

El Desafío de la Salud en Caldas: Población, Enfermedades, Discursos y Políticas Salubres en la
Primera Mitad del Siglo XX

Julián Andrés Amado Becerra

Trabajo de Grado para Optar al Título de Maestro en Historia

Director

Alfonso Fernández Villa

Doctor en Historia de América Latina por la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Historia

Programa Maestría en Historia

Bucaramanga

2025

Agradecimientos

A mi madre, cuyo amor incondicional y apoyo inquebrantable han sido la piedra angular de mi vida. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia, y por estar siempre a mi lado en cada paso de este camino.

A mis profesores, desde los primeros años hasta los mentores de esta etapa final. Cada uno de ustedes ha dejado una huella imborrable en mi formación, inspirándome con su conocimiento y dedicación. Gracias por abrirme las puertas del saber y por guiarme con paciencia y sabiduría.

A mis amigos, que han sido mi refugio y mi fuerza en los momentos de dificultad. Gracias por su compañía, por los momentos de risa y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Su amistad ha sido un pilar fundamental en esta travesía.

A todos los seres que amo, cuya presencia y amor han iluminado mi vida. Gracias por ser el aliento constante que me impulsa a seguir adelante, por sus palabras de ánimo y por su apoyo silencioso pero vital. Este logro escrito es tanto suyo como mío.

Tabla de Contenido

Lista de Tablas	8
Lista de Figuras	9
Lista de Gráficas	10
Resumen	11
Abstract	12
Introducción	13
Objetivos	26
1. Balance Historiográfico de la Historia de la Salud en Colombia: Análisis Crítico y Prospectivo (1990-2020): <i>Exploración de Tendencias, Métodos y Diálogos Interdisciplinarios</i>	28
1.1. Contextualización del campo de estudio	29
1.1.1. Influencia de la escuela posestructuralista en las ciencias sociales	29
1.2. Evolución de la historiografía de la salud en Colombia	30
1.2.1. Grupos académicos que fueron construyendo un camino en la investigación de la historia de la salud en Colombia.	30
1.2.2. Centralización de la producción, investigación y difusión de la historia de la salud en Colombia.....	33
1.2.3. Vacíos y omisiones en la investigación histórica de la historia social de la salud en las regiones no centrales-andinas	34
1.3. Temáticas principales en la historiografía de la salud en Colombia de (1990-2020)	35
1.3.1. “Vivir en policía” estudios historiográficos del higienismo del siglo XVII y XVIII.....	36
1.3.2. “Pobres, pero no cochinos” Higienización civilizatoria privada-pública en el siglo XIX	39
1.3.3. “Educar para sanear”. Inicios del salubrísimos higienista como política pública a principios del siglo XX.....	43
1.3.4. Higienización pedagógica preventiva del cuerpo, suelo, agua y residuos humanos	45
1.3.5. Higienizar, normalizar y medicar - El control de la desviación social	50
1.4. Objetos de estudio de la historiografía de la historia social de la salud y la enfermedad en Colombia	55

1.4.1. Discursos médicos – políticos de la salud	55
1.4.2. Procesos Socio – Políticos de la Salud	56
1.4.3. Representaciones y Prácticas Socioculturales de la Enfermedad	56
1.5. Principales categorías historiográficas encontradas	57
1.6. Conclusiones del capítulo uno	58
2. Caldas: Un Viaje a Través de su Territorio y Población (1905-1956): Contextualizando el desarrollo territorial, económico y demográfico de una región crecimiento	62
2.1. Reconstrucción geográfica, político-administrativa y económica de Caldas.....	64
2.1.1. Creación del Departamento de Caldas y División Político-Administrativa.....	64
2.1.2. Antecedentes Históricos y Contexto Geográfico.....	65
2.1.3. Proceso de Colonización y Fundación de Nuevos Municipios.....	65
2.1.4. Características Geográficas y Climáticas	67
2.1.5. Actividades Económicas: Minería y Agricultura de Subsistencia	68
2.1.6. Desarrollo del Cultivo y Exportación del Café.....	69
2.1.7. Cultura del Trabajo Rural, Transporte y Vida Campesina.....	73
2.1.8. La constitución del territorio caldense y su significado en la vida nacional en la primera mitad del siglo XX.....	77
2.2. Aspectos demográficos	79
2.2.1. Crecimiento de la población del Departamento de Caldas desde 1843 hasta 1951	79
2.2.2. Composición etaria y características de la población en 1912.....	80
2.2.3. Indicadores de alfabetización y salud en 1912	81
2.2.4. Crecimiento de población de 1912 a 1928	82
2.2.5. Distribución urbano-rural de la población en 1928	82
2.2.6. Composición por edad y sexo de la población en 1928.....	84
2.2.7. Dinámica familiar, natalidad y la amalgama de la economía cafetera.....	85
2.2.8. Análisis comparativo de los resultados del censo de Caldas de 1912 y 1928.....	89
2.2.9. Crecimiento exponencial de la población de Caldas en 1938.....	91

2.2.10. Estructura por edad y género de la población de Caldas en 1938.....	92
2.2.11. Cambios en el estado civil de la población de Caldas entre 1928 y 1938.....	93
2.2.12. Niveles de alfabetización en Caldas en 1938.....	94
2.2.13. Trabajo, ocupación y vida activa en Caldas en 1938.....	96
2.2.14. Servicios públicos y ocupación de viviendas en Caldas en 1938	97
2.2.15. Análisis y conclusiones del censo comparativo de 1928 - 1938.....	98
2.3. Caldas florece en 1951: 20% más habitantes que en 1938	100
2.3.1. Rostro Cambiante: Niños y jóvenes dominan el panorama demográfico	100
2.3.2. Vitalidad en Aumento: Políticas de salud impulsan la explosión demográfica	101
2.3.3. Familias en Transformación: Nuevas dinámicas familiares y vidas más longevas.....	102
2.3.4. Mujeres al Frente: Ellas toman la delantera en alfabetización.....	103
2.3.5. Trabajos y Roles.....	105
2.3.6. Hacinamiento, familia y vivienda compartida.....	109
2.3.7. El surgimiento de nuevas edificaciones públicas colectivas.....	111
2.3.8. Análisis de los resultados del censo de 1951	112
2.4. Conclusiones del capítulo dos	115
2.4.1. Conclusiones específicas del capítulo en conexión con lo nacional	118
3. Enfermedades, Tratamientos Médicos y Factores de Riesgo Salubre en Caldas Durante la Primera Mitad del Siglo	
XX: Un análisis a través de la documentación médica de la época.....	124
3.1. Enfermedades por Aguas Sin Tratamiento, Transmisión Zoonótica y Falta de Prevención Humana: Un Análisis de Vectores y Contagios en Contextos de Insalubridad	130
3.2. Enfermedades de Transmisión Sexual: La Carga Sanitaria de la Gonorrea y la Sífilis en Contextos de Insalubridad y Falta de Prevención.....	164
3.3. Enfermedades Crónicas y Complicaciones Obstetricas y Renales en Contextos de Insalubridad	178
3.4. Conclusiones del capítulo tres.....	186

4. Discurso e Intervención Política Salubre en Colombia y Caldas (1900-1956): Análisis de los Discursos y Políticas Caritativistas, Higienistas, Salubristas y Asistencialistas en la Primera Mitad del Siglo XX.....192

4.1. Reformas en la Salud Pública: La Integración de Caridad y Ciencia médica (1900-1921).....	196
4.1.1. Inicios de las Campañas Nacionales y Regionales Contra la Viruela, Lepra, Tos Ferina, Paludismo y Otras Enfermedades (1914-1921).....	205
4.1.2. El Surgimiento Oficial de la Preocupación Nacional por la Uncinariasis, la Tuberculosis, la Fiebre Tifoidea y el Alcoholismo.....	216
4.2. Intervenciones Sanitarias en Colombia (1922-1926): Infraestructura Leprosaria, Vacunación y Colaboración Salubre Internacional en la región de Caldas	220
4.3. Necesidades Sanitarias Urgentes en Caldas (1926-1930).....	228
4.4. Estrategias Higienistas Nacionales y Realidades Locales en Caldas: Combate a Enfermedades Tropicales (1930-1934)	234
4.5. Evolución de las Políticas Salubristas Centralistas en Colombia: Implementación y Desafíos Ante de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Caldas (1934-1938)	243
4.6. Del Higienismo a la Asistencia Social Salubrista: Políticas de Salud Pública en Colombia y Caldas (1938-1942).....	249
4.6.1. Los Desafíos en la Implementación de las Estrategias de Salud Pública Asistencialista Nacional en el Departamento de Caldas.....	256
4.7. Ingeniería Sanitaria y Salud Pública en Colombia (1945-1950): Logros Nacionales y Retos en Caldas	260
4.7.1. La Primera Conferencia de Salubridad de Caldas en 1945.....	262
4.7.2. La creación del Ministerio de Higiene y la transformación de la salud pública nacional (1946-1949)	264
4.7.3. Avances y Desafíos en la Implementación de las Políticas de Salud Pública Asistencial en el País	268
4.8. La Visión Integral de la Salud Pública en Colombia y Caldas durante 1953-1956: Desde la Nutrición Infantil hasta la Prevención de Enfermedades Endémicas	271
4.9. Conclusiones del capítulo cuarto.....	277
5. Del Higienismo al Salubrismo Asistencialista: Análisis Presupuestal y Político de las Intervenciones en Salud Pública en Caldas (1906-1950).....	281
5.1. El Surgimiento del Ministerio de Higiene: Respuestas a la Complejidad de la Salud Pública en la Primera Mitad del Siglo XX en Colombia y Caldas	283

5.2. Evolución de la Beneficencia y los Comienzos de la Profesionalización Sanitaria en Caldas (1906-1934)	287
5.3. "El Higienismo Salubrista Asistencial en Caldas: Consolidación y Expansión (1935-1945)"	302
5.3.1. El Auge del Salubrismo y Asistencialismo Público: Políticas y Avances en Caldas (1946-1951).....	324
5.4. Conclusiones del capítulo quinto	338
Conclusiones.....	342
Recomendaciones.....	352
Bibliografía.....	356

Lista de Tablas

Tabla 1. *Crecimiento de la población de Caldas (1843-1951)* _____ 79

Lista de Figuras

Ilustración 1. *Mapa 1, Gobernación de Caldas (1951), Mapa Político de Caldas.* _____ 67

Ilustración 2. *Ruta de ferrocarriles de Caldas, 1950* _____ 73

Ilustración 3. *Porcentaje con relación al total de edificios y la tipificación de su ocupación*97

Lista de Gráficas

<i>Gráfica 1. Subtemas de la historia social de la salud en Colombia, 1990-2020. La muestra fue de 170 libros, artículos, tesis de pregrado, maestría y doctorado en historia producidos en el periodo mencionado.....</i>	<i>35</i>
<i>Gráfica 2. Habitantes totales del Departamento de Caldas de 1905 a 1951.....</i>	<i>79</i>
<i>Gráfica 3. Porcentaje de edades en el Departamento de Caldas en 1912.....</i>	<i>80</i>
<i>Gráfica 4. Alfabetización y salud en el Departamento de Caldas en 1912.....</i>	<i>81</i>
<i>Gráfica 5. Habitantes por edad y sexo en el Departamento de Caldas en 1928.....</i>	<i>84</i>
<i>Gráfica 6. Población por edad en el Departamento de Caldas en 1938.....</i>	<i>91</i>
<i>Gráfica 7. Población por edad, género y estado civil en Caldas en 1938.....</i>	<i>93</i>
<i>Gráfica 8. Población activa y actividades económicas de la población del Departamento de Caldas en 1938.....</i>	<i>96</i>
<i>Gráfica 9. Resumen de los servicios generales de los edificios de habitación en el Departamento de Caldas en 1938.....</i>	<i>97</i>
<i>Gráfica 10. Población por grupos de edad y sexo (1951).....</i>	<i>100</i>
<i>Gráfica 11. Población económicamente activa en el Departamento de Caldas en 1951 ..</i>	<i>105</i>
<i>Gráfica 12. Población inactiva (1951).....</i>	<i>106</i>
<i>Gráfica 13. Actividades y oficios de la población económicamente activa del Departamento de Caldas en 1951.....</i>	<i>108</i>
<i>Gráfica 14. Viviendas familiares, según el número de cuartos en el Departamento de Caldas en 1951.....</i>	<i>109</i>
<i>Gráfica 15. Uso o destinación de las viviendas colectivas en Caldas en 1951.....</i>	<i>111</i>

Resumen

Título: El Desafío de la Salud en Caldas: Población, Enfermedades, Discursos y Políticas Salubres en la Primera Mitad del Siglo XX¹

Autor: Julián Andrés Amado Becerra²

Palabras Clave: Historia social de la salud, políticas salubres, enfermedades endémicas, higienismo, Caldas, siglo XX, demografía, modernización.

Descripción: Esta investigación examina la relación entre los procesos de modernización y salubridad en Colombia, centrándose en el Departamento de Caldas durante la primera mitad del siglo XX. El estudio analiza la efectividad de las políticas salubres implementadas por el Estado y el cuerpo médico para enfrentar los problemas de salud más graves en la región, contextualizando geográfica, económica y políticamente el territorio. A través de un enfoque interdisciplinario que combina historia social, demografía y análisis de políticas públicas, se exploran las transformaciones demográficas, las enfermedades endémicas y epidémicas, y los discursos políticos en torno a la salud. La investigación también evalúa las estrategias presupuestales y las intervenciones institucionales, destacando el papel de la Iglesia católica y el Estado en la administración de la salud. El trabajo contribuye a llenar vacíos historiográficos en regiones no centrales de Colombia y ofrece una perspectiva novedosa sobre la interacción entre discurso médico, prácticas estatales y condiciones materiales de la población. Los hallazgos permiten comprender cómo la bonanza cafetera influyó en las políticas de salud y cómo estas se articularon con los proyectos modernizadores del país.

¹ Trabajo de Grado para Optar al Título de Maestro en Historia

² Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Programa Maestría en Historia. Director: Alfonso Fernández Villa. Doctor en Historia de América Latina por la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

Abstract

Title: The Challenge of Health in Caldas: Population, Diseases, Discourses, and Public Health Policies in the First Half of the 20th Century³

Author: Julián Andrés Amado Becerra⁴

Keywords: Social history of health, public health policies, endemic diseases, hygienism, Caldas, 20th century, demography, modernization.

Description: This research examines the relationship between modernization processes and public health in Colombia, focusing on the Department of Caldas during the first half of the 20th century. The study analyzes the effectiveness of public health policies implemented by the State and the medical community to address the region's most serious health issues, while contextualizing the territory geographically, economically, and politically. Through an interdisciplinary approach that combines social history, demography, and public policy analysis, it explores demographic transformations, endemic and epidemic diseases, and political discourses surrounding health. The research also evaluates budgetary strategies and institutional interventions, highlighting the roles of the Catholic Church and the State in the administration of healthcare. This work helps fill historiographical gaps in non-central regions of Colombia and offers a novel perspective on the interaction between medical discourse, state practices, and the material conditions of the population. The findings shed light on how the coffee boom influenced health policies and how these were aligned with the country's modernization projects.

³ Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master in History

⁴ Faculty of Human Sciences. School of History. Master's Program in History. Director: Alfonso Fernández Villa. PhD in Latin American History from the Universidad Pablo de Olavide, Seville.

Introducción

Esta tesis abordará la relación entre los procesos de modernización y salubridad en Colombia, teniendo en cuenta el caso específico del Departamento de Caldas⁵. Nos interesará conocer si las políticas salubres llevadas por el Estado y el cuerpo médico fueron efectivas para enfrentar los problemas de salubridad más graves de Colombia y en Caldas. Este departamento se destacó económica y demográficamente durante la primera mitad del siglo XX. La bonanza agroexportadora del café permitió el ingreso de impuestos en los que se basaría un presupuesto político y económico que buscarían responder a las necesidades salubres de la región⁶. De ahí que a lo largo de esta investigación nos preguntemos, ¿Cómo fue el proceso de constitución del aparato salubre en Caldas? ¿Qué intermedios hubo entre cada periodo en el conocimiento médico, avance económico y gestión política administrativa? ¿La modernización económica se reflejó en la mejoras de salubridad de la población por la intervención estatal? Buscaremos resolver estas preguntas recorriendo el desarrollo de las primeras políticas de salud de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, el posterior desarrollo administrativo y presupuestal de los asuntos de la salud, desde las posturas filantrópicas hasta la creación de las instituciones asistencialistas salubristas centralizadas de mitad del siglo XX.

En esta región la herencia cafetera procuró poco a poco fortalecer empresas regionales de cultivo de café, estructuras de administración del comercio en las cabeceras municipales de sus provincias principales como Manizales, Pereira, Armenia y Riosucio, junto a procesos de burocratización administrativa para mejorar la eficiencia productiva de los campesinos cafeteros.

⁵ Carlos Andrés Quinche Castaño, «El Quinquenio de Rafael Reyes y la transformación del mapa político-administrativo colombiano», *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 38 (2011): 51-78.

⁶ Robinson James y Miguel Urrutia, eds., *Economía colombiana del siglo XX - Un análisis cuantitativo* (Bogotá: Fondo de Cultura Económica y Banco de la República, 2007).

Con respecto a este punto la salud tuvo en lo tácito o patente importancia para ir hacia el progreso económico que el Estado colombiano y los gobernantes de Caldas visionaron. Teniendo en cuenta esto, las políticas higiénicas, salubres y asistenciales fueron protagonistas a la hora ampliar el rango de vida de las poblaciones bajo un discurso modernizador cercano a políticas que trataron de atender los problemas de salud endémicos de la región.

Desde esta perspectiva veremos cómo dos instituciones sociales tuvieron un papel directo en la administración de la salud en Colombia, la Iglesia católica y el Estado⁷. Tradicionalmente la Iglesia dio acogida hospitalaria a los enfermos, locos y mendigos desde el periodo colonial; esta práctica continuó durante el periodo republicano y hasta principios del siglo XX a través de sus instituciones de caridad, de beneficencia religiosas y ordenes encargadas directamente de ello⁸. El Estado, hacia 1920 a 1930, configuró una relación económica diferente para con la salud de las poblaciones. Comenzó a pensar en la necesidad de pasar de esperar la muerte -como designio divino- a evitar de forma efectiva la enfermedad y buscar las mejorar las condiciones higiénicas de los pueblos para prevenir padecimientos futuros⁹. Empezó a otorgarse una partida específica de mayor financiamiento a los hospitales, asilos, manicomios y otros agregando lo recibido por la Iglesia, lo puesto por algunos fieles y el Estado bajo la dinámica de la beneficencia pública¹⁰. En un tercer momento de 1930 a 1940 el Estado colombiano creó nuevas relaciones con la Iglesia para buscar apoyo en los procesos de higienización de la población para el trabajo y el avance

⁷ Mónica Uribe Gómez, «Entre la beneficencia y la asistencia pública», *Trabajo Social* 8 (2006): 37-44.

⁸ Véase los trabajos de Beatriz Carvajal Castro, «Los inicios de la asistencia social en Colombia», *Revista CS* 1 (2008): 157-88.; Mario Álvarez Hernández, «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946», en *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, vol. 27, 7-26.

⁹ Gilberto Loaiza Cano, «Reseña - Caridad y beneficencia. El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870 - 1930 de Castro Carvajal Beatriz», *Trabajo Social* 10 (2008): 209-11.

¹⁰ Álvarez Hernández, «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946», 2000. 9.

industrial del país¹¹. Esto se reflejaría en mayores partidas de presupuesto a los departamentos de higiene y asistencia social, así como la diversificación de las partidas de asignación en salud, creación de nuevos puestos y profesionalización médicas del saber social frente a las anteriores dinámicas tradicionales de la caridad¹². Considerando este aspecto, la salud emergió como un problema transversal en la interacción de las instituciones gubernamentales con las poblaciones a través de políticas, discursos, prácticas civilizadoras que constituirían toda una serie de transformaciones sociales y culturales a la hora de comprender los deseos de modernización económica de principios del siglo XX.

En concordancia con lo anterior, el propósito de esta tesis será examinar si las políticas desarrolladas por el Estado y el cuerpo médico fueron efectivas para enfrentar los problemas de salubridad en el Departamento de Caldas en el periodo de c.1900-c.1950. Para lograr esto, contextualizaremos geográfica, económica y políticamente la región; luego describiremos la transformación demográfica de los pobladores; seguidamente caracterizaremos las enfermedades endémicas, epidémicas y más frecuentes de este departamento. Posteriormente interrogaremos los principales discursos políticos que el Estado colombiano y los gobernadores pronunciaron frente a las necesidades de salubridad del territorio, y, las estrategias que venían usando para enfrentarlas. Por último, describir las políticas de salubridad desarrolladas en concordancia con el presupuesto departamental asignado a la salud. Con esto terminaríamos valorando los resultados de las acciones y políticas desarrollados por el Estado y otras entidades frente a los problemas de salubridad en Caldas.

¹¹ Carvajal Castro. 157.

¹² Álvarez Hernández, «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946», 2000. *ibid.*

Considerando lo anterior, en esta investigación nos insertaremos en los nuevos enfoques de la historia social de la salud y la enfermedad vista como nueva forma de hacer historia de la enfermedad. Así se tendrá en cuenta la dimensión material de las enfermedades del momento y su impacto en la población de Caldas analizando las formas en la que hubo concordancia con las políticas, campañas, discursos y presupuestos en el ramo de la salud para enfrentar esas patologías. Se tomarán los aportes y debates contemporáneos de la nueva historia de la medicina, la historia social de la salud y la historia social del Estado para configurar un enfoque novedoso que responda a las relaciones que hubo entre el discurso médico, político y estatal evidenciado en el análisis de los estudios médicos de la región en relación con las apuestas presupuestales que tuvo la administración departamental en el periodo de estudio. Nuestro enfoque vendrá a enriquecer los anteriores estudios de la historia de la salud hechos sólo desde un análisis del discurso político y médico desligado de una interrogación por las prácticas médicas con relación a las políticas presupuestales y burocráticas del movimiento salubrista.

Por otro lado, constituiremos una investigación novedosa para una región no muy estudiada para los temas de la historia de la salud. Creemos que entender la morbilidad, principalmente de las enfermedades endémicas y epidémicas, junto al discurso político permitirá darle un nuevo enfoque analítico al discurso en relación con la práctica cuando se hable de instituciones y órganos financiados por el Estado. De una manera u otra, se toma lo aportado por la historia del discurso médico – político en torno a la salud, lo posibilitado por la historia de la salud en sus relaciones entre discurso y práctica estatal, y por último las posibilidades que viene abriendo la historia social de la salud y la enfermedad con la inclusión en este caso de datos sobre enfermedades, discursos y prácticas institucionales. Esta investigación permitirá comparar, analizar y encontrar las formas en las que otras regiones participaron de proyectos modernizadores que en escala no fueron nada

desdeñables con relación a los procesos de modernización en salubridad de Cundinamarca o Antioquia.

Con respecto a nuestros rumbos teóricos hemos considerado observar con cuidado las formas en las que se han ido ordenando diferentes conceptos de higiene, prevención, curación y tratamientos dentro una historia preocupada por la salud y la enfermedad como vivencias sociales complejas. Hemos visto como se ha ido constituyendo la salud como una de las muchas maneras de enriquecer los argumentos del control social y el papel de la modernización económica en la formación de los Estados modernos del continente dentro la historiografía a partir de 1980 y 1990¹³. La contingencia de pensar la salud, las enfermedades, la mujer, la infancia, la vejez, la muerte, el crimen y el cuerpo fue una posibilidad emprendida por la cuarta generación de *Annales*¹⁴. La fenomenología de la percepción corporal se constituyó como el lugar desde el que se ha enunciado el sustento ontológico de la historia del cuerpo y la salud/enfermedad. El organismo enfermo se volvió un fenómeno historiable desde el develamiento de las intenciones que tiene la conciencia para buscar el bienestar fisiológico para poder estar con otros y consigo mismo¹⁵. Este nuevo sujeto trascendental de la fenomenología husserliana y heideggeriana abrió la comprensión de la filosofía y de las ciencias sociales a ubicar los cuerpos como una experiencia del ser en el mundo que se podría encontrar en el tiempo, en el espacio y en experiencias históricas concretas y ubicadas.¹⁶ La emergencia en posguerra del pensamiento posmoderno anunció un

¹³ Diego Armus, «Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna», en *Higienizar, medicar, gobernar - Historia, medicina y sociedad en Colombia* (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2004), 13-41.

¹⁴ Véase, Peter Burke, *La revolución historiográfica francesa: la escuela de los Annales, 1929-1984 [i.e. 1989]* (Gedisa, 1999).

¹⁵ Carolina Biernat y Karina Inés Ramacciotti, *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales* (Editorial Biblos, 2014), 50-60.

¹⁶ Alfredo Martínez Sánchez, «Historia y antropología a propósito del cuerpo», *Gazeta de antropología*, n.º 22 (2006): 19.

volcamiento a la filosofía del cuerpo individual en contraposición a la del cuerpo social del marxismo y el funcionalismo¹⁷.

El marco teórico en el que recientemente se han basado los historiadores de la salud y la medicina ha estado sustentado en las afirmaciones históricas de los cursos y trabajos tardíos sobre el cuerpo social y su control de Michel Foucault. Este autor ubicó a la medicina dentro de un fenómeno históricamente relacionado al mejoramiento del control del sujeto en la sociedad moderna; desde esta perspectiva dio un marco de entendimiento político y un marco sociológico institucional de las relaciones que han tejido alrededor de la medicina y su relación con la salud en Occidente¹⁸. Para Foucault a comienzos del siglo XIX, se asistió al surgimiento de la medicina social basada tangencialmente en una tecnología del cuerpo urbano para la producción industrial que tendría sus bases a finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII¹⁹. La medicina comenzó a incursionar en las prácticas sociales cotidianas y privadas, organizó el territorio político de intervención del cuerpo, de los colectivos y las condiciones de la vida urbana principalmente.

De acuerdo con este enfoque lo que logró la medicina fue darse a sí misma -como medicina- un mediano sustento gubernamental en medida general para a la vez contactarla con otras ciencias positivas afines, como la química, la microbiología y la fisiología. Estas disciplinas auxiliares lograron darle a esta ciencia aplicada el estatus de un saber que se preocupa por las condiciones de vida del medio de existencia. Y por último domina la medicina el campo de la noción total de salubridad. Por último, estaría el momento en el que menos se desplegó su análisis. La medicina de la fuerza laboral estuvo anclada al desarrollo de una medicina estatal fuerte junto a una medicina

¹⁷ Maximiliano Garbarino, «Consideraciones sobre el cuerpo según Marx», en *Cuerpo, identidad, sujeto: Perspectivas filosóficas para pensar la corporalidad* (Buenos Aires: Universidad Nacional de la Plata, 2018), 32-116.

¹⁸ Diego Alejandro Estrada-Mesa y Jaiberth Antonio Cardona-Arias, «La medicina en la obra de Michel Foucault: Meta-síntesis 1», *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas* 18, n.º 34 (2018): 223-36.

¹⁹ Michel Foucault, *La vida de los hombres infames* (México: Altamira, 1996), 10-60.

urbana que configurara las condiciones higiénicas posibles y racionales del bienestar de la ciudad para la producción industrial con obreros susceptibles a enfermarse por sus condiciones laborales. Esto les dio a los Estados una mayor confianza en la medicina para tratar controlar el cuerpo de las poblaciones de forma más económica y efectiva a través de administradores del uso del cuerpo social.²⁰ La historia de la salud nació de la inquietud reflexiva de los médicos por la historia de sus técnicas, "avances" y formas terapéuticas a lo largo del tiempo.

Basándonos en el marco de la transformación de la medicina como ciencia para la administración de los cuerpos saludables en la ciudad moderna, vimos necesario comprender las dinámicas más cotidianas de la salud en concordancia con el marco global de la misma. Para este propósito la antropología de la salud nos ha mostrado como la salud/enfermedad se ha entendido como un concepto dual e interdependiente. Es decir, entender el enfermarse como un estado intermedio a la muerte o a la sanación. Desde esta mirada la salud sería una búsqueda de conservación individual y a la vez colectiva dada dentro de sistemas de salud configurados en tramas culturales, epistemológicas, económicas y políticas. La enfermedad rompe el equilibrio para anudar la búsqueda de la salud dentro de la vida de un cuerpo en permanente búsqueda de bienestar. La antropología médica ha configurado tres órdenes explicativos a este fenómeno dual: orden individual, epistemológico y sociocultural. Así entendido, queda la dimensión existencial del sujeto enfermo que busca la salud, el saber médico que procura entender el padecimiento y dar una serie de terapéuticas y, por último, un esquema sociocultural que de los marcos (sistemas de salud) de intervención y comprensión política, económica y pedagógica alrededor de los padecimientos de las poblaciones.²¹

²⁰ Foucault, 90-105.

