

# *Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX\**



**María-Teresa Gutiérrez\*\***

IEPRI - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Fecha de recepción: 16 de febrero de 2010

Fecha de aprobación: 5 de abril de 2010

## **RESUMEN**

Este artículo pretende entender los procesos mediante los cuales en Colombia, en la primera mitad del siglo XX, las élites nacionales hicieron grandes esfuerzos por institucionalizar la higiene como una de las principales funciones del Estado colombiano. Las argumentaciones para que esto se diera pasaron por teorías raciales, médicas y sociales que estaban en boga en este momento. En este sentido, los médicos colombianos—gracias a la ideología racialista con la cual estaban armados— construyeron un discurso pro higienismo con el cual intentaron la institucionalización de un aparato higienista que fuera apropiado para la nación. El estudio se hace a partir de las siguientes fuentes: legislación, informes presentados al Congreso de la República, memorias de congresos médicos, entre otros, y fueron analizadas

Para citar este artículo: Gutiérrez, María-Teresa, “Proceso de institucionalización de la higiene: estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX”, *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 2010, 12,(1), pp. 73-97.



\* Este artículo es producto de la tesis elaborada por la autora para la maestría de Historia de la Universidad de los Andes, en el año 2008.

\*\* Antropóloga de la Universidad Nacional de Colombia y magíster de la Universidad de los Andes. Actualmente es Asistente junior del IEPRI (Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales) de la Universidad Nacional de Colombia.

Correo electrónico: mariate\_gu@hotmail.com

desde la perspectiva de análisis del discurso. Este artículo atraviesa los tres momentos fundamentales de la institucionalización de la higiene con sus dificultades y sus avances.

**Palabras clave:** higienismo, institucionalización, teorías racialistas.

## *The process of Institutionalization of Hygiene: The State, Health and Hygiene in Colombia in the First Half of the 20th Century*

### **ABSTRACT**

This paper seeks to set out the process by which national elites made major efforts to the hygiene apparatus in Colombia a responsibility of the national state. The motivations behind this were a mix of racial, medical and social reasons. During this period, Colombian doctors, thanks to a racial ideology, built a pro-hygiene narrative in which they argued for the importance of institutionalizing the hygiene apparatus. The paper's analysis is based upon legislation, reports to the National Congress and medical conferences. The sources have been studied from the perspective of discourse analysis.

**Key words:** hygienism, institutionalization, racial theories.

### **INTRODUCCIÓN**

En este artículo intentaré mostrar la forma en que las élites médicas colombianas de la primera mitad del siglo XX intentaron implantar el aparato higiénico como una de las funciones fundamentales del Estado colombiano. Estos intentos se evidencian en el proceso legal y normativo que tuvo el aparato higiénico en el país y por ende una de las principales fuentes de este artículo son las leyes emitidas en la primera mitad del siglo XX. Estas leyes se pueden dividir en dos tipos: las que regulan el aparato higiénico a nivel nacional y las que regulan el aparato higiénico a nivel interno, es decir las que determinan las funciones que debía cumplir la higiene en el periodo.

Por falta de espacio y de información consistente para todo el periodo y todo el territorio colombiano no se tratarán las leyes que regulaban y organizaban la higiene a nivel regional o municipal; la información del funcionamiento de la higiene en estos niveles se realiza a partir de los informes que produjeron los encargados del aparato higiénico del país al Congreso sobre el funcionamiento de la misma en el territorio nacional. La perspectiva

que se tuvo para analizar las fuentes aquí expuestas es la de análisis del discurso, la cual permite ver la legislación, los informes al Congreso y los congresos médicos en su doble aspecto político-científicos. Esto enriquece el estudio y aporta a otros trabajos que se han escrito, o que se puedan escribir sobre el tema, una riqueza discursiva y analítica importante.

Los médicos e higienistas colombianos de la primera mitad del siglo XX construyeron un discurso especial en el cual combinaron ideas racialistas con corrientes médicas de la época. Sin embargo, debemos aclarar que la propuesta higienista en este periodo no se quedó sólo en las ideas sino que los higienistas propugnaron por la implementación de una serie de medidas y políticas públicas que creían necesarias para mejorar el estado de la nación y sus habitantes. En ese sentido, plasmaré en este artículo el proceso mediante el cual las élites colombianas de primera mitad del siglo XX lograron el establecimiento y fortalecimiento del aparato higiénico en el país.

Así, analizaré el proceso de institucionalización de la higiene, caracterizado por los esfuerzos del Estado central por controlarla junto con la salubridad, y por las dificultades que encontró para que las regiones cedieran la tutela del manejo de las instituciones creadas para manejar estos temas. Es decir, el conflicto entre Estado central y gobierno regional siguió vigente de tal manera que tuvo grandes dificultades en la tarea de legislar, organizar y coordinar los servicios de higiene y salubridad como veremos más adelante.

De la misma manera, analizaré el proceso mediante el cual la higiene en Colombia en la primera mitad del siglo XX se institucionalizó, y examinaré su creciente importancia. Es conveniente recordar que, para la mitad del siglo, la cuestión de la higiene era una de las funciones más importantes del Estado colombiano. Sostengo que esto fue así gracias a dos procesos fundamentales. Por un lado, un cambio en la concepción de lo social, de manera que las responsabilidades del Estado para con la sociedad, y especialmente con las clases más desfavorecidas, se amplió, dando cabida al paso de la beneficencia a la asistencia pública. Y por otro, los importantes esfuerzos hechos por el Estado colombiano desde finales del siglo XIX por superar las diferencias y tensiones regionales, constituyéndose como un ente centralizador del poder político.

### **PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA HIGIENE: ESTADO, SALUBRIDAD E HIGIENISMO EN COLOMBIA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX**

Según Mario Hernández, en las primeras décadas del siglo XX la preocupación por la cuestión social se hizo evidente en tres tipos de política

social, que venían forjándose desde el siglo XIX.<sup>1</sup> En primera instancia tenemos la beneficencia pública, la cual se dirigió primordialmente a los pobres y se fundamentó en la caridad cristiana con algunos auxilios estatales. En segundo lugar, existía el ejercicio privado de la práctica médica, que era escaso y además accesible sólo a las clases acomodadas. Y por último, tenemos la higiene, la cual era dividida en pública y privada, y que trataremos extensamente más adelante.<sup>2</sup> Aunque estos tres tipos de política social coexistieron en la primera mitad del siglo XX, aquí solo trataré la beneficencia y la higiene.

La beneficencia abarcó toda la inmensa gama de las necesidades y dolores que apenaban al género humano.<sup>3</sup> Desde su origen, las actividades de beneficencia se han relacionado directamente con acciones humanitarias y altruistas a cargo del Estado o de particulares, con el objetivo de ayudar a personas que se encuentran en situaciones de necesidad, ocasionadas por la carencia de condiciones mínimas de supervivencia tales como alimentación, vestido, vivienda, atención médica y medios económicos. La beneficencia convivió con otras formas de protección tales como la asistencia pública y privada, la cofradía, la mutualidad, la previsión y el seguro social. Desde sus orígenes, ésta ha estado ligada a actividades de tipo religioso, militar y de caridad, siempre con objetivos filantrópicos, caritativos o compasivos.

En Colombia, desde el siglo XVIII empezó a percibirse un cambio en el pensamiento hacia los pobres; cambio que tuvo que ver con la universalización de la pobreza, puesto que el problema pasó de ser de carácter individual a ser de carácter social. De esta manera, la pobreza se insertó en un tipo de sociedad en la cual se la veía como una enfermedad. Sin embargo, la presencia de los pobres se hacía necesaria puesto que eran la mano de obra de los trabajos pesados.

En la medida en que la pobreza se inscribió en una ideología de distinto orden, la Iglesia, el Estado, los gremios y los trabajadores propugnaron por una estrategia distinta de solución o aplacamiento de la situación.<sup>4</sup> Entre 1830 y 1860, por ejemplo, se empezó a constituir una nueva forma de beneficencia en Bogotá en la cual el papel del médico, pero sobre todo el de las instituciones de reclusión, fue fundamental. En la medida en que los pobres eran “un peligro para el bienestar de las gentes de bien”, se tendió a su reclusión en presidios, hospitales, leprosorios y asilos. También, una de las



<sup>1</sup> Hernández Álvarez, Mario. *La salud fragmentada en Colombia 1910-1946*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2002, p. 40.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 39.

