de obtener servicios personales a precio barato, dentro de un régimen de esclavitud; o también del estado somático, psíquico y orgánico de los individuos de cada clase; estado que se aviene más a un acondicionamiento vegetativo, parasitario, bajo un régimen de subordinación inconsciente".

Pablo Arturo Suárez, médico ambateño, que llevó su inteligencia a la adelantada Europa: Alemania, Francia, España adquirió, impulsado por su conciencia y entullo el conocimiento mo-

derno de la época. Trajo a su terruño ciencia y Grande, la desbordó. Profesor de la Facultad de Medicina, enseñó a discípulos aprendiendo juntos la realidad de su país. El rigor investigativo, purificó a sus trabajos; muchos apreciados como justos y precisos aún en la actualidad.

Incansable cientista y educador social acepta ser rector de la Universidad. Docente generoso, realista, patriota, quiere observar la realidad de su tierra a través del lente de la objetividad. Visita comunas, disecciona sus costumbres y su habitat, los proyecta: "Estudio sobre la nutrición en los indios de Otavalo". Cimenta a la medicina preventiva, fortalece a la curativa: "Contribución al problema de la tuberculosis en el Ecuador", "Contribución al estudio de la enfermedad azul de los indios de Chillo". Realiza las primeras radiografías y con ellas escruta "La osificación en los huesos de las manos de los niños de diferente clase y condición social, de 6 a 8 años, sanos y enfermos".

Acondiciona laboratorios, trabaja, por primera vez, con animales de experimentación, superando obstáculos y circunstancias, que, en nuestro medio siempre han dificultado el hacerlo: produce y aplica la vacuna BCG.

Fortalece su cátedra de higiene recopilando conocimientos para extenderlos en artículos: "Valor alimenticio de la panela y chocolate en la familia como alimentos populares", "Breve estudio de las causas de consumo de carne en Quito"; "Densidad de la población de Quito con relación al nú-

mero de habitantes"; "Contribución al estudio higiénico de Pomasqui" y otros más.

Fusionado en nuestra nacionalidad trata los problemas de salud colectiva, tomando en cuenta la heterogeneidad social en el libro: "Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas", dividiendo a su estudio en: Clase obrera urbana A, Urbana B, y Urbana industrial; clase campesina A, campesina B, y campesina manufacturera. Define a cada clase en base: a) la renta que perciben, b) el tipo de ocupación que realizan, c) la vivienda, d) la alimentación, e) la cultura, f) el temperamento, g) el estado de salud, y por último analiza la distribución del presupuesto familiar.

En el análisis general del trabajo conjuga sus palabras y su pensamiento con los que antes emitiera en un mundo menos adulto, el doctor Eugenio Espejo, y dice: "Hemos conocido el medio mezquino y malsano en que se han sucedido, durante muchos años, generación tras generación y que han producido su natural efecto, el de conducir a las clases sociales que venimos contemplando, a un plano de enfermedad tal, que implica no sólo un estancamiento evolutivo, sino un retroceso". Convencido de que estas clases son la mayoría, continúa: "Y el grado de civilización o cultura de los pueblos se juzga por el de la mayoría, no por el de una minoría por selecta que fuese".

Le preocupa la salud del trabajador, sufre por el abandono de la infancia, anhela vencer al tiempo impulsando la prevención, mejorando las viviendas, la

nutrición, irrumpe inquieto, impetuoso, siempre con la sonrisa del éxito hacia diferentes orientes. Crea el Departamento Médico del IESS. Estimula a sus colaboradores y en esfuerzo conjunto producen trabajos e investigaciones. Firme, pronuncia "el Servicio Médico es el de mayor trascendencia social de todos los beneficios que trata de establecer la Caja del Seguro Social. La enfermedad es causa de hondo desequilibrio económico entre las clases de débil situación monetaria, y por esto es siempre mal remediada".

Aspira que los fondos económicos que destinan diversas instituciones para salud, confluyan a una sola fuente, para fortificarla. Se acepta el que los presupuestos separados debilitan la posibilidad de contar con un sistema de salud sólido y único.

Establece datos numéricos e índices, pues en su rigor científico necesita saber: "cuántos somos, cuántos morimos de cada grupo de edades, cuántos niños que nacen completan su ciclo vital, cómo vivimos?" (vivienda), etc. etc. Encuentran cifras alarmantes: durante el primer año de vida desaparece el 50% de los nacidos. En un lapso de 7 años desaparece el 75% de los nacidos vivos. El promedio de duración vital es de 33 años. El alojamiento es deficiente, la dieta muy incompleta para la gran mayoría social. El ingreso económico muy reducido. Concluye: "Ya nadie podrá dudar que el seguro más urgente de establecer, diga o no así una ley icóricamente concebida, es el de enfermedad. ¡Cuánto orienta una investigación económica social!

Piensa de la vivienda: "La defensa de la salud, el progreso físico y moral de una raza depende en gran parte de la habitación. Una humanidad sana y capaz no puede salir sino de un hogar alegre y confortable".

En un boletín del Departamento Médico del Seguro escribe: "La lógica de los hechos, la voluntad sincera de salvar la parte más preciosa de una colectividad humana, nos llevan a concluir que es indispensable que la Asamblea Nacional limite su afán de proteger a la infancia, al decretar la concentración de todas las partidas dispersas, que se entregan a distintas instituciones, en una sola, debiendo ser entregadas a la junta de asistencia pública".

Desca que se amplíe el seguro a la familia y lamenta que el aporte que se da para el Área Médica sea insuficiente.

Se preocupa y hace construir dispensarios y unidades médicas en Cuenca, Quito, Riobamba, Guayaquil, Ambato, Atuntaqui, Otavalo. Gestiona y consigue la adquisición de equipos, útiles y aparatos de laboratorio. Mantiene un inventario exacto de todos los bienes. Crea y da vida al Departamento Médico del Seguro Social proyectándolo hacia sus usuarios, afinando sus esfuerzos en datos matemáticos, auscultando las necesidades en todas las unidades existentes, por alejadas que se encuentren y dotándolas de lo que, en esa época, eran instrumental y equipamiento modernos.

Eugenio Espejo sufría el suplicio largo de su raza y su clamor, inteligencia y rebeldía le enmarcaron para que al buscar el bienestar de su gente, per-

cibiera a la libertad como primer camino y a la salud de su pueblo como la fortaleza que iluminada podría encender las antorchas del 10 de Agosto. Con la premonición del contagio aéreo siembra las bases de la Medicina Preventiva y del correcto control epidemiológico.

Pablo Arturo Suárez ya conoció el manejo de las radiaciones desconocidas (X) e investigó en sus razas indígena y mestiza de nuevas épocas la causa del retardo en que se hundían, compartiendo con Espejo el criterio que la afrenta social tiene su origen en las limitaciones ambientales y en la injusticia de la distribución de bienes que fortalecen a pocos individuos siempre en detrimento de una mayoría que si poseyera alimento, vivienda y salud, brindaría a esta nación el exitoso aspecto de un país de ensueño en el que la igualdad imperaría en beneficio del hombre ecuatoriano y por éste de la patria.

Espejo en su tiempo, en el inicio: salubrista, precursor, una columna social.

Pablo Arturo Suárez, científico, salubrista, investigador, la otra columna que fundamenta la salud, la sociedad y la justicia.

En este, nuestro mundo, qué es lo que más necesitamos? Científicos perfectos, actualizados, con simple anhelo de crecimiento personal... o estudiosos que hablen el idioma del pueblo dolido, que escudriñen su modo de vida, que luchen por mejorarla estableciendo un positivo trueque: Pequeño logro individual a cambio del inmenso

bienestar social, aquel con extensión finita, por éste con proyección de beneficio al niño, al trabajador, a la mujer y al país.

Concluamos, pues, que Pablo Arturo Suárez creó el Departamento Médico del Seguro, lo administró, lo hizo crecer y lo dirigió para que inicié su admirable servicio. Recibamos el mensaje: El Área Médica del IESS, debe

administrarse sola dentro del contexto institucional, si queremos que supere la crisis en la que la han sumergido los errores acumulados de administraciones ambiciosas de poder que ciegas no percibían que el fracaso del seguro de enfermedad es afrenta grave que afecta injustamente al soporte, a la médula, al fundamento del Instituto: Al afiliado trabajador, obrero, al dueño del IESS.

PABLO ARTURO SUAREZ: UNA VISION CRITICA DE SU OBRA

Dr. Fernando Jurado Noboa

Hace un siglo, el 31 de enero de 1888 nació un ecuatoriano ilustre, este hecho tuvo lugar en un sector de la Hda. de San Vicente a la salida de Baños; que los Varela la habían heredado a su abuelo, don José Borja, quien a su vez la compró a los agustinos: El Dr. Suárez nació meses después de muerto su padre, don Pablo Suárez Salvador, un ambateño de familia dedicada a labores de imprenta. Su madre, Mercedes Varela Borja, fue patateña, de origen colombiano.

Hijo único, mimado de madre, abuelos y tíos, en una familia con solvencia económica, pues poseían dos haciendas y casa en Ambato tocó en suerte una madre con enorme sentido práctico, que logró cortar el mimo por la estrictez, tal que cuando el niño tuvo 5 años lo envió interno a la escuela de Pelileo; el chiquitín era enviado los lunes a las 3 de la madrugada con un empleado y regresaba a Ambato los viernes a la tarde.

Eran épocas en que forzosamente se maduraba antes, la curva de vitalidad era tan corta, que había como explotar y ampliar los segundos.

En uno de esos viajes, el indígena que lo acompañaba cayó desplomado, el niño se sintió abandonado, pero a la media hora el muerto se levantó, le había dado una crisis epiléptica: empezó así a tomar conciencia de la enfermedad, de las profusas desigualdades sociales ya resentir el sacrificio, la soledad, la orfandad y el estudio.

Mientras el maestro de Pelileo trataba de encauzarlo, el país asistía a los primeros años del desarrollo de la única, al parecer, verdadera revolución, la liberal y al mismo tiempo a los conflictos ideológicos y de poder entre Iglesia y Estado y al enfrentamiento del Ejecutivo con las guerrillas conservadoras.

En este ambiente y con su tío cura, la familia decidió cuando el chico cumplió 12 años, matricularlo en el Seminario Menor de Quito, pero al cabo de un año

se impuso el buen criterio, puesto que en el Yo del adolescente se estaba gestando un liberal de avanzada, de tinte socialista y lo pasaron al San Gabriel, donde se bachilleró en 1906, luego de permanecer 5 años interno en ese plantel. Vinieron luego los 7 años de Medicina, mientras tanto la previsión materna valió a imponerse: vendida la Hda. de San Vicente, guardó la señora su cuota hereditaria, con el objeto de enviar a su hijo a Europa, luego de la graduación.

Cuando Pablo Arturo Suárez inició su carrera de estudiante de medicina en 1906, se hallaba de Decano el Dr. Manuel M^o Casares, uno de los innovadores de la clínica y de la enseñanza, pues fue el primer profesional ecuatoriano en su época que logró viajar en 1887 a los EE. UU. y en 1889—90 a Europa con el objeto de hacer cursos de actualización. A él le había seguido Alejandro Villamar, que pudo realizar cursos en EE. UU. y en Europa en 1900.

Justamente en marzo de 1906, el Gral. Alfaro concedió por decreto 42 becas a jóvenes ecuatorianos, 23 a los EE. UU. y 19 a Europa; de las becas a Europa, 4 fueron destinadas para que hicieran especialidades médicas, Angel Sáenz, Isidro Ayora, Francisco Cousin y Ricardo Villavicencio.

Estos becarios recibieron 500 francos mensuales que equivalen a 65 dólares por mes.

Parecía extraña coincidencia que en el segundo semestre del mismo año de 1906, Quito veía llegar a los primeros especialistas que venían de fuera del país: Mario de la Torre, había hecho Cirugía en París y Francisco Cousin que

había hecho Bacteriología también en París con los discípulos de Pasteur. Un año después en 1907, renunciaba todo el cuerpo de profesores de la Facultad, en protesta por la muerte de varios estudiantes durante los sucesos del 25 de abril, cuando aquellos pedían libertad electoral al ya duro y radical gobierno de don Eloy.

Este ir y venir de jóvenes médicos con halagadoras promesas personales y científicas, movió sin duda el fuero interno del joven Suárez. En 1909 regresaron, Angel Sáenz desde Francia haciendo Otorrino, Isidro Ayora desde Alemania, donde había cursado Ginecología y Obstetricia. Admiración, emulación y envidia, se sentían por doquier, los 75 médicos de la ciudad, sintieron bambolear su prestigio o su destino, todos eran miembros de las clases alta y media, pues aún la clase popular no podía entrar a la Universidad, y de hecho la adquisición del titulado, hacía posible el ascenso social e inclusive en algunos casos, la toma del poder político.

En este medio, muy de acuerdo a la época liberal, medio conflictivo y también de lucha y de esfuerzo reales es que Suárez desarrolla su actividad; ya al finalizar sus cursos en 1911 y 12 nuevos viajeros avivan los sentimientos competitivos en la clase médica: Ricardo Villavicencio viene de Bruselas, donde incluso había hecho su carrera completa; Eustorgio Salgado había hecho 4 años de cirugía en Francia, donde fue el discípulo aventajado de Arrou, el mayor urólogo del mundo en su tiempo. El mismo año y a poco del arrastre de los Alfaro, Sáenz, Ayora, Villavicencio, y

Salgado, fundan la Clínica Ayora, con especialidades netamente quirúrgicas. Por otro lado, Suárez siempre recordaría como sus mejores profesores de Facultad a Ayora, a Sáenz y al Dr. Max Ontaneda, el viejo.

Cuando Pablo Arturo se gradúa de médico en 1913, comprendió la importancia de los ahorros de su madre, los sueres convertidos se hicieron como 4.000 dólares y con ellos, a los 3 meses de graduado se dirigió a Europa.

El año 13 estuvo en Francia, allí tomó contacto con los postgraduados del Ecuador, algunos pintorescos, como el Dr. Alejandro Malo, a quien llamaban "el Viejo", pues tenía ya 50 años y hacía 4 años de radiología, radiodiagnóstico y tratamientos penitenciarios; Carlos Sánchez Baquero hacía pediatría; en Lyon, Enrique Gallegos Anda estaba de Cónsul del Gbno. de Pfaza y hacía cirugía en Bruselas, Luis Dávila, hacía Cirugía.