²¹ Biernat y Ramacciotti, *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, 51-55.

En un segundo nivel comprensivo este problema lo ha entendido Allan Young desde un modelo psicológico y biofísico de la enfermedad/salud desde tres términos *padecimiento* (experiencia subjetiva del individuo de malestar físico o mental), *malestar* (vivencia social de la enfermedad comprendida por los cercanos) y *enfermedad* (la condición político - médica del trastorno a la salud individual y colectiva).²² El primer término se refiere a la realidad que experimenta el individuo enfermo. El segundo término, se refiere al padecimiento entendido y vuelto práctica de ciencia por los actos médicos. Y por último las objetivaciones sociales y políticas de la intervención global de la enfermedad. Tres aspectos configuran el marco de comprensión de este problema desde el sujeto, el médico y la sociedad. Una triada explicativa, constructiva y en permanente interacción.²³

En conjunción con todo lo anterior, esta tesis hará una radiografía al discurso modernizador al compararlo con las políticas presupuestales que intentaron respaldar el discurso salubrista. Por medio de una comparación de ingresos y salidas para estos temas y/u otros para el beneficio de la población en crecimiento. Nuestro enfoque metodológico estará en marcado en el análisis del discurso del texto en relación con la producción, recepción y significado de los discursos de los actores ubicados en un espacio y tiempo concreto²⁴. Esta metodología permitirá tomar los aportes del análisis categorial, de la teoría de la enunciación y el estudio de la retórica clásica de todo documento que pueda ser ostensible en convertirse en fuente dependiendo de las preguntas de investigación. Se buscará con este rumbo comprender las significaciones sociales de los discursos y prácticas atravesadas por una realidad económico, social y política comprensible para este

²² A Young, «The Anthropologies of Illness and Sickness», *Annual Review of Anthropology* 11, n.º 1 (octubre de 1982): 257-85.

²³ Biernat y Ramacciotti, *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*, 55-60.

²⁴ P Charaudeau y D Maingueneau, *Diccionario de análisis del discurso* (Buenos Aires: Amorrortu editores, 2005).

tiempo y espacio correspondiente a lo que se desea estudiar²⁵. En la decodificación de la realidad de las condiciones salubres e insalubres propias o de la comunidad se encontrarán las acciones discursivas, políticas y presupuestales de los actores del Estado y los pueblos²⁶. Esta herramienta analítica nos permitirá reconstruir históricamente el mundo de la enfermedad, los discursos alrededor de ella, y las estrategias de enfrentamiento por parte de un Estado y una comunidad política dentro de discursos y prácticas que fueron variando con el tiempo.²⁷

El contenido de la investigación lo dividiremos de la siguiente manera:

En el primer capítulo llevaremos a cabo un análisis exhaustivo y crítico de la literatura académica disponible en el campo de la historia social de la salud en Colombia. Examinaremos las investigaciones históricas realizadas por diversos autores, instituciones y grupos de investigación, con el objetivo de identificar las tendencias, enfoques teóricos y metodológicos que han sido dominantes, así como también los principales temas y áreas de interés que han sido objeto de estudio en este período. Para lograr lo anterior, haremos una revisión sistemática de las publicaciones académicas, incluyendo libros, artículos de revistas especializadas, tesis de maestría y doctorado, informes de investigación y otros documentos relevantes. Recopilaremos y analizaremos los datos documentales sobre las temáticas abordadas, los marcos teóricos utilizados, los métodos de investigación empleados y los hallazgos obtenidos en cada estudio.

Asimismo, prestaremos especial atención a las relaciones y conexiones entre las investigaciones en historia social de la salud y otros campos disciplinares relacionados, como la

²⁵ Carlos Gutiérrez Rueda, «Análisis del discurso: presupuestos filosóficos y aplicaciones» (Maestría en Estudios del Discurso, México, Universidad Autónoma de Tlaxcala, 2014).

²⁶ Martha Beatriz Mills Guerrero, «La hermenéutica histórica y la teoría de la recepción en historiografía», *Fuentes Humanísticas* 46 (2013): 21-24.

²⁷ Mills Guerrero, 30.

historia de la medicina, la sociología de la salud, la antropología médica y los estudios culturales de la salud. Ampliaremos los debates académicos en torno a conceptos clave como la medicalización, higienismo, biopolítica y enfermedades endémicas; así como también las críticas al modelo biomédico dominante y algunas propuestas alternativas para comprender la salud y la enfermedad desde una perspectiva social.

En el segundo capítulo contextualizaremos geográfica, económica y políticamente la región el Departamento de Caldas hacia la primera mitad del siglo XX. En primer lugar, se esbozarán elementos de la geografía de la región, centrándonos en su ubicación geográfica, topografía, clima y recursos naturales. Se enfatizarán las particularidades geográficas que influyeron en el progreso socioeconómico de Caldas durante este período, considerando su huella en la agricultura, la minería y la infraestructura de transporte. Con respecto a lo económico, realizaremos un estudio de la evolución económica de Caldas, desde su distribución productiva hasta su integración en la economía nacional e internacional. Se reconocerán los principales sectores económicos de la región, como la agricultura, en poca medida la minería, las pequeñas industrias de transformación de materias primas y el comercio al por menor e internacional, y se considerarán los factores que impulsaron su desarrollo o limitaron su crecimiento. En lo que respecta al ámbito político, describiremos los cambios vividos en sus estructuras política y administrativa durante el período de estudio.

Luego de lo anterior estudiaremos la evolución demográfica de Caldas, entre 1905 y 1950. Haremos un análisis demográfico que englobará diversos aspectos de la población de la región. En primer lugar, concebiremos una descripción detallada de la evolución de la población, incluyendo el desarrollo demográfico, los cambios en la distribución por edad y género, así como la distribución geográfica de los habitantes. Se reconocerán los factores que impulsaron el

crecimiento demográfico de la región, como la migración interna y externa, la fecundidad y la mortalidad, así como algunos eventos económicos, políticos y sociales que influenciaron en estos procesos. Además, se analizarán las características sociodemográficas de la población de Caldas, incluyendo su composición étnica, nivel educativo, ocupación laboral, condiciones de vida y acceso a servicios básicos como la salud y la educación. Se explorarán las dinámicas de migración interna y externa que afectaron la composición demográfica de la región, así como su impacto en la estructura social y económica de Caldas. Por último, miraremos las condiciones físicas de vivienda y bienestar en lo rural y lo urbano, así como las condiciones de vida de esta población.

El tercer capítulo describiremos, caracterizaremos y analizaremos el comportamiento de las enfermedades y tratamientos médicos y populares para las patologías endémicas, epidémicas y más complejas de Caldas desde finales del siglo XIX hasta 1950. En primer lugar, desarrollaremos un examen exhaustivo de las enfermedades más presentes en Caldas, tales como la viruela, malaria, uncinariasis, la tuberculosis, la enfermedad de Chagas y la fiebre amarilla, entre otras. Se estudiarán los elementos que favorecieron a la persistencia de estas enfermedades, como las circunstancias socioeconómicas, ambientales e higiénicas de la población. Al mismo tiempo, se inspeccionarán las epidemias que afectaron a Caldas durante este período. Se escudriñarán las raíces y consecuencias de estas epidemias, así como las respuestas y medidas apadrinadas por las autoridades sanitarias, los médicos y la sociedad en general para hacerles frente.

En contraste, se revisarán las enfermedades más complejas y emergentes como las enfermedades mentales, las crónicas no transmisibles como el cáncer y la tuberculosis y otras fiebres relacionadas con las dinámicas del hacinamiento con mala vivienda de los procesos nacientes de urbanización. Por último, revisaremos las transformaciones, avances y limitaciones en la atención médica hospitalaria y la infraestructura sanitaria de Caldas durante este período, a

su vez como el papel de los médicos, científicos y filántropos en la promoción de la salud pública y la mejora de las condiciones de vida de la población.

En el cuarto capítulo analizaremos los discursos políticos salubristas en la primera mitad del siglo XX en Colombia y específicamente en Caldas. Evaluaremos detalladamente los discursos pronunciados por el Estado colombiano y los gobernadores de Caldas con el propósito de determinar los enfoques, las prioridades y las estrategias que discursivamente delinearon para hablar, enfrentar y pensar estrategias para transformar el aparato administrativo en función o no de los desafíos de salud pública de la región. Para tal fin, haremos una revisión documental de los discursos oficiales y documentos gubernamentales, así como también de los discursos políticos expresados en eventos públicos, informes de gobernanza y debates legislativos. Se inspeccionará la retórica empleada por las autoridades para describir y abordar las necesidades de salud en Caldas, conteniendo la tipificación de problemas de salud prioritarios, la enunciación de políticas y programas de salud, así como la justificación de las acciones y decisiones tomadas o no tomadas en ese espacio. Teniendo en cuenta el contexto político, social y económico en el que se desplegaron estos discursos, considerando factores como la influencia de grupos de interés económicos, las condiciones de financiamiento y los cambios en la agenda política nacional y local en temas de salud.

En el quinto y último capítulo haremos un examen presupuestal exhaustivo que abarcará diversas dimensiones relacionadas con la gestión de la salud o higiene pública en la región. En primer lugar, llevaremos a cabo un examen detallado de las políticas y programas implementados por el Departamento de Beneficencia de Caldas de 1908-1936 y el posterior Departamento de Higiene y Asistencia Social de 1938 a 1950 con el propósito de comprender las estrategias y operaciones específicas que se llevaron a cabo para promover la salud/higiene y prevenir las

enfermedades epidémicas en la población. Siguiendo esta lógica, examinaremos en detalle el presupuesto asignado a la salud de Caldas y su distribución en diferentes áreas y programas de higiene pública. Explicaremos las prioridades y las inversiones realizadas en infraestructura sanitaria, atención médica, prevención de enfermedades y campañas pedagógicas de higiene pública. Se buscará comprender cómo se asignaron los recursos disponibles y cómo esto influyó en la implementación de las políticas de salud en la región. Todo esto lo haremos tomando en cuenta el contexto político, económico y social en el que se desarrollaron estas políticas de salubridad, en función de cambios en la legislación sanitaria, avances en la medicina e higiene pública, así como también los influjos externos como la financiación internacional y las políticas nacionales. Buscaremos comprender en parte cómo estos factores afectaron el adelanto y la ejecución de las políticas de salud e higiene en Caldas durante la primera mitad del siglo XX.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre las políticas de modernización salubrista implementadas por el Estado y el cuerpo médico, y su impacto en la mejora de las condiciones de salud pública en el Departamento de Caldas durante el periodo 1900-1950, considerando el contexto socioeconómico, las transformaciones institucionales y los desafíos epidemiológicos de la región, con el fin de evaluar su efectividad en el marco de los procesos de modernización del país.

Objetivos Específicos

Describir el desarrollo geográfico, económico y demográfico de la región de Caldas durante la primera mitad del siglo XX, identificando los factores que influyeron en su transformación y su relación con las condiciones de salubridad.

Caracterizar las principales enfermedades endémicas, epidémicas y complejas que afectaron a la población de Caldas, evaluando su impacto social, su vinculación con las dinámicas económicas y las condiciones que permitieron su persistencia.

Identificar y analizar los discursos políticos del Estado colombiano y las gobernaciones de Caldas en torno a las problemáticas de salud, así como las estrategias propuestas para abordarlas, considerando su coherencia con las necesidades reales de la población.

Evaluar las prácticas políticas, burocráticas y presupuestales implementadas por el Estado y la gobernación de Caldas para enfrentar los desafíos de salubridad, con énfasis en la

asignación de recursos, la gestión institucional y su articulación con los discursos modernizadores.

Realizar un balance cualitativo y comparativo que permita medir la efectividad de las acciones político-administrativas en la mejora de las condiciones de salud de la población durante el periodo estudiado, contrastando los resultados con los objetivos planteados en los discursos oficiales.

**1. Balance Historiográfico de la Historia de la Salud en Colombia: Análisis Crítico y
Prospectivo (1990-2020): *Exploración de Tendencias, Métodos y Diálogos***

Interdisciplinarios

Este capítulo nos proponemos realizar un exhaustivo y crítico análisis de la literatura académica que ha abordado la historia social de la salud en Colombia. Nuestro objetivo primordial será examinar las diversas investigaciones realizadas por destacados autores, instituciones y grupos de investigación en este campo específico. Este análisis nos permitirá identificar las tendencias, enfoques teóricos y metodológicos predominantes a lo largo del tiempo, así como los principales temas y áreas de interés explorados en dicho período. Para llevar a cabo este estudio, se llevará a cabo una revisión sistemática de las publicaciones académicas relevantes, incluyendo libros, artículos de revistas especializadas, tesis de maestría y doctorado, informes de investigación y otros documentos pertinentes. Este proceso de recopilación y análisis de datos documentales estará orientado a profundizar en las temáticas tratadas, los marcos teóricos empleados, los métodos de investigación utilizados y los hallazgos significativos derivados de cada estudio.

Particular énfasis se pondrá en explorar las conexiones y relaciones entre las investigaciones en historia social de la salud y otros campos disciplinares afines, tales como la historia de la medicina, la sociología de la salud, la antropología médica y los estudios culturales de la salud. De este modo, buscamos enriquecer los debates académicos en torno a conceptos clave como la medicalización, higienismo, biopolítica, educación en salud, enfermedades endémicas e historia de la psiquiatría. Además, se abordarán críticas al modelo biomédico predominante y se explorarán propuestas alternativas para comprender la salud y la enfermedad desde perspectivas sociales y culturales más amplias. Para así hacer el camino a una nueva interpretación que tome

los aportes de las diferentes temáticas, categorías y lugares de interpretación históricos que han elaborado otros y otras investigadores antes de nosotros.

1.1. Contextualización del campo de estudio

En torno al tema en que enmarcamos la investigación, la historia social de la salud y la enfermedad encontramos que se ha divulgado a través de artículos de investigación, libros y trabajos de grado de pregrado, maestría y doctorado. Se ha encontrado una mayor producción de este conocimiento en artículos de investigación fruto de trabajos de semilleros, estancias doctorales o capítulos de monografías históricas realizadas en pregrados, maestrías y doctorados. Pudimos notar una mayor producción de trabajos de pregrado, su probable continuidad en maestrías y su posterior publicación en artículos. Los trabajos de investigación encontrados en sus diferentes niveles de información se han interrogado por la historia de la salud pública, la construcción cultural de la enfermedad y de la dolencia social de las epidemias a lo largo de la historia colombiana.

1.1.1. Influencia de la escuela posestructuralista en las ciencias sociales

El surgimiento de la inquietud historiográfica por la historia del cuerpo, los procesos históricos alrededor del paso de salud caritativa al modelo de la salud pública, las exclusiones sociales a los sujetos enfermos y el descubrimiento de una historia externalista de la medicina ha estado ligada a las influencias teóricas de la escuela postestructuralista en las ciencias sociales y sus consecuencias en la historia. Los planteamientos de la historia negativa de la sociedad con

Foucault²⁸, el constructivismo crítico de Bourdieu²⁹ y la sociología estadounidense del interaccionismo simbólico³⁰ aportaron recursos epistemológicos y metodológicos que desde los años 1980 comenzaron a ser incorporadas en los temas y esquemas metodológicos de las ciencias sociales y humanidades en las que entraría de a poco la historiografía colombiana.

1.2. Evolución de la historiografía de la salud en Colombia

Sin embargo, este ascenso del interés temático en los temas de la historia social de la salud no lo consideramos monocausal. Detrás de este ascenso temporal se puede apuntar lo siguiente: De 1990 al 2007 se empezaron a abordar estos temas por parte de fundaciones de instituciones, facultades y departamentos de Salud Pública interdisciplinarios que de a poco se interrogaron por la relación salud/sociedad, salud/política y salud/historia vista desde una antropología y sociología externalista de la ciencia médica.

1.2.1. Grupos académicos que fueron construyendo un camino en la investigación de la historia de la salud en Colombia

En 1982 la Escuela Nacional de Salud Pública pasaría a denominarse la Facultad Nacional de Salud Pública, este nuevo estamento vincularía la docencia, la investigación y la extensión para estructurarse como una institución preocupada por difundir conocimiento útil para la solución a problemas de la salud pública y la seguridad social.³¹ Esto fue un hito para la inquietud frente a la

²⁸ Michel Foucault, «7. Historia de la medicalización», en *La vida de los hombres infames* (La Plata, Argentina: Altamira, 1999), 84-106.

²⁹ Antonio Álvarez-Sousa, «El constructivismo estructuralista: la teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu», *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 75 (1996): 145-72.

³⁰ Marta Rizo, «El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación.», s. f., 20.

³¹ «Quiénes somos», accedido 12 de mayo de 2022, https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/unidades-academicas/salud-publica/acerca_facultad/quienes-somos.

salud pública como también a la interrogación externa del tema por las ciencias sociales, no dentro de los departamentos o facultades de las ciencias sociales, sino desde el seno de la medicina.

En 1998 el Departamento de Salud Preventiva de la Universidad Nacional de Colombia se transformó en el Departamento de Salud Pública. Esto significó el desarrollo de actividades de docencia, investigación y extensión con el propósito de apoyar la comprensión y la mejora de los contextos de vida que han afectado colectivamente la salud de las y los colombianos. Dentro de su enfoque institucional resaltó, al igual que en la Universidad de Antioquia, una interdisciplinariedad transversal para encontrar en la confluencia de diversas expresiones sociales, culturales, ambientales, económicas y políticas explicaciones claras alrededor del fenómeno de la salud pública y el desarrollo de las enfermedades sociales, epidémicas y sus respuestas institucionales en el país. Este departamento fundó la Especialización en Administración en salud pública, la Maestría en Salud Pública y la Maestría en Infecciones y Salud en el Trópico³² con semilleros interdisciplinarios en los que la inquietud histórica ha sido notable en los grupos de Estudios Socio Históricos de la Salud y Protección Social, Violencia y Salud, Infecciones y Salud en el Trópico, Racionalidades Médicas y Prácticas en Salud y Enfermedad, Salud Pública y Políticas de Salud.³³

En 2007 la fundación de los grupos de investigación de Historia de la Salud, Salud y Sociedad se aliaron con los semilleros de Derecho a la Salud y Las Luchas Sociales en Colombia, Salud Pública y Epidemiología e Historia de la Salud para apoyar investigaciones históricas, antropológicas, sociológicas y médicas alrededor de los procesos de higienización, medicalización

³² «Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia: medicina.bogota.unal.edu.co», accedido 12 de mayo de 2022, <https://medicina.bogota.unal.edu.co/dependencias/departamentos/salud-publica/el-departamento>.

³³ «Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia: medicina.bogota.unal.edu.co», accedido 12 de mayo de 2022, <https://medicina.bogota.unal.edu.co/dependencias/departamentos/salud-publica/grupos-investigacion>.

e institucionalización de la medicina en Antioquia y Colombia.³⁴ De ahí en adelante además de la historia de la salud pública en esas instituciones empezó a surgir una inquietud significativa por la ética médica y su transformación en los departamentos y facultades de medicina por las especializaciones y posgrados en bioética, -otra disciplina con una fundamentación interdisciplinar mediada entre la medicina y las ciencias sociales-. La Universidad del Bosque fundaría el Departamento de Bioética para dar respuesta a una inquietud transversal de la filosofía, la sociología, antropología e historia médica amparada en el respeto al individuo frente a la gran medicina o las pretensiones de la salud pública.³⁵ Si en la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional el enfoque fue la salud preventiva y la salud pública, en la Universidad del Bosque y la Universidad de la Sábana el interés giraría alrededor de los fundamentos éticos de la profesión médica, la relación del paciente con el médico y la historia externalista de la deontología médica y sus alcances para la profesión hoy frente al aborto, la eutanasia y otras inquietudes médicas en las que poco a poco las ciencias sociales han entrado a aportar sus visiones históricas, antropológicas y sociológicas. Del 2010 en adelante se mezclarán las iniciativas investigativas de los departamentos de Salud Pública y Bioética para apoyar investigaciones que poco a poco se van decantando oficialmente en las academias de historia en formas monografías de pregrado, maestría y doctorados. Es decir, la inquietud por la Historia social de la salud y la enfermedad nació en Colombia como preocupación externalista de la medicina y el Estado cuando empezó a pensarse el concepto de “Salud Pública” desde los años 1980.³⁶

³⁴ «Semilleros», accedido 12 de mayo de 2022, <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/unidades-academicas/salud-publica/investigacion/semilleros>.

³⁵ Universidad El Bosque, *Historia de la bioética en Colombia: Mirada reflexiva de un protagonista* (Universidad el Bosque, 2002).

³⁶ G Restrepo y A Villa, *Desarrollo de la salud pública colombiana* (Medellín: Universidad de Antioquia, 1980).

1.2.2. Centralización de la producción, investigación y difusión de la historia de la salud en Colombia

Con respecto a la temporalidad afirmamos que desde los años 1990 se comenzó a configurar una preocupación externalista por la historia de la medicina, la salud y la enfermedad. De acuerdo con esto no es particular encontrar a Bogotá como el mayor productor de las investigaciones históricas alrededor del tema. Más allá de la tradicional conformación de las academias de historia en Bogotá y Medellín con la Universidad Nacional, Universidad de los Andes, y la Universidad de Antioquia como principales centros de producción bibliográfica y científica del país. También hemos encontrado la fundación de las primeras facultades de salud pública en estas dos ciudades en las que la producción historiográfica y científica se han anclado como las garantes de las vanguardias epistemológicas, teóricas y metodológicas en el campo de la historiografía de la salud y la enfermedad. Considerando esto, lo que habría que preguntarse es porque siguen existiendo una centralización de la producción académica de la historia de la salud, ¿Qué pasó con los lugares de poca producción que también dan cuenta de los procesos salubristas en el país? Esto obedecerá a la dinámica de expansión y articulación de programas de historia ubicados en los centros departamentales de las regiones que no han sido centro del país como centro del país³⁷, Caldas³⁸, Risaralda³⁹, Santander⁴⁰ y Bolívar⁴¹. La relación entre lugar de

³⁷ Véase, Abel Fernando Martínez Martín, Andrés Ricardo Otálora Cascante, y Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá, «La ciudad enferma. El hospital de Tunja y sus miasmas (1777-1822)», *Historia y MEMORIA*, n.º 23 (2021): 97-130.

³⁸ Véase, Mauricio López Noreña, «Manizales la ciudad prodigio. Población, muerte y asistencia pública en Manizales, 1925 y 1935» (Tesis de pregrado para optar al título de historiador, Manizales, Universidad de Caldas, 2017).

³⁹ Véase, Julie Rocío Castaño Vasco, «El aire Viciado: Higiene, enfermedad y vicio en la Instrucción Pública del departamento de Caldas 1909-1919» (Pereira, Universidad Tecnológica de Pereira, 2018), <https://hdl.handle.net/11059/9608>.

⁴⁰ Roberto Será-Flores, «Apuntes para la historia de la medicina. Santander y la UIS», *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 2007, 157-67.

⁴¹ Vanessa Mantilla Quiñonez, «Insalubridad Pública y Mortalidad Infantil en Cartagena, 1925-1930» (Tesis, Universidad de Cartagena, 2013), <https://hdl.handle.net/11227/239>.

producción y lugar estudiado coincide con la primacía de estudios historiográficos más nacionales que propiamente regionales. Esto se puede interpretar como un producto derivado de la lenta conformación de análisis de modelos de funcionamiento nacionales en relación con procesos económicos, ideológicos, antropológicos, disciplinares y culturales de la ciencia médica en el país y de la historiografía en general.⁴²

1.2.3. Vacíos y omisiones en la investigación histórica de la historia social de la salud en las regiones no centrales-andinas

Entender el escenario de la nación en torno a la historia social de la enfermedad desde la doctrina caritativa del siglo XVIII-XIX,⁴³ la práctica asistencialista - filantrópica del principios del siglo XX,⁴⁴ la doctrina higienista de mediados del siglo XX⁴⁵ preocupada por el fomento de conductas y hábitos saludables para la población y luego la doctrina de la medicina preventiva y pública después de la mitad del siglo XX⁴⁶ como el intento de modernización de las instituciones y servicios sanitarios como políticas públicas. Las cuales han servido para comprender grandes procesos históricos y su manifestación regional ordinariamente mal inferida de una generalidad que ha partido de los estudios en Cundinamarca, Antioquia y el Eje Cafetero. Esto se ha traducido en un vacío significativo del seguimiento de esas doctrinas en los escenarios regionales del Caribe, la Orinoquia, la Amazonia y la Zona Insular en los que se ha encontrado un vacío de estudios regionales. Poco a poco el vacío de conocimiento historiográfico en estas regiones se ha convertido en la posibilidad de interrogar alrededor de la conformación de la institucionalización de la ciencia

⁴³ Beatriz Castro, *El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930* (Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2009).

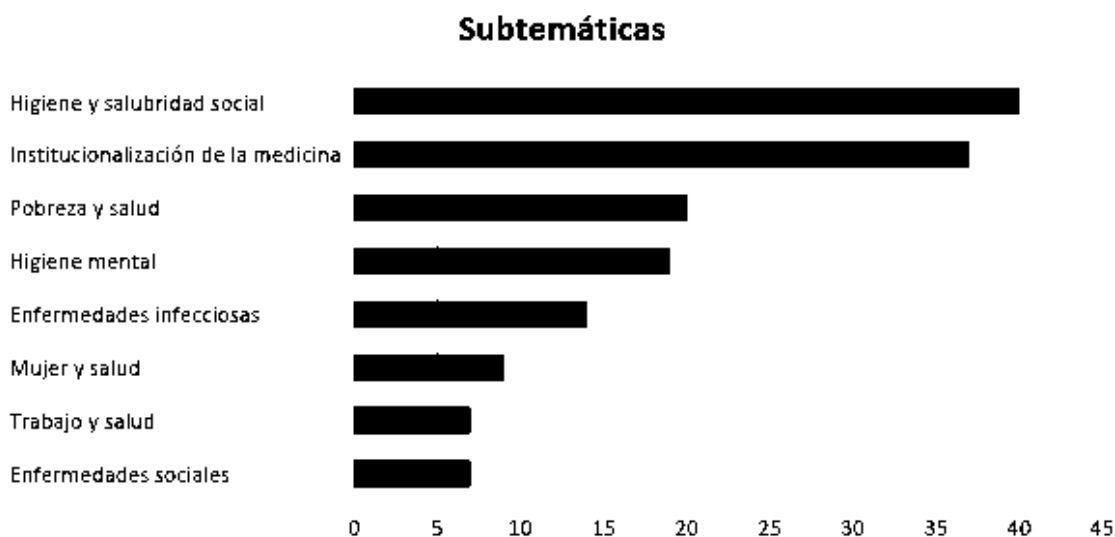
⁴⁴ Beatriz Carvajal Castro, «Los inicios de la asistencia social en Colombia», *Revista CS 1* (2008): 157-88.

⁴⁵ Emilio Quevedo, «Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX», *Biomédica* 16 (1996): 345-60.

⁴⁶ Augusto Corredor Arjona, «De la sanidad a la salud pública», 1 de enero de 1999, <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/32261>.

médica, la alianza del estado con la medicina asistencial – pública, el control social del cuerpo, el desarrollo de las creencias alrededor de la enfermedad y la eficacia de las políticas centrales en las zonas periféricas en las que la historiografía actual viene incursionando dentro de la nueva historia social colombiana.⁴⁷

1.3. Temáticas principales en la historiografía de la salud en Colombia de (1990-2020)



Gráfica 1. Subtemas de la historia social de la salud en Colombia, 1990-2020. La muestra fue de 170 libros, artículos, tesis de pregrado, maestría y doctorado en historia producidos en el periodo mencionado.