<sup>3</sup> Guadarrama, Gloria. *Entre la caridad y el derecho*. El Colegio Mexiquense, México, 2005, p. 60.

<sup>4</sup> Martínez, Alberto. “La Policía de la pobreza”. En: *Revista Foro: Foro por Colombia* No 3. Julio de 1987, pp. 61-67.

estrategias más usadas, fue la de llamar a los pobres a las líneas del ejército, no obstante, esta medida era temporal y poco efectiva.<sup>5</sup>

Por otro lado, al ser Bogotá la capital del país, fue blanco principal de campesinos y terratenientes caídos en desgracia que migraron a esta ciudad en busca de oportunidades, lo cual promovió la pauperización de la misma. De esta manera, las estrategias adoptadas por la administración y por las instituciones religiosas resultaron infructuosas.<sup>6</sup>

Ante los intentos, en el siglo XIX, de secularizar la beneficencia, los administradores de la caridad se encontraron con una realidad irrefutable: la experiencia de las instituciones religiosas en este sentido.<sup>7</sup> Lo característico, desde finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, era la superposición de esfuerzos e iniciativas sin que existiera un referente claro –¿el Estado?, ¿la Iglesia?, ¿los vecinos?– frente a los problemas sociales que el desarrollo político y económico generaban. En esta superposición de esfuerzos las iniciativas filantrópicas no desempeñaban un papel menor. A comienzos del siglo XX las órdenes religiosas manejaban los recursos que donaban las personas pudientes, líderes regionales y locales, y dueños de tierras y comerciantes, quienes veían la filantropía como un deber cristiano.<sup>8</sup>

Con el proceso de medicalización y el planteamiento de los problemas sociales como responsabilidad del Estado por parte de los médicos, podemos reconocer la transformación de la beneficencia en asistencia pública. En la primera mitad del siglo XX los higienistas propugnaron no sólo por una mejora en los servicios hospitalarios, controlados por órdenes religiosas, sino que a partir de la segunda década del mismo siglo se involucraron de manera directa en la forma en la que el Estado intentó solucionar el problema social de la pobreza. La manera en que lo hicieron fue diferencial. En algunos casos algunos prefirieron la construcción de sus propios hospitales, como el de San Carlos, especializado en tuberculosos. Pero fueron los higienistas quienes, desde su posición privilegiada, emitieron reglamentaciones a establecimientos de atención a la población y propugnaron por la aceptación del cuerpo médico en las instituciones de beneficencia, de manera que su intervención fue directa. Además, a partir de la segunda década del siglo XX –como veremos más adelante– la higiene empezó a controlar los servicios de caridad y beneficencia, pues a ésta se incorporó la asistencia pública, de



<sup>5</sup> Restrepo, Estela. "Vagos, enfermos y valetudinarios, Bogotá: 1830-1860". En: *Historia y Sociedad* No. 8. Universidad Nacional de Medellín, Medellín, marzo de 2002, p. 80.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 87.

<sup>7</sup> Castro, Beatriz. "Beneficencia y caridad en Cali 1848-1898". En: *Boletín Cultural y Bibliográfico* V. 27 N. 22. Banco de la República, Bogotá, 1990, pp. 67-80.

<sup>8</sup> Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, p. 40.

manera que la cuestión social hizo parte, cada vez con mayor fuerza, de la institución higiénica.

El periodo higienista en Colombia comienza desde 1886 con la creación de la Junta Central de Higiene, aunque realmente la aplicación de las normas dictadas en esta fecha es más tardía debido a la turbulenta vida política colombiana que se vivió hasta principios del siglo XX; y podríamos decir que finaliza en 1953 con la creación del Ministerio de Salud, cuando la ideología higienista se transformó hacia una ideología salubrista.

Este gran periodo higienista puede dividirse en etapas, en las cuales la higiene se fue institucionalizando progresivamente. En primera instancia tenemos el periodo comprendido de 1886 a 1920, en el cual la higiene era muy débil, sobre todo por problemas para hacer valer las normas higiénicas en los espacios regionales que no querían ser controlados desde una instancia centralizadora estatal. En segundo lugar tenemos el periodo comprendido entre 1920 y 1937, el cual fue especialmente productivo en reforzar y hacer cumplir normas dictadas anteriormente pero controlando además instituciones de suma importancia. Por último, de 1938 a 1953, se vivió un periodo en el cual el progreso higiénico se incrementó representativamente, logrando que en el año de 1938 se constituyera el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y, seguidamente, en 1946, logró establecer su propio ministerio. Sin embargo, en 1953 se organizó el Ministerio de Salud, el cual dejaría de lado a la higiene.

En el periodo de tiempo entre 1886 y 1953, la higiene reglamentó la prevención y profilaxis de enfermedades infecciosas y contagiosas; la sanidad y navegación marítima y fluvial; la higiene de inmuebles; el consumo y fabricación de licores, cervezas, bebidas gaseosas y fermentadas; los laboratorios de higiene, entre otros. Las campañas de higiene de inmuebles y consumo de bebidas alcohólicas tuvieron una fuerza mayor a nivel municipal.

Como afirma Hernández, desde finales del siglo XIX y principios del XX, con la Ley 30 de 1886, la higiene se consolidó como un aparato útil en la profilaxis de las enfermedades que azotaban al país, especialmente por los tratados que se firmaron a principios del siglo XX en las conferencias sanitarias de Washington y París.<sup>9</sup> Para este autor, los personajes que influyeron en mayor medida sobre el establecimiento de la higiene como órgano gubernamental se instituyeron en una especie de tecnocracia, pues al ser médicos utilizaron sus conocimientos especializados para hacerse imprescindibles a la hora de tomar decisiones en materia higiénica.<sup>10</sup> No sabemos con certeza



<sup>9</sup> Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, pp. 44-45.

<sup>10</sup> Entre los personajes más importantes Hernández nombra a "Liborio Zerda, Nicolás Osorio, Juan de Dios Carrasquilla, Pablo García Medina, Jorge Martínez, Bernardo Samper, Roberto Franco, Federico Lleras Acosta,

qué clase de aparato higiénico existía antes de 1886, sin embargo, Pablo García Medina,<sup>11</sup> uno de los mayores promotores de la higiene en Colombia, afirma en una compilación sobre leyes, decretos, acuerdos y resoluciones sobre higiene que “antes de 1886 el servicio de higiene estaba encomendado a cada uno de los Estados que formaba la nación, de manera que no había armonía en las diversas disposiciones, que eran muy deficientes”.<sup>12</sup>

## 1. Primer periodo: la higiene entre 1886 y 1920

1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920				
																			Junta Central de Higiene									Consejo Superior de Sanidad	Junta Central de Higiene						Dirección Nacional de Higiene			
<input type="radio"/> Ministerio de Instrucción Pública <input type="radio"/> Ministerio de Gobierno <input type="radio"/> Ministerio de Agricultura y Comercio																																						

Fuente: Hecho por la autora a partir de García Medina, Pablo. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Imprenta Nacional, Bogotá, 1920.

En el periodo comprendido entre 1886 y 1920, la higiene empezó a configurarse como un servicio estatal organizado. En este sentido, la manera en que sufrió cambios constantes en su organización y adscripción a entes estatales se debió a la relevancia que se le dio en distintos momentos de esta etapa. Como hemos dicho repetidas veces, la Ley 30 de 1886, impulsada por el médico Nicolás Osorio, permitió que el servicio organizado de higiene empezara a funcionar de manera centralizada. Con la creación de la Junta Central de Higiene en 1886 se intentó fortalecer el servicio higiénico, de manera que las disposiciones que dictara debían ser de carácter obligatorio.<sup>13</sup> Sin embargo, las dificultades de orden político, como la Guerra de los Mil Días y la pérdida de Panamá, hicieron que el servicio comenzara a funcionar realmente hasta después de 1904, con Rafael Reyes en el poder. Las actividades principales de

Luis Cuervo Márquez; y la generación de sus discípulos como Jorge Bejarano, Luis Patiño Camargo, Arturo Robledo, Enrique Enciso, Héctor Pedraza y Laurentino Muñoz”. Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, p. 45.

<sup>11</sup> Hernández anota entre sus actividades: “El doctor Pablo García Medina fue secretario de la Junta central de Higiene desde 1894 y jefe de la Higiene Nacional hasta 1932. Fue profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales a finales del siglo XIX, cátedra en la que impartía el pensamiento de Claude Bernard. Luego ejerció la cátedra de Higiene con un enfoque claramente bacteriológico. Llegó a ser Vicepresidente de la IV Conferencia Sanitaria Internacional de Montevideo y Director de la oficina Sanitaria Panamericana de Washington”. Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, p. 47.