Indudablemente la especialidad de Malo, influyó grandemente en la vocación precisa del Dr. Suárez.

En 1914 pasó a Suiza y allí le sorprendió la primera Guerra Mundial, tocándole servir como médico rural y como médico voluntario de brigada. Luego pasó a Barcelona en 1915 y por fin Alemania. Al cabo de 4 años había dedicado los tres a la electrocardiología y el restante a la Higiene, la Fisioterapia y la Tisiología.

Se empezaba sin duda, a definir el hombre superior: mientras sus colegas buscaban en muchos casos, solo el brillo del oropel, Suárez invadía por primera vez los ignorados campos de la lucha contra la tuberculosis, la rehabilita-

ción de fracturados hemipléjicos y paralíticos y el campo aún más desconocido de la higiene pública.

Regresó al país a fines de 1917 y en febrero de 1918 organizó su vida, casándose con doña Agripina Chacón Quirola, ambateña, con quien formó un hogar modelo; la señora aún lo sobrevive.

Un año antes, el Dr. Malo había traído el primer equipo de RX, instalando en el San Juan de Dios el primer gabinete de radiodiagnóstico; el Dr. Suárez había traído también parte de un equipo, pero luego de estudiar el medio comprendió en la necesidad de una nueva actualización y de traer equipos modernos. Así pues, en 1918 y acompañado de su esposa, viajó a Francia y a Alemania y en Berlín dirigió ante la Siemens la construcción de su propio equipo.

Cuando regresó por segunda vez al Ecuador, en 1919, tenía 31 años de edad, destinó entonces 6 años a cubrir varios objetivos: la cátedra de Higiene, Histología y de Electroradiología que le había dado el Decano Angèl Sáenz en 1919; la instalación del gabinete de Fisioterapia con servicios de corriente farádica, diatermia, corriente galvánica, rayos infrarrojos y ultravioletas; y en el orden personal, vendió sus acciones hereditarias en Tungurahua, con el objeto de comprar una casa en Quito, diagonal al Carmen Bajo y que había pertenecido a los Ponce-Borja; en ella dedicó 7 habitaciones de la planta baja para consulta privada, lo cual efectuaba toda la mañana, luego de dar clases en la vecina Universidad Central. A la tarde atendía a sus enfermos en el Hospital Espejo. En esa misma casa empezaron a edemati-

zarse sus bordes periunguales por efectos de la poca protección que se daba frente a los RX, no usaba delantal y de guantes, unos viejos y delgados, vaticinando que de eso moriría, en lo que no acertó.

EL PUBLICISTA Y EL HIGIENISTA:

Una tradición científica vieja, pero oscilante, había tenido la Medicina nacional, se había iniciado en 1830 con los comentarios bibliográficos del francés Bernardo Daste y luego continuado con las sesiones bibliográficas de 1873 a cargo de otro francés benemérito: Esteban Gayraud; luego, hubo que luchar largo y tendido para poder instaurar las historias clínicas a fines del siglo pasado, para más tarde y lentamente ir dando paso al apareamiento de publicaciones personales o grupales. En aquella época fueron pioneros en esta área, la Oficina de Higiene y Sanidad, que en 1911 editó la revista mensual "La Era Moderna", luego el Centro de Estudios de Medicina dirigido por Fernando Casares de la Torre, César Benites, Franklin Tello y Juan José Samaniego (vivos aún y en buena hora los tres primeros) que en 1918 sacó su boletín mensual y que se mantuvo con vida hasta 1930. Por otro lado y de 1920 al 24, apareció mensualmente el boletín Sanitario, a más de 1923 al 25 salió con regularidad el boletín de la Cruz Roja y en los mismos años el oculista Luis Troya Albornoz editó mensualmente su revista "El cuidado de los ojos".

Así pues, el Dr. Suárez encontró antecedentes que le permitieron desde 1925

ahondar en los campos de la higiene y de la publicidad científica médica. En 1926 Ayora le nombró Director General de Sanidad y pudo hacer frente a la epidemia de peste bubónica en Riobamba. El mismo año, publicó su primer trabajo: "Contribución al estudio de la enfermedad azul" de los indios de los Chilllos y viajó a Washington a la Conferencia de Directores de Sanidad.

Cuando regresaba de los EE. UU., el barco lo dejó en Panamá, donde debía hacer el trasbordo hasta Guayaquil, pero el que debía recogerlo, demoró 15 días, tiempo de hórrido calor en el Istmo, que el Dr. Suárez lo dedicó a redactar unas memorias de viaje, costumbre ya iniciada en Europa en 1913; en estos apuntes se quejaba amargamente de la envidia, la malevolencia y el resquemor todos tan arraigados en nuestra sociedad competitiva; el veneno había hecho ya su agosto.

En efecto, la preocupación por las enfermedades y los problemas de los grupos populares, sus cuidados sobre la higiene, el análisis de la tuberculosis, le habían hecho poner el dedo en nuestras penosas lacras sociales, muchísimo más serias hace 63 años que ahora. Las personas llamadas cultas lo tacharon de "comunista" sobre todo desde Guayaquil, sintiendo invadido su enorme poder, se gastó una campaña de difamación contra él.

El grupo médico porteño era más corto que en Quito, en 1911 apenas habían 49 médicos en esa ciudad, pero la mayor parte de profesionales se hallaban vinculados a poderosas familias de la élite económica, en lo cual habían paráme-

tros diferentes a los de Quito. El grupo guayaquileño se había preocupado también por su actualización científica, pero en menor grado que en la Sierra, valga citar que en 1897 había vuelto de París y de Berlín, el Dr. Miguel Alcívar, haciendo estudios en el Instituto Pasteur, convirtiéndose a poco en el líder del grupo dirigente de la Costa. A él se sumaron luego, Francisco Ycaza Bustamante que volvió en 1904 haciendo Otorrinolaringología y pediatría en Francia, Alemania e Italia; en 1909 regresaron Juan Francisco Heinert y Armando Pareja, que habían estado en Alemania. Este último justamente había estudiado Higiene; en 1918 regresó Teodoro Maldonado Carbo, célebre cirujano que llegó a la cifra de 50.000 intervenciones quirúrgicas.

Con la molestia a cuestas, en 1927 editó el Dr. Suárez dos trabajos más: uno el informe sobre su cometido en Washington y otro sobre la peste negra y la pulga chcopis. En 1928 y con la ayuda de Ayora, reconstruyeron el edificio de la Cruz Roja, casa que anteriormente había sido ofrecida en venta privada al Dr. Suárez y que él la cedió para fines más altos y sociales; y tuvo la sorpresa de que el comando liberal de Ambato lo eligió (a dedo, como se acostumbraba entonces) diputado a la Constituyente de dicho año.

Como diputado integró un grupo de izquierda avanzada junto con Manuel María Sánchez, Manuel Ignacio Carrión, (orense), Carlos Cueva Tamariz y el General Luis Larrea Alba, entre otros. Promovió igualmente el apoyo a varias cantonizaciones, entre ellas de Saquisilí,

donde descubrió que los sombreros de lana eran vendidos a 7 sucres la unidad, siendo su costo real de 14 sucres; y ante la paradoja y la sorpresa le explicaron los artesanos, que lo hacían con lana robada... De allí las rebajas.

La valiosa actuación en la diputación le abrió un nuevo campo: la política, en efecto en 1931 fue elegido el decano número 22 de la Facultad de Medicina y al año siguiente, cuando frisaba en los 4 años fue electo Rector de la Universidad Central.

Apenas ingresó al rectorado se enteró que quedaba muy corto tiempo para crear la Escuela de Mayordomos, según el pedido de su legatario y filántropo, el señor Gallo Almeida. Caso contrario, la Universidad perdería el enorme legado. En poco tiempo, el flamante Rector hizo adaptar unas casas de la hacienda la Pradera (que eran parte del legado) para dar allí clases a los alumnos de mayordomía, llevó 3 pizarrones de la antigua Casona, hizo fabricar los muebles correspondientes con su concañado Holguín Iturralde.

También tuvo la idea de crear un laboratorio que proporcionara rentas estables a la Universidad.

Desde la Cruz Roja había propiciado la fundación de la planta pasteurizada en Quito y apoyó también a la Gota de Leche.

Cuando rector, vino una nueva sorpresa: el 33 los alumnos acaudillados por Gonzalo Oleas Zambrano le acusaron de derechista y ultramontano y le hicieron una huelga general. El prestigio del Rector era tan grande, que la huelga cedió y el Consejo Universitario

le pidió volviera a la Casona, cosa que aceptó con la condición de la salida del valioso líder socialista Oleas, como en efecto se cumplió. En otra huelga, del año 34, decidió dejar la Universidad, así pues en 5 años de política, se quedó ampliamente desengañado.

En 1933 y en pleno rectorado, publicó su trabajo: "Dietas carenciales en animales de laboratorio", pionero en su época; un año más tarde apareció su trabajo "Contribución al estudio de las clases obreras y campesinas del Ecuador"; para entonces era ya miembro de sociedad científica de Cuba, E.E. U.U., Argentina, y México. La Oficina Sanitaria Panamericana le había designado epidemiologista de ella.

Hasta 1930 era el Dr. Suárez uno de los profesores más admirados de la Facultad por su erudición, su seriedad y su honda preocupación por los problemas sociales; decíase que no reía nunca, excepto en su casa. Sin embargo, en 11 años de cátedra, ningún alumno se había atrevido a pedirle que le dirigiera la tesis doctoral, le tenían miedo y respeto y algo cómodamente huían de su exigencia; en este año, se dio la excepción un egresado de 28 años, el esmeraldeño Franklin Tello Mercado, le pidió que fuera su director de tesis. Suárez no aceptó el tema propuesto por el alumno y le indicó otro: "Neumotórax en perros". El joven Tello no tuvo más remedio que aceptar, el trabajo duró 2 años, en que lucharon igual a igual, alumno y maestro; el estudiante tomó de manos de la policía municipal 20 perros callejeros y los alojó en el Colegio Mejía, donde daba clases. Todos los ani-

males fueron sometidos al procedimiento del neumotórax, mediante un aparato ideado por el propio Tello; cada semana había que hacerles controles radiológicos en la consulta privada del Dr. Suárez, a donde aparecía regularmente el alumno con sus 20 perros amigos, bien abozalados. Cada mes se sacrificaba un animal y se hacían estudios anatómicos, histológicos y microfotográficos. El resultado fue un éxito. (Ver (Ver más allá de la simple receta" obra de Dr. Tello Mercado).

En 1935 fue designado el Dr. Suárez, Vocal de la Junta de Asistencia Pública y para obtener recursos creó el laboratorio ICAP, con el objeto de producir medicamentos y de realizar algunos análisis. El laboratorio lo instaló a la entrada norte del Hospital Espejo; trajeron maquinaria y empezó a funcionar con bienestar. Al poco tiempo el laboratorio se vio envuelto en problemas económicos y los médicos italianos de sangre judía, recientemente emigrados al Ecuador (Ottolenghi, Di Capua, Mungia, etc. que habían venido temiendo un ataque antisomita de Mussolini) propusieron a la Asistencia Pública la compra de los laboratorios, con la condición de que la Junta quedara de accionista. Así nació LIFE.

El mismo año, 35 fue designado médico de la SHELL y publicó su trabajo "Contribución al estudio sobre Electro-radiología. En 1937 recibió del gobierno de Páez la comisión de organizar el Instituto de Previsión, la Caja del Seguro y los servicios médicos: nadie mejor designado para esto que el Dr. Suárez,

pues tenía 18 años de experiencia en el manejo de la naciente Medicina Social.

Los resultados no se dejaron esperar: creó la ficha de salud individual y el examen del individuo sano, entre otras innovaciones. Anteriormente había ya implantado la vacunación obligatoria contra la tuberculosis.

El mismo año 37, renovó sus aparatos de radiología. En 1938 creó el Centro de Estudios y el Dispensario, ambas con destino a los enfermos tuberculosos.

En 1938, 40 y 44 editó tres boletines dedicados a Estudios sobre tuberculosis, órgano de la reciente Caja del Seguro. En 1939 viajó con toda su familia a Buenos Aires, con el objeto de asistir a la Conferencia Mundial sobre Alimentación. El Dr. Pedro Escudero, una de las mayores notabilidades mundiales de la época en dietética le recibió con los mayores elogios. A su regreso al Ecuador el Dr. Suárez editó su trabajo "A través de Argentina y Chile". (1940)

Es también de estos años, su trabajo de investigación sobre la leche que se consumía en Quito y los resultados a través de inoculaciones.

En 1941 empezó a trabajar sobre la nutrición de los indígenas de Otavalo y a pesar de tener sólo 53 años se sintió cansado; en realidad, había empezado demasiado pronto. Vendió por entonces su vieja casa de Ambato en la calle Quito y Cevallos y compró una quinta en la misma ciudad, a la que tanto amaba y le puso el nombre simbólico de "El Retiro", cual si fuera una premonición.

En 1942 editó su "Tratado de Higiene contemplada bajo el aspecto de su adap-

tación a las circunstancias reales de la vida en la región andina".

El 43 asistió a un congreso sobre administración en Naciones Unidas y publicó su ensayo sobre la nutrición autóctona en Otavalo, unido a sus "Lecciones de Higiene", de las que sólo se llegó a publicar la primera parte, porque enseñada iba a cortarse su fuerza vital. Poco después en plena labor científica, le sobrevino una hemorragia cerebral, de la cual se recuperó a medias, pues quedó hemipléjico y con disartría (dificultad de hablar).

Hombre íntegro y superior, previó el fin inminente, que vendría el 11 de noviembre de 1945 y en Ambato, en su bella quinta de Miraflores, recientemente adquirida. Lo primero que hizo, fue renunciar a la Shell el Dr. Hartmann Tschopp aceptó la renuncia, con la condición de que el Dr. Suárez designara a su sucesor siempre y cuando le dijo Tschopp "no fuera ninguna de los que figuraban en una lista que iba a mostrársela". El Dr. Suárez se quedó admirado, mientras tanto el extranjero sacó de su cartera una lista con los nombres de once médicos, varios de ellos de reconocido prestigio y solvencia y le dijo:

"Doctor, esta es la lista de sus colegas que desde el día que Ud. cayó enfermo, han estado gestionando para sí, el cargo de Ud., sin consecuencia, ni lealtad ni respeto para con un compañero y amigo en desgracia. Ninguno de ellos es digno de venir a trabajar en mi Compañía".