Estas líneas generales nos permitieron clasificar y encontrar la prevalencia del enfoque temático en los inicios de la higiene y la preocupación por la salubridad social, moral y ética de las poblaciones urbanas y rurales del país (Gráfica no. 1). Los cambios científicos y técnicos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX configuraron nuevas prácticas de medición de indicadores, elaboración de mejoras políticas de salubridad y campañas de intervención higiénica del agua, las basuras, inhumaciones y cementerios. Estos procesos se entendieron como los inicios de una nueva práctica de salud pública que contribuyó a la especialización y la integración de la

⁴⁷ Gonzalo Cataño, «La Nueva Historia y sus predecesores», *Revista de Economía Institucional* 20, n.º 39 (21 de junio de 2018): 119-58, <https://doi.org/10.18601/01245996.v20n39.06>.

ciencia médica con los órganos y las instituciones de gobierno en la nación a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.⁴⁸ Esta perspectiva ha sido desarrollada por varios trabajos que abordan los procesos higienistas iniciados en el siglo XIX y desarrollados con fuerza en el siglo XX de forma predominantemente regional desde Bogotá⁴⁹ y Medellín alrededor de las relaciones entre el pensamiento eugenésico de los primeros médicos políticos y la evaluación del impacto de este discurso en la medicina, la política y la economía.⁵⁰ Según esta historiografía estudiada también han abordado los procesos de medicalización en las ciudades, es decir, el surgimiento de una medicina estatal preocupada por sanear las calles, sitios insalubres, cuidar el agua potable y moralizar a la población con la limpieza para evitar la mortalidad del futuro obrero urbano.

1.3.1. “Vivir en policía” estudios historiográficos del higienismo del siglo XVII y XVIII

Los trabajos reunidos en esta tendencia no solo se centraron en el periodo finisecular decimonónico y comienzos del XX. Otros trabajos buscaron en el periodo colonial⁵¹ y comienzos del siglo XIX⁵² las raíces del pensamiento higienista, sus alianzas con el surgimiento de lo urbano como preocupación salubre más allá del ornato y el verdadero influjo y aceptación de políticas salubres y pedagógicas para mejorar la salud de la población. La interrogación principal frente a estos procesos de salud los ubicó alrededor de los procesos de higienización de lo urbano en

⁴⁸ A. F. Serenko y V. V. Ermakov, «Higiene social y organización de la salud pública como ciencia y asignatura de la enseñanza. Breve historia del desarrollo de la higiene social y la organización de la salud pública (fragmento)», *Revista Cubana de Salud Pública* 43, n.º 4 (diciembre de 2017): 0-0.

⁴⁹ María Fernanda Vásquez, «Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 25, n.º suppl 1 (agosto de 2018): 145-58, <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000300009>.

⁵⁰ Erika Gallego, «Eduardo Vasco Gutiérrez: higiene mental, educación y eugenesia en la medicalización de la infancia en Colombia. 1930-1964» (Tesis de maestría en historia, Medellín, Universidad Nacional de Colombia sede Medellín, 2018).

⁵¹ Adriana María Álzate Echeverri, «Los manuales de salud en la Nueva Granada (1760- 1810) ¿El remedio al pie de la letra?», *Fronteras de la Historia* 10 (19 de diciembre de 2005): 209-52, <https://doi.org/10.22380/20274688.587>.

⁵² Beatriz Castro Carvajal, *Caridad y Beneficencia. El tratamiento de la Pobreza y salud en Colombia 1870-1930*. (Bogotá: Estudio Sectorial de salud: Universidad Nacional, 2009).

Medellín y Bogotá con la limpieza de las calles como política pública junto al surgimiento de una educación del cuerpo civilizado, higiénico y adecuado a los valores tradicionales del justo equilibrio virtuoso del higienismo privado y público en el continente.⁵³

La relación entre higiene, salubridad y política fueron estudiadas por Romero. Él explicó los vínculos que hubo entre las políticas de tratamiento y control de los leprosos en El Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias y las reformas borbónicas de 1760 a 1810. Esclareció la conexión entre enfermedad-política estatal pensando alrededor de un proceso medicalizador, expresado como una interacción social entre los médicos de Cartagena, las medidas gubernamentales, los comportamientos sociales y morales de la población y el conocimiento bacteriológico del momento. A pesar de que el aislamiento extremo fue una estrategia tradicional para enfrentar la lepra, la ubicación de este hospital dentro de las murallas significó una apuesta diferente por el tratamiento de la enfermedad, una visión distinta de la sociedad cartagenera de esta dolencia y una creencia médica de sanidad por parte de la Ilustración española. Esta visión de la epidemia frente a la salud, y de la enfermedad con la aceptación y recepción de la política, la medicina y la cultura dieron nuevas pistas para entender la historia social de la enfermedad en el país.⁵⁴

Ballestas abordó el problema de la limpieza y el tratamiento de las enfermedades por parte de la corona en la Provincia de Cartagena de 1760 a 1791. La autora sostuvo como hipótesis que “con las reformas borbónicas, las cosas cambiaron regular y considerablemente, ya que, se implementaron una serie de reglamentos en los cuales se describe como hacer el aseo a las casas

⁵³ Diego Armus, «Un médico higienista buscando ordenar el mundo urbano argentino de comienzos del siglo XX», *Reseña histórica / Historic Reviews*, 2007, 71-80.

⁵⁴ Kebby Romero Sierra, «El Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias y las reformas borbónicas (1760-1810)» (Bogotá, Universidad Javeriana, 2012), <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/2425>.

y especialmente a las calles y portales de la ciudad, el uso del agua, el lavado de la ropa, y los enfermos que se encontraran y palidecieron dentro de la misma"⁵⁵. Esta investigación rondó el lugar común de la limpieza cosmética de la ciudad, las medidas temporales para combatir las pestes, el aseo de la ciudad para evitar epidemias o el desarrollo de estas, y el intento de mostrar a Cartagena como una ciudad limpia regulando el aseo y a los sujetos enfermos que rondaban la ciudad. En esta misma dirección Vergara estudió la medicalización de esta ciudad de 1870 a 1930 para sustentar que "...la preeminencia que tuvo la teoría del contagio de la lepra coadyuvar a crear una política sanitaria [...] sustentada principalmente al aislamiento, pero que comprenden otras estrategias como el denuncia público del leproso y la desinfección del local"⁵⁶ La autora encontró al denuncia como "...la estrategia de mayor aplicación pues era común hallar en la fuente consultada la queja de médicos y ciudadanos por la presencia de leproso en los barrios vías públicas de la ciudad"⁵⁷.

La segunda mitad del siglo XVIII en Antioquia se caracterizó por tener iniciativas policivas⁵⁸ encaminadas a corregir moralmente a los mal entretenidos, los vagos, los ladrones, los incestuosos y otros que interrumpen la vida de la población. Las instrucciones del buen gobierno intentaron aplicarse en medidas restrictivas, juicios y castigos para establecer el proyecto de policía como parte estructural del nuevo gobierno de las reformas borbónicas que en lo práctico no tuvieron mucho éxito. En la primera mitad del siglo XIX se empezaron a preocupar por la

⁵⁵ Keila María Mazo Ballestas, «Limpieza y enfermedades en la provincia de Cartagena 1760-1791» (Tesis, Universidad de Cartagena, 2015), 100, <https://hdl.handle.net/11227/2219>.

⁵⁶ Indira Vergara Izquierdo, «La medicalización de la lepra en la ciudad de Cartagena 1870 - 1930» (Tesis, Universidad de Cartagena, 1998), 90, <https://hdl.handle.net/11227/10458>.

⁵⁷ Vergara Izquierdo, 92.

⁵⁸ "Este último término, entendido como el conjunto de medidas impartidas por la Corona, dirigidas a asegurar niveles de bienestar óptimos y de "integración social"; lo que incluía desde el orden público hasta la higiene de los habitantes de las ciudades, pasando por la beneficencia, la erradicación de la pobreza, el control de la mendicidad, el pago efectivo de los impuestos y el cambio de costumbres de la población" en Ana María Pérez Naranjo, «Vivir en policía: reforma a la moral y las costumbres en los centros urbanos de Medellín y Antioquia. 1760-1810» (Universidad Nacional de Colombia, 2020), <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78390>.

fundación de hospitales, obras públicas, obras de ornato y demás medidas de higiene para la población. Anudado a esto Pérez destacó a una falta de conexión entre el discurso y la acción del estado. Los textos gubernamentales del momento parecieron contradecir la eficacia de tales medidas, para afirmar que estas acciones policivas fueron insuficientes para configurar la centralización del poder que deseaban. Ese proyecto gubernamental tuvo un tono higienista que se vería con más fuerza a finales del siglo XIX y principios del siglo XX⁵⁹.

1.3.2. “Pobres, pero no cochinos” Higienización civilizatoria privada-pública en el siglo XIX

Guiral estudió el mismo fenómeno, pero desde la perspectiva de la exclusión y el control social sobre el leproso de 1873 a 1898. Encontró que la “...exclusión social y control del cuerpo enfermo [fue] para evitar la propagación de un mal moral-salubre para la época”⁶⁰. En esta dirección llegó a sostener que “las condiciones económicas determinaron las relaciones con el cuerpo, ya fuera por la excesiva mortandad por la propagación de la lepra como también por el papel económico que tenía el puerto para la entrada y salida de mercancías para el país”⁶¹. El enfoque de esta autora nos permitió entender mejor el fenómeno tripartito de la historia de la salud - enfermedad. Vivencia de la enfermedad en reclusión, comprensión médica desde el aislamiento y tratamiento lejano y por último la cohesión gubernamental para intervenirla desde el control social excluyente de los enfermos para evitar contagios masivos.

Martínez abordó el mismo problema de 1888 a 1909 enfocándose en las dinámicas sociales, económicas y políticas de las medidas tomadas por la administración. Este trabajo siguió la línea

⁵⁹ Ana María Pérez Naranjo, «Vivir en policía: reforma a la moral y las costumbres en los centros urbanos de Medellín y Antioquia. 1760-1810» (Universidad Nacional de Colombia, 2020), <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78390>.

⁶⁰ Diana María Guiral Julio, «La lepra en Cartagena: exclusión y control social sobre el leproso 1873-1898» (Tesis, Universidad de Cartagena, 2014), 95, <https://hdl.handle.net/11227/2483>.

⁶¹ Guiral Julio, 96-97.

de la historia social de la salud y la enfermedad a través de la búsqueda del tratamiento, comprensión y terapéuticas sociopolíticas que se le dieron a esta dolencia. Medicalizar la lepra como acción política se consolidó a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Este proceso estuvo de la mano de la higienización de los elementos vitales de las ciudades, de la institución ideal de una higiene privada y el establecimiento de las bases de una higiene pública anclada a un tratamiento científicista de la enfermedad.⁶² Las estrategias de higienización civilizatoria las escuelas colombianas de finales del siglo XIX y principios del XX se caracterizaron por buscar educar una nueva generación de infantes que tuvieran, dentro de sus esquemas culturales, la preocupación por su baño diario, el uso de calzado, el castigo del vicio y la prevención de enfermedades epidémicas. La educación serviría como estrategia médica y pedagógica a la vez debido a la escasez de políticas salubres exitosas por parte del Estado. El trabajo doctoral de Naranjo cruzó el análisis histórico del discurso de la higiene - eugenésica para comparar las estrategias prácticas aplicadas por el estado, para evaluar su influjo e impacto en la población infantil insalubre, propensa a la muerte y llena de imposibilidades para la nueva República⁶³.

Naranjo sospechó de la recepción positiva por parte de la población del higienismo francés⁶⁴. Encontró varias resistencias de la población a los tratamientos asignados por el Estado, localizó la poca capacidad de atención primaria estatal a la gran cantidad de enfermos que pululaban a principios del siglo XX, y una falta de recursos para aplicar una medicina de

⁶² Wilmar Alexander Martínez Hincapié, «Lepra e invisibilidad social en Cartagena, 1888-1909. El problema de la medicalización» (Tesis, Universidad de Cartagena, 2007), <https://hdl.handle.net/11227/10834>.

⁶³ Sandra Naranjo González, «Higienización de las escuelas en Colombia: 1886-1940» (Universidad Nacional de Colombia, 2018), <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69531>.

⁶⁴ El higienismo francés puso el acento en el aseo del individuo y su hogar para lograr desde ahí una creciente concienciación de la necesidad de una higiene pública que llegara casi por antonomasia a la preocupación gubernamental. Es decir, un higienismo privado que casi por intelectualismo ético vendría a llegar a la condición de una higiene pública ideal. Véase en E. Santainés-Borredá, «Florence Nightingale: higienista y estadística de referencia para Pedro Felipe Monlau», *Revista Española de Salud Pública* 96, n.º 1 (2022): e1-11.

tratamiento efectiva a los infantes. Se volvió la educación en medicina preventiva una estrategia terapéutica ante la falta de recursos directos para el tratamiento de la enfermedad epidémica. Este autor halló el camino de las medidas higiénicas y salubres más allá de las ideologías de los partidos políticos tradicionales. La higiene pública se configuró en una estrategia política social conjunta para mejorar los índices de natalidad y de progreso de edad de la población para la producción económica. Siguiendo esta lógica, se periodizan tres modelos existentes a la par en todas las regiones: el modelo caritativo anatómico-clínico con la fundación de la Junta Central de Higiene en 1887, el modelo pasteuriano higienista francés en 1930 con la campaña francesa que arriba a la Universidad Nacional, y por último el modelo salubrista de la salud pública estadounidense con la campaña que hizo la Fundación Rockefeller en 1946 junto a las campañas masivas en contra de las enfermedades epidémicas de la Cruz Roja⁶⁵.

Desde esta mirada, Macías propuso un análisis histórico del manejo del aire en Bogotá. Marcó una línea temporal muy amplia para buscar los inicios de la preocupación por el aire en la ciudad. A partir de esa interrogación encontró tres periodos, el higienista marcado en el siglo XIX, el salubrista marcado desde la segunda mitad del siglo XX y el ambientalista ubicado a finales del siglo XX y principios del siglo XXI. Sostuvo que la higienización de los espacios para los ricos siempre estuvo presente como iniciativa privada, lo que el Estado buscó higienizar y luego sanear fueron las periferias desordenadas, el descontrol poblacional, los márgenes de la ciudad y los recorridos central por donde transitaban los “notables” de la sociedad. Sanear el aire para el higienismo, el salubrísimo y el ecologismo tuvieron el mismo componente de la salud y la

⁶⁵ Naranjo González, 298-303.

enfermedad de las poblaciones, uno marcado por la marginalidad y otro, el más reciente con un acento en la comunidad que compone toda la gama biótica de la ciudad.⁶⁶

Higienizar el agua, el aire, las basuras, los cuerpos y el alma fueron las preocupaciones que las élites, médicas y políticas sostuvieron a finales del siglo XIX y principios del siglo XX para la consecución del progreso que prometían y querían. Se forjó dentro de la historiografía esa hipótesis en los diferentes trabajos anteriormente abordados. Sin embargo, Jalil se propuso demostrar cómo las poblaciones creyeron en el modelo moderno de las políticas de higienismo y salubrisimo. Desde ‘abajo’ hubo procesos de recepción y apropiación importantes a la hora de entender el fenómeno falso y dicotómico entre el pensamiento de élite-pueblo. Su trabajo reunió diversas investigaciones alrededor del clásico análisis histórico de los discursos conservadores y liberales alrededor de la modernidad, el progreso y las políticas sociales y salubres para las ciudades. Dentro de ese análisis confirmó la poca coherencia de los discursos con las políticas públicas prometidas. Como también el lento ascenso de una creencia popular en la capacidad de exigirle al estado reformas, derechos y participación en los esquemas de higiene y saneamiento de espacios de la vida común. Este desplazamiento del Estado alrededor de estos conceptos en lo popular se consolidó como una perspectiva interesante alrededor de la configuración no dicotómica de lo popular y lo estatal. Hubo visión moderna de la ciudadanía y el derecho aplicado a la intervención de lugares considerados insalubres públicos o privados. Las quejas puestas por los pobladores conforman la visión de la función paternal que para los ciudadanos debía ejercer el Estado para con la ciudad, los espacios, los derechos y los ideales liberales de progreso institucional que promulgaban.⁶⁷

⁶⁶ Mauricio Alberto Ángel Macías, «Contaminación del aire en Bogotá en el siglo XX. Análisis histórico de la construcción socio ambiental de un problema sanitario» (Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2020), <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/79354>.

⁶⁷ Hanni Jalil, «Curing A Sick Nation: Public Health and Citizenship in Colombia 1930-1940» (Ph.D., Ann Arbor, United States, 2015)

Por un camino similar Santos interrogó los vínculos existentes entre la concepción de la higiene corporal y el orden social para la configuración de lo salubre, civilizatorio y moral en Bogotá a finales del siglo XIX. Los higienistas, según Santos, “Motivados por el ideal de modernidad, [...] relacionaron valores sociales como el decoro, la honra y la dignidad, al aseo, la limpieza y la pulcritud, tejiendo en torno a ellos la única posibilidad de desarrollo social, material y moral del país”⁶⁸ En relación a su tesis, la perspectiva del cuerpo y su cambio progresivo para la distinción social de lo saludable/enfermo, virtuoso/vicioso, honra/deshonra se convierte es un aporte significativo para la investigación histórica dentro de la dupla constructivista de Norbert Elías⁶⁹ y Bourdieu⁷⁰ -en la que se inscribió Santos-. Ver el higienismo como una continuidad del cultivo aristocrático del cuerpo como templo del espíritu en la higiene privada sirve para evaluar la continuidad de este discurso/práctica civilizatoria para el resto de la población a comienzos del siglo XX. Ideas abanderadas de políticos, médicos, literatos y otros que ubicaron a la ‘chusma’ en las afueras de la ciudad para distinguirse de ellos mientras que gradualmente generaban la medicalización de los espacios públicos e interviniendo las aguas, las basuras y los cuerpos no aseados, marginando a estos últimos.

1.3.3. “Educar para sanear”. Inicios del salubrísimos higienista como política pública a principios del siglo XX

Los trabajos reunidos en esta perspectiva se comenzaron a preocupar por las interacciones entre moralidad, higiene y salud en las poblaciones portuarias y las regiones cafeteras de principios

⁶⁸ Edwin Hernán Santos Reyes, «“Pobres, pero no cochinos”. Higiene corporal y orden social en Bogotá a finales del siglo XIX» (Bogotá, Universidad de los Andes, 2012), 80, <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/12141>.

⁶⁹ Véase a Julieta Capdevielle, «Los aportes de la teoría configuracional de Norbert Elías a las ciencias sociales», *Question* 1, n.º 32 (2011): 17.

⁷⁰ Véase a Enrique Guerra Manzo, «Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elías: los conceptos de campo social y habitus», *Estudios Sociológicos* 28, n.º 83 (2010): 383-409.

del siglo XX. Estas dos regiones aparecieron en el escenario nacional como promesas económicas para Estados Unidos por los puertos de la Costa útiles para la exportación de mercancías, como también los Andes cafeteros para la producción y exportación del café. Por política estadounidense se hicieron varias campañas de vacunación contra la viruela, la malaria y la fiebre amarilla en estas dos partes.⁷¹ Quevedo sostuvo que el surgimiento de la medicina estatal preocupada por la salubridad de las ciudades llegó por intereses político – económicos extranjeros que poco a poco se fueron incorporando a otras regiones económicamente importantes para las exportaciones.⁷²

De acuerdo con esto, la preocupación por la higiene y la salubridad llegó a desarrollarse a tal punto que apareció el uso común de los primeros estudios epidemiológicos con la intención de dar informe de la situación salubre de las regiones como también para ir interviniendo en las políticas de salubridad que se desarrollarían con fuerza en 1940.⁷³ En este camino comenzó a interrogar Quevedo la medicalización de la infancia nacida como una estrategia para evitar la mortalidad extrema a la que estaban sometidos los infantes a principios del siglo XX. En esta dirección las estrategias pedagógicas de los higienistas tuvieron un enfoque higienista evidenciado con la promulgación de hábitos de aseo diario, moralización de las costumbres⁷⁴, evitación del onanismo, castigo del consumo del alcohol y vigilancia de la alimentación de este grupo etario con el fortalecimiento de las casas de leche.⁷⁵ Por otro lado, el higienismo francés de corte filantrópico ilustrado de la higiene privada y pública de finales del siglo XIX se dio la mano con el salubrísim

⁷¹ Emilio Quevedo V., «Historia de la lucha contra la fiebre amarilla, fase I: la construcción social del concepto de fiebre amarilla selvática, entre 1907 y 1948.», 2007, <http://repositorio.minciencias.gov.co/handle/11146/33939>.

⁷² María Guzmán y Emilio Quevedo V., «La cooperación técnica norteamericana en salud pública en Colombia durante la Segunda Guerra Mundial», *Biomédica* 19 (1 de marzo de 1999): 5, <https://doi.org/10.7705/biomedica.v19i1.1002>.

⁷³ Quevedo, «Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX».

⁷⁴ Daniel Aguilar Toro, Andrés Julián Ospina Quintero, y Pablo Cardona Serna, «Salud pública e infancia: higiene escolar en Medellín, 1914-1917», *Salus - Historia de la salud* 4, n.º 4 (2020): 24-32.

⁷⁵ Carlos Arturo Ospina Cruz, «El cuerpo infantil: campo de batalla moderno. Antioquia (1903-1930)», 2010, <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/4078>.

estadounidense centralizado, burocrático, interventor y moderno para configurar en 1940 estrategias de modernización de nuevos hospitales, masificación de campañas de vacunación, higienización de poblaciones campesinas, junto a una burocratización del campo médico nunca vista en el país⁷⁶. Médicos, enfermeras, higienistas, religiosos y políticos se aliaron alrededor de la búsqueda de una solución a la mortalidad infantil, enfermedades epidémicas digestivas importantes, poblaciones “no civilizadas” para configurar lo que sería el futuro trabajador de la ciudad y el campesino cafetero o extractor de materias primas⁷⁷.

En esta tendencia se hizo evidente el interés de la historiografía por sostener como hipótesis que la alianza temprana entre el saber médico de corte francés anatómico clínico individual de finales del siglo XIX y principios del XX junto al flexnerismo⁷⁸ moderno de la visión biomédica salubrista de laboratorio configuraron los inicios del higienismo poblacional y la configuración de iniciativas asistencialistas estatales como políticas urbanas que comienzan a tener protagonismo en la primera parte del siglo XX⁷⁹. Estas implicaciones se fueron complejizando para replantearse o reformularse con críticas pertinentes que se verán a continuación.

1.3.4. Higienización pedagógica preventiva del cuerpo, suelo, agua y residuos humanos

Castaño considera a Caldas de principios del siglo XX como una de las primeras regiones que empezó a relacionar estrategias de educación infantil y adolescente para tratar los temas de higiene, enfermedad y vicio frente a la estrategia estatal que tuvo la Instrucción del departamento

⁷⁶ Quevedo, «Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX».

⁷⁷ Miguel Antonio Suárez Araméndiz y Edwin Andrés Monsalvo Mendoza, «La higiene y el progreso. La institucionalización de la burocracia sanitaria en Manizales. 1920-1940», *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 18, n.º 1 (22 de agosto de 2013): 99-125.

⁷⁸ Luis Rubén Pérez Pinzón, «Medicina en Colombia. Profesión mediada por preceptos externos y prestigios internos (siglos XVIII al XX) *», *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 25, n.º 1 (2020): 205-21.

⁷⁹ Corredor Arjona, «De la sanidad a la salud pública».

para enfrentar los problemas de las enfermedades parasitarias, febriles, de transmisión sexual hacia el periodo 1909 a 1919. Ella trató "...de entender la relación existente entre las formas de control ejercidas por el Estado y la actitud de los sujetos ante ellas, determinando así, las diversas maneras de interacción de la sociedad caldense con respecto a la naciente institucionalidad en el Departamento"⁸⁰. La autora reconoció el lugar de la educación como medicalizadora de la higiene infantil, moral y ética de los pobladores de la urbe. La instrucción pública se convirtió en una modeladora de la moral, de la civilidad y con una función preventiva en torno a la salud. El rechazo a los vicios, a la suciedad física y ética convirtieron esta institución en una rama de las estrategias médicas políticas para sanear las poblaciones. La educación que impartió el ramo de Instrucción Pública fue para "civilizar" a la población no para formar específicamente en los saberes básicos de la aritmética, la lectura y la escritura. El lema fue "Educar para sanear", un órgano médico instrumentalizado en los profesores que difunden el conocimiento médico preventivo aplicado.

Si Santos⁸¹ interrogó la elaboración de la higiene corporal como discurso salubrista de fondo excluyente, Ariza se preguntó por las formas del cultivo y normalización del cuerpo por parte del pensamiento médico higienista de principios del siglo XX en el país. Este autor se enmarcó en el estudio del discurso médico - social de la adolescencia vista como un concepto-objeto, como un rango etario presto a su normalización bajo las funciones del género, su ubicación social y la demarcación del tabú y la civilización de las costumbres para su normalización urbana. Saberes civilizatorios de la ciencia positivista progresista reforzaron el pensamiento de algunas élites para con la adolescencia. Este estudio de la historia del discurso educativo del cuerpo infante - adolescente nos permitió encontrar asociaciones interesantes del saber-discurso, pero no de la

⁸⁰ Castaño Vasco, «El aire Viciado», 80-90.

⁸¹ Santos Reyes, «"Pobres, pero no cochinos". Higiene corporal y orden social en Bogotá a finales del siglo XIX».

práctica concreta de todas estas medidas, y mucho menos la caracterización de un impacto directo en los años de 1930 a 1950.⁸²

Noreña planteó preguntas similares alrededor de la institucionalización de la higiene, la configuración de la muerte y las dinámicas poblacionales de Manizales de 1925 a 1935. Lo que encontró fue un desvío demográfico en el que “...el comportamiento por crecimiento vegetativo de la ciudad siempre fue positivo, es decir, la mortalidad nunca supero a la natalidad, una prueba fehaciente de la ausencia de una epidemia que actuase como segadora de almas en masa”⁸³, una caracterización nosológica – epidemiológica en la que “...se pudo encontrar la predominancia de las enfermedades respiratorias, digestivas y la mortalidad infantil como la principal causante de las muertes en la ciudad, de ahí que el Concejo decidió tomar decisiones y asumir gastos que pudiesen combatir dichos males”⁸⁴ Noreña luego de esta caracterización se centró en el papel que jugaron las instituciones gubernamentales locales y sus transformaciones para tratar los problemas de salud de la población. De 1920 a 1927 aparecieron los “...primeros intentos por aplicar los principios higiénicos principalmente por medio de la capacitación y la educación”⁸⁵; de 1927 a 1932 se amplió el rango institucional “...no solo por el mayor presupuesto, sino por disposición del concejo a entregar con moderación algunos poderes policivos”⁸⁶, y por último desde 1932 se conformaron “...mayores expresiones del poder policivo y la autoridad plena de la asistencia pública para intervenir con total legitimidad de forma cohesiva y coercitiva en la ciudadanía hasta moldearla a los intereses del Estado, que solo buscaba poseer una población fuerte y productiva”⁸⁷.

⁸² Vladimir Alejandro Ariza Montañez, «Atar a la sociedad: adolescencia, riesgo y población en la primera mitad del siglo XX» (Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2012), <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/10610>.

⁸³ López Noreña, «Manizales la ciudad prodigio. Población, muerte y asistencia pública en Manizales, 1925 y 1935», 12.

⁸⁴ López Noreña, 152.

⁸⁵ López Noreña, 153.

⁸⁶ López Noreña, 153.

⁸⁷ López Noreña, 153.

Lo interesante del trabajo de Noreña fue la articulación que hizo entre realidades demográficas, nosológicas y epidemiológicas, con los discursos salubristas y su unión con las leyes, decretos, obras públicas y burocratización de la muerte, la asistencia pública y los avatares de una higienización medicalizante de las dolencias mortales que aquejan a los infantes, viejos y otros grupos poblacionales que fueron intervenidos para mantener una baja mortalidad. Una disminución demográfica que varias administraciones regionales del país desearon modificar desde la iniciativa estadística, epidemiológica, bacteriológica e higienista como fue el caso de Caldas -la región que estudiaremos en esta investigación-.