<sup>12</sup> García Medina, Pablo. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Imprenta Nacional, Bogotá, 1920, p. 1.

<sup>13</sup> García Medina, Pablo. *op. cit.*, pp. VI-VIII.

la Junta Central de Higiene fueron las de controlar las enfermedades epidémicas y endémicas, y responsabilizarse del saneamiento y control de los puertos. Esto último era importante porque se hacía siguiendo los acuerdos firmados en las convenciones sanitarias de Washington y París, en 1908 y 1912 respectivamente.<sup>14</sup> Entre sus funciones también estuvo el manejo de aguas, alimentos, entre otros.<sup>15</sup>

Los cambios en cuanto al nombre de la institución higiénica y su dependencia a distintos ministerios también tuvo que ver con la necesidad creciente de dotar de instrumentos jurídicos de peso a la normatividad higienista. Los médicos colombianos, por ejemplo, en un intento modernizador, hicieron la propuesta en el II Congreso Médico de Medellín, en 1913, de la creación de este Consejo de Sanidad, el cual se hizo efectivo con la Ley 33.<sup>16</sup> El Consejo estaba compuesto por tres médicos, un profesor de ciencias naturales y un bacteriólogo. Las Juntas Departamentales siguieron funcionando, pero ahora pasaron a depender del Consejo.

La idea de formar este Consejo era la de darle mayor poder jurídico-político al higienismo en Colombia. Así, cuando en 1914, con la Ley 84 se volvió a la Junta Central de Higiene, esta corporación contaba con más instrumentos jurídicos para controlar y reglamentar la higiene en el país.<sup>17</sup> Los integrantes de esta Junta debían ser cuatro miembros: médicos graduados que tenían a su cargo la “dirección, reglamentación y vigilancia de la higiene pública y privada de la Nación”.<sup>18</sup> Los departamentos y municipios tenían que encargarse del mantenimiento de los entes locales, pero quedando dependientes siempre de la Junta Central de Higiene.

En este periodo la colaboración estatal estaba restringida a un caso especial, el de amenaza epidémica, y los departamentos y municipios hacían los gastos correspondientes a la higiene pero sin tener control legal de estas instituciones.<sup>19</sup> Esto creó tensiones entre las regiones y el Estado centralista; lo que se hizo aun más evidente con la Reforma Constitucional de 1910, la cual le daba la posibilidad a los poderes locales de tomar decisiones autónomas en cuanto al gobierno de la región, además de devolver gran parte de las rentas a los departamentos y municipios como estrategia para controlar



<sup>14</sup> Quevedo, Emilio, *et al.* *Café y gusanos, mosquitos y petróleo*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2004, p. 85.

<sup>15</sup> Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, p. 45. Para ver la legislación y campañas higiénicas entre 1886 y 1920 ver Anexos cuadro 2.

<sup>16</sup> Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, p. 45.

<sup>17</sup> Quevedo, Emilio, *et al.* *op. cit.*, p. 80; Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, p. 46.

<sup>18</sup> García Medina, Pablo. *op. cit.*, Ley 84 de 1914, p. 47. La Ley 84 de 1914 establecía también que las Juntas Departamentales podían ser cambiadas por un Director Departamental de Higiene, aunque daba la posibilidad de que se siguieran conservando las Juntas.

<sup>19</sup> García Medina, Pablo. *op. cit.*, Ley 84 de 1914, p. 47.



a los gamonales regionales y generar conflictos entre lo que las leyes promulgaban; es decir, un centralismo con las prácticas políticas en las cuales los poderes regionales pesaban más.<sup>20</sup>

Con la creación de la Dirección Nacional de Higiene, por medio del Decreto Número 2198 de 1918, se resaltaron dos nuevos puntos importantes. Por una parte, se estableció la organización y dirección de los lazaretos a cargo de la Dirección Nacional de Higiene; este ramo era anteriormente independiente y era controlado y regulado por religiosos. Así, en 1918 se empezaron a dar pasos para que servicios independientes iniciaran a ser parte del aparato higiénico nacional. Éste también es el caso de la lucha contra la tuberculosis, pues en 1919 se estableció que esta campaña pasara a manos de la Dirección Nacional de Higiene.<sup>21</sup>

Por otra parte, siendo consistente con las corrientes científicas en boga en ese momento, se estableció la creación de un Instituto Bacteriológico Central que tendría la función de “practicar los trabajos bacteriológicos o químicos que exigieran el estudio de las enfermedades o el cumplimiento de las disposiciones sobre higiene”.<sup>22</sup> Aunque, por falta de recursos, esto no se hizo efectivo sino hasta mucho después, es notorio el hecho de que los laboratorios de higiene iban a ser, a lo largo del periodo higienista, una preocupación importante, sobre todo como órgano consultor en cuanto a alimentos, bebidas alcohólicas, aguas y leches, entre otros.

En el informe presentado por la Junta Central de Higiene al Congreso, en 1916, se hicieron evidentes algunos de los logros, pero también las limitaciones de este organismo. Así, por ejemplo, era claro que las autoridades departamentales y municipales no hacían cumplir las disposiciones, no sólo por falta de recursos sino “por descuido o inercia”. Tanto es así que sólo algunos departamentos, como Atlántico, Cundinamarca y Tolima, cumplieron eficientemente con la implementación de la vacuna de la viruela como medio de prevención de una epidemia.<sup>23</sup>

Pero no todo era problemas. El director de la Junta Central de Higiene, Manuel Lobo, afirmaba en 1916 que la concientización que se estaba llevando a cabo había sido importante, sin contar con que cada vez más las publicaciones de la Junta Central de Higiene eran reproducidas por los Directores Departamentales de Higiene. El optimismo de este galeno se hace evidente al expresar que la labor educadora realizada en 1916 había sido de gran



<sup>20</sup> Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, p. 46.

<sup>21</sup> García Medina, Pablo. *op. cit.*, Ley 112 de 1919, p. 63.

<sup>22</sup> García Medina, Pablo. Decreto Número 2198 de 1918, p. 82.

<sup>23</sup> Lobo, Manuel. *Junta Central de Higiene: exposición de la Junta al Congreso Nacional de 1916*. Imprenta y litografía de J. Casis, Bogotá, 1916, pp. 4-5.

importancia, no sólo porque era muestra de los avances en materia de higiene en el país, sino porque también formaba a las nuevas generaciones en estos temas.<sup>24</sup>

No hay que perder de vista también que la pugna regional-nacional, por el control de las instituciones higiénicas, tuvo al menos un aspecto positivo; es decir, las regiones hicieron grandes esfuerzos, principalmente los municipios de Medellín y Bogotá, por lograr avances significativos en materias higiénicas a principios de siglo XX. De manera que si bien terminarían adaptándose a las disposiciones estatales centrales, sus aparatos higiénicos eran obra del esfuerzo por demostrar su competencia administrativa en ese campo. En este sentido, Medellín fue especialmente innovador al organizar una campaña para la construcción del acueducto con recursos provenientes de un empréstito otorgado por Estados Unidos, sin colaboración alguna del gobierno nacional.

Bogotá estaba un poco más atrasada. Aunque desde 1916 empezó a negociar un empréstito con Estados Unidos para realizar las principales obras de saneamiento, sólo fue hasta 1919 que se estableció la Junta de Saneamiento de Bogotá apoyada económicamente por el municipio y el Estado central.<sup>25</sup> Al hablar de saneamiento nos referimos, principalmente, a la construcción del acueducto y a la desinfección de habitaciones antihigiénicas. Manuel Lobo afirmaba, en su informe de 1916, que estas habitaciones eran la principal causa de aparición y propagación de la tuberculosis en las principales ciudades del país. Así mismo, la culpa de esta situación, según Lobo, era el “espíritu de lucro desenfrenado” que había hecho que se construyeran “habitaciones estrechas, húmedas, desprovistas de agua, casi sin aire, y sin luz, y que eran, por lo tanto, una amenaza para la salud y la vida de quienes las ocupaban”.<sup>26</sup> Según el autor, las habitaciones destinadas a los obreros eran las que tenían más defectos de carácter higiénico.