Entonces vino a la mente del Dr. Suárez, el nombre de aquel estudiante que hacía 15 años había venido durante dos años a su consultorio cargado de 20 perros con neumotórax y le designó su sucesor: Franklin Tello.

Poco antes de morir, la revista argentina de Dictología, honró su portada con el retrato del Dr. Suárez, considerándolo un valor continental.

A su muerte, Ambato reclamó sus huesos, que desde entonces reposan en el sector de Hombres Ilustres del Cementerio Municipal de esa ciudad.

Mis perdones porque no me haya referido en detalle a múltiples aspectos de la obra de Suárez, otras personas lo harán en forma exhaustiva y detallada en el Simposium de esta noche. El respeto a Uds. y a quienes me sucederán en el

uso de la palabra, reclama mi silencio, no sin antes manifestar mi gratitud al Dr. Alfonso Castro, director de este hospital, por haberse dignado pedirme esta colaboración que me honra; al Ing. Juan Suárez por todo lo que me ha enseñado sobre su ilustre padre; a este Hospital y al personal que labora en él, mi congratulación por llevar de patrono el nombre de un ecuatoriano sabio.

Tenemos la seguridad que Suárez fue un iluminado que creyó en base a sus convicciones sociales, que un día podría hablarse sin demagogia de una Nación llamada Ecuador, con raíces y sobre todo con Destino común. Han pasado 44 años de su muerte y ese sueño continúa siendo una pesadilla para unos cuantos ilusos como ustedes y como yo.

PABLO ARTURO SUAREZ Y SU TIEMPO

Por Celín Astudillo

El médico de las primeras décadas del presente siglo XX, fue por lo general un profesional ilustrado, un paciente investigador, un diletante de los nuevos conceptos filosóficos y culturales, que primaban en Europa y en Estados Unidos; se dedicaba a variados estudios y escribía de multiplicidad temática, cumpliendo con sus aficiones y ampliando el horizonte de sus conocimientos, aún a costa del ejercicio de su profesión liberal.

Las Facultades de Medicina, se vieron forzadas a iniciar un período de tecnificación y de ideas pragmáticas, bajo la inspiración alemana e inglesa, a más de la francesa que había sido hasta entonces, la guía única de la medicina ecuatoriana.

De aquellos años de iniciación del Siglo XX, hay un selecto grupo de médicos, que al mismo tiempo que practicaban satisfactoriamente su profesión, tuvieron amplia cultura general y un trascendente cultivo literario y estético, hicieron periodismo aún se enfervoriza-

ron con la política, amando y defendiendo los ideales democráticos, libertarios y de dignificación humana.

El médico empezó a observar tesoneramente el estado físico, económico, nutricional, a más del patológico, en que se desenvolvía la comunidad, no sólo de su región, sino de la patria toda; evalúa el contexto vital del hombre ciudadano y del rural, analizó sus líquidos orgánicos, sus tejidos corporales, para lo que consideró un imperativo la instalación en el país de laboratorios de análisis y de servicios radiológicos, a más de los implementos médicos ya en boga en los grandes centros tecnológicos del mundo a donde concurren y los traen a estas tierras ecuatorianas aun retrazadas y en turbidez cultural.

Se estudian sistemáticamente las condiciones de vida en el medio familiar: campesino y obrero de Quito y del país incluyendo análisis cuantitativos y composición nutritiva centesimal de varios comestibles usuales.

Es en este estatu-quo médico ecuatoriano que protagoniza y lidera un galeño joven, graduado en 1913 en la Universidad Central, dotado de talento y conocimientos científicos de magnitud, como fue el doctor PABLO ARTURO SUAREZ, quien tuvo por profesores a médicos de extraordinaria sapiencias, que habían cursado su post-grado en las grandes facultades de Medicina de Europa; uno de ellos fue el doctor Isidro Ayora, que permaneció por algunos años en Alemania obteniendo su grado de especialización en Cirugía Obstétrica y precisamente inspirado en sus sabias enseñanzas, el doctor Pablo Arturo Suárez, escribió su importante tesis doctoral, titulada: "La pelvis normal en Quito en relación con el parto"; tesis que al pedir la Universidad, su dictamen al doctor Ayora, este dijo sin ambages: La tesis presentada por el señor Suárez, es en mi concepto, no sólo aceptable, sino que merece alabanzas, por la laboriosidad con que dicho señor ha emprendido un estudio tan prolijo y de innegable importancia local. Quito a 15 de marzo de 1913. Este fue el primer de una cadena de éxitos científicos, que a lo largo de su vida, tuvo Pablo Arturo Suárez.

Al médico, como fue el doctor Pablo Arturo Suárez, de vocación humanística y de absoluta inclinación científica, no le distraen los halagos de la vida, los brillos del poder, ni los acontecimientos dramáticos de su medio cívico, eso sí se aflige por el pauperismo, el desequilibrio social, la enfermedad ineludible, el dolor y la muerte, del conciudadano en

desgracia, y sigue imperturbable en sus afanes de estudio, e investigación.

A Pablo Arturo Suárez le tocó vivir en una etapa de conmoción nacional como fueron las revoluciones intestinas que tuvieron su epílogo en los campos de batalla de Huigra, Naranjito y Yaguachi, con centenares de ecuatorianos fallecidos; el sacrificio de los Generales Alfaro en la "Hoguera bárbara" y luego la sangrienta y larga guerrilla capitaneada por el Coronel Carlos Concha, que antes fue un apacible y diestro dentista, que no solamente derramó la sangre de los soldados combatientes, sino que determinó el holocausto de decenas de médicos de la Cruz Roja, fusilados en las selvas esmeraldeñas y en las lanchas ambulancias de las costas del mar Pacífico.

Suárez siempre acarició la idea de realizar cursos de especialización en Europa, y con su propio peculio emprendió el viaje transoceánico rumbo a Berlín, París, Barcelona, Lausana y Lyon, en cuyos notables Centros Médicos hizo a fondo los estudios que había planificado. Lamentablemente también allá, en Europa, encontró, que en la contienda mundial los pueblos se despedaban durante largos cuatro años, que duró la "Primera Guerra Mundial", el mismo tiempo que permaneció en Europa.

A su retorno a la patria era portador de un cúmulo de modernos aspectos científicos, tecnológicos, y de inquietudes sociales, que los puso al servicio de la cultura, de la medicina y de la docencia universitaria en sus primeras cátedras de Higiene, Histología y Radiolo-

gía, pero con su entusiasmo docente, continuó en su empeño investigativo en los campos de Parasitología, Entomología y Medicina tropical y varios de los especímenes por él descubiertos, la medicina mundial, les denominó con el sufijo suarenzís como la *Heptosillia suarenzís* que localizó en las *Didelphis marzupiales*, de los suburbios de Riobamba.

Para Pablo Arturo Suárez su máximo propósito fue el estudio del problema de la tuberculosis en el Ecuador ya que decía que: "no se concibe una lecha eficaz contra el mal de la miscría física, fisiológica y económica, sino con una reacción local de todo orden; por fuerza tenemos que aspirar a que se abra otra nueva ruta que nos permita lograr el dominio y control de la tuberculosis" con este objeto había que ir a la preparación de la vacuna B.C.G. y comprobar su capacidad de inmunidad e inocuidad, de esto precisamente nos hablará en esta misma sesión el notable especialista y distinguido alumno suyo, doctor Leopoldo Arcos.

También el doctor Suárez fue el pionero de estudios de la biología y biopatología del hombre interandino ecuatoriano, de lo que nos hablará el conocido científico doctor Rodrigo Fierro, que aunque no llegó a ser su alumno, pero es un denodado continuador y exégeta. El licenciado Guillermo Bustos, con su conocida erudición nos hablará del Contexto Histórico de la Epoca y la doctora Ninfa León, inteligente médica y socióloga, nos dará a conocer las aportaciones a la Medicina social del Dr. Suárez.

Para el Maestro doctor Pablo Arturo Suárez, hombre grande de la ciencia y de la investigación social, hoy ésta sociedad de Historia de la Ciencia y de la Tecnología, que trajina por todas las épocas médicas ecuatorianas, que evalúa la contextura anémica, cultural y cívica de sus adalides, se satisface y enorgullece al realizar este homenaje a quien puso al servicio del Ecuador: su cerebro, su corazón y su vida toda.

APORTE DE PABLO ARTURO SUÁREZ A LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN EL ECUADOR

Doctor Leopoldo Arcos

Hay personalidades que sobresalen por su talento superior que capta conocimientos y vivencias y son los sabios; dotados de ejecutorias que les lleva a plantear con visión los problemas; y con voluntad que les hace perseverar hasta el fin de lo que se proponen. Uno de esos valores casi excepcionales fue el gran ecuatoriano doctor Pablo Arturo Suárez. Sus cualidades y sus realizaciones serán analizadas en los diferentes eventos que van a desarrollarse a lo largo de la conmemoración del centenario de su nacimiento. La comisión organizadora ha tenido la amabilidad de encomendarme que analice las aportaciones de Pablo Arturo Suárez en el campo de la tuberculosis. *Agradeczo por esta distinción y por la grata oportunidad que se me ofrece para expresar mi admiración póstuma al eminente maestro y mi reconocimiento porque recibí de él enseñanzas, estímulo y generosa deferencia.*

PLAN DE CAMPAÑA ANTITUBERCULOSA

La obra de Pablo Arturo Suárez en la materia que abordamos es tan extensa que sólo se podrá tocar sus aspectos más sobresalientes. Sus inquietudes sobre el problema de la tuberculosis, según datos a mi alcance, datan de 1929 o poco antes. Como Diputado en el Congreso Constituyente de ese año, presentó un proyecto de decreto para la creación de una Liga Nacional contra la Tuberculosis junto con la emisión de una estampilla de valor de un centavo para financiarla, decreto que no llegó a dictarse. En su Cátedra de Higiene elaboró un plan de investigación previamente a la lucha antituberculosa, plan que en poco se diferencia de lo que se conoce contemporáneamente sobre los lineamientos básicos de la campaña. De conformidad con el mismo plan, con sus alumnos

se procede a realizar la prueba de la alergia tuberculínica en niños recién nacidos para descartar enfermedad congénita y en escolares urbanos y rurales para determinar los índices de infección en diferentes ambientes; se busca la prevalencia de la enfermedad en grupos de adultos y niños aparentemente sanos, sobre todo en los hogares de enfermos en los que se sabe que hay más posibilidad de contagio, porque conoce que el mal en su comienzo es asintomático. Se estudia el aspecto radiológico de las lesiones pulmonares. En el capítulo del tratamiento, se recurre sistemáticamente al neumotórax artificial, la mejor forma de conducta activa en la época, aparte del reposo. Se experimenta con el bacilo Calmette-Guerin, BCG, como método profiláctico. Naturalmente, todos estos pasos iniciales, los dio en pequeña escala por la deficiente infraestructura material y de personal, ya que se disponía de bajos recursos económicos, pero que se caracterizaron por su fundamento científico y por la seriedad con que se ejecutaban.

DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO

En Quito los tuberculosos se atendían en el Hospital San Juan de Dios en un Dispensario y en dos salas de hospital. Dichos servicios fueron entregados a la Cátedra de Higiene de Suárez por la Asistencia Pública para su manejo en la parte técnica. Se continuó con investigaciones, tratamientos y otras actividades en forma más adecuada y ahora también con un conte-

nido social. Por ejemplo, se incrementó el examen radiológico de grupos de personas para pesquisar los tuberculosos pulmonares y para dar certificados de salud a expendedores de alimentos, nodrizas, servicio doméstico, etc. Se hacían visitas por personal especialmente preparado a los domicilios de los pacientes. Se ofreció al público y a los médicos exámenes y tratamientos especializados.

CENTRO DE ESTUDIOS CONTRA LA TUBERCULOSIS

En abril de 1938 tuvo el acierto de fundar el Centro de Estudios contra la Tuberculosis, inicialmente con once socios, del cual Suárez fue repetidamente su Director. Manteniéndose la actividad anterior con los mismos lineamientos, se dio ahora más impulso a los trabajos de investigación, generalmente en forma de Tesis previas al Grado de Doctor en Medicina. El Director del Centro sugería los temas, facilitaba los medios para su realización y ayudaba estimulando y motivando a la gente. Los resultados de los trabajos y muchos otros asuntos están publicados en los Boletines que aparecieron desde 1939 hasta 1947. Con publicaciones de varios países, se organizó una pequeña biblioteca.

LIGA ECUATORIANA ANTITUBERCULOSA

En 1940 (septiembre) por iniciativa del eminente médico doctor Alfredo J. Valenzuela Valverde se fundó en Gua-

yaquil la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, LEA, a la que el Congreso de 1942 dotó de apreciables fondos para la campaña antituberculosa en todo el país. Suárez fue designado delegado de LEA en Quito y se le proporcionaron medios económicos, con lo que pudo satisfacerse con más holgura las necesidades del Centro de Estudios, pues antes sólo contaba con moderadas asignaciones de la Asistencia Pública y de la Universidad Central y las provenientes de las cuotas de los mismos socios del Centro. Los servicios se ampliaron y modernizaron. En 1951 se abrió el Hospital de Tuberculosis que lleva el nombre del incansable luchador, lamentablemente cuando él ya no estaba, para ser testigo de parte de su obra.