En torno a la formación del pensamiento y práctica higiénica de los elementos para su habitación Garzón estudió el pensamiento de los médicos e ingenieros de Bogotá alrededor de la constitución de los alcantarillados para así conseguir mejores condiciones de salud y habitación para la capital del país de 1880 a 1910. Si el tema de Molano fue el agua, el de Garzón fue el de las aguas residuales “...visto como un poderoso artefacto tecnológico y científico que, trazado y ubicado por debajo de la ciudad, posibilitó tanto la higienización como la modernización de Bogotá”⁸⁸. Lo que encontró alrededor de los discursos de estos dos actores sociales fue ver al agua como “...el motor de las alcantarillas”. Sin embargo, en la práctica encontró que “como motor, las aguas de los ríos San Francisco y San Agustín nunca fueron demasiado eficientes ni propicias para hacer funcionar una construcción higiénica como el alcantarillado de la capital”⁸⁹. El enfoque teórico de Garzón fue interesante, ya que articuló la Teoría del Actor-Red de la sociología de la ciencia Latour para explicar la relación entre actores humanos (médicos, ingenieros, políticos, higienistas) y actores no-humanos (agua, mataderos, alcantarillados, ríos) en una red heterogénea

⁸⁸ Rocío Del Pilar Garzón Vargas, «La ciudad subterránea - reflexiones de médicos e ingenieros sobre la salubridad pública y el alcantarillado de Bogotá. 1880-1910» (Maestría en Historia, Bogotá, Universidad de los Andes, 2014), 90, <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/12757>.

⁸⁹ Garzón Vargas, 91.

en el que la ciencia dialogó con la política para modificar el cuerpo de la urbe desde sus venas hasta sus manifestaciones orgánicas en el cuerpo de la población en relación a la salud global de un nuevo sujeto moderno, la ciudad y su salubridad.

El proceso de higienización o medicalización de los elementos naturales como el agua y las basuras también fue importante a la hora de comprender el desarrollo de las políticas de aseo público como proceso cultural de la salud de largo aliento. En este sentido Molano introdujo a las basuras como un elemento que constituye la materialidad urbana de Bogotá de los años 1950. El deseo del aseo se transformó en la consigna modernizante de la ciudad, se pasó de la mera recolección en una acción de lucro que configuraría el mediano éxito del pensamiento higiénico y salubre de principios del siglo XX. Esta transformación para la segunda mitad del siglo XX evidenció la lenta formación de las urbes modernas alrededor del manejo de las basuras. Molano puso el lugar de la salubridad para el país como una estrategia de intervención salubrista panamericanista, desarrollista y actualmente neoliberal. El enfoque de Molano nos permitió entrever como dentro de las estrategias de higiene, salubridad e intervención biopolítica se percibió una continuidad de la preocupación por la consecución de la salud para una población permanentemente expuesta a la enfermedad del desorden, de la incivilidad y los gérmenes de su propia inmundicia.⁹⁰

El lugar de interrogación de la higienización y control de los elementos naturales apareció enmarcado dentro de la historia social ambiental. Una perspectiva interesante frente a una nueva visión de la ciudad, de los elementos naturales regularizados como elementos de ornato como de uso económico y también para conservar la salud de la población. Jiménez se preguntó por la

⁹⁰ Frank Molano Camargo, «Las políticas de la basura en Bogotá: Estado, ciudadanía y derecho a la ciudad en la segunda mitad del siglo XX» (Bogotá, Universidad de los Andes, 2019), <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/41327>.

relación que hubo entre la higiene-ornato y la protección de los cerros orientales de Bogotá de 1874 a 1945. Encontró que “...la percepción utilitarista de los cerros orientales fue visible tanto en la necesidad de sanearlos para mejorar la salubridad de la ciudad, como en el deseo de embellecerlos para el entretenimiento de la población”⁹¹. Desde esta mirada la perspectiva que aportó la historia ambiental urbana al estudio de la historia de las políticas de higiene y la salubridad dieron una perspectiva interesante alrededor de las lógicas utilitaristas e higienistas que dominaron finales del siglo XIX y principios del siglo XX alrededor del manejo de las aguas, de los cerros, de los cultivos y de todo recurso bien usado para la comunidad que empezaba a englobar el territorio de la ciudad. Las montañas y sus principios benéficos para el agua y para el ornato de la ciudad se fueron complejizando dentro de procesos burocráticos de administración, leyes de regulación, y obras públicas de intervención para volverlas un lugar habitable para la morada de las poblaciones. El higienismo y el ornato moldearon las primeras prácticas ambientales y salubres de lo urbano de finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

1.3.5. Higienizar, normalizar y medicar - El control de la desviación social

Las relaciones entre institucionalización de la medicina desde la práctica higienista, desarrollo de la disciplina médica con la política y la preocupación por la relación entre elementos naturales y el cuerpo humano ha sido una de las temáticas mayormente abordadas. Noguera se amparó en los conceptos de gubernamentalidad, medicalización y la unión entre saber y poder clásico del modelo foucoltiano para comprender los inicios de la alianza entre el saber médico y el poder político, para así configurar la noción de biopoder. Vimos que este concepto desde la

⁹¹ Laura Cristina Felacio Jiménez, «Por unos cerros saneados y embellecidos: La influencia de la higiene y el ornato sobre la protección institucional de los cerros orientales de Bogotá, 1874-1945» (Maestría en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2016), 95, <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76861>.

historia social de la salud que se interroga por los rastros materiales y económicos de las políticas de la salud puede volverse poco sustentable dentro del estudio empírico de sus fuentes ya que la pervivencia de criterios religiosos del cuerpo, ética caritativa del estado y criterios morales populares en torno al cuerpo perviven dentro de la estrategia moderna de la medicalización. Un discurso que parece volverse real en la práctica, cuando en la revisión de otras fuentes y otros estudios vemos distancias entre lo que se propuso el Estado colombiano frente a lo que pudo hacer realmente. Se debe contemplar de forma crítica el trabajo de Noguera a la vez que se lo puede ver como el inicio de un planteamiento interesante metodológicamente frente al análisis del discurso dentro de las fuentes para encontrar los rastros de las uniones entre poder y saber a principios del siglo XX.⁹²

Desde esta mirada se pueden notar categorías decisivas para el análisis histórico de la medicina social, la medicalización de la política o la política de la medicalización hace parte de un análisis novedoso del inicio de la ciencia médica. La afirmación del avance de esta dentro de prácticas patologizantes, terapéuticas e higiénicas para la población alrededor del tratamiento de los males sociales (criminalidad, vicio y miseria). La constitución de la higiene urbana, el rechazo a la suciedad incivilizada y el miedo a los pobres como formas de control del nacimiento adecuado de la urbe como centro de la civilización moderna. La formación del dispositivo higiénico dio herramientas necesarias para entender cómo consolidó su poder la medicina dentro de las poblaciones modernas. Las ciudades buscaron nuevas formas de ampliar la estabilidad vital de las poblaciones, las regiones querían configurar urbes escolarizadas, gentes civilizadas, para ello

⁹² Carlos Ernesto Noguera R., «La higiene como política, barrios obreros y dispositivo higiénico: Bogotá y Medellín a comienzos del siglo XX», 1998, <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/30466>.

habría que unir el fervor liberal, el ideal del progreso de las ciencias del siglo XIX y la visión de estados civilizados basados en seres que se debían civilizar del cuerpo al pensamiento.

El trabajo colaborativo de Casas y Estrada alrededor de la triada higienizar, medicar, gobernar se convirtió en una elaboración colaborativa y empírica – crítica con las tesis sostenidas por Noguera dentro de su estudio histórico del discurso. Estos autores plantearon el derrumbe de la noción dicotómica de la historia de las ciencias que planteó Quevedo al inicio de la historia social de las ciencias en Colombia. Se derrumbó esa barrera en un primer momento para integrar la visión interna y externa de la ciencia para evaluar la dupla clásica foucaultiana del saber - poder y sus interacciones constructivistas en la dinamización de la medicina como una ciencia eminentemente social. Casas sostuvo desde una visión foucaultiana que la ciencia médica tuvo una condición histórica innegable atravesada por el saber, la verdad y las estrategias del poder para legitimar ese saber particular a veces vuelto palpable en políticas, representaciones y acciones estatales, grupales o individuales. Esta visión de la historia social de la medicina se anudó con la historia de la salud y la enfermedad con dos visiones. Una visión naturalista o paleopatología y otra perspectiva pensada desde el análisis sociocultural de las representaciones y estrategias sociales de enfrentamiento de la enfermedad y la constitución de la salud. Estos autores unieron la visión naturalista y la visión sociocultural para armar el fenómeno dentro de una complejidad necesaria a la hora de iniciar estudios regionales de la medicina, la salud y la enfermedad dentro de un lugar y un tiempo específico teniendo en cuenta todas las relaciones que se expusieron anteriormente.⁹³

⁹³ Jorge Márquez, Álvaro Casas y Victoria Estrada, *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia* (Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2004).

Blair siguió el camino comprensivo de la triada de la historia de la salud en Colombia: higienizar, medicar y gobernar. Pero desde una perspectiva histórica antropológica de la corporalidad y su vivencia en Medellín de 1880 a 1950. Su libro incorporó una tendencia antropológica en la historia de la salud. Se inauguró con ella el campo de la antropología de la vida privada a la historia comenzándose a interrogar por los vínculos entre la familia, la vida privada, y el cuerpo salubre. Estudió los procesos de subjetivación, modernización y medicalización que vivió sujeto ciudadano de la primera mitad del siglo XX. Vio como desde el Estado hubo un deseo por intervenir eficazmente en las costumbres higiénicas de la población, sanear los elementos naturales para sanear los cuerpos individuales. Elementos cercanos al germen civilizatorio vistos desde Norbert Elías⁹⁴ se volvieron importantes para entender la unión tripartita entre urbanismo, modernización y medicina como elementos que en este caso tenían una funcionalidad pragmática, organizar la vida económica del nuevo sujeto de la ciudad, el campesino - obrero. A parte, este enfoque nos dio una perspectiva interesante al separarse un poco de la historia social de las ciencias médicas para entrar en el campo de la historia cultural del cuerpo y sus procesos de transformación. Algo que tiene que ver con la historia de la salud y la enfermedad.⁹⁵

Pedraza⁹⁶ hizo un trabajo cercano al de Blair, pero desde una perspectiva nacional en la que integró al cuerpo como una vivencia que se modificó en lo que ella llamó ‘modernidad tardía’ desde 1830 a 1990. Su libro se ubicó dentro de la antropología histórica de largo aliento y toma su fondo teórico de la sociología del cuerpo. Interpretó lo que ella llama el “ideario señorial” como

⁹⁴ Véase a Norbert Elías, *El proceso de la civilización: Investigaciones socio genéticas y psicogenéticas* (México: Fondo de Cultura Económica, 2016).

⁹⁵ Alicia Londoño Blair, *El cuerpo limpio: higiene corporal en Medellín, 1880-1950* (Editorial Universidad de Antioquia, 2008).

⁹⁶ Zandra Pedraza Gómez, *En cuerpo y alma - visiones del progreso y de la felicidad: educación, cuerpo y orden social en Colombia (1830-1990)* (Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Lenguajes y Estudios Socioculturales, 2011), <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/8243>.

un paso al ideario urbano, luego la configuración del cuerpo masculino atlético para la habitación de ciudades cosmopolitas y por último una figuración del cuerpo para el disfrute o la estetización en sí misma sin funcionalidad social específica. Lo valioso de este trabajo fue la posibilidad de confirmar la existencia de la tesis higienista/eugenésica como el pilar formador de la idea de ciudad para el trabajo en Colombia, los inicios de una idea de civilización para todo el que quisiera habitar la ciudad a principios del siglo XX.

El trabajo de Muñoz se interrogó por las relaciones discursivas que hubo alrededor del eugenismo, la raza y la teoría degenerativa de las “dolencias sociales” a principios del siglo XX en algunos médicos y políticos del centro del país. Es una reunión de conferencias históricas dadas por Luis López de Mesa, Miguel Jiménez López, Calixto Torres Umaña y otros médicos de principios del siglo XX amparados por un estudio introductorio que hace la autora. Muñoz sostuvo que estas conferencias “...revela[ron] los temores y esperanzas de las élites intelectuales frente a la población y frente a las posibilidades de progreso nacional. [...] Vocabularios para jerarquizar la población a partir de líneas geográficas, raciales y de género fueron articulados y disputados por médicos, abogados y educadores”⁹⁷. Este texto sirvió para respaldar la hipótesis alrededor de la higiene y la eugenesia. Discursos morales de un ideal moderno europeo supremacista lleno de la ciencia positivista de la época. Mejorar la nación, cambiar la moral degenerada, e higienizar fueron los ideales civilizatorios urbanos para crear diferenciación social simbólica y real dentro de todas las medidas administrativo-políticas que se irían desarrollando en la primera mitad del siglo XX.

⁹⁷ Catalina Muñoz Rojas, *Los problemas de la raza en Colombia: más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las ‘dolencias sociales’* (Editorial de la Universidad del Rosario, 2011), 80, <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/11074>.

1.4. Objetos de estudio de la historiografía de la historia social de la salud y la enfermedad en Colombia

En este contexto hemos podido ver como se ha desarrollado desde 1990 al 2020 una diversidad de estudios historiográficos hechos alrededor de la historia de la salud y la enfermedad. Vimos a través del contexto anterior como esta rama de la historiografía ha sostenido el nacimiento del discurso higienista como su lugar común en el análisis del discurso histórico y sus implicaciones en la práctica institucional de la salud del país o en sus regiones.

1.4.1. Discursos médicos – políticos de la salud

Este objeto de estudio se ha centrado en explicar la transformación de la comprensión de las enfermedades sociales y epidémicas por parte de las élites, médicos y políticos interesados en la transformación progresiva del país. Ya fuera desde una estrategia eugenista, intervención sanadora extranjera o políticas regionales que afianzó el papel médico en la regulación de políticas para mejorar la salud de las poblaciones. En este enfoque podemos notar explicaciones lineales entre discursos que determinaron prácticas sociales como también políticas institucionales de regulación del cuerpo. Los primeros tiempos de estas investigaciones se centraron tanto en construir el hilo del discurso médico, de las élites y de los políticos que perdieron de vista la vida práctica del discurso en la cotidianidad de la época, las leyes, y las estrategias presupuestales de los gobiernos en relación con todos esos discursos. Sin embargo, no se quedaron dentro de esas limitaciones, algunas tomaron la dupla representación – práctica para construir y reconstruir críticamente su objeto de investigación discursivo.

1.4.2. Procesos Socio – Políticos de la Salud

Esta corriente se caracterizó por la búsqueda de relaciones entre procesos demográficos, económicos y administrativos con las transformaciones en materia de salubridad del cuerpo social enmarcado dentro de una condición política – administrativa en la que los historiadores se centrarán. Este objeto se distingue por construir un esquema de investigación articulado en tres ítems, reformas político – económicas nacionales, tratamientos de las necesidades salubres de la población y alianzas prácticas entre medicina y política. Esta forma de comprensión del problema de la higiene y la salubridad se ubicaron explicativamente dentro de las dinámicas del centro – periferia, o de la tesis desarrollista de la intervención extranjera para el desarrollo de la salud pública, como también del postulado del progreso de la medicina por el ascenso lineal de las políticas públicas afianzadas en conceptos científicos aportados por reformas políticas transversales a las necesidades públicas.

1.4.3. Representaciones y Prácticas Socioculturales de la Enfermedad

Los historiadores que tomaron este enfoque estudiaron la representación de la lepra, cólera, malaria, uncinariasis, tuberculosis, enfermedades mentales y suciedad en relación con las prácticas sociales de intervención a estas comprensiones, como también las formas en las que lo institucional intervino en relación coherente o no con esas representaciones. Esta corriente buscó microscópicamente los caminos representacionales de la enfermedad no sólo dentro del discurso de la élite sino desde la recepción popular. Exploró elaboraciones fuera de los marcos médicos a partir de las prácticas como generadoras de discursos y no al contrario como generalmente se ha procedido. En este sentido, se conformaron una estrategia de ida y venida de lo social, un marco común de pensamiento civilizatorio en la que el pensamiento de élite queda de dominio popular

dentro de prácticas micropolíticas complejas en las que la historiografía sigue poniendo su acento analítico.

1.5. Principales categorías historiográficas encontradas

También identificamos lugares analíticos recurrentes. En primer lugar, el desarrollo de la ciencia médica y su vínculo con políticas civilizatorias para combatir la mortalidad por epidemias o enfermedades endémicas a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Constantemente se cuestiona el papel del Estado en el gobierno del cuerpo, adaptándose al nuevo orden social que se quería establecer con el surgimiento de nuevas ciudades o con la modernización de estas, las cuales enfrentaban graves problemas de salubridad debido a la suciedad y el descuido en las viviendas de las personas pobres. Esta corrección social se anclaba en la visión eugenésica de los pobres, quienes eran percibidos como alcohólicos, sucios y determinados por una visión mecanicista de la sociedad, tal como lo planteaba la élite spenceriana. Surgió una preocupación por la infancia, debido a la baja esperanza de vida al inicio del siglo XX, y una medicina enfocada en mejorar generacionalmente la expectativa de vida, especialmente en poblaciones agrarias en interacción con las ciudades. Élite y extranjeros se interesaron en el saneamiento de los cuerpos para el trabajo en la extracción de café en los Andes o en el trabajo portuario en las costas colombianas. El discurso médico se articuló como una estrategia biopolítica para prolongar la expectativa de vida mediante medidas higienistas y pedagogías del cuerpo civilizatorio, previniendo el contagio de enfermedades epidémicas y endémicas.

En un segundo nivel, encontramos explicaciones alternadas entre cambios en las políticas públicas generales de presupuesto y reformas sanitarias, dinamizadas por discursos médicos y manuales de conducta civilizatoria e higienista. Esto apuntaba al desarrollo casi lineal de una

historia de la medicina aliada al gobierno para lograr un orden social republicano prometido desde el siglo XIX. Una idea de progreso transversal, donde lo urbano, su ornato, higiene y orden social normalizado sentarían las bases para el surgimiento de la nación. Estos esfuerzos estaban dirigidos a un público específico: la infancia de principios del siglo XX, las mujeres y los hombres obreros urbanos y sus periferias. La concepción de salud evolucionó del caritativismo individual del siglo XVIII y XIX al asistencialismo higienista de principios del siglo XX, y finalmente, al salubrismo público a mediados del siglo XX.

Finalmente, encontramos cómo las categorías de higienismo y salubridad pública se ampliaron a otras categorías previamente elaboradas. Nos dimos cuenta de que las enfermedades sociales e infecciosas también entraban en esta gran categoría, ya que las políticas públicas de higienismo y salubridad nacieron para enfrentar ese problema. La pobreza, las mujeres, la infancia y los trabajadores se configuraron como expresiones más afinadas de las grandes políticas de higiene y salubridad. Los historiadores evaluaron el impacto de los discursos, las prácticas y las recepciones de manera general, para luego analizar las particularidades de cada sujeto, clase o rango etario. Así, las estrategias de higiene mental se manifestaron como dispositivos normalizadores, policiales y civilizadores, alineados con los conceptos de higienismo caritativo, higienismo eugenésico y salubrismo desarrollista.

1.6. Conclusiones del capítulo uno

Durante el periodo comprendido entre 1990 y 2020, la historiografía de la historia social de la salud en Colombia ha experimentado un profundo y significativo desarrollo, marcado por una diversidad de enfoques, perspectivas y metodologías que han enriquecido el campo de estudio. La influencia de la escuela postestructuralista en las ciencias sociales ha sido fundamental en la

reconfiguración de las formas de abordar la salud, la enfermedad y la medicina en el contexto colombiano, promoviendo una mirada crítica y reflexiva sobre las prácticas médicas, las políticas de salud y las representaciones culturales en torno a la salud y la enfermedad.

La evolución de la historiografía de la salud en Colombia ha sido multifacética, impulsada por la creación de instituciones y programas académicos dedicados a la salud pública y la bioética. Desde la década de 1980, la historia social de la salud ha pasado de ser una inquietud emergente a una disciplina consolidada con un enfoque interdisciplinario, que abarca aspectos antropológicos, sociológicos, económicos y culturales de la medicina y la salud pública. Es notable cómo la centralización de la producción académica en ciudades como Bogotá y Medellín ha generado un conocimiento robusto, aunque también ha dejado vacíos significativos en las regiones no centrales como el Caribe, la Orinoquía, la Amazonía y la Zona Insular. Estos vacíos representan una oportunidad para futuras investigaciones que aborden la historia de la salud desde una perspectiva regional más inclusiva y diversa.

A lo largo del período estudiado, los temas predominantes han incluido la higiene, la salubridad social y moral, los procesos de medicalización y las políticas de salud pública. La historiografía ha abordado tanto la higiene pública en el contexto urbano como las estrategias de control social y exclusión de los enfermos. Estas temáticas han sido desarrolladas desde múltiples ángulos, incluyendo la historia de la lepra en Cartagena, las políticas higienistas del siglo XIX y las iniciativas de salud pública en el siglo XX. También se ha observado una creciente atención a una amplia gama de temas, tales como la salud pública, la medicalización de la sociedad, las epidemias, la medicalización de la vida cotidiana, la construcción cultural de la enfermedad, las desigualdades en el acceso a la salud, las exclusiones sociales en el sistema de salud, entre otros. Estos estudios han contribuido de manera significativa a una comprensión más profunda de los

procesos históricos que han dado forma al sistema de salud en Colombia, así como de las prácticas y creencias en torno a la salud y la enfermedad en diferentes contextos sociales, geográficos y temporales.

Por ese mismo camino la transición de un modelo de salud caritativa a uno más público, preventivo y socialmente comprometido ha sido un tema recurrente en las investigaciones, evidenciando la importancia de considerar las transformaciones en las políticas de salud y en la atención médica a lo largo del tiempo. Asimismo, se ha puesto énfasis en las luchas por la equidad en el sistema de salud colombiano, en las resistencias a las imposiciones médicas y en las estrategias de los diferentes actores sociales para hacer frente a los desafíos en materia de salud y enfermedad. En conjunción con lo anterior el análisis de la historia social de la salud en Colombia revela permanentemente la interrelación compleja entre la medicina, economía, política y la sociedad. Se ha subrayado la importancia de comprender la historia de la salud no solo desde una perspectiva médica, sino también desde un enfoque demográfico, económico, discursivo y presupuestal. Este enfoque holístico nos permitiría una nueva manera de entender la historia social de la salud, integrando diversas dimensiones que influyen la vida salubre de las sociedades.

A pesar de los avances logrados en la historiografía de la salud en Colombia, persisten desafíos y áreas de oportunidad para futuras investigaciones. Es fundamental seguir explorando nuevas perspectivas teóricas y metodológicas, así como ampliar el estudio a regiones y temáticas menos exploradas en el campo. La diversificación de los enfoques de investigación, la inclusión de voces y experiencias diversas, y el diálogo interdisciplinario son aspectos clave para enriquecer el conocimiento en este campo y para abordar de manera integral los complejos problemas de salud y enfermedad en la sociedad colombiana.

En resumen, este capítulo establece un marco integral para el estudio de la historia social de la salud en Colombia en un estudio de caso ubicado en Caldas en plena interdependencia con el gobierno nacional, destacando la necesidad de una perspectiva multidimensional que abarque análisis demográficos, económicos, médicos, discursivos y presupuestales. Esta visión se desarrollará a lo largo del resto del trabajo de investigación, proporcionando una comprensión más profunda y matizada de cómo las sociedades han gestionado y conceptualizado la salud a lo largo de la primera mitad del siglo XX. Cabe aclarar que todas estas investigaciones que se abordaron anteriormente estarán presentes como el acervo con el que interpretaremos las fuentes documentales que nos dispondremos a analizar. En este sentido, en el siguiente capítulo empezaremos a contextualizar política-administrativamente, geográfica, económica y demográficamente el Departamento de Caldas para ir caracterizando la población en la que las enfermedades endémicas y epidémicas tuvieron su influjo.

2. Caldas: Un Viaje a Través de su Territorio y Población (1905-1956):

Contextualizando el desarrollo territorial, económico y demográfico de una región crecimiento

En este capítulo, se contextualizará geográfica, económica y políticamente la región del Departamento de Caldas durante la primera mitad del siglo XX. Inicialmente, se abordará la geografía de la región con un enfoque detallado en su ubicación geográfica, topografía, clima y recursos naturales. Se hará énfasis en las particularidades geográficas que influyeron en el progreso socioeconómico de Caldas durante este período, considerando su impacto en la agricultura, la minería y la infraestructura de transporte. En el ámbito económico, se realizará un estudio de la evolución económica de Caldas, examinando su distribución productiva y su integración en la economía nacional e internacional. Se identificarán los principales sectores económicos de la región, como la agricultura, la minería en menor medida, las pequeñas industrias de transformación de materias primas y el comercio al por menor e internacional. Además, se considerarán los factores que impulsaron su desarrollo o limitaron su crecimiento.

Seguidamente, se estudiará la mutación demográfica de Caldas entre 1905 y 1950. Se llevará a cabo un análisis demográfico que abarcará diversos aspectos de la población de la región. En primer lugar, se proporcionará una descripción detallada de la evolución de la población, incluyendo el crecimiento demográfico, los cambios en la distribución por edad y género, así como la distribución geográfica de los habitantes. Se identificarán los factores que impulsaron el crecimiento demográfico de la región, tales como la migración interna y externa, la fecundidad y la mortalidad, además de los eventos económicos, políticos y sociales que influenciaron estos

procesos. Asimismo, se analizarán las características sociodemográficas de la población de Caldas, incluyendo su composición étnica, nivel educativo, ocupación laboral, condiciones de vida y acceso a servicios básicos como salud y educación. Se explorarán las dinámicas de migración interna y externa que afectaron la composición demográfica de la región, así como su impacto en la estructura social y económica de Caldas. Finalmente, se examinarán las condiciones físicas de vivienda y bienestar tanto en áreas rurales como urbanas, así como las condiciones de vida de la población durante este periodo.

Todo esto estará encaminado a contextualizar el surgimiento y desarrollo de las principales enfermedades endémicas y epidémicas que vivió la región durante la primera mitad del siglo XX. La comprensión de estos aspectos permitirá entender mejor las condiciones que favorecieron la propagación de estas enfermedades y las respuestas de la comunidad y las autoridades para enfrentarlas. Las fuentes que se utilizarán en este análisis serán documentos oficiales de la fundación del departamento y censos poblacionales. Estos documentos proporcionarán una base sólida y fiable para comprender los diversos factores que moldearon el desarrollo demográfico, socioeconómico y de salud pública en Caldas durante la primera mitad del siglo XX. Este capítulo proporcionará una comprensión integral de los factores geográficos, económicos y políticos que influenciaron el desarrollo de Caldas en la primera mitad del siglo XX, así como una visión detallada de las dinámicas demográficas que moldearon su evolución social y económica. Con este contexto, se facilitará un análisis más profundo y preciso del surgimiento y desarrollo de las principales enfermedades endémicas y epidémicas en la región.

2.1. Reconstrucción geográfica, político-administrativa y económica de Caldas

2.1.1. Creación del Departamento de Caldas y División Político-Administrativa

El Departamento de Caldas se constituyó tras su disgregación del departamento de Antioquia el 11 de abril de 1905 bajo la Ley Nro. 17 promulgada en el gobierno del General Reyes,

Crease el Departamento de Caldas, entre los departamentos de Antioquia y Cauca, cuyo territorio estará delimitado así: El río Arma desde su nacimiento hasta el río Cauca; este aguas arriba hasta la quebrada de Arquía, que es el límite de la provincia de Marmato, por lo límites legales que hoy tienen, como también la Provincia del Sur del Departamento de Antioquia. Parágrafo. La capital de este departamento será la ciudad de Manizales⁹⁸.

Algunos autores denominaron el territorio en el que trabajaremos el Viejo Caldas para diferenciarlo del actual Departamento de Caldas de dimensiones más reducidas tras la creación de los actuales departamentos de Quindío (por medio de la Ley 2 de febrero 07 de 1966) y Risaralda con la (Ley 70 de diciembre 1 de 1966), ambas promulgadas bajo la presidencia de Carlos Lleras Restrepo. Esta organización fue bastante discutida a lo largo de la primera mitad del siglo XX al punto de generar una división alterna definitiva en la década del 60 según los intereses de unas élites regionales que ya no se identificaban con el proyecto de región que planteó Reyes⁹⁹.