El servicio higiénico en Cundinamarca, uno de los más organizados del país, se dividía en higiene escolar, matadero público, hoteles y casa de asistencia, lucha antivenérea e higiene municipal. Este último servicio se refería a la Oficina Municipal de Higiene y Salubridad de Bogotá, a cargo del doctor Zenón Solano en el año de 1916. Este médico dividía los servicios de higiene de la capital en asistencia pública y administración sanitaria.<sup>27</sup> La primera hacía referencia al Hospital de los Alisios para virulentos y a la Clínica Hospital, los cuales estaban en condiciones “insoportables de abandono” por



<sup>24</sup> *Ibid.*, p. 11.

<sup>25</sup> García Medina, Pablo. *op. cit.*, Ley 56 de 1919, p. 61.

<sup>26</sup> Lobo, Manuel. *op. cit.*, p. 8.

<sup>27</sup> *Ibid.*, pp. 54-60.

parte de la caridad de la ciudad. La administración sanitaria, por su parte, comprendía cuatro secciones: inspección técnica de higiene y salubridad, servicio de desinfecciones, vacunación y laboratorio municipal.

A pesar de que la capital del país tenía uno de los servicios más completos, éste parecía insuficiente ante las evidentes necesidades de la ciudad. En la primera mitad del siglo XX, Bogotá era vista como una ciudad atrasada y las obras que había que realizar eran demasiado costosas para un presupuesto tan pequeño. Sin embargo, en el mencionado Informe de 1916 se hacen evidentes las esperanzas de que los médicos influenciaran de manera directa las políticas públicas higiénicas, teniendo en cuenta además las argumentaciones científico-raciales:

Existen fundadas esperanzas de que el actual Consejo, cuyo seno hay médicos eminentes, procure levantar el servicio a la altura que la ciencia moderna exige, pues todos sus miembros, caballeros distinguidos, se han manifestado convencidos de que la higiene es el ramo más importante de la administración pública, como que ella entraña la seguridad social y el vigor y progreso de la raza.<sup>28</sup>

En Bogotá, en el año de 1918, se presentó una epidemia de gripa que amenazó con diseminarse por todo el país de manera rápida. Esta epidemia logró que se unificaran los esfuerzos por combatirla por parte del municipio, el departamento y la nación, los cuales instaron a las instituciones de beneficencia y a la higiénica para que tanto los hospitales como los médicos atendieran a los enfermos y propusieran medidas de aplacamiento de la enfermedad. Esta epidemia hizo aun más evidente las condiciones de miseria de las ciudades, pero también tuvo otras consecuencias importantes como la de impulsar las campañas salubristas. De esta manera se hizo indudable la incapacidad de las instituciones hospitalarias y de beneficencia para atender adecuadamente a la población enferma.<sup>29</sup>

Entre las campañas más importantes que se empiezan a consolidar en el periodo entre 1886 y 1920, aunque especialmente desde la primera década del siglo XX, y cuya importancia y relevancia van a permanecer constantes en todo el periodo higienista, están las referentes a la sanidad de los puertos y la prevención y profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas. Estas campañas estuvieron fuertemente relacionadas, puesto que sus avances dependían en gran medida de los acuerdos internacionales y de la acción extranjera, esencialmente a través de la Fundación Rockefeller que desde comienzos del siglo XX empezó a ejercer presión para el control de las principales epidemias

---

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 62.

<sup>29</sup> Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, p. 50.

y endemias que afectaban a los países tropicales. Entre estas enfermedades se contó la fiebre amarilla, el paludismo y la uncinariasis.

De esta manera, la política sanitaria de los puertos nacionales estuvo regida, durante las dos primeras décadas del siglo XX, por la Convención Sanitaria de Washington anteriormente nombrada, la cual era explícita en cuanto a las normas de desinfección y control de las enfermedades que debían tener los puertos colombianos.<sup>30</sup> Desde 1909 la Fundación Rockefeller empezó a intervenir en el campo sanitario en toda Latinoamérica, aunque a Colombia llegó tardíamente en el año de 1916, y su labor se debió a la amenaza de una epidemia de fiebre amarilla que le impuso a los barcos de Colombia una cuarentena obligatoria. El Gobierno, preocupado por esta situación, le solicitó a la Fundación que realizara investigaciones en ese sentido. En esta ocasión, la tarea de la Fundación se limitó a la investigación de los brotes epidémicos para llegar a la conclusión de que no existían tales. Sin embargo, en 1918, el gobierno de Marco Fidel Suárez le solicitó a la Junta Sanitaria Internacional de la Fundación Rockefeller que incluyera al país en la campaña contra la uncinariasis que esta organización estaba llevando a cabo en varios países. Así, entre 1919 y 1934, la Fundación Rockefeller empezó su colaboración sanitaria con Colombia, lo cual implicaría mucho más que la solución sanitaria, pues esta influencia se extendió a otros campos como el político, el social y el económico, así como también al científico.<sup>31</sup>

A manera de conclusión podemos afirmar que en este primer periodo la institución higiénica estaba “peleando” por un espacio de acción preferencial desde el cual se pudiera hacer efectiva la normatividad higiénica necesaria para lograr el tan deseado progreso. La principal dificultad para lograr una institución higiénica nacional controlada por el Estado central, tiene que ver con los conflictos de éste con el gobierno regional. Sumado a esto, la falta de recursos de este último hacía aun más difícil la colaboración entre las dos instancias. Por último, la atención hacia la población más necesitada, por medio de la beneficencia y la caridad, no llenaba los requisitos necesarios para que fuera efectiva, de manera que con la higiene los médicos empezaron a regular este espacio, minando la potestad religiosa y caritativa, y legitimando la perspectiva científica médica e higienista.



<sup>30</sup> Hernández Álvarez, Mario, et al. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia 1902-2002*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional, Bogotá, 2002, p. 24.

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 26. La campaña contra la uncinariasis fue la primera que se hizo en Colombia por parte de la Fundación Rockefeller, pero que paulatinamente se fue extendiendo a otras enfermedades como el paludismo. Tenía un departamento especial que estaba adscrito a la Dirección Nacional de Higiene, pero estaba a cargo de la Fundación y se financiaba con dineros del Estado colombiano y de esta fundación.

## 2. Segundo periodo: La higiene entre 1920 y 1937

1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
Dirección Nacional de Higiene				Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública				Dirección Nacional de Higiene		Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública				Departamento Nacional de Higiene			Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ministerio de Educación Nacional</li> <li>○ Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas</li> <li>● Ministerio de Agricultura y Comercio</li> <li>○ Ministerio de Gobierno</li> </ul>																		

Fuente: Hecho por la autora a partir de García Medina, Pablo. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Imprenta Nacional, Bogotá, 1920.

El Director Nacional de Higiene, Pablo García Medina, desde 1919 venía planteando la necesidad de incluir la asistencia pública dentro de las responsabilidades de la higiene.<sup>32</sup> Según este galeno, la asistencia pública debía comprender dos cuestiones: en primera instancia, socorros médicos, farmacéuticos, alimenticios e higiénicos, llevados a domicilio para los enfermos necesitados; y servicios de consultas o dispensarios gratuitos, hospitales, hospicios, asilos para indigentes y enajenados, y demás establecimientos.<sup>33</sup> De hecho en 1922, el Congreso expidió la Ley 99 de 1922, según la cual los establecimientos de beneficencia o asistencia pública que fueran costeados por el tesoro nacional, departamental o municipal debían someterse a las ordenanzas de la institución higiénica correspondiente; es decir, debían comprobar sus reglamentos con el Director Nacional de Higiene, con el Director Departamental o con el médico municipal, según fuera el caso.<sup>34</sup>

Para el año de 1925 se expidió la ley 15, en la cual se estipulaba que la asistencia pública estaría encargada de las campañas contra las enfermedades venéreas y la tuberculosis, como también de la protección de la infancia.<sup>35</sup> La mortalidad infantil y la tuberculosis empezaban a aparecer insistentemente como problemas de salubridad pública, junto con las enfermedades venéreas y el alcoholismo, las cuales eran caracterizadas como enfermedades



<sup>32</sup> En el año de 1923, como producto de la misión Kemmerer, contratada por el gobierno de Pedro Nel Ospina, se reorganizaron los ministerios quedando de esta manera la Dirección Nacional de Higiene adscrita al recién creado Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas.

<sup>33</sup> García Medina, Pablo. "Informe del Director de Higiene al Ministro de Instrucción Pública". En: *Revista de Higiene* No. 115, p. 286. Citado en Quevedo, Emilio, et al., 2004, p. 240.