NEUMOTORAX

El doctor Suárez recalca que los medicamentos que se empleaban para la curación de esta dolencia no habían demostrado su eficacia y que sólo sobrevivían por la propaganda comercial, y en eso tenía absoluta razón. En cambio, sostuvo que el neumotórax artificial era lo único que podía curar algunos enfermos pulmonares, como en efecto así era y se empeñó en implantarlo y mantenerlo. El procedimiento se usaba universalmente, consistía en las inyecciones de aire en la cavidad pleural para colapsar las lesiones, con lo que se conseguía su desaparición. En Quito, lo emplearon Juan Francisco Orellana (1929, Tesis) y Rafael Quvedo Coronel, suponemos que

sin control radiológico. Franklin Tello (Tesis, 1930), guiado por Suárez, realizó experimentalmente neumotórax en animales y estudió su efecto en el pulmón. Desde 1935, en el Dispensario Antituberculoso se lo practicó sistemáticamente guiándose por la fluoroscopia que era indispensable (Suárez, Jaime Ricaurte, Luis H. Espinosa, Eduardo Batallas, Bolívar Yépez, Leopoldo Arcos). También se realizaron otros procedimientos colapsoterápicos en menor escala (Arturo Terán, Yépez, Elías Gallegos Anda: neumoperitoneo, frenicoparálisis, plomaje, toracoplastia). Todos estos métodos, lo mismo que resecciones pulmonares, desaparecieron con el advenimiento de los fármacos de acción específica sobre el bacilo, pero precisa que los mencione para la historia de la fisiología en nuestro medio y para ver el papel importante que el doctor Suárez y otros desempeñaron en esta materia que entonces era de actualidad.

VACUNACION ANTITUBERCULOSA

Sin duda, la obra más importante y de mayor trascendencia de Pablo Arturo Suárez fue en el campo de la vacunación antituberculosa. Sobre su valor y su necesidad decía: "Sí, pues, la vacuna BCG, por la experiencia acumulada en numerosos países, es inocua para el hombre, si da una disminución de la mortalidad, ... es claro y es lógico y es altamente humano y científico que debemos también aplicarla en el Ecuador ... Sería capaz de ofrecer nos en el horizonte un nuevo sendero

que nos condujera al triunfo con el remedio simplificado de orden biológico, sin esperar para el país lo que está aún lejano y casi imposible, que es la redención de la inmensa mayoría humana, solucionando simultáneamente todos los problemas de alimentación, alojamiento, costumbres antihigiénicas, defectos físicos de raza, salarios miserables...". Son estas palabras proféticas las suyas y de una visión anticipada de lo que sucedería en el Ecuador y en el mundo porque conocía los resultados de la vacuna que había comenzado a usarse en Francia desde 1921. También él sabía, por sus numerosas investigaciones en la población, del estado de malnutrición que baja la resistencia inmunológica y de hacinamiento que favorece el contagio de la tuberculosis. Otra figura apasionada por la medicina social, Enrique Garcés, discípulo y admirador de Suárez, solía decir que la causa de la enfermedad no es el bacilo de Koch, sino que la enfermedad es el producto de la miseria. Y tenía razón en gran parte, anunciando conceptos demostrados que coinciden con el pensar y el sentir del maestro.

ELABORACION DEL BCG

En 1938 el doctor Suárez hizo venir de Brasil, Argentina y Chile cepas de BCG. En el mismo año y en el siguiente, sus colaboradores Rodrigo Dávalos y José Modesto Portilla (Tesis) elaboran la vacuna y proceden a inocularla en cobayos en los que se demuestra las lesiones no progresivas por ella ocasionadas, se prueba que es un producto

inofensivo que no desarrolla enfermedad en los animales y, lo que es más importante, que confiere inmunidad para la infección por bacilos virulentos. Es decir, se cumple un programa completo de investigación previa a la utilización en humanos. El proceso ha demandado bastante trabajo y han habido algunos contratiempos. En una ocasión se interrumpe la corriente eléctrica en la estufa y el cultivo perece; en otra, con motivo de un sismo, se produce un cortocircuito y los bacilos se calcinan. La preparación del BCG y los experimentos en animales se efectuaron en un lugar alejado del laboratorio del Hospital San Juan de Dios para prevenir eventuales contaminaciones.

VACUNACION EN HUMANOS

En 1940 realizamos nosotros las primeras vacunaciones en recién nacidos de la Maternidad que funcionaba en la calle Montúfar de la ciudad. Aquí referiré un hecho anecdótico. Había dos salas de parturientas: en la del piso superior explicamos a las madres sobre la necesidad de proteger a sus hijos del peligro de la enfermedad, pero al pedir a las primeras el consentimiento hubo respuesta negativa, rechazo que se repitió en cadena por todas las demás mujeres. En la otra sala hicimos la misma explicación, lográndose ahora sí la aquiescencia desde el comienzo, con lo que procedimos a la inyección de la vacuna.

En lo sucesivo se continuó produciendo el BCG y probando su virulen-

cia en cobayos, labor que la desempeñó Alfonso de la Torre Villacreses. Asimismo se siguió vacunando a niños en mayor escala por Rafael Romero y Luis Andrade (Tesis), quienes ya no consultaban a las madres, sino que lo hacían calladamente al momento de pesar a los hijos. Se vigiló por tiempo prolongado la salud de los vacunados. Se tuvo la prolijidad de averiguar la causa en casos de enfermedad y en unos pocos fallecimientos, y se constató que no fue la tuberculosis. Un número de niños estuvieron en observación en una casa cuna, incluso halagando a los padres con dinero para que permitan su internación. Andrade también buscó la alergia post-vacunal y encontró respuesta positiva en un buen porcentaje (80%), con lo que se demostraba el poder inmunizante. Es histórica la relación de los hechos y es de justicia que se citen nombres en honor a quienes, con Pablo Arturo Suárez a la cabeza, son los pioneros de la vacunación antituberculosa en el Ecuador.

Se envió vacuna para ser empleada en las ciudades de Riobamba y Ambato. En Riobamba, Dávalos tuvo la gran idea de implantarla como obligatoria en el niño como requisito para la inscripción del nacimiento en el Registro Civil. Nosotros posteriormente hicimos lo mismo en Quito, en donde se cubrió la nueva Maternidad Isidro Ayora, la Maternidad del Hospital Militar y las clínicas particulares. No faltó originalmente la resistencia unas veces del público y otras veces también de los médicos. En una ocasión, un profesional mal informado, coloreó el frotis de la

secreción que de vez en cuando se produce en la lesión vacunal y encontró los bacilos ácido-resistentes del BCG. Ipso facto proclamó que se estaba inoculando tuberculosis (!).

En 1945 el distinguido Tisiólogo Dr. Jorge Higgins, Jefe del Servicio Nacional Antituberculoso, empezó a usar en Guayaquil el BCG producido en el Instituto Nacional de Higiene. En 1951-52, el mismo doctor Higgins consiguió que la Campaña Internacional contra la Tuberculosis efectúe la vacunación de 344 mil personas de la población urbana y rural del país. En los años subsiguientes se observó que los índices de infección y morbilidad acusaron descenso considerable. En 1973, el nuevo Ministerio de Salud Pública absorbió los servicios de LEA por razones técnicas explicables, pero tanto la pesquisa de enfermos como la vacunación bajaron notablemente. Satisface ver que en años recientes se han hecho campañas de inmunización con antígenos múltiples incluyendo el BCG y cuyo resultado se verá al cabo de años de mantenerse a buen ritmo.

Teóricamente, con las nuevas drogas antifímicas tan poderosas, la tuberculosis puede erradicarse, pero, considerando que se oponen a este fin los factores de riesgo de orden social y económico, la Organización Mundial de la Salud, de manera directa o indirecta, ha recurrido a esta arma en todos los países subdesarrollados, mientras en los de mayor desarrollo se la reserva para grupos seleccionados de población con menos posibilidades de exposición al contagio.

Me he permitido recapitular la marcha de la aplicación de la profilaxis biológica, apartándome del tema de esta reunión, porque precisamente es la demostración de que las ideas y de que

las realizaciones de quien ahora recordamos y de sus seguidores, tienen absoluta vigencia en el día y lo seguirán teniendo en el futuro.

FUENTES CONSULTADAS

- VARIOS. Boletines del Centro de Estudios sobre Tuberculosis. Imp. Univ. Central, Quito, 1939-1947.
- SUAREZ, P. A. Contribución al estudio de la Tuberculosis. An. Univ. Central, julio-septiembre, 1935: 207.
- MONTERO CARRION, J. A. Maestros de Ayer y de Hoy, Quito, 1962.
- SAMANIEGO, J. J. Resumen Cronológico de la Historia del Hospital San Juan de Dios 1665-1947, Ed. Jodoco Ricke, Quito, 1949.
- SAMANIEGO, J. J. Cronología Médica Ecuatoriana, Ed. C.C.E., Quito, 1957.
- TANCA MARENGO, J. Diez Años de Lucha Antituberculosa en el Ecuador 1940-1950, Guayaquil, 1951.
- TANCA MARENGO, J. Temas de Medicina y otros Escritos, Univ. de Guayaquil, Guayaquil, 1953.
- PAREDES BORJA, V. Historia de la Medicina en el Ecuador, Imp. C.C.E., Quito, 1963.
- HIGGINS, J. A. Páginas de Testimonio, Imp. Chinchillo, Guayaquil, 1985.
- ARCOS, L. La Tuberculosis en el Ecuador, Pasado y Presente, Med. Ecuat., Vol. 1, N° 2: 13, 1984.

PABLO ARTURO SUAREZ Y SUS APORTACIONES A LA MEDICINA SOCIAL

Dra. Ninfa León

Los años treinta constituyen el escenario de la aparición de nuevos actores sociales, que en medio de la crisis de hegemonía en el bloque del poder, van a aglutinarse en torno a proyectos históricos alternativos, que conjuntamente con las readecuaciones del proyecto oligárquico-liberal conformarán un nuevo panorama político.

Si bien estos proyectos alternativos, reformista y revolucionario, tenían ciertas diferencias entre sí, las fuerzas sociales de la época se aglutinaron en su torno conformando un verdadero movimiento político-cultural, que unificaba a las dos tendencias en torno a ciertos planteamientos comunes: "en lo político, plantean una transformación revolucionaria de la sociedad para derrotar a la oligarquía y a la feudalidad y en lo cultural les aunó la afirmación del carácter nacional de la cultura en sus contenidos y en sus formas y la (necesidad) de transformar la relación entre cultu-

ra y sociedad, vinculándola orgánicamente con la existencia social de los sectores populares". (1)

Se genera, de este modo, un intenso debate cultural que impregna el pensamiento social de la época y que se revelará de distintas maneras, dependiendo de las condiciones particulares de cada área del quehacer intelectual.

La producción médica, muy sensible a los nuevos planteamientos, asumió su tarea en la construcción de la identidad nacional, tarea ésta que se revelará no solamente en la producción teórica, sino en cierta orientación que se quiere dar la acción del Estado, el que por encontrarse en pleno proceso de constitución y porque sus aparatos ideológicos carecían de una eficaz conducción por parte de las clases dominantes, se constituye en un espacio permeable a los nuevos planteamientos.

Claro está, que este pensamiento médico alternativo, "no constituye la posi-

ción hegemónica, la cual continuó desarrollándose y profundizando sus características delineadas en el período liberal. No podía ser de otra manera, ya que representaba la propuesta del proyecto oligárquico-liberal, que traducía las necesidades de un capitalismo primario-exportador que conciliaba el poder del gamonalismo feudal, del imperialismo y de la burguesía agroexportadora y financiera". (2)

Pablo Arturo Suárez es uno de los mayores exponentes de esta reformulación del pensamiento médico. Su concepción de la salud-enfermedad como un proceso social y por tanto particular de cada realidad en concreto, constituye el eje central de sus trabajos.

Comprende a la salud, no como el reflejo de las condiciones intrínsecas del individuo, sino como el resultado de la interacción entre el hombre y el medio ambiente, al que no conceptúa como un espacio natural-ecológico sino como el espacio humano, es decir histórico y lo divide para su análisis en el medio ambiente físico-individual, el público y el social.

A partir de esto la Higiene, "Ciencia que estudia los métodos de conservación y mejora de la salud individual, pública y colectiva" (3), debía abordar estos tres aspectos del ambiente. Como ambiente físico-individual se entendía al conjunto de necesidades indispensables del ser humano, esto es: a la alimentación, al vestido, al alojamiento y a la disponibilidad económica que permitía satisfacer las tres primeras. Estos cuatro elementos constituyen, a decir de Pablo Arturo Suárez, "los factores que

determinan el nivel de vida de cada hombre y por ende de cada pueblo o nación" (4). De este modo, el nivel de vida pasa a ser una categoría fundamental en el estudio de la salud colectiva, categoría que además de estar determinada por los aspectos mencionados comprende otros factores que son: "el promedio de individuos activos y productivos; la distribución del presupuesto de ingresos en las familias; la satisfacción de las necesidades de cuidados personales, de la salud, de la previsión y de las necesidades culturales y espirituales". (5)

El ambiente público inelvia, citando a Suárez, "todos los problemas de las poblaciones urbanas como rurales" (6) y el ambiente social o colectivo consideraba a "todas las manifestaciones de acondicionamiento material y social de los diversos grupos clasificados, es decir los problemas que derivan de la influencia del trabajo, de los males sociales y contagiosos; comprende también las obras de protección social y de medicina preventiva". (7)

Abarca, de este modo, todos los aspectos que conformarán la reproducción social del hombre, categoría desarrollada tres décadas más tarde por Jaime Breith, llamando la atención sobre comprensión de que en la salud actúan otros determinantes, que reflejan la acción del Estado a través de la distribución del salario social. La sistematización de los dos últimos tipos de ambiente, constituían los temas de los volúmenes de su libro *Lecciones sobre Higiene* (1943), que no llegó a concluir.

A lo largo de su obra, se evidencia el reconocimiento de la heterogeneidad so-

cial que caracteriza a nuestro país. Son los sectores populares los sujetos que estudia, no solo por ser los mayoritarios, sino porque deben constituirse en el objetivo del quehacer estatal. Pablo Arturo Suárez es un escudriñador de la realidad nacional, para definir a partir de ella la política estatal.

Así por ejemplo, considera que para delinear una política alimentaria debe partirse del principio de que el hombre es una realidad geográfica, histórica y social y por lo mismo la ración alimenticia de las clases populares, debe ser definida basándose en las recomendaciones técnicas, pero adecuándose a las características productivas de cada región, a las costumbres y tradiciones de los pueblos y sobre todo a las condiciones económicas y sociales que, tomando sus palabras, "intervienen como fuerzas incluíbles en la selección de la ración alimenticia". (8) El ente administrativo, llamado a implementar esta política, debía ser un Instituto de Nutrición de carácter estatal y técnico, rector de toda la región nutricional, para el cual esboza un plan de trabajo, en el que destaca la acción multidisciplinaria, como requisito fundamental.