⁹⁸ Gobierno de Colombia, «Ley 17 de 1905»

⁹⁹ La centralización y descentralización del poder siempre fue un motivo de discusión política interna en torno a tensiones comerciales, políticas y económicas que permanecieron entre Pereira, Quindío y Manizales. Una vez lograda la creación del departamento de Risaralda y Quindío en la década del 60 se notó de a poco una caída de la fortaleza económica que llegaron a tener en décadas más productivas como las de los años 30 al 50 (Ver mapa no. 1). Los resultados económicos que esperaron las élites no fueron los esperados, la autonomía descentralizada no generó mayor capacidad para posicionar alguno de los departamentos de nuevo en la vida nacional. La crisis de los precios del café, los bajos niveles de desarrollo industrial y las altas tasas de desempleo fueron el caldo de cultivo de la ruptura territorial del Viejo Caldas. David Esteban Molina Castaño, Renzo Ramírez Bacca, y Albeiro Valencia Llano, «Caminos en el territorio del Gran Caldas (Colombia): su historicidad y revisión», *HISTOReLo. Revista de historia regional y local* 15, n.º 32 (2023): 240-81.

2.1.2. Antecedentes Históricos y Contexto Geográfico

La región que intentamos definir coincidió con los territorios adscritos a la jurisdicción de la antigua gobernación de la Provincia Antioquia durante el periodo colonial. Los núcleos más antiguos de población como Marmato y Supía se fundaron en el siglo XVI¹⁰⁰. Las fundaciones coloniales del siglo XVII -en el territorio caldense- obedecieron al interés en la explotación de zonas auríferas como Marmato y Supía¹⁰¹. Este territorio se encuentra ubicado al occidente del río Cauca y abarca áreas atravesadas por los ríos Magdalena y Cauca. Se extiende sobre las cordilleras Central y Occidental.¹⁰². Limita al norte con el departamento de Antioquia, al oriente con los departamentos de Cundinamarca y Boyacá, al occidente con el departamento de Risaralda y al sur con Risaralda y el Tolima¹⁰³.

2.1.3. Proceso de Colonización y Fundación de Nuevos Municipios

Durante el siglo XIX este espacio fue escenario activo de la colonización antioqueña. A principios del siglo se comenzaron a fundar nuevas empresas colonizadoras de tipo individual y colectivo. La mayoría de los colonos estuvieron conglomerados con otros para luchar por la adjudicación de territorios que pertenecieron por ley a pocos dueños¹⁰⁴. El proceso colonizador

¹⁰⁰ Ref. Al respecto pueden verse algunos trabajos de los procesos de poblamiento del Occidente colombiano, Valencia Llanos, José David Montoya. También nos sirve algunas geografías antiguas.

¹⁰¹ María Mercedes Botero, *La ruta del oro: una economía primaria exportadora: Antioquia, 1850-1890* (Universidad Eafit, 2007), 50.

¹⁰² Ver mapa (Donde está Caldas geográficamente)

¹⁰³ Francisco Javier Vergara y Velasco, *Atlas completo de Geografía Colombiana - 60 planchas, texto explicativo é índice alfabético general; Cartas generales, Cartas departamentales, Cartas Seccionales y Locales, Cartas Históricas y Cuadros estadísticos y geográficos* (Bogotá: Imprenta Eléctrica, 1910).

¹⁰⁴ Albeiro Valencia, «Colonización Antioqueña y vida cotidiana», *Memorias Seminario Científico Cenicafé* 71 (2020): e71107-e71107.

tuvo su primer momento de 1820 a 1840. Este fue un periodo sin tanto movimiento demográfico por la crisis económica y social que vivió la nación después de su Independencia¹⁰⁵.

De 1840 a 1870 se activaron significativamente corrientes colonizadoras que dieron origen a los municipios de Neira, Manizales, Santa Rosa, Chinchiná, Filadelfia, Aránzazu y, hacia el Occidente, el Sureste y el Suroeste, Manzanares, Salento y Pereira. Esas primeras regiones fueron ocupadas de una forma rápida y segura, tanto así que en 1870 ya se habían fundado diez y ocho municipios en el Oriente, Occidente, Centro y Sur. A pesar de la inseguridad por las constantes guerras territoriales del siglo XIX el proceso de colonización continuó progresivamente hasta principios del siglo XX¹⁰⁶.

En síntesis, la conformación política de Caldas estuvo directamente relacionada con el proceso de expansión de la frontera agraria. Esto se evidenció en la fundación de nuevos núcleos urbanos, que adquirieron un notable dinamismo durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. El objetivo principal de la colonización fue la ocupación, posesión y apropiación del territorio para facilitar el desarrollo de una economía campesina. Además, se destacaron el establecimiento de colonias agrícolas y la fundación de importantes centros urbanos como Manizales en 1849, Pereira en 1863 y Armenia en 1889¹⁰⁷.

¹⁰⁵ Jaime Londoño, «El modelo de colonización antioqueña de James Parsons. Un balance historiográfico», *Fronteras de la Historia*, n.º 7 (2002): 187-226.

¹⁰⁶ Antonio García Nossa, *Geografía económica de Caldas* (Bogotá: Banco de la República, 1952), 1-50.

¹⁰⁷ Antonio García Nossa, *Geografía económica de Caldas* (Bogotá: Banco de la República, 1952), 50-70.

secundarios, vegetación paramuna, selva y pastos artificiales que permitieron el desarrollo de diferentes actividades agrícolas.

2.1.5. Actividades Económicas: Minería y Agricultura de Subsistencia

Las actividades económicas que se desarrollaron en Caldas se pueden explicar y comprender mejor si tenemos en cuenta las condiciones geográficas expuestas anteriormente. Tempranamente la minería en pequeña escala y la agricultura se consolidaron como la base de la vida económica. A partir del siglo XVI se desarrolló la minería aurífera como una actividad económica que permaneció hasta el siglo XIX. La composición geológica de Caldas favoreció la explotación del oro, un mineral abundante en la Cordillera Central y Occidental en filones o aluviones. De ahí que Salento, Manizales, Pensilvania, Manzanares comenzaran en el último tercio del siglo XIX la exploración y la formación de empresas estables de extracción (a parte de los ya lugares tradicionales lugares de vida económica minera colonial que conformaron a las poblaciones de Riosucio, Supía, Marmato y Anserma). La economía del oro se hizo presente en el departamento en la forma de la extracción clásica de filón de la Colonia a las exploraciones con maquinaria extranjera por parte de concesiones inglesas dadas durante todo el siglo XIX¹¹⁰.

Los indicadores de cambio o transformación económica del Viejo Caldas obedecieron a dinámicas agrícolas. La colonización en general amplió de a poco la frontera agraria -que durante más de un siglo estuvo relativamente quieta-. Las diferentes iniciativas económicas fijadas de los colonos para con las tierras tomadas dieron pie a un crecimiento que fue constante desde 1890 a 1905 cuando fue fundado el Departamento de Caldas con su capital en Manizales. Las propiedades y empresas de algunos empresarios mineros y agrícolas de Manizales, Supía, Marmato y otros

¹¹⁰ Ricardo Lleras Codazzi, *Los minerales de Colombia* (Imprenta nacional, 1927).

municipios constituyeron una fuerte base económica que albergaron pobladores fijos y movibles que fueron alimentando estos lugares con mano de obra activa y flexible¹¹¹.

No obstante, la actividad más importante desde la Colonia fue la agricultura en explotaciones campesinas de subsistencia mayoritariamente. Los principales productos agrícolas que se cultivaron fueron la caña de azúcar, maíz, cacao, frijoles, papas, plátano, arroz, el trigo, entre otros. A principios del siglo XX Caldas fue uno de los departamentos más importantes desde el punto de vista de la producción y exportación de café. De cara al periodo aquí estudiado el hecho más notable fue desarrollo paulatino del cultivo del café en la región. De 1913 a 1918 la producción de café de Colombia se consideró la más importante del mundo después de Brasil. Para ese momento se exportaron más de 1'000.000 de sacos, considerándose la actividad más importante del país. Los departamentos de Santander, Cundinamarca y Antioquia lideraron la producción de café del año 1913 -1918. De 1919 en adelante Caldas comenzó también a destacar en esta actividad económica. Sin embargo, cabe destacar que, al unir las cifras de producción cafetera de los departamentos de Caldas y Antioquia, esta región no alcanzó a superar la producción de los Santanderes y Cundinamarca¹¹².

2.1.6. Desarrollo del Cultivo y Exportación del Café

En 1920 la producción agrícola del departamento comenzó a especializarse en función del cultivo del grano de café para su exportación. No obstante, el departamento también produjo a la par caña de azúcar, maíz, frijol, cacao entro otros productos demandados; no menos importantes

¹¹¹ Jaime Vallecilla Gordillo, *Café y crecimiento económico regional: el Antiguo Caldas, 1870-1970* (Manizales: Universidad de Caldas, 2001), 10-90.

¹¹² García Nossa, *Geografía económica de Caldas*, 106-7.

resalta el cultivo de fibras como el fique y el algodón¹¹³. Desde este punto de vista el campesino de Caldas movió su vida alrededor de la tierra para su alimentación, cobijo y provecho comercial próximo al cultivo del café y otros alimenticios. Estas dinámicas de vida rural marcaron los principios culturales, rituales y familiares alrededor de la pequeña propiedad agraria. La cultura del trabajo de las primeras décadas estuvo ligada a una amplia demanda momentánea de jornaleros, junto a pequeños productores que gestionaron el trabajo en las manos sin salario de todos los que hicieran parte de la familia. La producción cafetera tuvo un gran impulso gracias a un trabajo centralizado, focalizado y también disperso que permitió la figura de familia productiva dignificada por la idea de una propiedad rural familiar que se trasladó a una esfera comercial en la que las instituciones gubernamentales y empresariales pusieron su respaldo¹¹⁴. El café fue el puente económico que permitió que Caldas (al igual que Santander y Cundinamarca) se insertara en una dinámica exportadora dinamizada por empresarios rurales que invirtieron en la producción cafetera como también en algunos nacientes negocios urbanos. El cultivo del café expandió su dominio económico a lo cultural en la conformación de sociedades agrarias que dinamizaron la producción en pos de las utilidades que dejarían los beneficios de este producto¹¹⁵.

La conjunción de la autonomía administrativa que se fue consolidando hacia 1906 se unió con la confianza que tuvieron la “elite” comercial para invertir en el café. Basándonos en esto la modernización vial de la región fue posible bajo el signo del mejoramiento de la productividad del café, el trabajo mancomunado del gobierno local y el apoyo que tuvo el Estado para con la iniciativa modernizadora de Caldas. Para Leguízamo, la influencia y presión de los empresarios

¹¹³ García Nossa, 485-606.

¹¹⁴ Pompeyo José Parada Sanabria, «La cultura del trabajo en el campesinado cafetero colombiano: el caso de Caldas» (Tesis doctoral Relaciones Interétnicas en América Latina, Pasado y Presente, Sevilla, Universidad de Sevilla, 2016), <https://idus.us.es/handle/11441/39069>.

¹¹⁵ Marco Palacios, *El café en Colombia, 1850-1970: una historia económica, social y política* (El Colegio de México, 1983). P. 100-150

fue vital para la constitución de un sistema de transporte que sostuviera los deseos modernizadores de un departamento que se convirtió durante la primera mitad del siglo XX en uno de los mejores productos; como también en uno de los departamentos que más pudo acercarse al criterio de exportación de materias primas, como para el proyecto de modernización económica que trato de tener la nación en la primera mitad del siglo XX¹¹⁶.

Desde esta perspectiva el proceso de tecnificación de la selección y secado del café en Caldas fue significativo. Se acondicionaron varias trilladoras traídas de Europa y Nueva York, se ubicaron cerca de caídas de agua y terrenos fuertes para contar con energía hidráulica siempre constante y abierta a la necesidad de los trabajadores para la selección, secado y almacenamiento del café que se exportaría. A pesar de estos pequeños avances tecnificación se siguió viendo como la falta de buenas vías de comunicación dificultaron el intercambio de mercancías e insumos para las zonas de producción; las lluvias constantes desmejoraban el producto y a la vez postergaban las cargas que podrían ofrecerse mejor si estuvieran en un tiempo oportuno. De esta manera, esto sirvió para mejorar la calidad de granos que se escogerían a la hora de postular y ofertar la calidad del café de la región¹¹⁷.

En esta dirección, de 1910 a 1930, Caldas vivió un buen momento para el negocio del precio del café. El margen de ganancias permitió habilitar una economía local de alimentos y mercancías para solventar el consumo de los trabajadores de la región. Ligado al desarrollo económico cafetero y a la importancia comercial que tuvo la región en el siglo XIX el surgimiento de la banca ayudó a organizar los primeros recursos económicos que se usaron para animar el

¹¹⁶ Carlos Javier Leguízamo Jurado, «Los empresarios cafeteros de Manizales y sus proyectos políticos territoriales: la configuración del departamento de Caldas» (Tesis de maestría en historia, Bogotá, Universidad Javeriana, 2019), <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/44770>.

¹¹⁷ García Nossa, *Geografía económica de Caldas*, 445-70.

desarrollo en torno a servicios comerciales. Con respecto a este punto, el Banco del Ruiz (Manizales) contó en 1920 con un capital significativo de 500.000 pesos en oro con el que se ocupó de operaciones bancarias básicas, giros al país y al exterior. También hizo la compra y venta de giros junto a préstamos y descuentos a algunos comerciantes y pobladores. Con respecto a este punto la banca nacional se desarrolló a principios del siglo XX en armonía con los factores de cambio internacionales en contra posición a las condiciones factuales de la nación.

Con el desarrollo incipiente del transporte la banca comenzó a avanzar de forma externa con relación al capitalismo industrial y bancario en función de grandes monopolios externos e internos. La reglamentación bancaria de finales de la década de 1920 comenzó a hacer que los pequeños bancos fuesen comprados por grandes emporios financieros que de a poco lograron una centralización bancaria que organizó la prosperidad de grandes empresas en detrimento de las que estaban localmente antes. La fusión de muchos bancos locales significó para Caldas y otras regiones del país el control casi central de las tasas de interés que construyeron los monopolios comerciales en el café. En la región la organización bancaria después de 1925 estuvo en función de la construcción y explotación de vías centrales para reorganizar una economía que buscara la dependencia de la deuda para la dinamización de una banca que pudiera responder más las necesidades regionales que las tradicionalmente locales de principios del siglo XX¹¹⁸.

Teniendo en cuenta esto, la constitución de los ingresos impositivos por parte de las actividades comerciales permitió el desarrollo de departamentos y secretarías administrativas que dinamizaron sus acciones gubernamentales en vías y edificios públicos en medio de la bonanza impositiva y de divisas que ingresaron al departamento durante la primera mitad del siglo XX. Los

¹¹⁸ García Nossa, 471-85.

licores destilados, el tabaco y el degüello de ganado mayor y menor sostuvieron la financiación del aparato político-administrativo. Del año 1916 a 1930 la mayor parte de presupuesto comprendió las obras públicas financiadas por bonos, deudas y parte de lo recogido en licores, tabaco y ganadería¹¹⁹. El modelo de sustitución de importaciones de 1930 en adelante guio los destinos del departamento hasta 1970. La producción artesanal de licores, jabones, cigarrillos, gaseosas, repuestos, tejidos, alimenticios procesados y medicamentos constituyeron la formación de varios emporios comerciales que fueron importantes hasta el año 1950¹²⁰.

2.1.7. Cultura del Trabajo Rural, Transporte y Vida Campesina

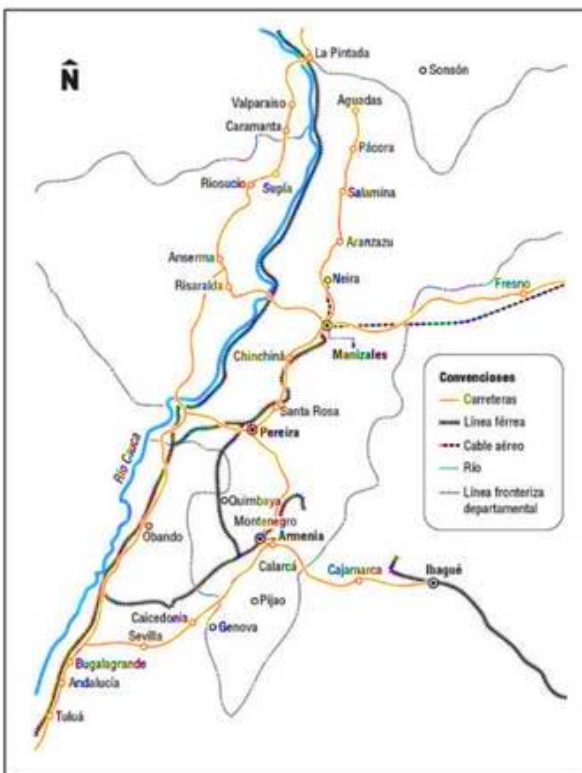


Ilustración 2. Ruta de ferrocarriles de Caldas, 1950

El desarrollo cafetero impulsó diversos procesos de modernización vial, destacándose cómo estos intereses económicos favorecieron la construcción de cables aéreos y vías férreas que conectaron a Caldas con el puerto sobre el río Magdalena. Desde allí, las mercancías eran transportadas para su exportación a través de varios puertos del Pacífico. Antes de estas mejoras en los sistemas de comunicación interna y externa, la región contaba con una compleja red de caminos de herradura, heredada del periodo colonial, que sirvió como

¹¹⁹ García Nossa, 359-391.

¹²⁰ Néstor Jiménez Cortez, «La industrialización en Caldas (1930-1945)» (Tesis de pregrado en historia, Manizales, Universidad de Caldas, 2021), <https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/17139>.

infraestructura clave para la migración y el poblamiento antioqueño a principios del siglo XIX. Las rutas de transporte se dieron entre el río Cauca, la cordillera Occidental y parte de la cordillera central. Terminando el siglo XIX hubo tres caminos bastante trascorridos. La ruta de la cordillera central que pasó por Belén, Heliconia y parte del río Cauca; la del centro dada en las intermediaciones de Itagüí, Estrella, Caldas, Fredonia, Polanco con una entrada al departamento del Cauca; y la de la izquierda de la cordillera Central que llegó a pasar por Envigado, El Retiro, la Ceja, Abejorral, Aguadas, Pácora, Salamina, Aránzazu, Neira y por último Manizales. Estas poblaciones estuvieron comunicadas durante todo el siglo XIX por difíciles caminos de herradura distribuidos en las intermediaciones de Antioquia y lo que sería luego Caldas.

La construcción del ferrocarril de Caldas en 1915 fue lo que le dio identidad y fortaleza a la idea de un nuevo departamento luego de la Guerra de los Mil Días. Las condiciones económicas del país fueron desfavorables durante la guerra y un poco de tiempo después se sintieron las consecuencias por las pérdidas humanas y de infraestructura ferroviaria. Conforme creció la población en las ciudades de Manizales, Pereira y Armenia se fue afianzando la iniciativa de comunicación cada vez más eficaz para conformar constantes exportadoras que pusieran a competir a la región en el comercio internacional del café. Las iniciativas gubernamentales centrales junto a las departamentales fueron las que hicieron posible que cada cinco años se abrieran concesiones importantes para la construcción de rieles y paradas para mejorar el comercio, la asistencia social, y el movimiento de mercancías internas para el comercio al por mayor o externas para la llegada del café al puerto de Buenaventura para que fuera exportado¹²¹.

¹²¹ Gabriel Poveda, «El antiguo ferrocarril de Caldas», *Dyna* 70, n.º 139 (2003): 1-10.

De 1916 a 1918 la extensión total de las vías ferroviarias en Colombia fue de 1.247 kilómetros, los cuales 111 correspondieron para Caldas para comunicar Manizales con el puerto de La Dorada¹²². En una escala comparativa podemos afirmar que Caldas no fue una región con significativas líneas ferroviarias como Antioquia (174kms). De todos modos, no fue poco, ni mucho menos. Esto permitió una participación económica de la región en el ámbito nacional¹²³. Para resumir estos datos tenemos en cuenta que de 1910 a 1935 Caldas tuvo más de 1.800 kilómetros en caminos de herradura, veintitrés de vías férreas, ciento seis de cables aéreos y seiscientos sesenta y tres de carreteras. A pesar de tener una mediana extensión de carreteras y de vías ferras significativas no logró ser algo suficiente para el mejoramiento del comercio de los recursos de la región¹²⁴.

Pase a lo anterior el acarreo, el envío, y el traslado de mercancías de la población en general se siguió haciendo en su mayoría por medio de carros tirados por animales¹²⁵. Estos caminos continuaron durante el siglo XX, no obstante, en 1924 el país ya contó con algunas vías importantes para conectar centros departamentales con algunos puertos marítimos y fluviales que dinamizaran de mejor manera las exportaciones. Ese mismo año, el país tuvo 700 kilómetros de carreteras en estado deficiente, débil y poco funcional para los pocos automóviles que hubo. Aun así, se impulsó la construcción de una red ferroviaria que conectó a Caldas con el río Magdalena, ubicando en lo ideal la construcción de una línea de Manizales a Cartago para ahí anclar el intercambio de mercancías por el río Cauca, en el Puerto de Caldas y de Puerto Asís. En esta región se llegó a

¹²² República de Colombia, *Libro Azul de Colombia - Bosquejos biográficos de los personajes más eminentes, Historia condensada de la República, Artículos especiales sobre el Comercio, Agricultura y Riqueza*, 323.

¹²³ Departamento técnico de la seguridad social campesina y Ministerio del trabajo - República de Colombia, *Caldas - Estudio de su situación geográfica, económica y social, como base para el establecimiento de un régimen de seguridad regional*, 67.

¹²⁴ García Nossa, 399-424.

¹²⁵ República de Colombia, *Libro Azul de Colombia - Bosquejos biográficos de los personajes más eminentes, Historia condensada de la República, Artículos especiales sobre el Comercio, Agricultura y Riqueza*, 325.

construir una red de vías férreas que comunicó a Manizales, Pereira, Armenia, Cali y Buenaventura durante 33 años (1926-1959)¹²⁶.

Otro tipo de caminos fueron los constituidos por el cable aéreo. Este medio de transporte logró comunicar el grano de café de las fincas con las vías ferroviarias que sacarían la producción a puertos fluviales. Todos los caminos se conectaron en función del transporte del grano, mejoramiento del volumen de exportación, aseguramiento del mercado y comunicación moderna exportadora de mercancías. La primera ruta fue la del cable de Manizales a Mariquita con la capacidad de transportar 10 toneladas por hora a través de 71kms posibilitados por las 376 torres que hubo de 1927 a 1939.

Desde este punto de vista la formación de los municipios de Caldas estuvo ligada al impulso de las vías de comunicación por parte del Gobierno departamental. Facilitar el comercio de importaciones y exportaciones hizo que la vida se enriqueciera y comenzarán a moverse poblaciones según las ofertas comerciales que pudieran aparecer en esos centros poblados. Las vías de Caldas hicieron la diferencia frente a la administración casi federal de las economías. Lograron conectar municipios aledaños con una ciudad comercial central a través de carreteras y algunos tramos de ferrocarril. Las dinámicas económicas de Pereira, Manizales y Armenia se lograron consolidar bajo actividades de exportación e importación que beneficiaron a los monopolios intermediarios y a algunos campesinos cafeteros¹²⁷.

Bajo esta óptica cuando en 1968 el negocio del Cable comenzó a mermar por su poca utilidad con relación a la creación de nuevas vías ferroviarias, junto a la oferta de camiones que ofrecían más seguridad, fletes económicos y más velocidad para comunicarse más rápidamente

¹²⁶ Poveda, «El antiguo ferrocarril de Caldas», 8.

¹²⁷ García Nossa, *Geografía económica de Caldas*, 249-66.

con el Pacífico. En este contexto la construcción de carreteras mejoró para el año 1950 al punto de posibilitar otras formas de comunicación que estuvieron generalmente presentes. Gracias a las vías de herradura, ferroviarias, fluviales y de carreteras se consolidó un departamento conectado que poco a poco intentó conectarse más para mejorar los índices de utilidad. Con todo lo anterior podemos dimensionar el alto nivel de desarrollo de esta actividad económica en la región¹²⁸.

2.1.8. La constitución del territorio caldense y su significado en la vida nacional en la primera mitad del siglo XX

La constitución del Departamento de Caldas en 1905 marcó un hito crucial en la historia de la región, al otorgarle autonomía política y administrativa frente al Departamento de Antioquia. Esta decisión no solo formalizó la separación administrativa, sino que también sentó las bases para un desarrollo demográfico y económico acelerado que transformaría profundamente la región en las décadas siguientes. Desde su creación, Caldas ha sido escenario de un proceso dinámico de colonización y fundación de municipios. Pobladores principalmente antioqueños, atraídos por las oportunidades económicas y las tierras fértiles, se establecieron en la región, fundando numerosos municipios como Neira, Manizales y Santa Rosa. Este proceso de colonización no solo incrementó la población local, sino que también diversificó las actividades económicas y culturales, estableciendo una base poblacional sólida para el crecimiento futuro.

El contexto geográfico y climático de Caldas también desempeñó un papel crucial en su desarrollo demográfico. Con un paisaje montañoso y una variedad de pisos térmicos, la región fue capaz de soportar una agricultura diversificada que incluía cultivos como café, frijol y plátano.

¹²⁸ Jairo Antonio López Pacheco y John Jaime Correa Ramírez, «Disputas por la centralización/descentralización administrativa en el Viejo Caldas, 1905-1966: los casos de Manizales y Pereira», *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 39, n.º 2 (diciembre de 2012): 187-216.

Estas condiciones naturales no solo sustentaron la subsistencia de la población, sino que también fomentaron un crecimiento poblacional sostenido a lo largo del tiempo. La consolidación del café como el principal cultivo y exportación de Caldas a partir de la década de 1920 marcó un punto de inflexión en su historia económica y demográfica. Este cultivo atrajo inversiones significativas, mejoró la infraestructura y promovió el desarrollo urbano en ciudades como Manizales, Armenia y Pereira. La bonanza cafetera no solo generó riqueza económica, sino que también impulsó la migración hacia los centros urbanos y mejoró las condiciones de vida, incluyendo la educación y la salud.

En consecuencia, el análisis demográfico de Caldas que haremos a continuación durante las primeras décadas del siglo XX nos revelará una trayectoria de crecimiento poblacional y desarrollo económico facilitada por la constitución del departamento. Esta autonomía permitió a Caldas adaptarse mejor a las necesidades locales, impulsando la colonización, diversificación agrícola y consolidación económica y salubre, el cual es nuestro principal interés.

2.2. Aspectos demográficos

2.2.1. Crecimiento de la población del Departamento de Caldas desde 1843 hasta 1951

El crecimiento de la población del Departamento de Caldas se aprecia en la siguiente tabla:

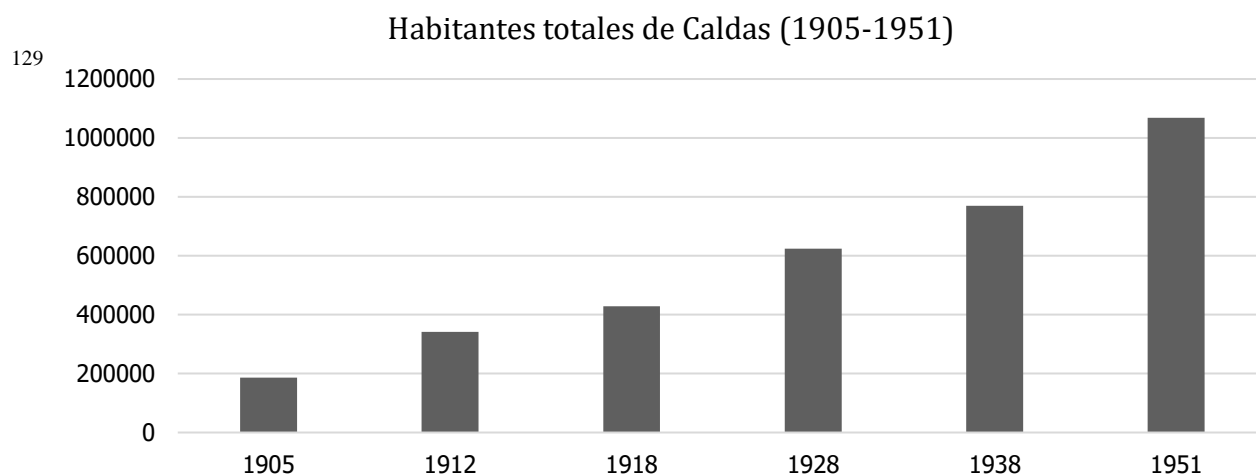
Tabla 1 Crecimiento de la población de Caldas (1843-1951)

Años	1843	1851	1864	1905	1912	1918	1928	1938	1951
Población de Caldas	178.111	228.637	363.325	185.786	341.198	428.487	624.201	769.968	1'068.180
Población de Colombia	1'932.279	2'243.730	2'441.300	4'533.777	5'472.604	5'855.077	7'851.110	8'697.041	11'54817 2

Nota: Se tomas los censos de 1851 y 1870 en los que las provincias estuvieron adscritas a Antioquia.