<sup>34</sup> Ley 99 de 1922, publicada en Departamento Nacional de Higiene. *Legislación colombiana sobre higiene y sanidad: leyes, acuerdos, decretos resoluciones. compilación ordenada por el Departamento Nacional de Higiene*. Editorial de la Litografía Colombiana, Bogotá, 1937, p. 5.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 75.

sociales puesto que se extendían y propagaban, amenazando a la sociedad y su futuro. Por esta misma Ley se le cambió el nombre a la Dirección Nacional de Higiene, incluyéndosele la asistencia pública y asegurando de esta manera un control estatal sobre las instituciones de beneficencia que realizaban este servicio.<sup>36</sup> Dicho cambio significó también la transformación de la manera en la que hasta el momento se venía administrando la institución higiénica en el país.<sup>37</sup>

Al involucrar a toda la población, tanto la asistencia pública como la higiene empezaron a ser vistas como un problema estatal, de manera que la acción contra las enfermedades que afectaban a las personas estuvo pensada, por un lado, como una obra caritativa, ya que en la medida en que las personas pobres eran las afectadas, éstas tenían derecho a una atención gratuita. Por otro lado, ya que el Estado tenía la obligación de prevenir y controlar las posibles enfermedades que se presentaran, la atención a los desamparados fue vista como una labor de defensa contra las enfermedades. Este cambio de concepción tiene que ver con la situación social que se empezó a vivir desde 1920. Para finales de esta década, se hizo evidente el cambio en el panorama nacional, puesto que el proceso de industrialización empezó a hacerse innegable. De esta manera, la aparición de industriales y obreros como clases sociales ayudó al fenómeno de crecimiento de la población de las ciudades, y como consecuencia la pobreza y miseria también aumentaron.

Aparte de este fenómeno, desde 1923 el Estado colombiano empezó a pedir una serie de empréstitos a Estados Unidos, dando inicio a lo que se ha llamado históricamente “la danza de los millones”. El dinero entrante, proveniente de los empréstitos y la indemnización por la toma de Panamá en 1925, fue invertido nuevamente en obras públicas, principalmente en el ramo del transporte. Sin embargo, esta situación generó un aumento desproporcionado de la inflación y obligó al gobierno a tomar medidas de emergencia que impulsaron nuevos conflictos sociales entre los distintos sectores nacionales.

Uno de los problemas que más preocupó a los higienistas a lo largo de la primera mitad del siglo XX fue la mortalidad infantil. En este sentido, la protección de la infancia se concebía como uno de los puntos fundamentales para asegurar un “mejoramiento de la raza” y puesto que Colombia no registraba una inmigración fuerte, el crecimiento poblacional caía todo en manos de la infancia. El Director Departamental de Higiene de Antioquia, Juan B. Londoño, en su informe de 1916, denuncia la excesiva mortalidad



<sup>36</sup> La higiene estatal continuaría con la denominación de Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública hasta 1931, año en el cual cambia su nombre por Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública.

<sup>37</sup> Quevedo, Emilio, *et al. op. cit.* 2004, p. 244. Para ver las instituciones higiénicas y sus directores en el periodo comprendido entre 1920 y 1937.

infantil de este año por causas que, con un buen aparato higiénico, habían podido ser evitadas. Sin embargo, este autor lamentaba el hecho de que no se utilizaran medidas más radicales: “Los medios de evitar la excesiva mortalidad infantil son múltiples, pero desgraciadamente de difícil aplicación. ¿Cómo impedir, por ejemplo, los matrimonios consanguíneos y entre individuos en grado avanzado de degeneración, o de avanzada edad o sifilíticos, para que los niños no nazcan plenos de taras y sin resistencia vital?”.<sup>38</sup>

A pesar de estas quejas, el servicio de protección de la infancia sólo se organizó a finales de 1929 como una parte importante de la asistencia social. Este servicio tenía dos objetivos: los niños enfermos y los niños sanos, a los cuales se les brindaba alimentación y cuidados en las denominadas gotas de leche. Además, se les hacía un seguimiento en su desarrollo, y los niños enfermos eran atendidos en las distintas instituciones caritativas del país.<sup>39</sup>

En la exposición de motivos a la Ley 12 de 1926, realizada por Antonio José Uribe, referente a la enseñanza de la higiene, saneamiento de los puertos marítimos y fluviales y de las principales ciudades del país, se hizo evidente la relación entre higiene, progreso y civilización. Según este autor, América Latina había sufrido un estancamiento en su progreso debido al estado rudimentario de la higiene y de las condiciones climáticas en las que se encontraba el continente. La prueba principal que presenta Uribe es el índice de mortalidad, el cual representa la “despoblación” del continente y la “falta de brazos para el desarrollo de la industria”.<sup>40</sup> Aunque Uribe reconoce los esfuerzos del Estado colombiano en materia higiénica, lamenta también el hecho de que estos no hayan sido suficientes para atraer de manera masiva a inmigrantes, especialmente los provenientes de Estados Unidos y Europa. Según el autor, “las enfermedades sociales que originan la mortalidad infantil, el alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis, han atacado la población, no han permitido todo su natural desarrollo y han alejado la inmigración en la escala que necesitamos”.<sup>41</sup>

El propósito de la ley estaba orientado a establecer una manera efectiva por medio de la cual se difundieran los conocimientos de higiene en las escuelas. Esta enseñanza debía constar de nociones de higiene privada, pública e higiene social. Además, proponía el saneamiento de los puertos marítimos y el control de las obras que fueran necesarias para el saneamiento de los puer-



<sup>38</sup> Londoño, Juan B. *Informe del Director Departamental de Higiene correspondiente al año de 1916*. Imprenta Oficial, Medellín, 1916, p. 18.

<sup>39</sup> Quevedo, Emilio, et al. *op. cit.* 2004, p. 244.

<sup>40</sup> Uribe, Antonio José. *Política Sanitaria: Exposición de motivos a la Ley 12 de 1926 sobre enseñanza de la higiene, saneamiento de los puertos marítimos y de las principales ciudades de la República*. Imprenta Nacional, Bogotá, 1926, pp. 11-12.

<sup>41</sup> *Ibid.*

tos, incluyendo en ello la dotación de abundante servicio de aguas potables, el alcantarillado, la pavimentación de las ciudades y el saneamiento de las habitaciones.<sup>42</sup> Es claro entonces que para este periodo la política sanitaria nacional se concentró en los puertos del país. La importancia de los puertos iba a crecer aun más en 1930, puesto que los gobiernos liberales aumentaron las relaciones comerciales con Estados Unidos, haciéndose necesaria una red mucho más efectiva y adecuada.

En 1931 se expidió la Ley 1, por medio de la cual se estructuró el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, con la innovación de ser un departamento independiente de cualquier ministerio, lo que llevó a un aumento de su capacidad administrativa.<sup>43</sup> Según esta ley, las funciones del Departamento debían incluir la dirección, vigilancia y reglamentación de la higiene privada y pública, así como la asistencia pública de toda la nación. Entre las actividades más importantes se subrayaron la reglamentación del servicio de sanidad marítima, la prevención de enfermedades transmisibles y la vigilancia de los códigos sanitarios internacionales a los que se había suscrito Colombia.<sup>44</sup> Según el Decreto 1.828 de 1931, los ramos de higiene nacional y de lazaretos debían fusionarse en una sola institución que, a partir de ese momento, se llamaría Departamento Nacional de Higiene.<sup>45</sup> El propósito principal de esta reforma se refería a los intentos de unificación y centralización del servicio de higiene a nivel nacional. La independencia de la institución higiénica duraría hasta el año de 1934, año en el cual se inscribiría ésta nuevamente en el Ministerio de Gobierno.

Después de la Conferencia de Washington, Colombia no participó de manera activa en las reuniones sucesivas. Aunque comúnmente el representante colombiano no estaba relacionado con los temas higiénicos del país, a la VI Conferencia Sanitaria Internacional realizada en Montevideo en 1920 asistió Pablo García Medina, quien cumplió un papel destacado. Las Conferencias apoyaban las propuestas que desde el interior del país se venían haciendo, sobre todo en lo relacionado con salubridad portuaria y asignación de un presupuesto más amplio para la higiene nacional. El informe de García Medina sobre el panorama higiénico en Colombia fue más que optimista, coincidiendo esto con el interés de los higienistas colombianos de no exagerar



<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 16.

<sup>43</sup> Para ver la legislación y las campañas higiénicas entre 1920 y 1937.