Su comprensión de la salud como resultado de lo que una sociedad genera como un todo y que por lo tanto no es un problema exclusivamente técnico, ni responsabilidad privativa de una esfera específica, se revela en las sugerencias que hace en torno a la diversidad de problemas que estudia.

Cuando aborda el problema de la vivienda, como uno de los condicionantes básicos de la salud de los individuos,

entre las medidas que propone se encuentran: otorgar un tratamiento arancelario especial a los materiales de construcción, destinados a programas de vivienda popular; asesoramiento técnico a dichas construcciones; facilidades de adquisición de casas a plazos; establecimiento de almacenes de artículos de construcción de propiedad fiscal, entre otros. En este sentido, es muy interesante su análisis en torno a los cánones de arrendamiento de las viviendas del Seguro Social, diciendo que deben ser calculados a partir de los ingresos familiares de los trabajadores y que no deben exceder del 20% de éstos. "Sólo en esta forma, la habitación sana podría ser utilizada sin detrimento en lo que toca a la alimentación, vestido, educación de los hijos y satisfacciones espirituales" (9) y más adelante acotará: "Una habitación más o menos higiénica, pero que mata de hambre, de disgusto moral, de privaciones a la familia, no es una obra de servicio social; será un negocio, con máscara de seguro" (10).

Pablo Arturo Suárez vive un período de crecimiento estatal. El reformismo juliano, si bien no produjo una transformación sustancial en la estructura social, promovió la creación de aparatos de control del Estado, que limitaron el poder de la burguesía y permitieron el desarrollo de los sectores medios, protagonistas del golpe. Esta intención sumada a un discurso izquierdizante, manejado especialmente en los primeros años, se tradujo en ciertas transformaciones valiosas, efectuadas especialmente bajo el gobierno de Isidro Ayora: la creación del Banco Central, de la Supe-

rintendencia de Bancos, de la Caja de Pensiones y la promulgación de la Ley del Servicio Sanitario Nacional en 1926, entre otras.

La organización sanitaria del Ecuador, durante los primeros 25 años de este siglo, había experimentado un lento proceso de conformación, en el cual la salud de las poblaciones fue paulatinamente asumida como un deber estatal, no solo en el plano formal, jurídico-ideológico, sino en el plano real, al dotarla de fondos propios que garanticen su funcionamiento. (11)

La Ley del servicio sanitario, expedida el 23 de febrero de 1926, representó la culminación de esta primera etapa. Con ella se consigue: la centralización administrativa y técnica, la integración de todos los problemas de orden sanitario e higiénico, la extensión a toda la República de los servicios, mediante Delegados y en conexión con los Municipios, definiendo el campo de acción del poder local, que jerárquicamente se encuentra bajo el poder central, rector máximo de la política sanitaria.

Es justamente en este momento, cuando Pablo Arturo Suárez se hace cargo de la Dirección de Sanidad y asume la tarea de poner en práctica lo estipulado en la Ley, reorganizando el Servicio Sanitario Nacional. En esta ocasión, como años más tarde, en 1936, cuando implementa el Departamento Médico de la Caja del Seguro, su comprensión social de la salud le llevará a realizar sus trabajos en torno a ciertas directrices fundamentales que son:

1. Buscar siempre la integración y coordinación entre las instituciones encargadas de los distintos aspectos de la salud: Asistencia Pública, Sanidad, Departamento Médico de la Caja del Seguro y Universidades. A este respecto, cuando informa sobre la organización del Departamento Médico de la Caja del Seguro, que contempla la participación de la Asistencia Pública con sus instalaciones dice: "así, uniendo esfuerzos en la forma más apropiada en cada caso, se mancomunan los intereses y dichos organismos rinden eficaces y completos servicios, tanto a la una como a la otra entidad, aparte de la economía que entraña en la fundación y en el mantenimiento" (12). Era su criterio, que en países como el nuestro, con un erario siempre en crisis, la centralización y la concentración de fondos en torno a un objetivo, constituyan la única garantía de que los esfuerzos desplegados culminen en resultados eficaces.
2. Priorizar las acciones preventivas, sin restringirlas a la prevención clínica-individual, sino remitiéndose siempre a su concepto de la salud como resultado del nivel de vida de los grupos sociales. A este respecto en el informe N° 3 de la Dirección General de Sanidad dice: "Las fuerzas legales, económicas y técnicas se han asociado para tratar de organizar ... un servicio de Higiene con todos sus dominios, que lejos de mantenerse dentro de un concepto

negativo de evitar enfermedades, trata de crear condiciones de salud positiva y vigorosa. Por eso los problemas alimenticios, protección de las leches de consumo, alimentos en general, etc.; problemas urbanos: agua potable, canalización, basura; los problemas de Higiene general; estadísticas, construcciones, aseo, propaganda, asistencia, etc.,... han merecido tan preferente esfuerzo durante la actual administración sanitaria" (13). Queda así explicada su vocación preventivista.

3. Impulsar un desarrollo autónomo, especialmente en ciertos ramos fundamentales del abastecimiento nacional. Esto se reflejó en sus empeños por conformar un laboratorio farmacéutico nacional, ligado a la universidad, que sirva de centro de investigaciones a profesionales y estudiantes de diversas áreas y provea de medicamentos apropiados y baratos a los servicios de salud del Estado. La falta de fondos y quizá la falta de apoyo condujeron a la participación mixta del sector privado y de la Asistencia Pública, la que posteriormente perderá sus acciones, frustrándose quizá el único intento serio de montar una industria farmacéutica nacional.
4. Promover la investigación de nuestras realidades como guía para la definición de políticas, así como para la implementación de medidas adecuadas y acordes con el desarrollo científico-técnico de la época. En

este sentido, atribuía a la Universidad un papel fundamental en el progreso nacional. Al hablar de ella decía: "La universidad nuestra ha sido como un taller para fabricar profesionales, que encerrada dentro de una torre de marfil, absorbiendo literatura ajena, ha desoido los clamores de afuera, cerrando los ojos a todo lo que signifique nuestros propios problemas. Ha construido ciencia con datos del extranjero, ha formulado principios y doctrinas, con elementos de juicio ajeno" (14). Por ello y tratando de reorientar la labor universitaria, desde su cátedra de Higiene, estudia varios aspectos de la biopatología nacional, vinculando a los alumnos con la comunidad. Precisamente los resultados obtenidos en estos trabajos, fundamentan sus propuestas en la función pública. Por otro lado, estas experiencias hicieron, que muchos de los proyectos que propone, contemplan la participación del estudiante universitario, por considerarlo elemento capacitado y con una visión lo suficientemente integral, para dotar de los requisitos técnicos apropiados al quehacer sanitario.

5. Modernizar las instituciones de salud a fin de que su labor sea lo más efectiva posible. Para ello promueve la carrera sanitaria, apoya la capacitación de recursos humanos en el exterior e implementa un servicio de información y estadística continuo, para mantener la vigilancia y el control epidemiológicos.

Pablo Arturo Suárez supo combinar el interés por lo cotidiano, práctico y casi pedestre de la vida, con la conceptualización más abstracta del significado de la salud y de la organización del Estado. Esta ductilidad de pensamiento, fundamental en el administrador de la política social, la desarrolló porque comprendió que en la salud conflúan lo económico, lo político y lo técnico.

Su meta era el desarrollo social, pilar fundamental para la transformación de las condiciones de salud de una población. En el contexto de los años treinta, lo que le correspondía hacer fue exactamente lo que hizo: contribuir a que el Estado asuma a la salud como una de sus obligaciones, aceptando con ello, tácitamente, que la enfermedad y la muerte son fruto de la sociedad. Inscibirse en esta posición, era estar a la vanguardia de criterios muy en boga en esos tiempos, que consideraban a la postración física y mental una lacra de los desposeídos, naturalmente inferiores y que por lo mismo, los llamados a aplacar el sufrimiento de estos menesterosos eran los seres superiores por naturaleza, es decir, los filántropos. Tan cierto es esto, que mientras Pablo Arturo Suárez trabajaba por la organización de las instituciones de salud estatales, unas fruto de la modernización de los sectores dominantes, como la Sanidad y otras resultado de la pertinaz lucha de los trabajadores como el Departamento Médico de la Caja del Seguro, simultáneamente se fortalecía la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

En los momentos actuales, cuando la sociedad ecuatoriana necesita imperio-

samente transformar sus formas de vida, el debate en torno a la salud ha vuelto a plantearse, en contextos diferentes y con retos distintos. Las tradicionales posiciones hegemónicas, remozadas, se enfrentan con las posiciones alternativas, maduras, que pugnan por nuevos desarrollos. En estas condiciones el rescate de la obra de Pablo Arturo Suárez es fundamental, para fortalecer la tradición médica democrática e innovadora, que contribuye a la construcción de la identidad nacional.

Su trabajo fue la de un científico riguroso, que no le interesó solamente el diagnóstico que el fenómeno inmediato le sugería, sino que escudriñó en las entrañas de los problemas, llegando a sus primeros determinantes, los sociales. Pero no se detuvo allí, su criterio médico le condujo a formular siempre una propuesta. Su labor reedita aquella célebre frase que Rudolf Virchow diría mucho antes: "La Medicina es política y la política no es más, que una medicina a gran escala".

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carrasco A., Vintimilla M, Suárez C. "La crisis de la Sociedad y la Cultura; la búsqueda de una nueva ecuatorianidad en los años treinta". Ponencia presentada al Segundo Encuentro de Historia Económica, Quito, julio de 18-22, 1988, pág. 48.
2. León Ninfa, "El Pensamiento Médico Ecuatoriano en el siglo XX", Ponencia presentada al IV Curso Internacional de Investigación en Ciencias de la Salud, Quito, septiembre 12-30, 1988, pág. 16.
3. Suárez, Pablo Arturo, *Lecciones de Higiene, Libro primero*, U. Central, Quito, 1943, Página 7.

4. *Ibid*: Pág. 99.
5. *Ibid*: Pág. 100.
6. *Ibid* Pág. 10.
7. *Ibid*: Pág. 10.
8. *Ibid*: Pág. 66.
9. *Ibid*: Pág. 93.
10. *Ibid*: Pág. 93.
11. Velasco Margarita, De la Torre Patricia, León Ninfa: "Políticas y Prácticas de la Salud en el Contexto del Estado Ecuatoriano", III Informe. CONUEP/1989 (Inédito).
12. Suárez, Pablo Arturo, Plan del Servicio Médico de la Caja del Seguro Industrial, Boletín del Departamento Médico Social. Quito. Año I, N° 1, marzo, 1937, Págs. 4-5.
13. Suárez, Pablo Arturo: *Informe N° 3 de la Dirección General de Sanidad*. "El Día", Quito, 1928, Pág. 5.
14. Suárez, Pablo Arturo: *Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas...* Quito, Universidad Central, 1935.

PABLO ARTURO SUAREZ: LA EPOCA Y EL PENSAMIENTO

Alexel Páez

Es cosa por todos sabida la relación que existe entre las épocas históricas y los tipos de pensamiento que se desarrollan en ellas: Toda creación intelectual (que puede implicar o interpretar realidades o explicitar problemas antes no percibidos) está íntimamente relacionado con aquello que Isaac Deutscher llamaba "el clima moral y psicológico de la época". Por ello se hace imprescindible el tratar de ubicar el pensamiento médico-social de Pablo Arturo Suárez enmarcado en lo que eran las corrientes científicas e ideológicas más importantes de la época, de la cual es tanto tributario como creador.

Podemos imaginar al niño Pablo Arturo Suárez recibiendo conmocionado las noticias del triunfo de la Revolución Liberal de 1895; en verdad este movimiento es imprescindible el momento de tratar de abordar la historia nacional, la historia de las ideas en el siglo XX. El triunfo de la fracción más radical del liberalismo significó el desplazamiento de los sectores terratenien-

tes serranos del poder estatal, el impulso de un proyecto económico integrador al mercado mundial, empujado por las dinámicas fracciones agroexportadoras guayaquileñas de cacao.

Si bien el cacao había sido el elemento de exportación fundamental a lo largo de todo el siglo XIX, la importancia política de los agroexportadores no se había visto relacionada con el poder económico real que manejaban. A fines del siglo XIX el liberalismo radical expresará la voluntad de ciertas transformaciones sociales propugnadas por estos sectores, transformaciones que implicaban apertura al mercado externo, librecambismo, ruptura de los lazos sociales tradicionales que ataban a la mano de obra a la hacienda serrana, posibilitando por tanto la migración hacia la costa y el crecimiento exponencial de los centros urbanos de Quito y Guayaquil para la época.

Al producirse esta expansión institucional producto de la Revolución Liberal, aparecen nuevos sectores socia-

les en las distintas regiones del país. La integración misma del espacio geográfico nacional sería impulsada por el gobierno liberal y por el alfarismo mediante la conclusión del ferrocarril Guayaquil - Quito, lo que por fin permitía comunicación constante, tráfico creciente de mercancías y pasajeros entre las dos regiones.

En la actual Historia Social que se viene desarrollando, uno de los puntos fundamentales a ser tomados en cuenta para entender la conformación del país es el problema regional, cuyas manifestaciones impregnan al Estado ecuatoriano hasta nuestros días. Para 1910 apenas había empezado a desarrollarse una estructura de integración de las diversas regiones del país, la sociedad nacional empezaba a vislumbrarse como posible, más allá de la simple sumatoria de las sociedades regionales: la nación ecuatoriana —o el proyecto de nación ecuatoriana— pasa a ser un objetivo a ser construido, un tema fundamental de la discusión política, ideológica, estatal, e incluso científica, como veremos posteriormente.

Pero los fenómenos de expansión institucional del Estado Liberal, los efectos de la legislación post-95, el crecimiento de la exportación cacaofera, el desarrollo intensivo de las urbes de Quito y Guayaquil (más esta última que la primera) perfilan, como ya hablamos dicho, nuevos factores sociales y políticos: un proceso de industrialización incipiente en el área de los servicios y pequeñas fábricas de calzado, curtiembres, cerveza, alimentos perfilan el apareamiento difuso e incipiente de la

clase obrera en Guayaquil. En Quito también se asiste a un proceso de transformación social, baste recordar la fundación de la fábrica textil La Internacional en los veinte tempranos, y posteriormente muchas otras fábricas textiles en la misma zona.