La conformación de las provincias y sus municipios es la siguiente: Manizales, capital Manizales y los municipios de Neira, Filadelfia, María, Palestina y San Francisco; Pereira, capital Pereira, y los municipios de Armenia, Cabal, Calarcá, Circasia, Finlandia, Marsella, Montenegro, Salento; Salamina, capital Salamina, y los municipios de Aguadas, Aránzazu y Pácora; Riosucio, capital Hispania, y los Municipios de Anserma, Apía, Belalcázar, Belén, Marmato, Nazareth, Pueblorrico, Santuario y Supía; Manzanares, capital Manzanares, y los Municipios de Marulanda, Pensilvania, San Agustín y Victoria.

Fuentes: Fondo J. M. Q. O 570, Memoria al Censo Nacional 1868, Censo nacional de 1905, Censos departamentales de Caldas de 1912, 1918, 1928, 1938, 1951.



Gráfica 2. Habitantes totales del Departamento de Caldas de 1905 a 1951

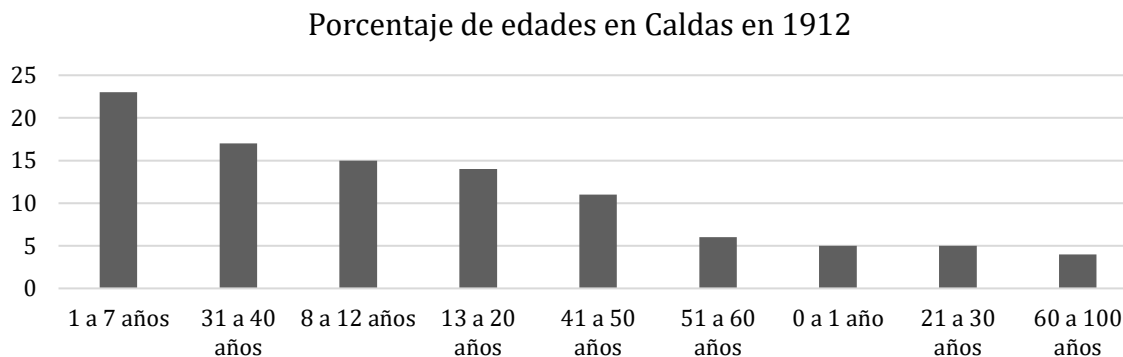
El Departamento de Caldas desde su fundación en 1905 tuvo un crecimiento poblacional de casi 200.000 habitantes cada 20 años hasta 1951. Ese ascenso progresivo se lo ha atribuyó a la

¹²⁹ Censos departamentales de Caldas de 1912, 1918, 1928, 1938, 1951.

vida económica alrededor del cultivo del café durante toda su época de bonanza para Caldas en la primera mitad del siglo XX. El ascenso demográfico quedó registrado en los cinco censos regionales de 1912, 1918, 1928, 1938 y 1951. El estudio de los indicadores de edad, sexo, estado civil, profesiones, alfabetismo, vacunación, vivienda y número de familiares por familia serán las herramientas para entender las condiciones de crecimiento poblacional de la sociedad caldense. Con esto tendríamos los datos para comprender el alcance de las estrategias de salud sobre una población y sociedad que ya con anterioridad tuvimos comprendida.

2.2.2. Composición etaria y características de la población en 1912

130



Gráfica 3. Porcentaje de edades en el Departamento de Caldas en 1912

En el primer censo de 1912 se censó solamente a la población masculina, con un total de 163.381. La población total para ese año fue de 341.198 -teniendo en cuenta los datos del censo nacional-. De este modo el censo dejó por fuera del informe 177.817 mujeres del departamento. Para ese momento hubo una mayor población infante y joven: primera infancia (0-5 años) 28%, infancia (6 - 11 años) 15%, adolescencia (12-18 años) 14%, juventud (20 - 26 años) 5%, adultez (27 - 59 años) 11% y vejez (60 años y más) 4% (Ver gráfica no. 2). La infancia y la adolescencia

¹³⁰ República de Colombia, «Censo nacional de 1912 - Departamento de Caldas» (Imprenta Nacional de Colombia, 1912), 4-5.

en profusión indicó un elevado número de nacimientos por familia. A saber, las dinámicas de inmigración por el tema del café dieron las posibilidades nueva vida para familias en formación¹³¹. Para ese momento las uniones matrimoniales se darían dentro del marco de los centros poblacionales municipales y de Manizales su capital. Con respecto a las labores más comunes de la población estuvieron ligadas a los oficios domésticos (65.000), agricultura (62.000), artes, oficios y aprendices (11.000) y jornaleros (10.000)¹³². En este censo se registró solo a la población masculina, la infancia y adolescencia dominaban el espectro demográfico y las ocupaciones principales fueron oficios domésticos, agricultura, artes y jornaleros.

2.2.3. Indicadores de alfabetización y salud en 1912

133

Alfabetización y salud en Caldas 1912



Gráfica 4. Alfabetización y salud en el Departamento de Caldas en 1912

El 65% de estos hombres supieron leer y escribir, un 9% fue a la escuela alguna vez y 26% estuvo vacunado contra la viruela. Tuvimos para este momento una sociedad con significativos nacimientos, una vida dinamizada alrededor de lo doméstico y lo agrario, un grado de alfabetización básico y una política salubre que sólo pudo vacunar contra la viruela el 26% de la

¹³¹ Ver Palacios, *El café en Colombia, 1850-1970*.

¹³² República de Colombia, «Censo nacional de 1912 - Departamento de Caldas», 6-7.

¹³³ República de Colombia, 8.

población hombre, dejando por fuera de las cifras a las mujeres vacunadas (si es que fueron vacunadas) (Ver gráfica no. 3).

2.2.4. Crecimiento de población de 1912 a 1928

En el censo de 1918 la población fue de 428.187, un 20% (86.989) más con relación a los datos del censo de 1912. El coeficiente de crecimiento de la población fue de 38,5 con relación al 24,2 que tuvo el país. Tomando como base el coeficiente del crecimiento de la población en progresión geométrica 38,3, se calculó que la población del Departamento se duplicó en 18 años y medio. Esto se aproximó a la hipótesis que tuvimos al inicio de esta sección, la población de Caldas aumentó 200.000 habitantes casi cada 20 años. Los datos de 1918 son tomados del censo de 1928, es por eso por lo que carecemos de la posibilidad de abordar todos los indicadores a los que estamos prestando atención¹³⁴.

2.2.5. Distribución urbano-rural de la población en 1928

En el censo de 1928 el número de habitantes fue de 624.201, un 30% más (196.064) que en 1918. El 31% de la población se movió en el casco urbano y el 69% habitó el campo en intermediación con la ciudad. Las ciudades más pobladas fueron los centros poblacionales de los actuales departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda. Manizales (48.114), Armenia (18.688) y Pereira (20.006), estas ciudades principales tuvieron más de 18.000 habitantes en lo urbano superando el promedio de 4.545 individuos para los otros municipios de Caldas. Los municipios más poblados en lo rural fueron, San Francisco (122.689) (actual Chinchiná), Manizales (32.977),

¹³⁴ Oficina de Estadística Departamental de Caldas, «Población del año de 1928. Departamento de Caldas.» (Imprenta Departamental, 1928), 9.

Pereira (30.693), Santa Rosa (23.135), Aguadas (21.325), Calarcá (19.580), Riosucio (18.706) y Armenia (14.650)¹³⁵.

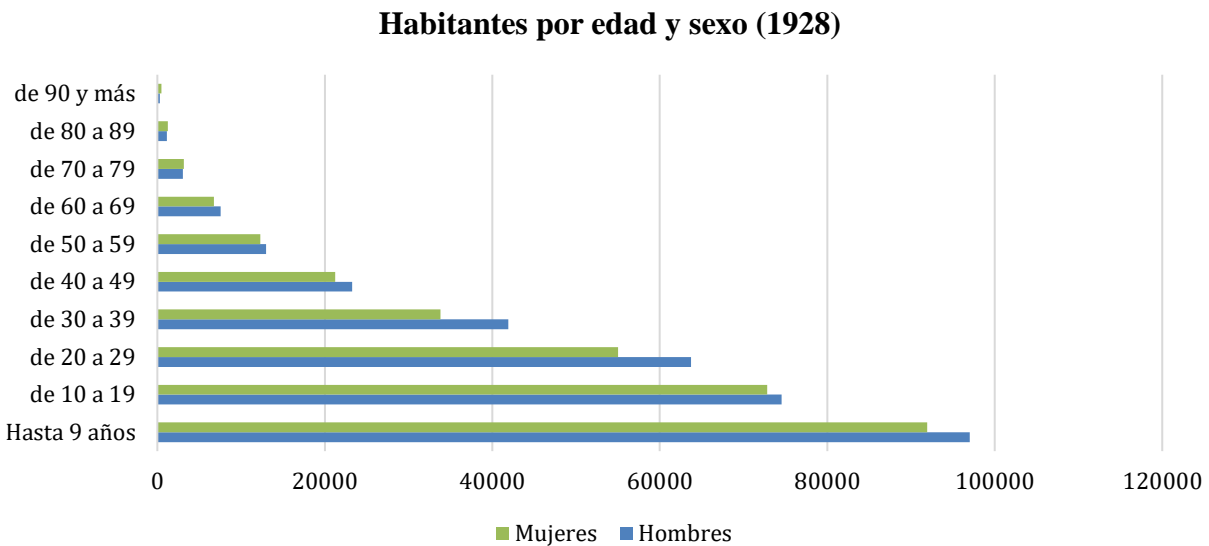
Estos municipios coincidieron con los centros capitales junto a la ciudad más cercana de estas. En el caso de Manizales encontramos a San Francisco (actual Chinchiná) a una distancia de 24 kilómetros; siendo para esa época y hoy una extensión agraria de la ciudad para el suministro de alimentos y mercancías. Caso similar al municipio de Santa Rosa ubicado a 15 kilómetros de Pereira (actual capital de Risaralda). Y por último Calarcá ubicado a 6 kilómetros del centro urbano de Armenia (actual capital del Quindío)¹³⁶. Lo anterior nos permitió entender las relaciones entre lo urbano y lo rural enmarcado en las dinámicas de producción de alimentos y café. La idas y vueltas del campesino a la ciudad fueron constantes según el momento de la siembra y cosecha, además de la compra de diversas mercancías o de asuntos administrativos que sólo podían ser abordados en las capitales de esas provincias. Estas ciudades se consolidaron como fuertes agrarios que sostuvieron estas capitales distantes de otros municipios que también sostuvieron la producción de café y alimentos¹³⁷. El promedio de habitantes rurales por municipio estuvo en 12.940 un 35% más que el promedio de población urbana que habitaba en los municipios (4.545).

¹³⁵ Oficina de Estadística Departamental de Caldas, 10.

¹³⁶ Datos elaborados con Google Maps

¹³⁷ Ver Juan Felipe Gutiérrez Flórez, «La estructura territorial de Colombia entre 1843 y 1928: en el horizonte de su comportamiento demográfico», *Revista de Extensión Cultural*, n.º 71 (Diciembre, 2023) (s. f.): 132-55.

2.2.6. Composición por edad y sexo de la población en 1928



Gráfica 5. Habitantes por edad y sexo en el Departamento de Caldas en 1928¹³⁸

Continuando con lo anteriormente mencionado, según los datos del censo de 1928 en Caldas hubo 108,91 hombres por cada 100 mujeres. 52% hombres y un 48% de mujeres mayoritariamente niños o jóvenes: primera infancia (0-9 años) 30%, adolescencia (12-18 años) 22%, juventud (20 - 29 años) 19%, adultez (30 - 59 años) 24% y vejez (60 años y más) 4% (Ver Gráfica no. 4). Bastándonos en lo anterior podemos afirmar la hipótesis en la que afirmamos que los adolescentes menores de 15 años de lo urbano no trabajaron a la par que los jóvenes y adultos de 15 a 59 años. Los niños de ciudad en general gozaron probablemente de una infancia sin trabajar más allá de los cuidados y servicios que podían acceder dueños de tierras o de pertenecientes a las élites económicas¹³⁹. En lo rural los adultos y los menores de 15 años trabajaron a la par para dar respuesta conjunta a todas las labores necesarias para el cultivo y subsistencia de la tierra. Y, por

¹³⁸ Oficina de Estadística Departamental de Caldas, «Población del año de 1928. Departamento de Caldas.», 12.

¹³⁹ Oficina de Estadística Departamental de Caldas, 17.

último, los habitantes de más de 60 años no registran en el censo como personas productivas en relación con el campo y otras actividades laborales.

2.2.7. Dinámica familiar, natalidad y la amalgama de la economía cafetera

Podemos ver poco a poco como la familia caldense se consolidó alrededor de la vida agraria. Su forma patriarcal se basó en la pertenencia de las pequeñas propiedades que históricamente estuvieron en Caldas. De ahí la poca dinamización de las jerarquías con relación a los sistemas de sucesión territorial. En consonancia con los datos anteriormente mencionados la fecundidad en este territorio tuvo relación con el tipo de familia predominante y la mediana seguridad que traía la propiedad privada. Una mejor situación económica creó las condiciones de confianza para tener los buenos coeficientes de natalidad y nupcialidad que permaneció durante la primera mitad del siglo XX. La conformación de estas familias se dio alrededor de la búsqueda de una seguridad de un mercado estable dado por las posibilidades de la tierra. El pequeño productor se benefició de lo que se ahorra con los gastos de producción (mano de obra familiar) para invertirlo en ganancia neta o en el saldo de deudas recientes. La producción se concentró en familias propietarias de más o menos cuatro hectáreas de tierra productoras de un café suave basada en el bajo costo de la mano de obra familiar.

Los índices de natalidad y de nupcialidad tuvieron relación constante en los periodos de desarrollo de la producción del café. La familia patriarcal y la economía del café necesitaba muchas personas para la dinamización de esta actividad. La pequeña seguridad de la propiedad de la tierra junto algunos accesos alimentarios importantes dieron las condiciones de promesa económica para muchos jornaleros, colonos pobres o artesanos en busca de organizar su vida familiar con otra

persona¹⁴⁰. Basándonos en lo anterior podemos afirmar con relación a los datos del censo que en Caldas a principios del siglo XX se comenzó a articular la vida matrimonial alrededor de la vida económica para la producción y conservación de la vida agraria patriarcal. De ahí que la mayoría de los hombres de 30 a 39 años se casaran más en relación con los de 20-29 años, 40-49 años y los de más de 50 para los cuales el casamiento fue una realidad de forma casi homogénea. En cambio, las mujeres fueron casadas mayoritariamente de los 20-29 años y a los 30-39. Esto nos permite ver el número de intercambios comerciales de bienes inmuebles que se deseaban preservar a través de la tradición del matrimonio. La ubicación económica del padre de familia se consolidó como condición general para uniones formales dadas entre hombres mayores de 30 años y mujeres de 20-39 años¹⁴¹.

Frente a los niveles de alfabetismo se evidenció un 48% (331.258) de hombres y mujeres que más o menos a sus 15 años supieron leer y escribir¹⁴². Haciendo referencia a lo anterior podemos relacionar estos datos con los tipos de trabajos y acción del poblador de Caldas, según el censo de 1928 la mayoría de los hombres se dedicaron a la agricultura 44%; otros calificados como improductivos que en realidad fueron jornaleros o habitantes con oficios varios en la ciudad sin núcleo familiar 36%; obreros de pequeñas industrias 9%, actividades comerciales 5%, minería, fuerza pública, profesiones liberales, empleados públicos y ganadería sólo contaron con menos del 2% de ocupación. Las mujeres se dedicaron en su mayoría a oficios domésticos (54%) y a la categoría de improductivas referida al trabajo de jornal en cualquier oficio sin pertenencia a un núcleo familiar directo (38%) y trabajos de pequeña industria (5%)¹⁴³ No tomándose en cuenta los

¹⁴⁰ García Nossa, 186-202.

¹⁴¹ Oficina de Estadística Departamental de Caldas, «Población del año de 1928. Departamento de Caldas.», 18.

¹⁴² Oficina de Estadística Departamental de Caldas, 19.

¹⁴³ Oficina de Estadística Departamental de Caldas, 35-37.

improductivos, los cuales no pueden considerarse como profesionales, las personas dedicadas a la agricultura, en este caso ocuparán el 68,02% de los habitantes divididos por profesiones.

Por añadidura tenemos la caracterización de familias conformadas por más de 14 personas (12%) repartidas en dos viviendas cercanas en las que más o menos vivieron entre 6-7 personas¹⁴⁴. También hubo varias familias conformadas entre 4 y 5 personas (13%) y otras de cercana proporción de 6 a 7 personas (10%). 67% de las viviendas de las viviendas de estas familiares fueron rurales y 33% urbanas¹⁴⁵. La familia campesina constituyó el orden de la vida de principios del siglo XX hasta 1928.

Según la anterior información se destaca un predominio de la población masculina, que representa el 52% del total, con una notable proporción de individuos en las etapas de infancia y adolescencia. Este predominio de población joven sugiere una dinámica de crecimiento poblacional que podría tener implicaciones importantes en términos de demanda de servicios educativos, de salud y de empleo en el futuro próximo.

En cuanto a la actividad laboral, se evidencian claras diferencias entre las zonas urbanas y rurales. En las áreas urbanas, la población tiende a estar involucrada en actividades relacionadas con el comercio, los servicios y la industria ligera, mientras que, en las zonas rurales, la economía está dominada por la agricultura, particularmente la caficultura. Esta dualidad en la actividad económica refleja una segmentación socioeconómica que afecta diversos aspectos de la vida en Caldas, desde el acceso a servicios hasta las oportunidades laborales y educativas.

¹⁴⁴ Oficina de Estadística Departamental de Caldas, 43.

¹⁴⁵ Oficina de Estadística Departamental de Caldas, 44-49.

La consolidación de la familia patriarcal es otra característica relevante en la región, especialmente en el contexto de la economía cafetera. La estructura familiar patriarcal, donde el hombre es el principal proveedor y la mujer asume roles domésticos y de cuidado, se entrelaza con la organización social y económica de las comunidades cafeteras. Este modelo de familia no solo influye en las dinámicas sociales, sino también en la distribución de recursos y en las decisiones económicas dentro del hogar. Asimismo, existe una estrecha relación entre los índices de natalidad, nupcialidad y la producción cafetera. Durante períodos de alta producción cafetera, se observa un incremento en las tasas de nupcialidad y natalidad, lo que sugiere que la estabilidad económica proporcionada por el cultivo del café fomenta la formación de nuevas familias y el crecimiento poblacional. Por el contrario, en épocas de baja producción, estas tasas tienden a disminuir, reflejando la dependencia de la población de Caldas en la economía cafetera para su bienestar y estabilidad social.

Estos factores demográficos y económicos son cruciales para contextualizar estudios posteriores sobre la salud pública y las enfermedades en Caldas. La composición de la población, las diferencias en las actividades laborales entre zonas urbanas y rurales, la estructura familiar patriarcal y la relación entre la economía cafetera y las dinámicas poblacionales proporcionan un marco integral para entender cómo estos elementos pueden influir en la prevalencia y gestión de enfermedades en la región. Además, esta comprensión detallada de la demografía y la economía de Caldas permite una mejor interpretación de las políticas de salud y las intervenciones médicas necesarias para mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

2.2.8. Análisis comparativo de los resultados del censo de Caldas de 1912 y 1928

El análisis demográfico y económico de la región de Caldas durante el período comprendido entre 1912 y 1928 nos revela una serie de tendencias y transformaciones profundas que moldearon significativamente su estructura social y económica.

En primer lugar, el notable crecimiento del 20% en la población de Caldas entre 1912 y 1918 marcó un período de expansión demográfica sin precedentes. Este incremento significativo puede atribuirse a varios factores interrelacionados. La economía cafetera, en pleno auge durante este período, atrajo a una migración considerable hacia la región en busca de oportunidades económicas derivadas del cultivo y comercio del café. Esta migración no solo aumentó la población de Caldas en términos absolutos, sino que también modificó la composición demográfica y la dinámica social, estableciendo nuevas comunidades y centros urbanos en desarrollo.

En 1928, el censo reveló una distribución de la población donde el 31% residía en áreas urbanas y el 69% en áreas rurales. Esta división reflejaba la predominancia de una economía agrícola, especialmente centrada en la producción cafetera, que caracterizaba la vida rural de la región. Las ciudades principales como Manizales, Armenia y Pereira se destacaban como centros urbanos en crecimiento, impulsados por la economía cafetera y proporcionando servicios básicos y oportunidades laborales a una población en expansión.

En términos demográficos, la población de Caldas estuvo compuesta mayoritariamente por jóvenes y adolescentes. En 1918, por ejemplo, la primera infancia y la adolescencia representaron el 55% de la población, reflejando una población joven con implicaciones significativas para la planificación educativa y la mano de obra futura. Esta estructura demográfica también destacaba

la importancia de políticas públicas dirigidas a la salud materno-infantil y la educación primaria, como fundamentales para el desarrollo y bienestar de la población joven.

La actividad laboral estaba profundamente segmentada entre áreas urbanas y rurales. En las ciudades, predominaban actividades comerciales, servicios y pequeñas industrias, mientras que en las zonas rurales la agricultura, especialmente la caficultura, era la principal fuente de empleo. Esta dualidad socioeconómica influyó en las condiciones de vida y el acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad y transporte, que estaban más desarrollados en los centros urbanos que en las áreas rurales.

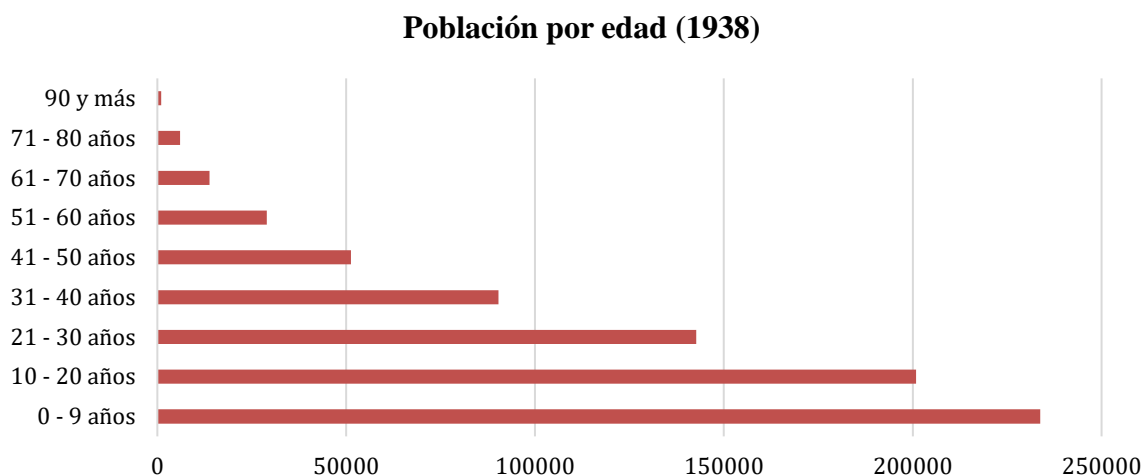
La consolidación de la familia patriarcal fue otro aspecto destacado en la estructura social de Caldas durante este período. En las comunidades cafeteras, el modelo de familia patriarcal prevaleciente asignaba roles específicos a hombres y mujeres, donde los hombres eran los principales proveedores y las mujeres gestionaban el hogar y la crianza de los hijos. Esta estructura familiar no solo organizaba la vida cotidiana, sino que también influía en las decisiones económicas y en la distribución de recursos dentro del hogar.

La relación entre los índices de natalidad, nupcialidad y la producción cafetera revelaba una interdependencia crucial entre la economía local y las dinámicas demográficas. Durante períodos de alta producción de café, se observaba un incremento en las tasas de matrimonio y nacimiento, indicando la estabilidad económica proporcionada por la industria cafetera y su impacto en la formación de nuevas familias. Sin embargo, fluctuaciones en la producción podían afectar estas tasas, subrayando la vulnerabilidad de la población a los ciclos económicos del café.

El período entre 1912 y 1928 fue testigo de transformaciones profundas en la demografía y la economía de Caldas, impulsadas por el crecimiento poblacional, la expansión urbana y la

consolidación de la economía cafetera. Estas dinámicas moldearon las condiciones sociales, económicas y familiares de la región, ofreciendo un marco integral para entender los desafíos y oportunidades que enfrentaba la población en ese momento. Este contexto histórico es esencial para informar políticas públicas efectivas que aborden las necesidades cambiantes de la población y promuevan un desarrollo equitativo y sostenible en Caldas.

2.2.9. Crecimiento exponencial de la población de Caldas en 1938



Gráfica 6. Población por edad en el Departamento de Caldas en 1938¹⁴⁶

En el censo de 1938 encontramos un total de habitantes de 769.968¹⁴⁷. Se evidencia crecimiento de un 18% más que en 1928 (624.201) con una diferencia de 145.767 habitantes más. La proporción de habitantes en lo rural y urbano fue similar a la de 1928. Cambió un 1% más en lo urbano y un 1% menos en lo rural. Este dato en torno al cambio de residencia y trabajo de los

¹⁴⁶ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, «Censo General de Población de la República de Colombia. Tomo V. Departamento de Caldas 1938» (Editorial Minerva, 1941), 21-22.

¹⁴⁷ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, 17.

pobladores no es poco¹⁴⁸. El 1% de la población fue de 7.699, más o menos 770 familias de 10 personas se desplazaron del campo a la ciudad en menos de 10 años.

2.2.10. Estructura por edad y género de la población de Caldas en 1938

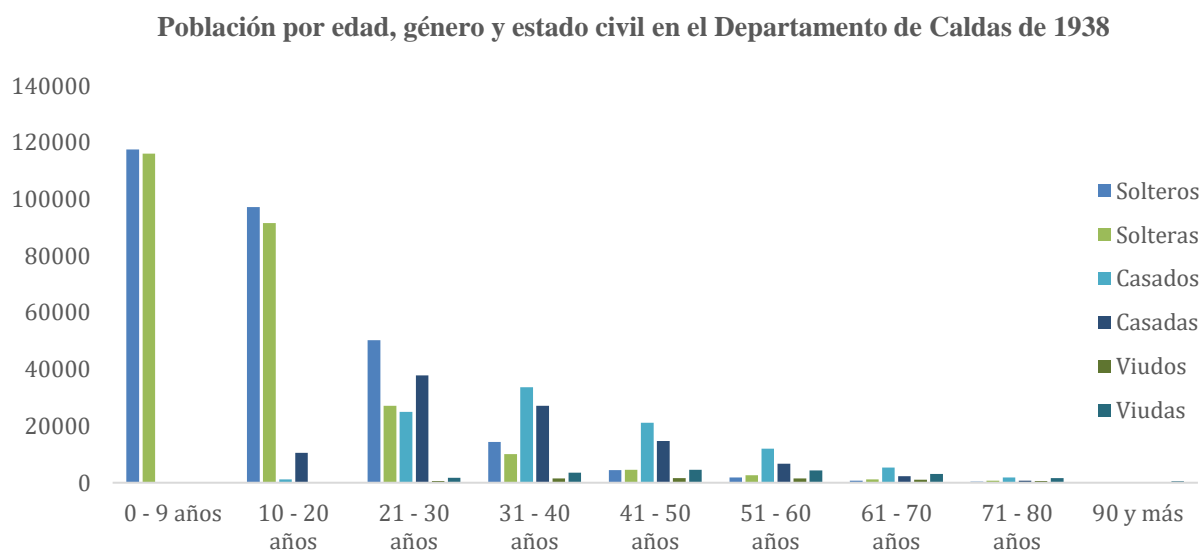
En concordancia con lo anterior, en Caldas los habitantes fueron 51% hombres y un 49% de mujeres mayoritariamente niños o jóvenes; 1% de diferencia entre las proporciones de hombres y mujeres de Caldas en relación al censo de 1918 y 1928: primera infancia (0-9 años) 30% (= que en 1928), adolescencia (10-20 años) 26% (3%+), juventud (20 - 29 años) 18% (1%- menos que en 1928), adultez (30 - 59 años) 23% (1%- en relación al porcentaje adulto de 1928) y vejez (60 años y más) 4% (= que en 1928) (Ver Gráfica no. 6).