<sup>44</sup> Debido a que se consideró inconstitucional la independencia de la higiene, ésta pasó a depender directamente de la Presidencia de la República en el mismo año de 1931.

<sup>45</sup> Este Departamento constaba de dos secciones, una científica y la otra administrativa. La primera se encargaba de la organización y reglamentación técnica de la higiene en la nación; y la segunda sección se encargaba de las tareas administrativas; las dos debían colaborar en la construcción de los presupuestos anuales. Decreto Número 1.828 de 1931 publicado en Departamento Nacional de Higiene 1937, p. 46.



la mala situación para así no entorpecer los intercambios económicos del país con las potencias mundiales, especialmente con Estados Unidos.

Estas conferencias influyeron de manera directa la agenda higiénica del país. Así, aparte de la reglamentación sobre sanidad de puertos y la declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas, también se estimularon las estadísticas médicas, la prevención y profilaxis de enfermedades infectocontagiosas y la dotación de servicios públicos. De la misma manera, en la VI Conferencia se impulsó de manera especial el establecimiento de una estadística sanitaria que de manera competente reflejara el estado higiénico del país. Éste fue el propósito principal de la promulgación de Ley 99 de 1922, ya que estableció la declaración obligatoria de ciertas enfermedades, especialmente la tuberculosis, la sífilis y la lepra. Sin embargo, estas disposiciones se quedaron en el papel, puesto que para 1931 en casi ningún departamento de la nación se aplicaba. La razón principal de ello tenía que ver con que los médicos sentían que podían perder su clientela en caso de que hicieran efectiva la declaración de las enfermedades.<sup>46</sup>

En un intento por unir los esfuerzos entre nación, departamentos y municipios, en 1934 se empezaron a constituir las unidades sanitarias para pequeñas ciudades y pueblos. Uno de los primeros experimentos en este sentido fue la Unidad Sanitaria de Pereira, la cual contó con el apoyo económico de la Federación Nacional de Cafeteros. A partir de ésta, la Dirección Nacional destinó apoyos para otras unidades sanitarias, como lo muestra el Decreto Número 247 de 1936, en el cual se destinaron \$280.000 pesos para la organización de las Unidades Sanitarias, ayuda que los municipios habían solicitado al Departamento Nacional de Higiene.<sup>47</sup> En este tipo de organización podemos ver la relación existente en este periodo entre las políticas sanitarias y las políticas sociales, de manera que en algunos casos, debido a que las entidades privadas interesadas empezaron a formar parte de la financiación de los centros mixtos, como el de Pereira, las obras a realizar sirvieron para el fin del control social.

Desde el año de 1919 se había establecido, según Ley 46 de 1919, la creación de un laboratorio bacteriológico y químico –el Laboratorio Oficial de Higiene–, el cual estaría al servicio de la Dirección Nacional de Higiene. En 1920 se nombró a Federico Lleras Acosta como director del Laboratorio, quien orientó la construcción del mismo. Este laboratorio fue construido entre



<sup>46</sup> Hernández Álvarez, Mario, *et al.*, 2002, p. 40.

<sup>47</sup> “Se entiende por Unidad Sanitaria, la organización de los servicios de higiene y sanidad en un Municipio, Departamento o Región, con un fondo cooperativo que se construye con los aportes suministrados por cada una de esas entidades y la Nación, y cuyo funcionamiento queda en forma completa bajo la dirección técnica del Departamento Nacional de Higiene”. Decreto Número 247 de 1936, publicado en Departamento Nacional de Higiene, 1937, p. 67.

1920 y 1926 y más tarde se le daría el nombre de Palacio de Higiene. Entre las funciones principales de este laboratorio estaba el estudio de las enfermedades, el análisis de las aguas para consumo (no sólo las de Bogotá sino las de todas las ciudades principales de Colombia), así como el análisis de muestras mandadas de otros municipios y la inspección de las drogas para la venta.<sup>48</sup> Sin embargo, este Laboratorio Oficial de Higiene hacía parte de un plan mucho más ambicioso por parte del director nacional, Pablo García Medina. Se trataba de la organización de un Instituto Nacional de Higiene que, aparte del Laboratorio Oficial, contaría con el Parque de Vacunación que funcionaba desde el siglo XIX y con un laboratorio bacteriológico en proyecto. En junio de 1926 empezó a funcionar el Palacio de Higiene, y en éste se instalaron todas sus dependencias.

El laboratorio Samper-Martínez había sido creado en 1916 por los doctores Bernardo Samper y Jorge Martínez Santamaría. Este laboratorio permanecería como una entidad privada hasta el año de 1925, año en el cual el Estado colombiano lo compró con ayuda y recomendaciones de la Fundación Rockefeller, y quedó inscrito dentro del Instituto Nacional de Higiene cumpliendo las funciones de laboratorio bacteriológico. Debido a que parte de las funciones de estos laboratorios era la de examinar las muestras bacteriológicas de todas las regiones de Colombia, se hizo necesario en 1927 expandir la red de laboratorios. Sin embargo, en 1928, con la promulgación de la Ley 100 de 1928, el Laboratorio Samper-Martínez se transformó definitivamente en el Instituto de Higiene Samper-Martínez.

Con la misma Ley 100 se creó la carrera de higienista, orientada a aquellos que fueran a dedicarse a la salubridad pública, especializándose en la formación de médicos e ingenieros sanitarios.<sup>49</sup> Esto demuestra el creciente interés por crear una élite que estuviera capacitada de manera adecuada para ocupar los cargos en la institución higiénica, los cuales requerían de cierto grado de especialización técnica.<sup>50</sup>

Desde 1933 se empezó a sugerir en el círculo de higienistas colombianos la conveniencia de crear un ministerio único para la administración de los servicios organizados de higiene. Apoyados por la Academia de Medicina, los higienistas argumentaban que aunque Colombia tuviera una de las mejores legislaciones de Latinoamérica, su cumplimiento dejaba mucho que desear y, así, la creación de un Ministerio podría darle solución a esta problemática. De esta manera, entre 1935 y 1936, se presentaron al Congreso varias propuestas de conformación de un Ministerio que integrara



<sup>48</sup> Ley 46 de 1919, publicada en Departamento Nacional de Higiene 1937, p. 58.

<sup>49</sup> Ley 100 de 1928, publicada en Departamento Nacional de Higiene, 1937, p. 87.

<sup>50</sup> Quevedo, Emilio, *et al.*, 2004, p. 242.

la higiene, la asistencia pública, la previsión social y el trabajo; sin embargo, sólo en 1938 se aprobó la creación de dicho Ministerio.

### **3. Tercer periodo: la higiene entre 1938 y 1946**

Un día antes de que terminase el gobierno de Alfonso López Pumarejo y empezara el de Eduardo Santos (1938-1942), la Ley 96 del 6 de agosto de 1938 creó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. El sistema de organización del Ministerio tenía por fundamento la contribución económica de todas las entidades públicas y privadas que realizaran campañas de higiene para la formación de un fondo común destinado al sostenimiento de los servicios, y la dirección de todas esas campañas por una sola autoridad dependiente de las entidades centrales. Con ello se evitaba que funcionaran en una misma población servicios desvinculados unos de otros. Pero había problemas en este sentido; fue el caso de las Asambleas y Consejos Municipales quienes no asignaban las partidas que las necesidades de la higiene requerían. A excepción de las capitales de los departamentos, realmente eran pocas las ciudades en cuyos presupuestos se incluían partidas para estos servicios. Sin embargo, ésta no fue la única dificultad con la que se encontraron los mandatarios de la higiene. Debido a la autonomía que la Constitución le concedió a los departamentos y municipios para el manejo de sus propios fondos, según Jaramillo Sánchez, primer Ministro de la cartera,<sup>51</sup> en muchos casos los dineros apropiados sirvieron más para “satisfacer intereses políticos y personales que para atender a las necesidades de la higiene”.<sup>52</sup>

Así, existieron organismos autónomos que por estar sostenidos con fondos municipales o departamentales no se sometían a las normas de las autoridades nacionales ni en lo administrativo ni en lo técnico. Para corregir esto, la Sección de Sanidad y el Departamento de Servicios Coordinado, se esforzaron por celebrar contratos con entidades que realizaban campañas sanitarias para establecer servicios en forma cooperativa y dependientes técnica y administrativamente del Ministerio. El propósito de ello era ir eliminando poco a poco las organizaciones autónomas; sin embargo, muchos municipios prefirieron renunciar a los auxilios nacionales con tal de conservar la facultad de nombrar y remover libremente a los funcionarios de higiene. Así, se intentó crear secretarías departamentales de Higiene y Asistencia Social dependientes del Ministerio, pero sólo se logró en Antioquia y Nariño; las de

---

<sup>51</sup> Para ver las instituciones higiénicas y sus directores en el periodo comprendido entre 1938 y 1953 ver Anexos, cuadro 6.