En buenas cuentas, aparecen nuevos problemas en todos los aspectos: emerge un grupo social con reivindicaciones particulares exigiendo mejora de salarios y de condiciones de trabajo, este último tema fundamental para la medicina social.

Si hasta fines del siglo XX se había planteado el problema de las condiciones de salud de las clases trabajadoras como un problema de beneficencia y asistencia filantrópica —por parte de la Iglesia y del Estado— o como un problema de Asociación voluntaria por parte de las organizaciones gremiales, artesanales, desde principios de los años diez empieza a ser percibido crecientemente como un **problema social**, resultado de condiciones de hacinamiento, condiciones de trabajo abrumadoras, utilización de trabajo infantil, etc. A estos problemas se asociaba un impresionante nivel de alcoholismo, si juzgamos a la luz de los manifiestos de las asociaciones y gremios artesanales de la época.

Cabe anotar que en estos años se desarrollan las primeras huelgas, cuyos objetivos fundamentales por lo general apuntan hacia la mejora de las condiciones de trabajo, alimentación y salarios de los trabajadores. Empieza a ingresar el ideario socialista en su variante anarquista dentro de las organi-

zaciones artesanales, que poco a poco van transformándose en gremios de ayuda mutua en sindicatos de acción social y política, reivindicativa y de protesta: se asiste, entonces, a los principios de expresión de nuevos grupos sociales en protesta contra condiciones de sobreexplotación y dominación.

El proceso de transformación urbana trae al orden del día otros problemas de salubridad, tales como la organización de sistemas de alcantarillado y sistemas de medicina preventiva, tareas que aún a principios de los treinta no estaban resueltas, al menos en el caso de Guayaquil. La insurrección de los nuevos actores sociales es explícita en la histórica huelga de noviembre de 1922, donde son masacrados alrededor de 1.500 manifestantes en Guayaquil; otros actores sociales viejos renuevan sus actividades de cuestionamiento en otras áreas: nos referimos a un movimiento indígena que empieza a causar estragos en la tradicional dominación hacendaria serrana, a plantear sus reivindicaciones, fundamentalmente la del acceso comunitario a la tierra, tema que hasta los sesentas no tendría visos de respuesta institucional.

Cabe anotar, por otra parte, que el liberalismo alfariista había perecido en la hoguera bárbara de enero de 1912, y que para la etapa de 1912-1925 será la plutocracia comercial-bancaria-agro-exportadora la que gobierna el país. En 1917 empieza una crisis del cacao que se agudiza en 1922 y mina las bases de la dominación plutocrática. En 1925 un golpe de estado dirigido por militares jóvenes de tendencia socia-

lista reorganiza el Estado e impulsa un proyecto de actualización institucional y modernización social: en este contexto ingresa nuestro homenajeado en la práctica de la medicina social, primero como jefe de Sanidad y luego en otras actividades, académicas e institucionales.

En efecto, uno de los postulados de la Revolución Juliana era, precisamente, "la atención a las necesidades del proletariado", y, más a largo plazo, la organización de un cuerpo legal de legislación sobre el trabajo y la conformación de un sistema de seguridad social, cosa que se implementaría en sus primeras etapas en 1938. Pero es la movilización constante de los sectores subalternos la que empuja este proceso. Se constituyen también nuevos organismos políticos que expresan las demandas de las clases trabajadoras: el PSE es fundado en mayo de 1926, la organización obrera e indígena es impulsada por este partido.

Se debe recordar que para 1920-1930 existe una intelectualidad de clase media vinculada al proyecto liberador socialista: el tema de la constitución de lo nacional, que ya habíamos señalado previamente, salta al escenario. Se conoce la época de oro de la Gran Literatura de los Treinta; la pintura, la literatura, el ensayo, tratan de descubrir el sentido de lo nacional, y un proyecto posible para integrar al país, para unir a la diversidad regional, la multiplicidad étnica y cultural, y la intelectualidad descubre en el movimiento obrero a un actor esencial de las transformaciones que requería el país.

Las élites dominantes, por su parte, habían construido una imagen del país, un "país ideal", a espaldas del país real: negaban, por ejemplo, la importancia de lo indígena en cualquier proyecto de construcción nacional que tuviese sentido. Una cultura oficial había dado la espalda a más de la mitad de población, y no sólo eso, sino que había construido una suerte de sistema de castas: no en vano hasta hoy el insulto nacional es "indio de mierda". Así, la ideología de la dominación trataba de imponer sus valores y destruir una cultura milenaria en nombre de la modernización. Luis Felipe Borja, la Sociedad Nacional de Agricultura, la Iglesia por boca de Monseñor González Suárez, todos los actores políticos y sociales relevantes en el grupo dominante coincidieron en esta apreciación.

Y aquí aparece otra fase de la obra de Pablo Arturo Suárez: el primer intento sistemático de conocer la realidad alimentaria de la población indígena, de entregar datos relevantes y con valor científico y las élites políticas habían mantenido un rechazo y una negación constantes.

Estos trabajos se complementan con el abordaje que hace Suárez de la alimentación del obrero (1930-39), de la composición de la dieta popular, a más de trabajos de índole más ligada a la investigación experimental y otros. En Suárez se manifiesta la vocación nacional, la búsqueda de la realidad y destaca la visión social que impulsa: los problemas de salud lo strata a nivel macro, es decir referidos a grandes gru-

pos sociales, tales como los obreros o los indígenas de Otavalo.

Por supuesto Suárez responde a su tiempo, no puede salir de las determinaciones que su cultura y formación le imponen. Es uno de los pioneros en el acercamiento a la realidad indígena, junto con Pío Jaramillo Alvarado y Jorge Icaza en otras áreas, pero lo hace desde una posición de externalidad, desde fuera de la cultura indígena, lo que marca una carga ideológica reconocible en su obra, carga que de ninguna manera desacredita el gran trabajo científico que realizó, pero que debe ser señalado en este evento.

Por ejemplo, descubrimos en su libro "Contribución al estudio de la alimentación y nutrición del indio de Otavalo", impreso en 1943, una serie de apreciaciones que bien pueden ser atribuidas al hecho de que Suárez es un personaje progresista, modernizador, impregnado de su experiencia en Europa; no es extraño, entonces reconocer tonos xenofóbicos y etnocentristas en determinados análisis que hace de lo indígena, como en la siguiente cita, en la que comparte la ideología generalizada entre las élites modernizantes, tradicionales y contestatarias:

"La conformidad indolente del indio con su situación, que simula una adaptación de la voluntad al ambiente y por tanto un equilibrio espiritual, es un acto reflejo animal, más que un acto volitivo humano" (p. 38).

También atribuye a la "vagancia" del indio la situación de pobreza y subalimentación que tiene, y considera ne-

cesario integrarlo a la producción, mediante medidas que "acabarían con su ociosidad" (p. 42). Así, es percibida como un freno a la modernización, a la expansión del mercado nacional y la construcción de la nación indígena.

Pero es que el acercamiento y la comprensión de otra cultura es un proceso más bien reciente, que data apenas de la presente década en las ciencias sociales del país; no podemos pedir a un actor de los treinta que comparta nueva visión de respeto a la pluralidad étnica y cultural como posibilidad y base de construcción de lo nacional. Por otra parte esta visión se manifiesta también en Jorge Icaza, quien en su clásico "Huasipungo" nos plantea la visión de una raza de subhombres humillados y vencidos, visión que no se compadece en absoluto con la que tenemos hoy: quinientos años de resistencia y dignidad a pesar de la opresión, la dominación, la subalimentación.

Así pues, en los treinta —que es cuando la mayor cantidad de la obra de Pablo Arturo Suárez se realiza— encontramos una intelectualidad que aunque no puede separarse de ciertas visiones tradicionales acerca de lo indígena, empiezan a abrir trocas en el camino que busca al otro como sujeto social, no como mero objeto, en el camino de la recuperación de una identidad fragmentada por lo regional, lo étnico y lo social. En la búsqueda de las condiciones de la conformación de una sociedad más sensata y nueva, generando —por ejemplo— una legislación de trabajo progresista, articulando

un sistema de Seguridad Social acorde a las experiencias contemporáneas en Latinoamérica, conocidas por Suárez en su viaje por Argentina y Chile.

Nuevos actores sociales, nuevos problemas sociales, nuevas respuestas sociales: la obra de Pablo Arturo Suárez debe ser inscrita en el contexto de la búsqueda de lo nacional, del apareamiento del socialismo en el país, de una óptica extremadamente rica, cuya realización aún se encuentra inconclusa, cuando constatamos las condiciones de vida populares con tendencia a la degradación, el hacinamiento potenciado en los barrios marginales, la subalimentación campeando por todo el país, cuando descubrimos que aún no se cierra ni la brecha regional, ni la brecha étnica ni la brecha social.

Pero la actitud más coherente, y de la que Pablo Arturo Suárez da cuenta de manera casi paradigmática, es la búsqueda, el trabajo científico consciente, destinado a la transformación, la acción social igualmente consciente para transformar una realidad que para negar se debe primero conocer: una lección de trabajo responsable, riguroso y comprometido.

En verdad Pablo Arturo Suárez debe ser ubicado en el sitio que le corresponde, como el puntal de la concepción social de la medicina ecuatoriana moderna, como el transformador e investigador de primera línea que fue; como miembro de su generación, coherente con ella y con su momento histórico. Ese es el mejor homenaje que se le puede hacer.

COLECISTITIS - COLELITIASIS
EN PACIENTES DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
EN EL AÑO DE 1985

Dr. Luis Garzón V., Médico Cirujano
Dra. Adela Criollo T., Médico Cirujano

RESUMEN.— Se analizan 90 pacientes con patología vesicular estudiados en el Hospital Eugenio Espejo, apreciándose que el 88.8% corresponde al sexo femenino y el 11.8% al sexo masculino.

Los pacientes más expuestos se encuentran entre los 31-40 años de edad. En lo referente al lugar de procedencia se aprecia que la provincia de Pichincha presenta al más alto porcentaje con cifras del 52.5%.

El *síntoma* más frecuente de esta patología es el dolor abdominal con el 43.5%, seguido del vómito y la náusea.

El estudio histopatológico reveló datos de patología vesicular en el 80.3%. El tratamiento de elección fue la colecistectomía total ocupando el 80% de casos, el 20% restante corresponde a la colecistectomía más exploración de vías biliares principales.

INTRODUCCION.— Los cálculos biliares se forman a partir de los constituyentes de la bilis, la mayoría de ellos están compuestos de una mezcla de cristales de colesterol y de pigmento biliar. El cálculo de colesterol "puro" conocido como cálculo de colesterol solitario, es raro. La litiasis de pigmento puro tienden a asociarse a trastornos hemolíticos. La formación de cálculos de colesterol, sean mixtos o puros es manifestación de trastornos metabólicos y de motilidad que afectan al hígado, a la vesícula biliar, al duodeno y al intestino delgado, los cuales a su vez, tienden a aparecer en relación a los hábitos alimentarios y sedentarios (gran cantidad de carbohidratos) de las personas que viven en los países denominados desarrollados.

En realidad la incidencia de litiasis biliar se ha multiplicado varias veces

en estos países durante los últimos 25 años y constituye en la actualidad motivo de preocupación su incidencia en la salud pública y en el costo de los servicios médicos, al menos un 25% de las mujeres y un 20% de los hombres tendrán cálculos biliares en uno u otro período de su vida, mientras que las afectadas de litiasis biliar en uno u otro período de su vida, tiende o suelen ser obesas, fértiles y de unos 40 años de edad, parece existir manifiesto incremento de la incidencia en las primíparas jóvenes, sobre todo en las que toman contraceptivos.

El crecimiento del cristal hasta formar un cálculo empieza por lo común a partir de un punto central o núcleo y, a veces a partir de un centro. En ocasiones la cristalización es similar a la geoda, en la que el crecimiento del cristal empieza en la periferia y progresa hacia el centro que está vacío. La primera forma de crecimiento implica la presencia de una interfase o punto "germinal" proporcionado por bacterias, células descamadas, cuerpos extraños o incluso cálculos preformados, mientras el crecimiento centrípeto sugiere que se produce cristalización en una colección preexistente de bilis espesa o moco. En la bilis vesicular se observa en algunas ocasiones cálculos de colesterol o mixtos en forma de mora y que contienen pequeños esferulitos amorfos. Tales cálculos se forman por la coalecencia de los esferulitos y su subsiguiente transformación en cálculos cristalinos radiados.

MATERIAL Y METODOS.— Con el objeto de realizar un estudio descriptivo de la patología biliar, realizado en el Hospital Eugenio Espejo en el año de 1985, en primer lugar se obtuvo la lista de intervenciones quirúrgicas de patología vesicular, luego se revisaron las fichas clínicas correspondientes, obteniéndose de ellas los siguientes datos: Edad, Sexo, Procedencia, Cuadro Clínico o Sintomatología principal, Histopatología, Tratamiento quirúrgico.

De acuerdo a la edad, se realizó una distribución por décadas:

De uno a diez años, de once a veinte, y así sucesivamente.

Se comparó la incidencia de patología vesicular entre sexo masculino y femenino.

Se clasificó la procedencia de acuerdo a las capitales de provincia.

Considerando al cuadro clínico se tomaron los datos porcentuales de los síntomas más frecuentes.

Para el tratamiento quirúrgico se tomó el número de pacientes intervenidos con sus respectivos porcentajes.

RESULTADOS.— Se analizan 90 pacientes con patología vesicular, encontrándose que el sexo femenino predomina en esta casuística en 70 pacientes que corresponde al 88.8% del total; y 11 pacientes al sexo masculino con el 11.2%.

La edad más frecuente corresponde a la comprendida entre los 31-40 años en 20 pacientes con el 22.2%. Ver tabla N° 1.

Según la procedencia se aprecia que la Provincia de Pichincha alcanza el

más alto porcentaje con el 52.2% correspondiente a 47 pacientes. En segundo lugar se encuentra la Provincia de Imbabura, Tungurahua, Carchi. Ver tabla N° 2.

Dentro de la Sintomatología se aprecia que el más frecuente corresponde al dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastro irradiado a región de hipocondrio derecho y hombro del mismo lado con el 43.5%. Ver tabla N° 3. El segundo síntoma corresponde al vómito y luego a la náusea.