Podemos encontrar un crecimiento progresivo de nacimientos que evidencian el nivel de fecundidad, unión y desarrollo demográfico intenso en Caldas. Se mantuvo el porcentaje de infantes con relación a las cifras de 1928. Esto nos da muestra también del éxito que tuvieron continuidad las políticas de la casa de leche en el país de principios del siglo XX en la región -esto lo abordaremos con más profundidad en el capítulo 3-. Un 4% más de adolescentes y jóvenes menores de 30 años nos permiten comprender como los nuevos ritmos de formación de familias en el campo y la ciudad configuraron una nueva mano de obra joven que fue un relevo generacional de los anteriores adultos que trabajaron en la economía del café. Un 1% (7.745 habitantes) menos de población adulta (30-59 años) evidencia una disminución de la edad máxima de expectativa de vida ya fuera por enfermedades epidémicas como la viruela, la fiebre amarilla o la tuberculosis, o por las mismas inclemencias del trabajo en relación con el poco cuidado de las aguas para la

¹⁴⁸ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, 11-12.

alimentación y manejo de basuras y desechos¹⁴⁹ -esto es algo que abordaremos con profundidad en el capítulo 3-. La anterior hipótesis se afirma con un 1% menos de adultos mayores en 1938 con respecto a las cifras de 1928. Una época compleja para envejecer, pero fecunda para nacer y crecer.

2.2.11. Cambios en el estado civil de la población de Caldas entre 1928 y 1938¹⁵⁰



Gráfica 7. Población por edad, género y estado civil en Caldas en 1938

La anterior afirmación también se puede sostener comprendiendo el número, porcentaje y edad de las mujeres y hombres que se casaron y enviudaron en esa época. La mayoría de los hombres casados figuraron entre los 31-40 más que los de 20 a 40 años. Esta tendencia permaneció o se mantuvo con relación a los datos de 1928. Las mujeres se casaron mayoritariamente de los 20-30 años con cercanías a las de 30-40. Estos datos no distan mucho de los que revisamos en el

¹⁴⁹ Ver, Castaño Vasco, «El aire Viciado».

¹⁵⁰ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, «Censo General de Población de la República de Colombia. Tomo V. Departamento de Caldas 1938», 20.

anterior censo. Se mantiene una forma de vida que va creciendo, aunque solamente pareciera se mantuviera. Esto nos permite comprender a la sociedad caldense dentro de intercambios económicos y sociales constantes y en movimiento frente a la búsqueda de un destino familiar que fue cambiando conforme a las oportunidades de trabajo. De un 53% de personas casadas en 1928 se pasó a 25% en 1938. Esta disminución de más de la mitad nos puede sugerir la muerte de una generación de adultos mayores casados por diversas causas de salud o vida, como también de un menor número de casamientos por diversos motivos alrededor del establecimiento en vivienda rural o urbana. De un 12% de habitantes viudos en 1928 se pasó a un 2% en 1938. Esto nos ayuda a representarnos una población con una leve mayor expectativa de vida en relación conjunta a sus altos niveles de fecundidad (Ver Gráfica no. 6).

Continuando con el análisis de la población viuda de 1.938 encontramos que las mujeres de 41 a 50 años enviudaron más y más temprano que los hombres. Cerca de 3.562 mujeres de 31 a 40 años perdieron de forma temprana a sus esposos por enfermedad, por vejez u otros motivos. Con respecto a los hombres encontramos una mayoría de (1.638) viudos de 41 a 50 años -pocos con respecto al número de viudas de esa misma edad (4.562)-. La coincidencia de una mayoría de viudos de 41 a 50 años nos permite hablar de un acercamiento a una expectativa de vida repartida hasta más o menos los 50 años en Caldas. El país para este momento experimentaba un 30% de mortalidad para con un índice de fecundidad de 43% mantenido hasta 1940¹⁵¹.

2.2.12. Niveles de alfabetización en Caldas en 1938

Con respecto al nivel de alfabetismo encontramos que en las cabeceras municipales de Manizales, Pereira y Armenia la mayoría de los hombres y mujeres de 15 a 30 años supieron leer.

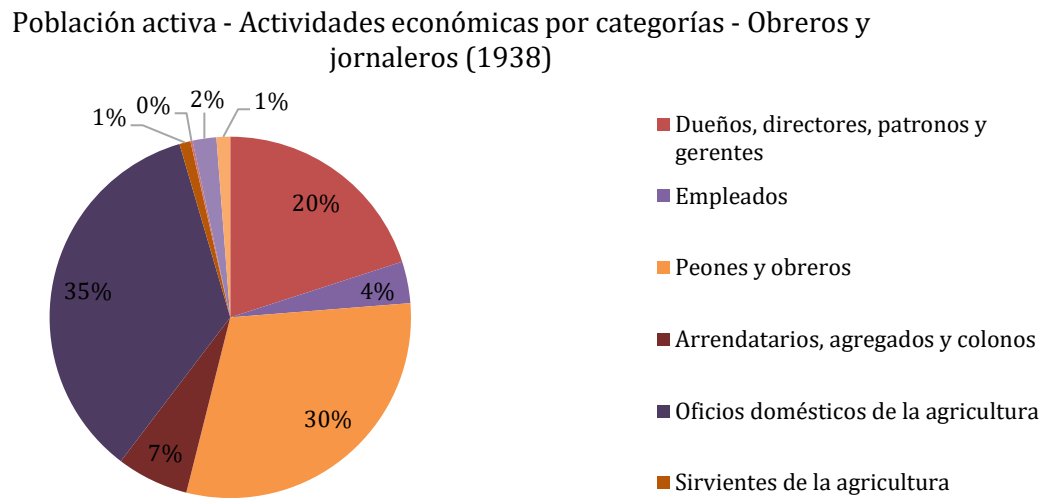
¹⁵¹ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, 9-10.

Para otros municipios aledaños se encontró una menor proporción de mujeres de 15 a 30 años que lograron leer. Es la única variación encontrada dentro de datos conjuntos que nos aportan la visión de una región que en 1938 contaba con una población adolescente y adulta que sabía leer un párrafo o más. Para ese mismo año las personas que sabían escribir fueron niños menores de 7 siete años, conformando un número de 21.902 niñas y 21.432 niños. Frente a menos de 10.000 mujeres de 15 a 40 años que aprendieron a escribir y leer para ese momento¹⁵². Los hombres supieron leer más que escribir, este oficio fue encargado en su mayoría a mujeres y niños que recién se empezaron a formar escolarmente en las cabeceras municipales de Manizales, Pereira y Armenia. En otras localidades municipales hubo más de 60.000 niños menores de 7 años que aprendieron a escribir junto a jóvenes de 15 a 40 años¹⁵³.

¹⁵² Ver, César Augusto Contreras, *Educación rural en Caldas* (Univ. Nacional de Colombia, 2006).

¹⁵³ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, «Censo General de Población de la República de Colombia. Tomo V. Departamento de Caldas 1938», 75-80.

2.2.13. Trabajo, ocupación y vida activa en Caldas en 1938

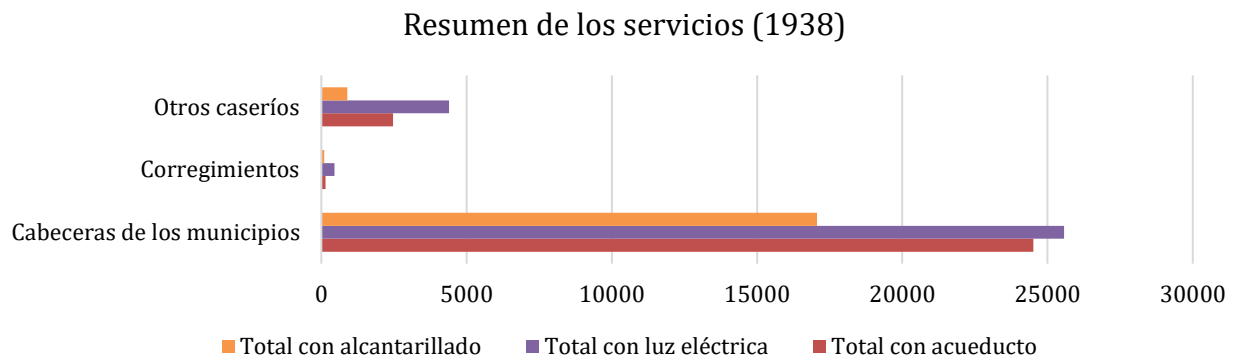


Gráfica 8. Población activa y actividades económicas de la población del Departamento de Caldas en 1938¹⁵⁴

El gran grueso de la población (más de 30.000 personas) en 1938 se dedicó a oficios concernientes a la agricultura, ganadería, explotación forestal, caza y pesca. Con respecto a una minoría empleada en servicios generales (5.000) y en pequeñas industrias de transformación (4.000). En el apartado de las actividades económicas por categorías encontramos a los llamados obreros dedicados en su mayoría a oficios domésticos de la agricultura (130.000), peones y obreros (110.000), dueños (directores, patronos y gerentes) (80.000) y una minoría de arrendatarios, agregados y colonos (30.000) (Ver Gráfica no. 7).

¹⁵⁴ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, 119-28.

2.2.14. Servicios públicos y ocupación de viviendas en Caldas en 1938



Gráfica 9. Resumen de los servicios generales de los edificios de habitación en el Departamento de Caldas en 1938¹⁵⁵

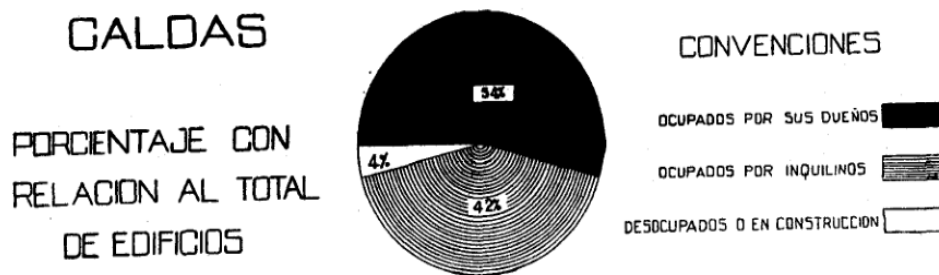


Ilustración 3. Porcentaje con relación al total de edificios y la tipificación de su ocupación

Los oficios de los pobladores fueron en su mayoría locaciones sin acueducto, luz, eléctrica y/o alcantarillado. Esto lo pudimos ver con un 30% de edificios con acueducto, luz y alcantarillado en las cabeceras municipales, frente a un 70% de viviendas con la carencia de todos estos servicios en Manizales, Pereira y Armenia. En los otros municipios no principales como corregimientos encontramos a 1% de los edificios de los pueblos con algunos de los servicios a los que nos estamos refiriendo anteriormente. Por último, encontramos como en otros caseríos (barrios y pueblos

¹⁵⁵ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, «Censo General de Población de la República de Colombia. Tomo V. Departamento de Caldas 1938».

colonos de nueva formación) un 60% comenzó a contar con estos servicios. Podemos afirmar que la mayoría de la población de este momento habitó en edificios sin ningún tipo de servicio público para el cuidado de sus núcleos familiares (Ver Gráfica no. 8). Sólo 15.441 viviendas de 121.651 contaron con acueducto, luz y alcantarillado, 6.323 con acueducto y luz y 1.366 con luz, pero sin acueducto o alcantarillado. Por último, cada uno de estos edificios estuvieron en su mayoría ocupada por sus dueños (54%) otra casi mitad ocupadas por inquilinos (42%) y un mínimo porcentaje de viviendas en construcción (4%) (Ver Ilustración no. 3)¹⁵⁶.

2.2.15. Análisis y conclusiones del censo comparativo de 1928 - 1938

El análisis exhaustivo del departamento de Caldas entre los años 1928 y 1938 nos reveló un panorama demográfico y social dinámico, marcado por significativos cambios en la composición y las condiciones de vida de su población.

En 1938, la población total de Caldas alcanzó los 769,968 habitantes, lo que representó un crecimiento del 18% respecto a 1928, cuando contaba con 624,201 habitantes. Este incremento demográfico refleja tanto el crecimiento natural como los flujos migratorios hacia la región, impulsados en gran medida por el desarrollo económico, particularmente en el sector cafetero. A pesar del crecimiento general, la proporción entre población urbana y rural se mantuvo relativamente estable en comparación con 1928, con un ligero aumento del 1% en la población urbana. Este fenómeno sugiere un incipiente proceso de urbanización, aunque las áreas rurales seguían siendo predominantes en términos de población.

¹⁵⁶ Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales, 218-25.

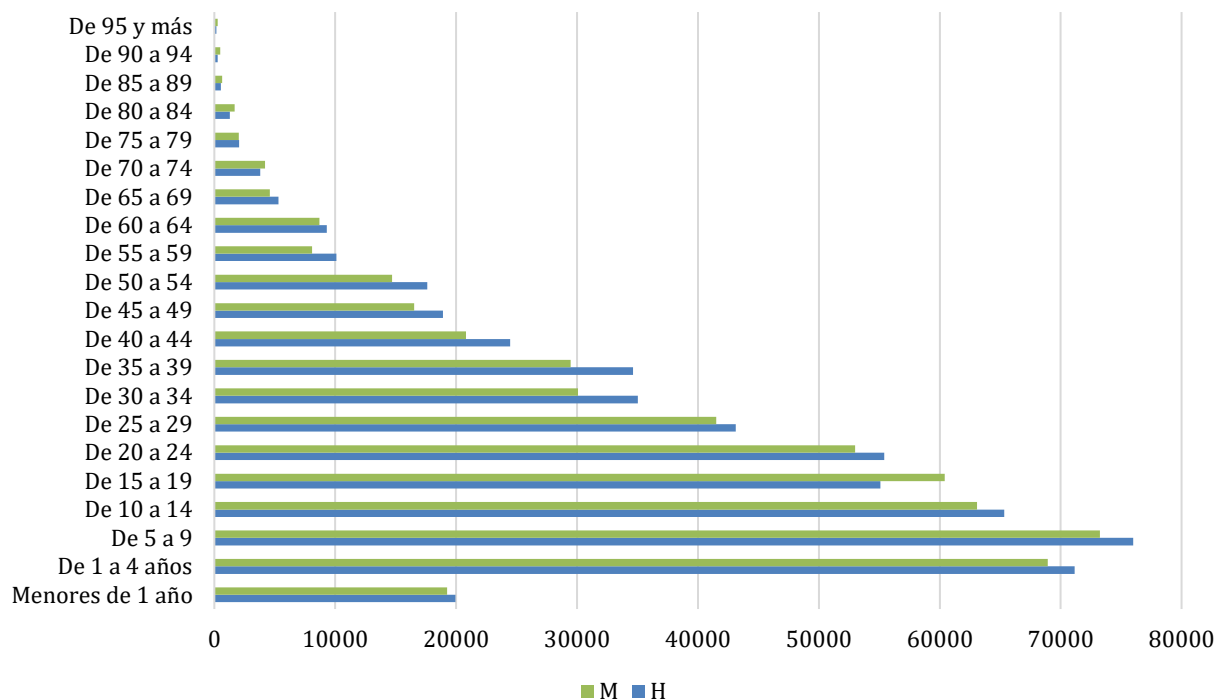
La estructura por edades de la población revela una distribución notablemente joven. La primera infancia (0-9 años) representaba el 30% del total, seguida por la adolescencia (10-20 años) con el 26%, y la juventud (20-29 años) con el 18%. Este perfil demográfico subraya la importancia de la juventud como una fuerza laboral en crecimiento y potencialmente dinamizadora de la economía regional. En contraste, la población adulta (30-59 años) y los adultos mayores (60 años o más) experimentaron ligeros decrementos en su proporción, lo que podría indicar cambios en la estructura familiar y envejecimiento poblacional.

Los cambios en el estado civil también son significativos. Entre 1928 y 1938, hubo una reducción notable en el porcentaje de población casada, que disminuyó del 53% al 25%. De manera similar, el porcentaje de viudos se redujo del 12% al 2%. Estos cambios reflejan transformaciones en los patrones de nupcialidad y mortalidad, posiblemente influenciados por factores económicos, sociales y culturales en evolución.

En cuanto al nivel de alfabetización, se observó que, en las principales ciudades, la mayoría de los hombres y mujeres de 15 a 30 años tenían habilidades de lectura. Sin embargo, en otros municipios y entre las mujeres, la alfabetización era menos frecuente en ese rango de edad. Esta disparidad subraya la necesidad de políticas educativas más inclusivas y equitativas para mejorar el acceso a la educación en áreas rurales y entre grupos vulnerables. En términos de servicios públicos y condiciones de vivienda, la mayoría de la población residía en edificios sin acueducto, luz eléctrica ni alcantarillado. Solo el 30% de las viviendas en las principales ciudades contaban con estos servicios básicos. A pesar de estas limitaciones, la mayoría de las viviendas eran ocupadas por sus dueños, lo que refleja una estabilidad residencial pero también la necesidad de mejorar las condiciones de vida básicas en la región.

2.3. Caldas florece en 1951: 20% más habitantes que en 1938

Población por grupos de edad y sexo en el departamento (Cabeceras y otras localidades) (1951)



Gráfica 10. Población por grupos de edad y sexo (1951)

En el censo de 1951 encontramos un total de habitantes de 1’032.180. Se evidenció un crecimiento de 20% más que en 1938 (769.968) con una diferencia de 262.212 habitantes más. Sin embargo, podemos afirmar que hubo un 20% más de crecimiento poblacional en relación censo de 1938 con 18%. En 1951 los habitantes fueron 52% (1% más que en 1938) hombres y un 48% (1% menos que en 1938) de mujeres mayoritariamente niñas o jóvenes.

2.3.1. Rostro Cambiante: Niños y jóvenes dominan el panorama demográfico

En 1951 se repitió una circunstancia de 1918 y 1938, se equiparó un 1% de diferencia entre las proporciones de habitantes hombres y mujeres de Caldas, es decir de 1918, 1928, 1938 y 1951 encontramos un ascenso de la población masculina en una disminución de 1% de mujeres en cada

caso. Como se vio en los anteriores censos, la población se conformó mayoritariamente por niños o jóvenes: primera infancia (0-9 años) 35% (5% más que en 1938), adolescencia (10-20 años) 23% (3% menos que en 1938), juventud (20 - 29 años) 18% (igual que en 1938), adultez (30 - 59 años) 24% (1% más en relación con el porcentaje adulto de 1928) y vejez (60 años y más) 8% (4% más que en 1938)¹⁵⁷ (Ver Gráfica no. 9).

2.3.2. Vitalidad en Aumento: Políticas de salud impulsan la explosión demográfica

De nuevo nos encontramos con panorama de crecimiento progresivo de nacimientos y permanencia en vida de infantes de más de 9 años -algo impensado a principios de siglo-. Esto nos evidencia el nivel de fecundidad, unión e intenso desarrollo demográfico de Caldas. Aumentó un 5% el porcentaje de infantes con relación a las cifras de 1938. Esto nos da muestra también del éxito que tuvieron continuidad las políticas de la casa de leche y otras estrategias de higiene y salud que se venían haciendo en el país en la mitad del siglo XX¹⁵⁸ en la región -esto lo abordaremos con más profundidad en el capítulo 3-. Un 3% menos de adolescentes y un porcentaje estable de jóvenes menores de 30 años nos permiten comprender como se mantuvieron los nuevos ritmos de formación de familias en el campo y la ciudad configuraron una nueva mano de obra joven que fue un relevo generacional constante y estable en su rango etario. Un 1% (1928) (10.000 habitantes) más de población adulta (30-59 años) evidencia un aumento de la edad máxima de expectativa de vida hasta los 70 en promedio más allá de ese rango estuvo reservado a pocas personas. Sin embargo y a pesar de las condiciones insalubres o salubres de los lugares, las enfermedades epidémicas como la viruela, la fiebre amarilla, la uncinariasis o la tuberculosis

¹⁵⁷ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, «Censo de Población de 1951 - Departamento de Caldas» (Imprenta Minerva, 1959), 9.

¹⁵⁸ Ver, Jorge Humberto Márquez-Valderrama y Óscar Gallo-Vélez, «Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940», *Historia Crítica*, n.º 32 (2006): 21-48.

siguieron atacando a la población -esto es algo que abordaremos con profundidad en el capítulo 3-

2.3.3. Familias en Transformación: Nuevas dinámicas familiares y vidas más longevas

En consonancia con lo anterior también se puede sostener la hipótesis de un aumento de la expectativa vida del momento comprendiendo el poco número, porcentaje y edad de las mujeres y hombres que se casaron y enviudaron en esa época. La mayoría de los hombres casados figuraron entre los 35-39 algo cercano a 1938 (31-40) más que los de 25 a 30 años. Esta tendencia permaneció o se mantuvo en relación con los datos de 1928 y 1938. Las mujeres en este año se casaron mayoritariamente de los de los 15-29 años con cercanías a las de 30-39. Estos datos no distan mucho de los que revisamos en el anterior censo. Se mantiene una forma de vida que va prosperando, aunque solamente pareciera se mantuviera. Esto nos permitió comprender a la sociedad caldense dentro de intercambios económicos y sociales constantes y en movimiento frente a la búsqueda de un destino familiar que fue cambiando conforme a las oportunidades de trabajo más especializadas en el café para ese momento. De un 53% de personas casadas en 1928 se pasó a 25% en 1938 para llegar en 1951 a un 28% de casamientos. Este aumento del 3% nos puede sugerir una constante de fecundidad que se dio de la mano con la ocupación de otros municipios como en el crecimiento acelerado de la población en las regiones cercanas a las cabeceras municipales. De un 2% de habitantes viudos en 1938 se pasó a un 1% en 1951. Esto nos ayudó a representarnos una población con una leve mayor expectativa de vida en relación conjunta a sus altos niveles de fecundidad¹⁵⁹. Tanto así que Caldas tuvo en los primeros lugares de

¹⁵⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, «Censo de Población de 1951 - Departamento de Caldas», 32.

población para ese momento 1) Cundinamarca: 1'624.044; 2) Antioquia 1'570.197; 3) Valle 1'106.927; y en cuarto lugar Caldas con 1'068.180¹⁶⁰.

2.3.4. Mujeres al Frente: Ellas toman la delantera en alfabetización

Con relación al nivel de alfabetismo encontramos de nuevo que en las cabeceras municipales de Manizales, Pereira y Armenia la mayoría de los hombres y mujeres de 15 a 30 años aprendieron a leer. En esos mismos municipios de cabecera se encontró una mayor proporción de mujeres de 7 años en adelante que ya supieron leer o escribir su nombre con fecha, ubicación y filiación institucional. Las mujeres llevaron la delantera en los niveles de alfabetización de los 15 a los 30 años – y antes a los 7 – no sólo en las cabeceras municipales sino también en los otros municipios en los que se equipararon los niveles de lectura, pero no de escritura. De 7 años en adelante el 50% de la población (500.000) menores de edad ya dominaban de alguna manera la lectura y la escritura, a ese nivel también llegaron los jóvenes de 15 a 30 años ocupando un 25% dentro de las condiciones que pudieron brindar Manizales, Pereira y Armenia a su población. En contraposición a los datos anteriores, los municipios no principales quedaron con un analfabetismo del 15%, ya fuera por estar desconectados de las estrategias de educación pública de la región o por temas económicos que sólo hasta hace muy poco se han podido solucionar. Es la única variación encontrada dentro de datos conjuntos que nos aportan la visión de una región que en 1951 contaba con una población adolescente y adulta que ya sabía leer un párrafo o más gracias a primer, segundo y tercer grado cursado¹⁶¹. La mayoría de los niños abandonaban el quinto grado de formación y ni qué decir de los pocos adultos que terminaban el primer grado. Para ese mismo

¹⁶⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, «Censo nacional de la República de Colombia de 1951» (Editorial Minerva, 1953.), 10.

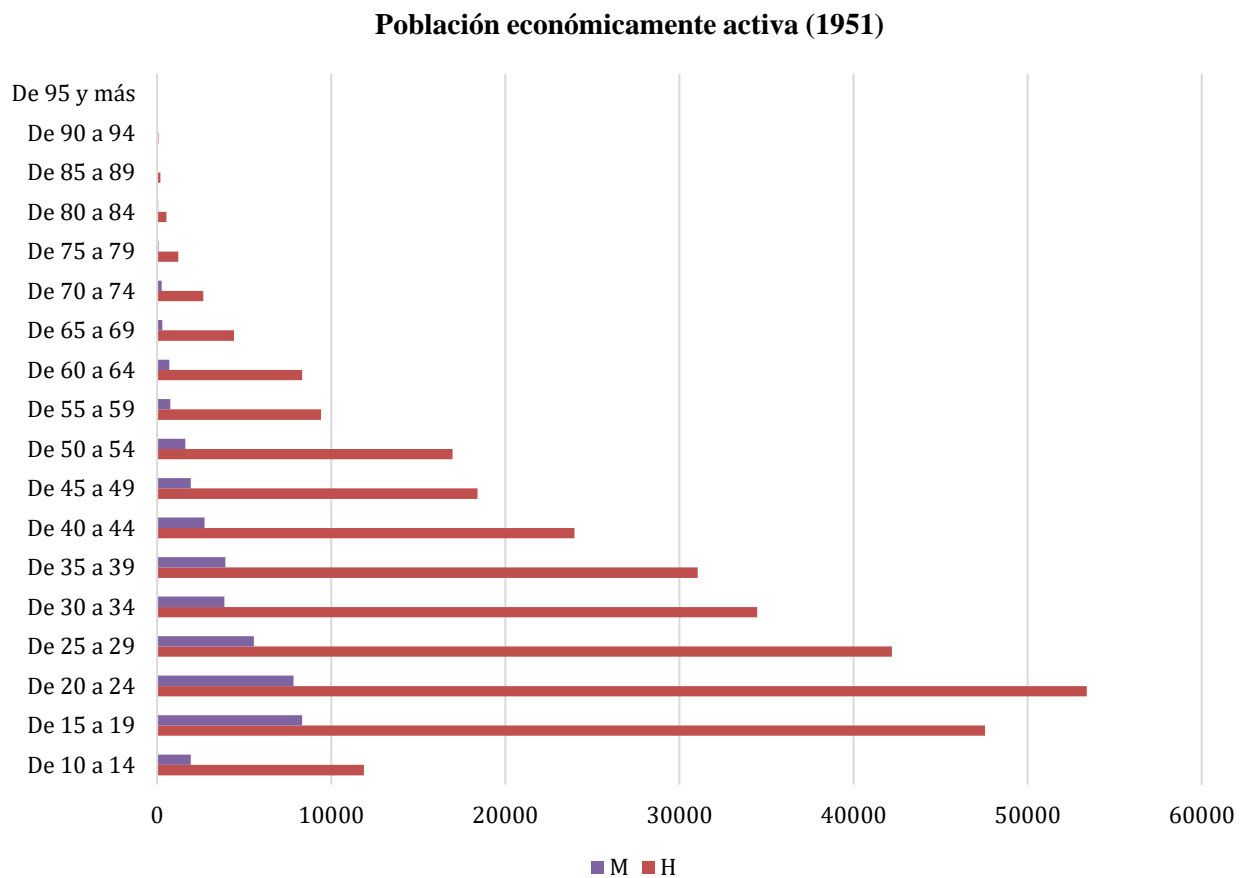
¹⁶¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, «Censo de Población de 1951 - Departamento de Caldas», 36.

año las personas que aprendieron escribir fueron niños menores de 7 siete años, conformando un número de 403.023 (21.902 en 1938) niñas y 423.330 (21.432 niños en 1938). Frente a más de 281.512 mujeres y 289.178 hombres de 15 a 40 años que sabían escribir y leer para ese momento¹⁶². Estos indicadores nos dan seña de un aumento del 400% de los niños, adolescentes y jóvenes que ya se venían familiarizando con algunos recursos de la escritura para los diversos motivos de la vida comercial, económica, política, judicial o educativa dado el caso privilegiado¹⁶³.