<sup>52</sup> Jaramillo Sánchez, Alberto. *Anexo a la memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social: Fascículo 1 servicios de Higiene*. El Gráfico, Bogotá, 1938, pp. 40-41.

Caldas, Cundinamarca y Valle del Cauca seguían desvinculadas del Ministerio y dependían de sus gobernaciones respectivas.<sup>53</sup> Asimismo, tampoco se había podido impedir la

acción nociva del político parroquial que aspiraba a satisfacer sus necesidades económicas, y las de sus familiares y electores, por intermedio de las organizaciones de higiene, y las todavía más funestas del cacique y del terrateniente que hostilizaban a las autoridades sanitarias porque éstas les exigían la modificación de hábitos ancestrales de vida y la ejecución de ciertas obras imprescindibles para la defensa de la salud pública y la de sus trabajadores.<sup>54</sup>

También desde 1937 se empezó a plantear la idea de que quien trabajaba al servicio de una empresa no era ya un pobre de solemnidad a quien el Estado debiera prestar servicios gratuitos, sino un elemento productor de riqueza cuya salud debía estar protegida por el patrono. Igualmente, en este año, durante la reunión de directores de higiene, se planteó la necesidad del establecimiento obligatorio de Secretarías Departamentales de Higiene y Asistencia Pública, dependientes del Ministerio, para coordinar los servicios nacionales con los departamentales. De esta manera, para 1938 se encontraban funcionando como dependencia directa del Ministerio, los Centros Mixtos de Salud –el de la zona bananera y los ensayados por la Federación de Cafeteros–, 27 Unidades Sanitarias, 68 Comisiones Sanitarias Rurales, tres Servicios Antilarvarios, cinco Oficinas de Sanidad y diez Inspecciones Sanitarias. Todos, excepto el de la zona bananera, se sostuvieron con fondos del presupuesto nacional. No obstante, las direcciones municipales de higiene, dependientes de los cabildos y alcaldes, seguían funcionando sin conexión alguna con el Ministerio. A pesar de ello, las partidas destinadas al sostenimiento de los servicios sanitarios en el país, de todas maneras, mostraron un incremento a nivel nacional; aumento que se vino presentando desde antes de 1938.<sup>55</sup>

Las diferencias entre los diversos organismos que realizaban campañas sanitarias estaban en la clase de servicios que prestaban y los presupuestos. Por ejemplo, los Centros Mixtos de Salud y las Unidades y Comisiones Sanitarias desarrollaban campañas múltiples y trataban de resolver todos los problemas sanitarios que se presentaban en las regiones donde estaban localizados. Los primeros disponían de sumas de entidades privadas y prestaban servicios de asistencia social a una escala relativamente amplia. Las Unidades y Comisiones orientaban sus labores principalmente hacia la prevención de las enfermedades y labores asistenciales, en lo relativo a la protección infantil



<sup>53</sup> *Ibid.*, p. 62.

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 62.

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 70.

y a la lucha contra las enfermedades endémicas y sociales. Las Unidades, sostenidas en parte con fondos municipales, tenían bastante personal y contaban con servicios como sala cuna, gota de leche, jardines infantiles, dispensarios antituberculosos y antivenéreos. Las Comisiones trabajaban con personal reducido: un médico, un odontólogo, una o dos enfermeras y dos o tres inspectores sanitarios que eran financiados totalmente por la nación y los departamentos.<sup>56</sup>

En el año de 1938 se realizó la X Conferencia Sanitaria Panamericana en Bogotá. La IX Conferencia se había reunido en Buenos Aires, y allí se había fijado que la siguiente se realizaría en Bogotá, para lo cual se había nombrado una Comisión Organizadora presidida por Jorge Bejarano, la nueva estrella de los higienistas colombianos que reemplazaba a la generación de Pablo García Medina.<sup>57</sup>

El Discurso inaugural de la Conferencia estuvo a cargo de Alberto Jaramillo Sánchez, quien resaltó en primera instancia los problemas de carácter epidemiológico de las regiones tropicales, para después empezar a resaltar las principales obras sanitarias a realizar, especialmente las relacionadas con las enfermedades que “debilitaban al pueblo colombiano”. Destacó también la importancia de las luchas antivenérea y antituberculosa, las cuales representaban un reto para las organizaciones higiénicas de países con limitados presupuestos para la higiene, de manera que el Ministro instaba a que se buscara la manera en que se continuaran las campañas de manera efectiva pero con las limitaciones técnicas y económicas que se presentaban en el país. Finalmente, Jaramillo Sánchez resaltaba la importancia de realizar para la próxima Conferencia importantes avances en lo relacionado con el saneamiento del suelo, la disminución de la mortalidad infantil, la lucha contra el paludismo, la anemia y la amibiasis, la higiene en el campo, la alimentación, y el mantenimiento y provisión de aguas potables. La importancia que le concedía este galeno a la higiene se hace evidente al declarar: “Difícil conseguir el ideal sanitario en climas como los nuestros, pero para buscarlo no han de faltar a este gobierno ni entusiasmo ni constancia en el esfuerzo;



<sup>56</sup> Hernández Álvarez, Mario, *et al.*, *op. cit.*, 2002, pp. 55.

<sup>57</sup> La delegación colombiana estuvo compuesta por los funcionarios de higiene, con el estrenado Ministro de este ramo, Alberto Jaramillo Sánchez, a la cabeza, y un grupo de médicos que, en su conjunto, conformaban el vértice superior de la “comunidad” de los higienistas y del llamado cuerpo médico nacional, la mayoría de ellos de tendencia claramente liberal: Arturo Robledo, Francisco Gómez Pinzón, Rubén Gamboa Echandía, Bernardo Samper, Luis Patiño Camargo, Jesús Peláez Botero, Jorge E. Cavelier. Otro tanto sucedía con los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia: Roberto Franco, Juan Pablo Llinás, Luis Cuervo Márquez, Napoleón Franco Pareja, Juan N. Corpas, Julio Aparicio, Calixto Torres Umaña, Alfonso Esguerra Gómez, Jorge Salcedo Salgar. Entre ellos se repartían las más altas responsabilidades, los honores y las recompensas sociales y económicas. Hernández Álvarez, Mario, *et al.*, *op. cit.*, 2002, p. 63.

porque sabe que al perseguirlo defiende y acrecienta el único capital invaluable de que disfrutaban las naciones: el hombre, como núcleo permanente de la raza, como proyección, seguirá hacia el porvenir”.<sup>58</sup>

El ministro proponía también la unificación de los servicios preventivos y curativos a cargo del Estado. Afirmaba que había advertido ya al Gobierno sobre la necesidad de “legalizar” el oficio del higienista por el sacrificio, dedicación de tiempo completo y desvinculación profesional a que ello obligaba. En este sentido, prometía que el país se esforzaría en formar técnicos propios en países mejor dotados que Colombia, apoyando la colaboración de los venidos de fuera que habían prestado su colaboración a la solución de cuestiones apremiantes de la sanidad nacional. Finalmente, el ministro dedicaba un espacio a explicar las razones que condujeron a unir en un solo ministerio las cuestiones de trabajo, higiene y previsión social. Según él, éste sería sólo un paso para lograr la tecnificación de la administración de los asuntos sociales y esperaba la creación del Ministerio de Higiene en un mediano plazo. Sin embargo, la separación entre higiene, asistencia pública, beneficencia y la incipiente seguridad social se profundizó en los años cuarenta, puesto que en esta época se ahondó en la idea de separar los asuntos de la higiene de fundamento técnico, de otros como los laborales, de fundamento político.<sup>59</sup>

En 1946, por la Ley 27 de ese año, se creó el Ministerio de Higiene, separando las materias de higiene y asistencia pública, de las laborales y de la seguridad social, las cuales quedaron a cargo del Ministerio del Trabajo. Si bien cuando se expidió esta Ley tenía cuatro meses de instalado el gobierno de Mariano Ospina Pérez, los artífices de ella habían sido los higienistas, cuya mayoría estaba en el lado del liberalismo y tenían a Jorge Bejarano como uno de sus representantes más activos. El trabajo previo a la creación de esta nueva instancia se había adelantado bajo el gobierno de Eduardo Santos, y de alguna manera recogía los propósitos de las Conferencias Panamericanas –de contar con una instancia estatal independiente y específica–, expresados en Lima desde 1927 y ratificados en Bogotá en 1938.