Dentro de los estudios de evaluación pre-operatoria tenemos que el más frecuente corresponde a la Ecosonografía con el 80.3% que corresponde a 72 pacientes. Concomitante a esto se destaca el estudio de endoscopia digestiva alta como parte de la valoración pre-operatoria con cifras del 20.0%, el resto pertenece a la colangiografía intravenosa y a la colecistografía oral. Ver tabla N° 4.

La colecistectomía total fue el tratamiento más frecuente en esta serie en el 80% de casos, es decir 72 pacientes fueron sometidos a esta intervención quirúrgica, en segundo lugar se realizó colecistectomía más exploración de vías biliares que representa el 16.2% y la hemicolecistectomía con el 5.8%. Ver tabla N° 5.

DISCUSION.— En el análisis de 90 pacientes desprendemos las siguientes conclusiones:

1.— **EDAD.**— La edad más frecuente en este estudio de patología biliar se encuentran entre los 30-40 años, da-

tos concordantes con la mayoría de autores, entre ellos citamos a Aschof (1), Johnson (5), Reid, J. B. (10).

2.— **SEXO.**— El sexo femenino predomina en este estudio con el más alto porcentaje; se citan autores, quienes presentan casuísticas similares en lo que se refiere al sexo, entre ellos nos referimos a Brevan (2), Rains, Drags- ted L. (17), Fung (14), Longmire (18).

3.— **SINTOMAS Y SIGNOS.**— El síntoma principal y el más frecuente en nuestro estudio es el dolor abdominal tipo cólico en epigastro con irradiación posterior, datos concordantes con los estudios de los siguientes autores: Moynihan (9), Bockus (15), Mazariello (16), Levan (2), Erdmans (4).

4.— **EXAMENES PRE-OPERATORIOS.**— El estudio de la ecosonografía de vías biliares constituye el más frecuente en nuestra serie, así lo citan autores como Erdmans (4), Reid (10), Capper (12), Johnson (5), Jutras (6), los mismos consideran que con este estudio se logra determinar patología vesicular, específicamente litiasis vesicular en el 92-97% de los casos.

ESTUDIOS POS-OPERATORIOS.— En nuestra serie podemos observar que el estudio histopatológico demostró colecistitis aguda y crónica en el 80.3% de los casos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.— El tratamiento de elección y el más frecuente corresponde a la colecistectomía retrógrada en el 80% de los casos.

TABLA N° 1

**PORCENTAJE EN PATOLOGIA
VESICULAR SEGUN EDAD**

Edad	Porcentaje
1 — 10	3.3
11 — 20	15.6
21 — 30	15.6
31 — 40	22.2
41 — 50	18.0
51 — 60	16.6
61 — 70	8.9
71 — 80	8.9
81 — 90	2.3
	100.0

TABLA N° 2

**PORCENTAJES SEGUN
PROCEDENCIA**

Provincia	Porcentaje
Pichincha	52.2
Imbabura	6.6
Carchi	7.7
Tungurahua	3.3
Cotopaxi	3.5
Manabí	2.2
Los Ríos	2.2
Napo	2.2
Bolivar	6.6
Chimborazo	4.4
Colombia	2.2
	100.0

TABLA N° 3

**PORCENTAJE SEGUN SINTOMAS
DE COLECISTEITIS**

Síntomas	Porcentaje
Dolor abdominal	43.5
Vómito	22.5
Náusea	33.8
	100.0

TABLA N° 4

**PORCENTAJE SEGUN ESTUDIOS
PREOPERATORIOS DE PATOLOGIA
VESICULAR**

Examen	Porcentaje
Ecosonografía de V.B.	80.3
Endoscopia digestiva alta	16.2
Colecistografía oral	2.1
Colangiografía I.V.	1.4
	100.0

TABLA N° 5

**PORCENTAJE DE ESTUDIOS POS-
OPERATORIOS DE PATOLOGIA
VESICULAR**

Examen	Porcentaje
Histopatológico	80.3
Sin datos de H. CL.	19.7
	100.0

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Aschof, L. and Bachmeister, A. 1909. Die Colelitiatis. Jena Fisher.
- 2.— Bevan, G. and Williams, J. D. 1971, Br. Med. J. 284.
- 3.— Bland-Sutton, J. 1907. Gallstone and decasses of the bile ducts. London Nisbet.
- 4.— Erdmans, 1905, cited By Moynihan (see below).
- 5.— Johnson, A. G. 1975, Ann. R. coll, Surg. 56, 59.
- 6.— Jutras. Am. J. Roening 83:795.
- 7.— Keighley, M.R.B. 1977, Amr coll surg. 59:328.
- 8.— Madockss, A. C. Hilson, G. R. F. and Taylor, R. 1973, Am R. coll surg. 52:316.
- 9.— Moynihan, B. G. A. 1905, Callstons and their surgical treatem 2dn London sunders.
- 10.— Reid, J. D. 1962, N. Z. Med. J. 361-384.
- 11.— Tait, L. 1964. Cited by Rains (see above).
- 12.— Capper, W. M. 1961. Br. J. Surg. 49-292.
- 13.— Burtet, W. and Bortohn, P. M. 1972, august 181, 880.
- 14.— Fung J. 1961, Br. J. Surg. 48, 404.
- 15.— Bockus, H. L. Choleitiatis Clínicas aspects, p. 752 gastroenterology, Sec. 123, vol. 3, Philadelphia, 1976.
- 16.— Mazariello, R.: Extracción incruenta de cálculos biliares residuales. Trib. Med. 1:1, 1978.
- 17.— Dragsred, L.: (it. Maigott), Postoperative structure of biliary dicts, p. 1162. Abdominal operations, 1974.
- 18.— Loumire, W. P. Dificult problems Encountered in obstruccion biliary, 1970.
- 19.— Jones, S. A. Sphinteroplasia in Tretment biliary tract deseasse, 1973.

**SINDROMES DOLOROSOS DE COLUMNA VERTEBRAL
(S.D.C.V.) EN PACIENTES DEL DISPENSARIO
DE COTOCOLLAO - IESS**

**Dr. Luis Córdova Velasco
Dr. Patricio Donoso Garrido**

SUMMARY

It was made a retrospective analysis of 1153 clinical stories and physiatriac card, of patients diagnosed Vertebral Spine Painful Syndrome (V.S.P.S.). They attended the out patient service of a Social Security Health Center (Cotocollao-Quito), between June 1982,1987.

At the same time we made a follow up study on 89 patients who came between April 88 and September 1988.

Highest incidence of V.S.P.S. was noted in the outpatient, among all services or departments. Most of these patients were under 50 years old.

Lumbalgia became more frequent in males, and cervicalgia in females. Textil or hand workers presented lumbar or lumbociatic syndromes, while private or public employees had major incidence of cervical syndromes.

Strong physical activity showed to promote lumbar stress, while sedentarism is a cause of cervical problems.

Men posture or position during labor periods has direct relationship with location of V.S.P.S.

Monotony, lack of body rotation or movement, and high production rythms are among others, factors provoquing acute and chronic V.S.P.S.

Prophilaxis to prevent column or spine deseases are rare and scarce.

In this work we found evaluations were few, and physiatriac treatments received, did not agree with diagnoses made.

RESUMEN

Dentro de los aspectos poco estudiados en nuestro medio se encuentran la investigación sobre la influencia que tiene la actividad física en el trabajo y en la aparición o cronificación de los S.D.C.V.

Estas enfermedades, más aún cuando se cronifican o reagudizan causan en términos de las labores diarias fatiga fácil, disminución del rendimiento en el trabajo, desadaptación y hasta ausentismo; lo que va en detrimento de sus ingresos económicos y los de la familia, deteriorando al mismo tiempo el nivel productivo de fábricas, empresas y de toda la nación.

El modelo económico actual del país ha permitido el apareamiento de nuevos riesgos en la salud de los trabajadores, incluso determinados cambios en la organización del trabajo, actividad monótona, ritmos intensos, todas estas condiciones desfavorables del ambiente laboral que repercuten en la salud física y mental de los trabajadores, que son objeto de nuestro estudio.

Los S.D.C.V. son una entidad frecuente que incluso afectan a la población joven y por tanto en edad productiva, por otro lado está en la perspectiva de esta investigación el establecer nuevas pautas que mejoren el área técnica de la atención en lo referente a la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la patología mencionada.

INTRODUCCION

Se estudiaron mediante un análisis documental las historias clínicas y las tarjetas fisiátricas de 1.153 pacientes que padecieron el S.D.C.V., los que habían concurrido a la consulta de Rehabilitación del Dispensario de Cotacollo IESS, en el lapso de cinco años a partir de junio de 1982. Por otro lado, se estudiaron mediante encuesta, 89 pacientes, los que acudieron entre abril y septiembre de 1988.

Los S.D.C.V. tuvieron mayor demanda en la consulta externa de este servicio. La mayor parte de enfermos eran menores de 50 años.

La lumbalgia resultó ser más frecuente en hombres y el síndrome cervical en mujeres.

La lumbalgia y lumbociatalgia fueron más frecuentes en obreros y el síndrome cervical en empleados públicos y privados. La actividad física exigente provoca con mayor frecuencia lumbalgia y la actividad sedentaria síndrome cervical.

La posición adoptada durante la jornada laboral, tiene relación directa con la localización de S.D.C.V.

La monotonía, la falta de rotación en las tareas y altos ritmos de producción son entre otros, factores que contribuyen a la aparición y cronificación de los S.D.C.V. La profilaxis en materia de padecimientos de columna es escasa.

Las valoraciones realizadas a los pacientes fueron pocas y no tenían concatenación adecuada con los tratamientos prescritos.

MATERIALES Y METODOS

El trabajo transversal recolectó datos que constan en las historias clínicas y tarjetas de rehabilitación de los pacientes.

Adicionalmente se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en base a una muestra estadísticamente significativa, calculada en base al número de pacientes nuevos que por año concurrían al servicio de Rehabilitación por S.D.C.V. El universo para el cálculo de dicha muestra fue de 487 pacientes con un nivel de confianza de 1,96, con un margen de error del 10% y un $P=0,5$. La muestra significativa eran por lo menos 83 pacientes.

La encuesta de 48 variables codificadas evaluó en términos generales los datos básicos de filiación, ocupación, actividad física durante el trabajo y horas libres, exigencia biomecánica de la misma, ergonomía, profilaxis de los S.D.C.V., los antecedentes patológicos y las características propias de la enfermedad.

El trabajo documental transversal luego de un análisis general agrupó sólo a los pacientes con S.D.C.V. en un formato condensador de 37 pacientes por hoja creado específicamente para este objeto.

En el estudio mediante encuesta el análisis fue parcial, ya que se rescataron exclusivamente los pacientes con diagnóstico de síndrome doloroso de columna vertebral.

RESULTADOS Y DISCUSION

A. Aspectos de la Enfermedad

Los S.D.C.V. representaron el 52 y 66,4% de todos los pacientes en los dos análisis realizados. En un estudio similar realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín durante el año 1982 se obtuvieron resultados semejantes.

El 66,4% observado en el estudio de encuesta probablemente se justifique, ya que la búsqueda de pacientes en ese caso fue de manera activa.

Los resultados indicados permiten entender que de cada dos individuos afectos, uno lo es por S.D.C.V., lo que coincidiría con investigaciones efectuadas en U.S.A. y Gran Bretaña (9, 16).

1) Localización del dolor.— En la investigación el síndrome doloroso más frecuente fue la lumbalgia, seguida del síndrome cervical y la localización mixta. El predominio de la lumbalgia puede justificarse por ser el segmento más utilizado en labores de esfuerzo y porque biomecánicamente es el segmento más susceptible a lesión. La gran cantidad de síndromes cervicales, se justificaría en parte por el importante número de empleados públicos y privados que conforman esta investigación, los mismos que en su mayoría adoptan posiciones viciosas.

2) Cronificación del S.D.C.V.— Un elevado porcentaje de pacientes concurren a la consulta externa de rehabilitación, en forma subsecuente. Es decir se transformaron en dolores de

columna crónicos. Estos hallazgos tienen relación con algunos hechos tales como son la falta de medidas preventivas, la persistencia en labores exigentes a pesar del dolor; etc.

En todo caso no se debe descartar el criterio técnico que respalda la mayor probabilidad en relación 3 a 1, que tiene un paciente con S.D.C.V. de volverlo a presentar en cualquier momento de su vida (9) comparado con aquel que nunca tuvo un S.D.C.V.

El mayor porcentaje de pacientes tuvieron como causa de su última reagudización una actividad exigente o sobreesfuerzo.

3) Valoraciones.— Las valoraciones realizadas son escasas. En el estudio documental se encontró que la mayoría de pacientes no tuvo ninguna valoración. En todo caso de las pocas valoraciones realizadas la más frecuente fue la postural.

Además se pudo notar que los pacientes que acudieron en forma subsecuente tuvieron un elevado porcentaje de ninguna valoración.

Por otro lado se observó que a los pacientes a los que se les realizó valoraciones no recibieron en un buen porcentaje ninguna Kinesioterapia y en sentido opuesto hubieron pacientes que recibieron todo tipo de kinesioterapia, pero que no tuvieron ninguna valoración.

4) Tratamiento.— La terapia más utilizada en estos pacientes fue la hidroterapia, seguido de la kinesioterapia especial y la electroterapia de alta

frecuencia. Cabe mencionar que este manejo en términos generales, es el que recomiendan la mayoría de autores.

B. Trabajo y Síndromes Dolorosos de Columna Vertebral

1) Ocupación.— En nuestra investigación la mayor parte de pacientes fueron empleados públicos y privados, seguidos en importancia por los obreros y artesanos.

De los pacientes que tenían dolor lumbar la mayoría fueron obreros. De los pacientes que padecían dolor cervical en cambio la mayoría fueron empleados públicos o privados. Al respecto Chaffin (1975) mencionó que el problema de dolor lumbar es 3 a 4 veces más frecuente en personas que cumplen labores exigentes en su vida diaria.

2) Características de la empresa.— La mayoría de pacientes proviene de la empresa privada, seguida de la estatal autónoma.

Esto probablemente se deba al rigor y exigencia de la actividad física en la empresa privada y además de que en el sector de influencia del dispensario existen más empresas privadas que de otro tipo, por lo que es posible también que existan un mayor número de afiliados que son pertenecientes a la empresa privada.

3) Actividad Física en el Trabajo.— El mayor porcentaje de pacientes realiza una actividad de tipo exigente, seguido de aquellos con actividad sedentaria. Esto sugeriría que ambos tipos

de actividad son predisponentes para los S.D.C.V.

La mayoría de pacientes estuvo sometida a un ritmo elevado de trabajo, así como la mayor parte tenía una actividad laboral monótona. El elevado ritmo y la monotonía en el trabajo aparecen como causales directos de dolor en las diferentes regiones de la columna. Estudios locales ya han recomendado la rotación en el puesto de trabajo y por tanto la disminución de la monotonía laboral (3).

En el mismo sentido existen recomendaciones de la O.I.T. (7).

La posición más frecuentemente adoptada durante las labores fue de pie con movimiento de miembros. De aquí se desprende que la posición de pie, sumada o no a otros movimientos es importante precipitante de S.D.C.V., especialmente si tomamos en cuenta que en esta posición se transportan y manipulan pesos.

De otro lado la mayoría de pacientes se quejó de que la jornada de trabajo incrementaba su dolor. Es factible que esto se vea emporado por los cuartos turnos y horas extras diurnas como nocturnas frecuentes en nuestro medio. Las relaciones ergonómicas no deben desestimarse en este aspecto.

De los pacientes evaluados, la mayoría realizaban ninguna a dos pausas en su trabajo durante la jornada diaria. La recomendación de la Medicina del Trabajo es incrementar el número de pausas de reposo durante el trabajo y mejorar la comodidad mobiliaria.

4) Prevención de S.D.C.V. en el Trabajo.— La mayoría de pacientes no recibieron instrucciones de cuidados posturales en el trabajo. Se nota aquí la poca importancia que se da a la prevención en las empresas con el consiguiente aumento en la cronificación y número de reagudizaciones de los S.D.C.V.

Dependiente de lo anterior la mayor parte de trabajadores (más del 85%) no realiza gimnasia preventiva.

En otro tipo de análisis la mayor población afecta que levanta pesos lo hace sin los cuidados requeridos.

C. Aspectos de Consumo

1) Actividad Física en las horas libres.— Los enfermos con S.D.C.V. y que realizaban deporte, teniendo así una columna preparada y con menor riesgo, constituyen el menor número. La mayor parte de los encuestados tenían lógicamente un riesgo elevado.

D. Características personales y Patología de Columna

1) Edad.— Más del 60% de pacientes con algias de columna fueron menores de 50 años. Aquí puede intervenir como factor el tipo de población afiliada o el hecho de que la gente de menor edad tiene mayor actividad física y por tanto mayor riesgo. Esto se ratificará posteriormente en el siguiente numeral.

2) Afiliación.— El 92% de los pacientes con S.D.C.V. son activos.

3) Sexo.— Buena parte de los pacientes de sexo masculino padeció dolor lumbar. Así como el sexo femenino padeció dolor cervical. En ambos sexos el dolor dorsal fue el menos frecuente.

Esta distribución sería consecuencia del rigor físico al que están sometidos los hombres y a la actitud postural que predomina en las mujeres y sus actividades laborales.

CONCLUSIONES

1) Los S.D.C.V. son las enfermedades de mayor demanda en un servicio de Rehabilitación.

2) La mayor parte de pacientes con S.D.C.V. son menores de 40 años.

3) Las lumbalgias fueron más frecuentes en hombres y el síndrome cervical en mujeres. Se puede decir que el sexo de mayor riesgo es el masculino en función del tipo de actividad que desempeña.

4) Los excesos físicos y entre ellos el sobrepeso como factor indirecto correlacionado con la talla son variables potencializadoras en la producción de S.D.C.V.

5) Las ocupaciones de mayor riesgo para padecer síndromes dolorosos de columna fueron los empleados públicos, empleados privados, obreros y artesanos. La lumbalgia fue más frecuente en obreros y artesanos, mientras que el síndrome cervical lo es en empleados públicos y privados.

6) Consecuencia de lo anterior, la actividad exigente provoca con mayor frecuencia lumbalgia y la actividad sedentaria provoca con mayor frecuencia síndrome cervical.

7) La causa más frecuente de reagudización fue así mismo la actividad exigente o sobreesfuerzo.

8) La posición adoptada por el paciente en el trabajo, tiene relación directa con la aparición de S.D.C.V.

9) El ritmo acelerado de producción y la monotonía en el trabajo son coadyuvantes en la aparición de S.D.C.V. Así mismo la posición incómoda, las jornadas de trabajo prolongadas en una misma posición y la falta de rotación en sus tareas son otros de los factores contribuyentes, al igual que el número de pausas y su duración dentro de la jornada laboral.

Los individuos con actividad sedentaria tuvieron una columna menos preparada para tolerar la aparición de S.D.C.V. y sus reagudizaciones.

10) Hay escasa educación para la salud y por tanto escaso conocimiento de normas relacionadas con cuidados posturales, gimnasia preventiva, levantamiento de objetos, etc.; en función de la prevención y profilaxis de los S.D.C.V.

11) Los tratamientos fisiológicos más prescritos resultaron la hidroterapia, electroterapia de alta frecuencia y kinesioterapia especial.

Se evidenció gran contradicción entre valoraciones diagnósticas y tratamientos.

12) Las valoraciones se las realizan en forma muy escasa.

13) La mayoría de pacientes que acuden al servicio de rehabilitación del

Dispensario de Cotacollao IESS son activos.

14) Las localizaciones del dolor de columna más frecuentes son la lumbar y la cervical.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. Primera selección de trabajos científicos de postgrado, período 1980-1982. Pág. 393-424.
- 2.—BONILLA AUGUSTO. Lumbociatalgias en el Seguro Social. Boletín del Departamento Médico del IESS. N° 17, Pág. 155-159. Quito, 30 de mayo de 1971.
- 3.—VELEZ MARTHÁ. Labor del fisioterapeuta en los servicios de medicina preventiva. Ensayo de investigación. Pág. 1-8.
- 4.—DIVISION DE RIESGOS DEL TRABAJO IESS. Seguridad, higiene y medicina del trabajo. Vol. 1, Pág. 4-19. Enero 1979.
- 5.—VEGA RAUL. Dolor lumbar. Revista Médica de la Jefatura Provincial de Salud de Pichincha. N° 6. Pág. 183-205. Quito, 1971.
- 6.—SANCHEZ FERNANDO. Bases ergonómicas para el diseño mecánico en México. Ergonómica revista. Vol. 4. N° 1. Enero-marzo, 1981.
- 7.—O.I.T. Condiciones de trabajo - Recomendaciones. Vol. 4. N° 3. Pág. 245-256. Septiembre-diciembre, 1979.
- 8.—O.I.T. Condiciones de trabajo - Estudio de ergonomía estética. Vol. 4. N° 3. Pág. 195-213. Septiembre-diciembre, 1979.
- 9.—DON B. CHAFIN. Occupational Medicine-Biomechanics of manual materials handling and Low-back pain. Chicago, Year Book Medical Publishers. Pág. 443-458. 1975.
- 10.—WALE J. O. Masaje y Ejercicios de Recuperación en Afecciones Médicas y Quirúrgicas-Lumbago-Esguince de Espalda. Barcelona. JIMS. Pág. 101, 114, 364. 1983.
- 11.—CALLIET RENE. Dorso - Inclinación y levantamiento apropiados. México D.F. El manual moderno, Pág. 140-152. 1983.
- 12.—BASMAJIAN JOHN. Terapéutica por el ejercicio - Capítulo 19. Ontario, Editorial Panamericana. 3ª Edic. 1982.
- 13.—TUREK. Ortopedia - Principios y aplicación postura normal y anormal. Barcelona, Salvat. 3ª Edic. 1982.
- 14.—APLEY GRAHAM A. Ortopedia y tratamiento de fracturas - Causas de dolor de espalda. Barcelona, Salvat. Pág. 199-226. 1981.
- 15.—COTTA HORST. Tratado de Rehabilitación - Síndrome cervical, dorsalgia, lumbalgia. Barcelona, Labor S.A. Tercera Edic. 1974.
- 16.—CIBEIRA JOSE. Disfunción sacro-lumbar. Revista de la Sociedad Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación. Vol. 2. N° 4. Pág. 30-42. Bogotá, junio 1984.
- 17.—DIVISION DE RIESGOS DEL TRABAJO IESS. Reglamento de seguridad e higiene del trabajo. Quito, Departamento Nacional de Formación y Promoción de la División Nacional de Riesgos del Trabajo del IESS. 7ª Edición. 1988.
- 18.—TECLA ALFREDO. Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación Social.

- 19.—SEMPERTEGUI F. La Investigación en Medicina. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito. 1983.
- 20.—INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. IV Censo de Población 1982. Quito, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Mayo 1985.
- 21.—CHARRIERE L. Kinesioterapia de las desviaciones laterales del raquis. Barcelona, Toray-Masson S.A. 1970.
- 22.—BOIGEY M. Manual de Masaje. Toray-Masson S.A. Barcelona. 1979. 5ta. Edic.
- 23.—OKAMOTO G. Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia W. B. Saunders Company. 1984.
- 24.—HOPPFELD S. Neurología Ortopédica, México D.F. El Manual Moderno. 1981.
- 25.—HOPPFELD S. Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. México D.F. El Manual Moderno. 1981.
- 26.—Dirección de Asesoría Matemática Actuarial. Boletín Estadístico N° 4. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito. 1984.

EL RIÑON ARTIFICIAL

Dr. Cristóbal Santacruz,

Universidad Central y Hospital Militar, Quito.

En el año 1950, era tan poco lo que los médicos podíamos ofrecer a los enfermos con Insuficiencia Renal Aguda y Crónica, que todos irremediablemente morían de Uremia.

Sin embargo, tantos años de impotencia y frustración acumulados parecían llegar a su fin, gracias al esfuerzo de varias generaciones de médicos.

El problema al parecer no era complicado, se trataba de "purificar" la sangre de estos pacientes que se habían "inundado en su propia orina".

Tres eran los problemas fundamentales a resolver:

1) Encontrar un mecanismo que permita extraer la sangre durante varias semanas, meses o años, sin que se acaben los vasos del paciente.

2) Conseguir una droga que permita fluir libremente a la sangre a través de tubos plásticos, sin que se coagule.

3) Descubrir tejidos vegetales o animales que realicen la función de

un riñón humano normal, fuera del cuerpo.

La base química para purificar la sangre contaminada fue aportada por el escocés Thomas Graham (1805-1869), quien puso los cimientos de lo que más tarde sería la química de los coloides y demostró que un pergamino de origen vegetal actuaba como una membrana semipermeable. Colocó el pergamino tensado en la mitad de un marco cilíndrico de madera, al un lado de la membrana puso un fluido que contenía coloides y cristaloides, al otro lado agua; descubriendo que sólo los cristaloides pasaban a través del pergamino hasta el agua. A este fenómeno, Graham lo denominó DIALISIS.

En otro experimento colocó orina y agua separadas por la membrana y descubrió que los cristaloides de la orina pasaron al agua, la que sometida a ebullición y evaporación dejaba un sedimento de cristales de úrea.

Al futuro este principio de Graham habría que aplicarse colocando al un lado de las membranas la sangre urémica del paciente y al otro lado líquidos con una composición electrolítica semejante al plasma humano normal, libre de los componentes habituales en la orina.

Los principios de difusión, gradientes de concentración, ósmosis, presión hidrostática, presión oncótica y convección, explican el movimiento de las sustancias a través de los diferentes compartimentos.

En 1960 Belding Scribner y Col. informaron del "Shunt" de Scribner que permitía extraer y perfundir simultáneamente la sangre de los pacientes fuera del organismo, por unas horas, las veces que sean necesarias durante hasta 9 meses.

Básicamente eran dos tubos de silastic con extremos finos de teflón que se introducían en la arteria radial y vena cefálica, quedando fijos con suturas. Los otros dos extremos se conectaban a las tubuladuras del riñón artificial y cuando no se usaban se unían a través de un conector, cerrando el circuito de la circulación.

De esta manera fue posible realizar Diálisis a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica durante meses o años.

En 1966 Cimino y Brescia resolvieron definitivamente el problema "Extracción de Sangre Contaminada" cuando informaron la creación mediante cirugía de una fístula arteriovenosa por anastomosis de la arteria radial con una vena superficial del antebrazo. Estas fístulas duran 5 ó más años.

La primera forma de anticoagular la sangre para que fluya libremente fue con hirudina, obtenida triturando cabezas de sanguijuelas en solución, preparación demasiado tóxica para los humanos y de aplicación difícil.

Afortunadamente en la década de los cuarenta se purificó la heparina y pudo disponerse con limitaciones para uso humano.

Finalmente y habiendo partido de los tubos de celoidina de Abel (1912), quien hizo demostraciones de vividifusión en animales, se pasó al celofán que se utilizaba como piel de salchichas, material que fue excelente y se usó durante 10 años con buenos resultados.

Fue el holandés Willen Johan Kolff quien diseñó y perfeccionó el "riñón de Kolff" que se utilizó para Diálisis en humanos en varios países, por lo que es considerado "padre del riñón artificial". De esta manera llegamos a 1960, que aparece el cuprofán, una membrana más fina y más permanente que el celofán.

Durante los últimos 15 años los progresos se multiplican a velocidad increíble, aparecen catéteres que sirven como acceso vascular temporal o definitivo, que pueden colocarse en diferentes vasos del organismo, injertos de vasos, aparatos, prótesis, etc.

En el campo de las membranas aparecen el Acetato de Celulosa, el policrilonitrilo, la polisulfona, que permiten mayor ultrafiltración, mayor diálisis de moléculas medias, acortar las horas de Diálisis, menor "back leak" y mejor biocompatibilidad, que

produce menores efectos indeseables en los pacientes.

Asimismo, la Diálisis con bicarbonato, la hemodiafiltración y la hemoperfusión, son avances indiscutibles en este campo.

De esta manera y mientras hace 40 años los familiares preguntaban cuán

tas horas o días más vivirá su familiar enfermo, hoy preguntan...

Cuándo se iniciará el tratamiento con riñón artificial? ... Será necesario que deje de trabajar? ¡Podrá viajar de vacaciones!