La estadística vital se venía desarrollando en Colombia desde los años treinta, no sólo en el tema de la declaración obligatoria de enfermedades, sino también, y de manera más estructurada, alrededor de los servicios de protección materna e infantil.<sup>60</sup> El Departamento de Protección Infantil y Materna fue muy activo en la recopilación de información y en el segui-



<sup>58</sup> Jaramillo Sánchez, Alberto. *op. cit.*, 1938, p. 10.

<sup>59</sup> Hernández Álvarez, Mario. *op. cit.*, 2000, pp. 193-194.

<sup>60</sup> Desde 1931 se había creado la Sección de Protección Infantil en el Departamento Nacional de Higiene, que en 1938 pasó a ser el Departamento de Protección Infantil y Materna del Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social. Hernández Álvarez, Mario, *et al.*, *op. cit.*, 2002, p. 65.

miento de los indicadores demográficos y de mortalidad para esta población. Asimismo, el Departamento fue un decidido impulsor de la integración de los servicios de control de enfermedades con los de atención materna e infantil, en el marco del proyecto eugenésico de mejoramiento de la raza. La meta primordial del nuevo programa de estadística demográfica fue la implantación de la declaración obligatoria por parte de los médicos y de las enfermedades transmisibles, que hasta el momento no se había llevado a cabo en Colombia, a pesar de la existencia de leyes y debates sobre el particular. Este programa también abría la puerta a la inclusión de las estadísticas vitales, tales como embarazos, nacimientos y defunciones, entre otros.

Dentro del contexto de la política del Buen Vecino planteada por Roosevelt –mandato que cubrió la Segunda Guerra Mundial–, se diseñó un programa cooperativo para los asuntos de salubridad y saneamiento; cooperación que se estableció entre el Instituto de Asuntos Americanos, el gobierno de Washington y 21 repúblicas americanas. De esta manera, para organizar la coordinación de estos servicios en Colombia, junto con el coordinador de la oficina de Relaciones Interamericanas del Instituto de Asuntos Americanos, el jefe de la División de Salubridad y Saneamiento del Instituto de Asuntos Americanos, y el ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social de Colombia, Arsecio Londoño Palacio, se estableció en 1942 la creación de un servicio especial de salubridad y saneamiento, denominado Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP),<sup>61</sup> el cual, si bien se adscribía al Ministerio, contaba con cierta autonomía administrativa.

Algunos años después, por recomendación del Servicio Cooperativo, se aprobó la Ley 27 de 1946, por medio de la cual se creó el Ministerio de Higiene como un ente autónomo. Sin embargo, se puede decir que desde 1945 se venían haciendo reformas importantes; por ejemplo, la organización de una Dirección Nacional de Salubridad que, finalmente, iba a ser el modelo para el Ministerio de Higiene y daría origen igualmente al Ministerio del Trabajo.

Las dependencias del Ministerio fueron la escuela Superior de Higiene, los organismos nacionales de Higiene y los organismos internacionales, aparte de las dependencias administrativas.<sup>62</sup> Es claro entonces que los objetivos que se planteó el Ministerio de Higiene no variaron mucho de las actividades que venían realizando los distintos organismos higiénicos desde principios del siglo XX. Sin embargo, la meta primordial del nuevo



<sup>61</sup> Hernández Álvarez, Mario, *et al.*, *op. cit.*, 2002, p. 73. Este servicio fue el de más alta inversión en higiene y salubridad en el país, puesto que se daba un millón de dólares y de un peso colombiano por cada dólar por parte del gobierno colombiano. Para ver el presupuesto provisional del SCISP por proyectos, ver Anexos, cuadro 8.

<sup>62</sup> Quevedo, Emilio, *et al.*, 2004, p. 320.

Ministerio fue la implantación definitiva de la declaración obligatoria de las enfermedades transmisibles, y también el fortalecimiento de las estadísticas vitales. Uno de los logros principales de este periodo fue la implantación de la carrera pública de higienista la cual contribuyó, de manera importante, en los dos objetivos anteriores.<sup>63</sup>

## CONCLUSIONES

En este artículo se evidencian los procesos mediante los cuales el grupo médico de la primera mitad del siglo XX en Colombia intentó establecer la higiene como responsabilidad del Estado y, así, hacer de este ramo una nueva tecnocracia.

Los médicos justificaron las prácticas higiénicas valiéndose del discurso racialista en boga en el momento y adaptándolo a las condiciones específicas del país. En este sentido, la argumentación para la adopción de modelos políticos estuvo basada en teorías raciales que para el momento eran consideradas como científicas. Es así entonces como podemos ver la estrecha relación entre ideología y prácticas, y demostramos cómo desde posiciones ideológicas determinadas se proponen políticas públicas consideradas necesarias para el progreso de la nación.

En la instauración y consolidación del aparato higiénico en el país, los médicos se encontraron con dificultades de distinto corte, pero una de estas dificultades, que ha sido muy poco trabajada por los académicos versados en el tema, es la que tiene que ver con los problemas generados en los diversos niveles –especialmente los municipales– para adscribirse a los aparatos centralizados de higiene. Estudiar este punto tiene una dificultad adicional y es que las fuentes no son constantes para el periodo ni para el territorio nacional; sin embargo, por otras referencias se puede llegar a entrever que para los niveles medio y bajo de gobierno se había hecho fundamental tener cierta independencia cuando se trataba del aparato higiénico, y esta fue una de las quejas que más hicieron los encargados del aparato centralizador de la higiene. Para terminar, debo resaltar la importancia que tiene este tema pues la higiene, como se demuestra en este artículo, no sólo se encargó de la salubridad, sino también de aspectos que se pueden considerar propios de la protección social.



<sup>63</sup> Hernández Álvarez, Mario, *et al.*, 2002, p. 80.



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Castro, Beatriz. "Beneficencia y caridad en Cali 1848-1898". En: *Boletín Cultural y Bibliográfico* V. 27 N. 22. Editorial Banco de la República, Bogotá, 1990, pp. 67-80.
2. Departamento Nacional de Higiene. *Legislación colombiana sobre higiene y sanidad: leyes, acuerdos, decretos resoluciones*. Compilación ordenada por el Departamento Nacional de Higiene. Editorial de la Litografía Colombiana, Bogotá, 1937, p. 380.
3. García Medina, Pablo. "Informe del Director de Higiene al Ministro de Instrucción Pública". En: *Revista de Higiene* No.115, 1916, p. 286.
4. García Medina, Pablo. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Imprenta Nacional, Bogotá, 1920.
5. Guadarrama, Gloria. *Entre la Caridad y el Derecho*. El Colegio Mexiquense, 2005, pp. 1-295.
6. Hernández Álvarez, Mario. *La salud fragmentada en Colombia 1910-1946*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2002.
7. Hernández Álvarez, Mario, *et al.* *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia 1902-2002*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional, Bogotá, 2002, p. 24.
8. Jaramillo Sánchez, Alberto. *Anexo a la memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social: Fascículo 1 servicios de Higiene*. El Gráfico, Bogotá, 1938, pp. 40- 41.
9. Lobo, Manuel. *Junta Central de Higiene: exposición de la Junta al Congreso Nacional de 1916*. Imprenta y litografía de J. Casis, Bogotá, 1916, pp. 4-5.
10. Londoño, Juan B. *Informe del Director Departamental de Higiene correspondiente al año de 1916*. Imprenta Oficial, Medellín, 1916.
11. Martínez, Alberto. "La Policía de la pobreza". En: *Revista Foro: Foro por Colombia*, No 3. Bogotá, julio de 1987.
12. Quevedo, Emilio, *et al.* *Café y gusanos, mosquitos y petróleo*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2004.
13. Restrepo, Estela. "Vagos, enfermos y valetudinarios, Bogotá: 1830-1860". En: *Historia y Sociedad* No. 8. Universidad Nacional de Medellín, Medellín, marzo de 2002.
14. Uribe, Antonio José. *Política Sanitaria: Exposición de motivos a la Ley 12 de 1926 sobre enseñanza de la higiene, saneamiento de los puertos marítimos y de las principales ciudades de la República*. Imprenta Nacional, Bogotá, 1926, pp. 11-12.