¹⁶² Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 39.

¹⁶³ Ver, Loaiza Zuluaga y Yasaldez Eder, «Origen de las Escuelas Normales en el Departamento de Caldas», *Revista historia de la educación latinoamericana* 18, n.º 26 (2016): 47-70.

2.3.5. *Trabajos y Roles*



Gráfica 11. Población económicamente activa en el Departamento de Caldas en 1951 ¹⁶⁴

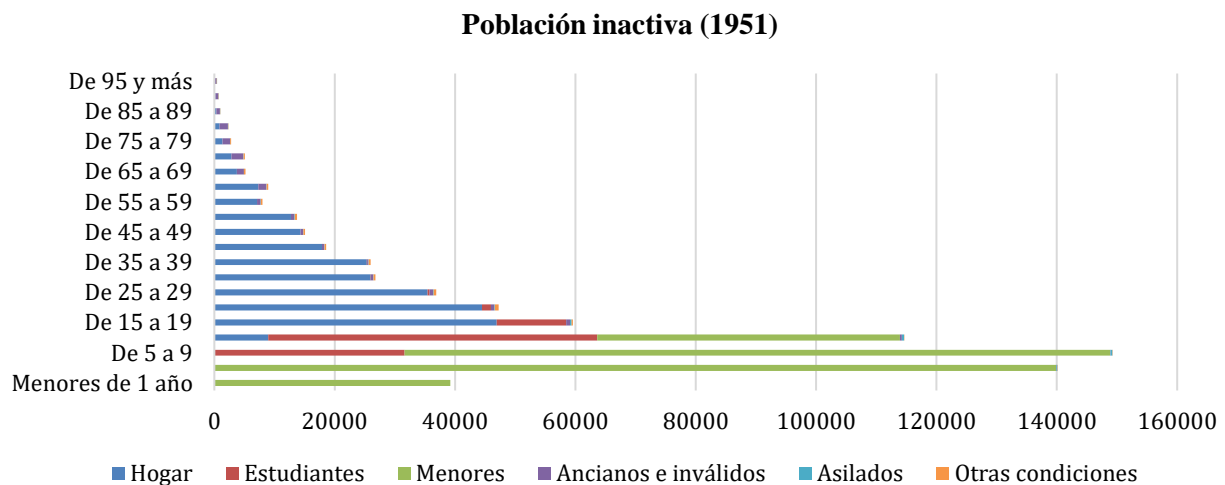
Este censo tuvo una particularidad con el de 1938. Lo concerniente a población económicamente activa en el censo de 1951 se refirió a individuos con ocupaciones y oficios que le generan lo necesario para vivir cómodamente de su trabajo, es decir, dependió de su salario¹⁶⁵. La población calificada como económicamente inactiva tuvo que ver con personas menos de 12

¹⁶⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, «Censo de Población de 1951 - Departamento de Caldas».

¹⁶⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 50.

años, mujeres dedicadas al hogar, estudiantes, pensionados, rentistas, ancianos o inválidos, asilados, presos, religiosos contemplativos y mendigos.

Pudimos encontrar una población masculina que dependió de un sueldo o un jornal con una mayoría de edad jóvenes de 20 a 24 años (53.407), le siguieron en orden de importancia y cantidad los de 25-29 años (42.209). Sin embargo, de los 30 a los 40 se mantuvo una población trabajadora menor a los 17.000. Desde los 10 a los 14 años ya figuraron también los adolescentes como dedicados a un oficio que les generaba cierto lucro. Frente a las mujeres económicamente activas encontramos a muy pocas reconocidas con el pago por los cuidados y servicios generales, más allá de ello, estas mujeres de 15-19 años (9.000) trabajaron recibiendo un sueldo junto a las mujeres de 20-29 (13.389). Esto nos dio la figuración de una sociedad conformada por un segmento masculino de la familia que velaba por el sustento agrícola y general de las amplias familias extensas que veremos más adelante (Ver Gráfica no. 10).



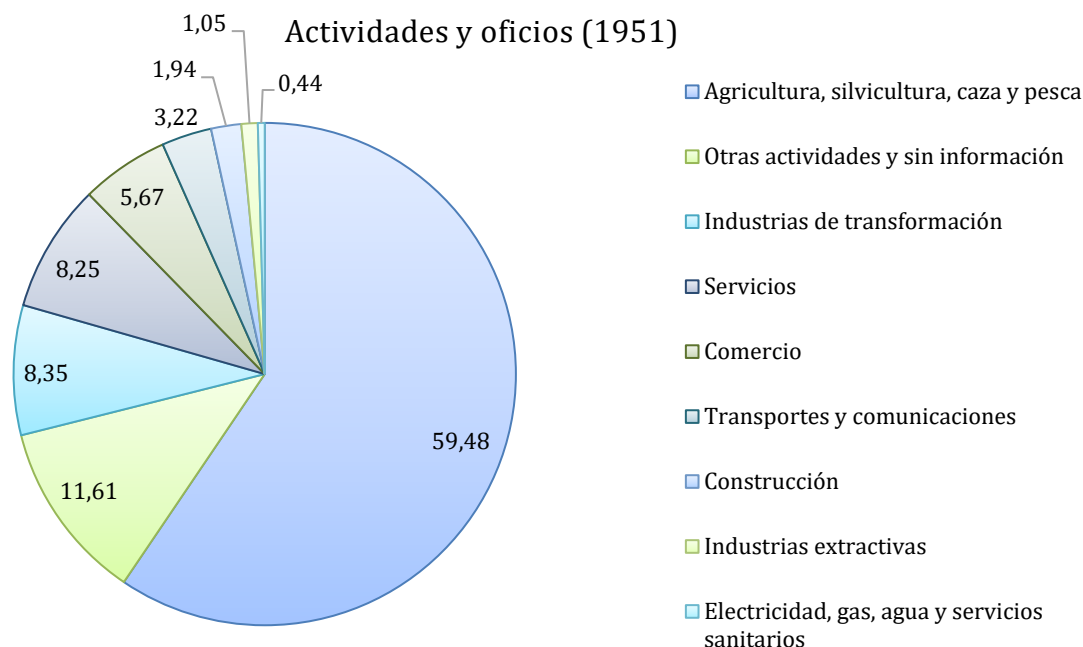
Gráfica 12. Población inactiva (1951)¹⁶⁶

¹⁶⁶ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 68.

La no generación de ingresos monetarios para el núcleo familiar significó en 1951 el sinónimo de una persona improductiva para los ingresos del Estado. Ver la población de esta manera hizo que los trabajos del hogar se asignaran a la gran mayoría de mujeres de 10 hasta los 74 años. Así mismo pudimos encontrar una gran mayoría de población calificada así por estar a la tutela de adultos que velaron por su sostenimiento hasta los 14 años más o menos. Ahí también encuadraron todos los inválidos de 15-50 años junto a la población de la tercera edad que logró llegar a más de los 70 años. Las actividades a las que se dedicaron la mayoría de los hombres fue lo concerniente a la agricultura, silvicultura, caza y pesca (208.760) (60%). El resto de las mujeres no profesionales fueron calificadas como inactivas dentro del trabajo de cuidado de casa, cultivo y niños. Sin embargo, las mujeres que fueron económicamente activas fueron profesoras, maestras y enfermeras (2.116)¹⁶⁷ (Ver Gráfica no. 11).

Pudimos encontrar una variación del tipo de actividades económicas en las que comenzó a explorar a lo largo de 1951, ejemplo de esto estuvo en la construcción de carreteras, edificios, procesos de servicios públicos de la electricidad, gas, agua, servicios sanitarios, comercio general, transportes-comunicaciones y otros oficios sin especificar.

¹⁶⁷ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 69.



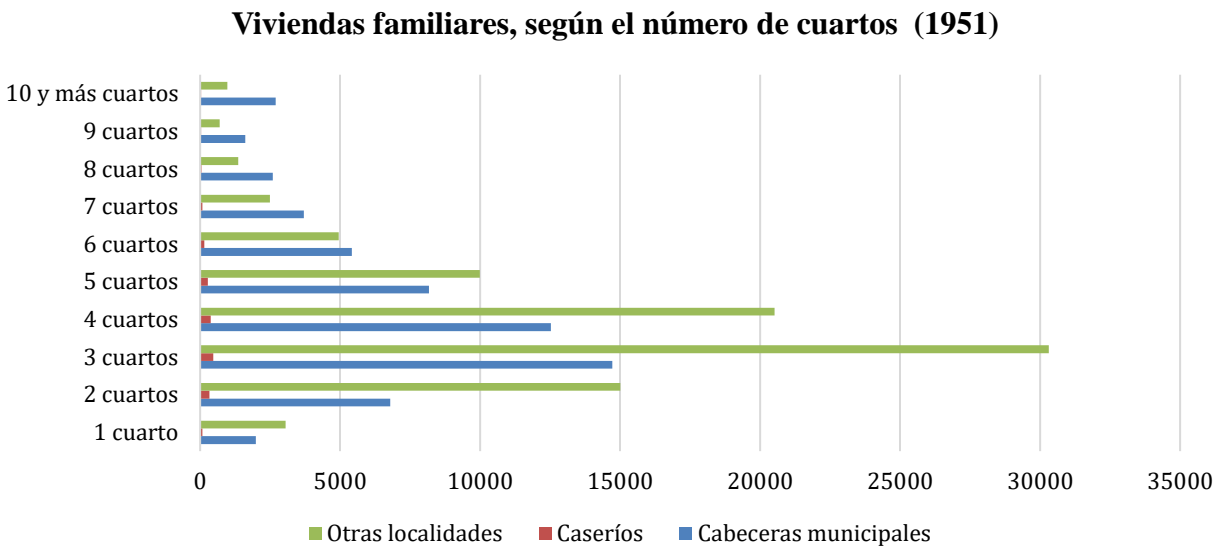
Gráfica 13. Actividades y oficios de la población económicamente activa del Departamento de Caldas en 1951¹⁶⁸

Si comparamos el porcentaje de ocupación en oficios domésticos y agrarios podemos afirmar que disminuyó en 1951 un 14%, pues en 1938 fue de 74% entre peones, obreros, oficios domésticos de la agricultura y agregados a haciendas. Esto nos indica una transformación de los municipios aledaños a las cabeceras municipales, un mayor intercambio poblacional que de a poco pudo dedicarse a otras actividades, industrias de transformación (8%), servicios (8%), comercio (5%), transportes y comunicaciones (3%), junto a un pequeño margen de construcción (2%), industrias extractivas (1%); y por último lo concerniente a los servicios públicos de la electricidad, gas, agua y servicios sanitarios en poca medida (0,44%)¹⁶⁹ (Ver Gráfica no. 12).

¹⁶⁸ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 74.

¹⁶⁹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 75-77.

2.3.6. Hacinamiento, familia y vivienda compartida



Gráfica 14. Viviendas familiares, según el número de cuartos en el Departamento de Caldas en 1951¹⁷⁰

Frente a las condiciones de vida en lo urbano y rural pudimos encontrar cambios en los diversos modos de vida familiar en las cabeceras municipales de Manizales, Pereira y Armenia se dieron en su mayoría dentro de familias de más de 10 personas por familia en las que existieron en promedio 3 cuartos para la habitación. De ahí siguieron las familias compuestas mínimo y medianamente entre 4 y 7 personas con la existencia de sólo dos cuartos. En los otros municipios se repitieron los números, las familias fueron generalmente extensas, más de 11 ocupantes de la vivienda con 3-4 cuarto. Una porción considerable se compuso de 5 a 6 personas por familia viviendo en un solo cuarto. En los caseríos encontramos mayorías de familias compuestas por 5 personas viviendo en 4 o 5 cuartos (Ver Gráfica no. 13). Hay que recordar que estos caseríos hicieron parte de las iniciativas barriales particulares del momento.

¹⁷⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, «1951, Censo de edificios y viviendas de Caldas» (Editorial Minerva, 1954), 27.

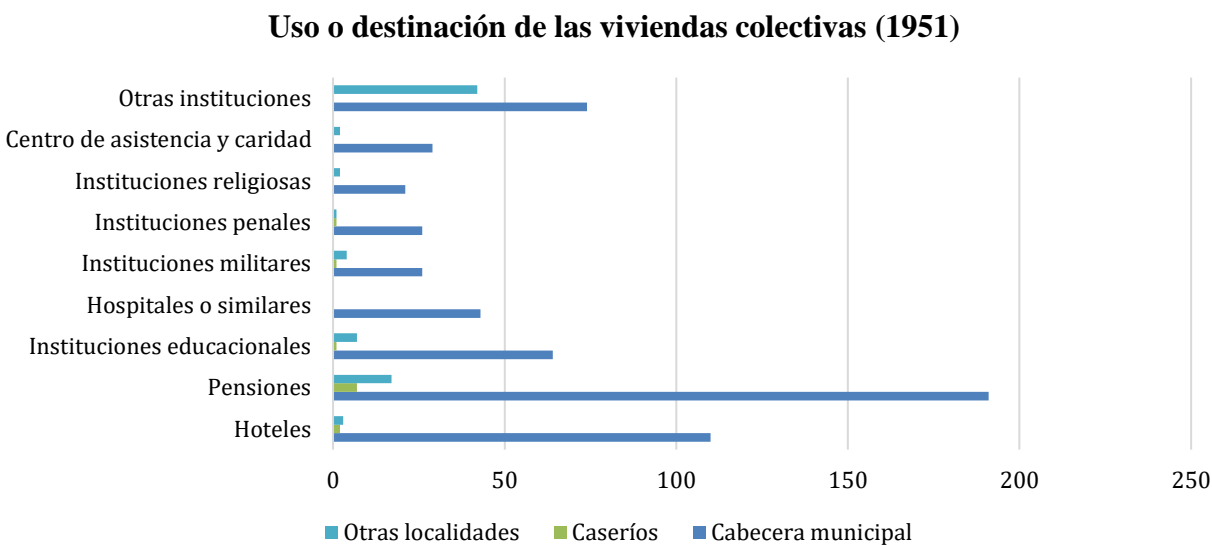
De nuevo como afirmamos en 1938 la vida familiar de los pobladores se dinamizaron en su mayoría en edificios sin acueducto, luz, eléctrica y/o alcantarillado. Ejemplo de esto lo podemos ver con el número de baños existentes en cada hogar. En las cabeceras municipales al menos casi 30.000 hogares contaban con un baño con alcantarillado. Sin embargo, otras 30.000 familias no contaron con ese servicio dentro de Manizales, Pereira y Armenia. En otras localidades u otros municipios más de 80.000 familias no contaron con un baño conectado a algún acueducto. Más de 40.000 viviendas tuvieron al menos un sanitario dentro de las cabeceras municipales nombradas anteriormente, algunos pudieron contar con un baño o dos según la capacidad económica. En los municipios no centrales encontramos una ausencia de sanitarios para el buen manejo de los residuos excrementales de la población lejana de las regiones centrales del departamento. Sin embargo 16.767 letrinas se construyeron para tratar de manejar el tema del alcantarillado en esas regiones apartadas por el mismo departamento¹⁷¹.

En este momento comenzaron a tener protagonismo los edificios públicos con relación a un uso similar a las habitaciones o casas que hasta 1938 se dedicaron en su mayoría al hotelaría, - nada lejano a lo ocurrido en 1951-. Ejemplo de esto lo vemos en 191 pensiones en las cabeceras municipales, 110 hoteles, 74 instituciones de caridad, 64 colegios, 54 instituciones militares, 21 instituciones religiosas y 29 centros oficiales de asistencia, salud y caridad en toda Manizales, Pereira y Armenia. En los otros municipios encontramos más uso a instituciones de salud, algún porcentaje a las pensiones y otro poco a la educación, lo militar y algunos pequeños centros de asistencia y caridad. Se denota en 1951 también una mejoría al acceso al agua potable del 92% (522 viviendas) en Manizales, Pereira y Armenia, una diferencia del 50% en 1938. En los otros municipios sólo un 7% contó con servicios de agua. Estas carencias en la disponibilidad de los

¹⁷¹ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 20-25.

servicios públicos con pocas casas en las cabeceras departamentales con luz (500) y mucho menos en los otros municipios con menos de las 50 casas con luz.

2.3.7. *El surgimiento de nuevas edificaciones públicas colectivas*



Gráfica 15. Uso o destinación de las viviendas colectivas en Caldas en 1951¹⁷²

Los edificios de uso público como colegios, edificios militares, gubernamentales, de salud, caridad y otros contaron con algunos sanitarios, luz y agua potable. Pudimos ver mejoras en relación con 1938 frente los indicadores de servicios públicos para la medicalización de los elementos naturales que permitan una salud estable. Mejora al menos en las cabeceras se pudo ver un poco con el acceso a la luz, alcantarillado y agua para los edificios públicos y algunos nuevos barrios de esas ciudades centrales (Ver Gráfica no. 14). Esto no fue así en los municipios, más allá de esto o podemos ver con un 20% de edificios con acueducto, luz y alcantarillado en las cabeceras municipales, frente a un 50% de viviendas con la carencia de todos estos servicios en Manizales,

¹⁷² Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 79-80.

Pereira y Armenia¹⁷³. En los otros municipios no principales como corregimientos encontramos a 1% de los edificios de los pueblos con algunos de los servicios a los que nos estamos refiriendo anteriormente. La mayoría de las casas no tuvieron más de una planta en las cabeceras municipales, todas las viviendas en su mayoría pertenecieron al ámbito rural con más de 90.000 con relación a las 42.000 de Manizales, Pereira y Armenia. De nuevo se encuentra un uso comercial de la propiedad destinado a la renta a la habitación para la familia extensa. La mayoría de los materiales de las viviendas de los municipios principales y secundarios estuvieron contruidos en madera (48.164), tierra (1.788) y muy pocas con cemento o baldosa (2.447). Ya fuera en caseríos, otros municipios y algunos centros poblacionales del departamento, la mayoría de los pisos estuvieron contruidos sobre madera junto a una composición de muros de adobe y bareque que se conformó como una continuidad de toda la primera mitad del siglo XX¹⁷⁴. Por último, encontramos como en otros caseríos (barrios y pueblos colonos de nueva formación) un 90% comenzó a contar con estos servicios. Podemos afirmar, aunque más de la mayoría de la población de este momento habitó en edificios sin ningún tipo de servicio público para el cuidado de sus núcleos familiares.

2.3.8. Análisis de los resultados del censo de 1951

El censo de 1951 nos proporciona una visión detallada y comprehensiva de la evolución demográfica, las condiciones socioeconómicas, y los avances educativos en el departamento de Caldas. A través de un análisis profundo de los datos recopilados, se pueden extraer conclusiones significativas que reflejan tanto los logros como los desafíos enfrentados por la región en esa época crucial de su historia.

¹⁷³ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 36-38.

¹⁷⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 40-41.

A mitad del siglo XX, la población total de Caldas alcanzó la cifra de 1,032,180 habitantes, lo que marcó un incremento del 20% en comparación con los 769,968 habitantes registrados en 1938. Este crecimiento refleja un período de expansión demográfica impulsado por varios factores, incluyendo el desarrollo agrícola, especialmente en la industria del café, que atrajo migrantes internos y contribuyó al aumento poblacional.

La composición demográfica mostró una estructura predominantemente joven. La primera infancia (0-9 años) representó el 35% de la población, lo que reflejó un incremento respecto a 1938. La adolescencia (10-20 años) representó el 23%, mientras que la juventud (20-29 años) fue del 18%. Esta distribución demográfica resalta la importancia de políticas orientadas a la salud infantil y juvenil, así como a la educación y formación profesional para garantizar el desarrollo sostenible de la región en el futuro.

El hacinamiento y la vivienda compartida continuaron siendo desafíos significativos en Caldas en 1951. Especialmente en las áreas urbanas más densamente pobladas como Manizales, Pereira y Armenia, muchas familias enfrentaban condiciones de vivienda precarias debido a la falta de infraestructura adecuada y planificación urbana insuficiente. El censo destacó la necesidad urgente de políticas de vivienda que pudieran mejorar las condiciones de vida y reducir el hacinamiento, promoviendo entornos más saludables y seguros para todos los residentes.

Además, se observó un surgimiento de nuevas edificaciones públicas colectivas en la región, lo cual reflejó un cambio en las políticas de infraestructura pública y enfoques innovadores hacia el desarrollo urbano. Estas iniciativas no solo buscaban satisfacer las necesidades básicas de vivienda, sino también promover un desarrollo urbano más equitativo y sostenible que beneficiara a toda la comunidad.

En términos educativos, hubo avances significativos en la alfabetización, especialmente en las capitales municipales como Manizales, Pereira y Armenia. La mayoría de los jóvenes de 15 a 30 años habían adquirido habilidades de lectura y escritura, lo cual era crucial para su participación en la vida económica y social. Sin embargo, persistían disparidades en las áreas rurales y entre las mujeres más jóvenes, subrayando la necesidad de continuar invirtiendo en educación y garantizar un acceso equitativo a oportunidades educativas para todos los habitantes de la región.

La distribución de la actividad económica mostró una concentración significativa en la población masculina, con una mayoría de hombres jóvenes de 20 a 29 años participando en sectores salariales y ocupacionales. En contraste, las oportunidades laborales para las mujeres, especialmente las jóvenes, eran más limitadas y predominantemente concentradas en roles de cuidado y servicios generales. Esta disparidad refleja las dinámicas de género y las estructuras ocupacionales tradicionales que persistían en la sociedad caldense de la época.

El censo de 1951 proporcionó una base sólida para entender los desafíos y oportunidades que enfrentaba Caldas en ese momento crucial de su desarrollo. A medida que la región continuaba experimentando un crecimiento demográfico y económico, era evidente la necesidad de políticas públicas que promovieran un desarrollo equitativo y sostenible. La mejora en las condiciones de vivienda, la expansión de la educación y la promoción de oportunidades laborales igualitarias eran áreas clave que requerían atención y acción coordinada por parte de las autoridades locales y nacionales.

2.4. Conclusiones del capítulo dos

La constitución del Departamento de Caldas en 1905 representó un hito significativo en la historia de la región, otorgándole una autonomía política y administrativa crucial frente al Departamento de Antioquia. Este cambio estructural no solo formalizó una nueva entidad administrativa, sino que también estableció las bases para un desarrollo demográfico y económico acelerado que transformaría profundamente a Caldas en las décadas siguientes. El proceso de colonización antioqueña, que fue particularmente activo durante el siglo XIX, atrajo a una población considerable que fundó numerosos municipios, entre ellos Neira, Manizales y Santa Rosa. Este flujo migratorio no solo incrementó la población local, sino que también diversificó las actividades económicas y culturales de la región. La colonización fomentó un entorno vibrante que facilitó el desarrollo de una economía mixta, basada tanto en la agricultura como en actividades emergentes en los nuevos núcleos urbanos.

El contexto geográfico y climático de Caldas, caracterizado por un paisaje montañoso y una variedad de pisos térmicos, también desempeñó un papel crucial en su desarrollo demográfico. Esta diversidad climática permitió el cultivo de una amplia gama de productos agrícolas, incluyendo café, frijol y plátano. Estas condiciones naturales no solo sustentaron la subsistencia de la población, sino que también fomentaron un crecimiento poblacional sostenido a lo largo del tiempo, proporcionando una base sólida para el desarrollo económico de la región. El cultivo del café emergió como la principal actividad agrícola y exportación de Caldas a partir de la década de 1920, marcando un punto de inflexión en su historia económica y demográfica. Este cultivo atrajo inversiones significativas y mejoró la infraestructura regional, promoviendo el desarrollo urbano en ciudades como Manizales, Armenia y Pereira. La bonanza cafetera generó una riqueza

económica considerable, impulsando la migración hacia los centros urbanos y mejorando las condiciones de vida, incluyendo el acceso a servicios de educación y salud.

Entre 1912 y 1918, Caldas experimentó un notable crecimiento poblacional del 20%, atribuido en gran medida a la migración atraída por las oportunidades económicas vinculadas al cultivo del café. Para 1928, la población se distribuía con un 31% en áreas urbanas y un 69% en áreas rurales, reflejando la predominancia de una economía agrícola centrada en la caficultura. Esta distribución poblacional evidenció la importancia de la agricultura en la vida diaria de los caldenses, al mismo tiempo que comenzaba a surgir un proceso incipiente de urbanización. La estructura demográfica de Caldas durante este período se caracterizaba por una población mayoritariamente joven. En 1918, la primera infancia y adolescencia representaban el 55% de la población, lo cual subrayaba la necesidad de políticas públicas enfocadas en la salud materno-infantil y la educación primaria. Esta joven estructura demográfica también implicaba un futuro incremento en la demanda de servicios educativos, de salud y empleo, configurando un desafío importante para las autoridades locales.

La dualidad socioeconómica entre áreas urbanas y rurales se hacía evidente en las diferencias en condiciones de vida y acceso a servicios básicos. Mientras que las áreas urbanas comenzaban a desarrollarse y a ofrecer mejores oportunidades en términos de servicios públicos e infraestructura, las áreas rurales seguían dominadas por la economía agrícola, con condiciones de vida más precarias. Este contraste reflejaba una segmentación socioeconómica que afectaba diversos aspectos de la vida en Caldas, desde el acceso a servicios hasta las oportunidades laborales y educativas. La consolidación de la familia patriarcal fue otra característica relevante de la estructura social de Caldas durante este período. En este modelo, el hombre asumía el rol de principal proveedor mientras que la mujer se dedicaba a los roles domésticos y de cuidado. Esta

estructura familiar no solo influía en las dinámicas sociales, sino también en la distribución de recursos y las decisiones económicas dentro del hogar, perpetuando una organización social que reflejaba las normas y valores de la época.

Entre 1928 y 1938 se observaron cambios significativos en el estado civil de la población, con reducciones en los porcentajes de población casada y viuda. Estos cambios sugerían transformaciones en los patrones de nupcialidad y mortalidad, posiblemente influenciados por mejoras en las condiciones de vida y servicios de salud. Los niveles de alfabetización también mostraban variaciones significativas, siendo más altos en las principales ciudades y menores en áreas rurales y entre mujeres, reflejando disparidades en el acceso a la educación. Para 1938, la población de Caldas había crecido un 18% respecto a 1928, alcanzando los 769,968 habitantes. La distribución urbano-rural se mantuvo relativamente estable, con un ligero incremento en la población urbana. La estructura por edades seguía siendo predominantemente joven, con la primera infancia y adolescencia representando el 56% de la población. Este patrón demográfico reflejaba un continuo proceso de crecimiento y urbanización, impulsado por el desarrollo agrícola y las migraciones internas. En 1951, la población de Caldas alcanzó 1,032,180 habitantes, con una estructura demográfica aún más joven, donde la primera infancia representaba el 35% de la población. Estos datos reflejan un período de expansión demográfica impulsado por el desarrollo agrícola y la migración interna. El aumento en la población joven subrayaba la importancia de invertir en infraestructura educativa y de salud para satisfacer las necesidades de una población en crecimiento.

La caracterización de familias en Caldas durante este período también mostraba la prevalencia de estructuras familiares extensas y patriarcales. Las familias con más de 14 personas representaban el 12% de la población, generalmente repartidas en dos viviendas cercanas con 6-7

personas por vivienda. Además, un 13% de las familias estaba conformado por 4-5 personas y otro 10% por 6-7 personas. El 67% de estas viviendas eran rurales y el 33% urbanas, reflejando una fuerte presencia de la familia campesina en la organización social y económica de Caldas. En términos de actividad laboral, se observaban claras diferencias entre las zonas urbanas y rurales. En las áreas urbanas, la población tendía a estar involucrada en actividades relacionadas con el comercio, los servicios y la industria ligera. En las zonas rurales, la economía seguía dominada por la agricultura, particularmente la caficultura. Esta dualidad en la actividad económica reflejaba una segmentación socioeconómica que afectaba diversos aspectos de la vida en Caldas, desde el acceso a servicios hasta las oportunidades laborales y educativas.

En conclusión, el análisis de los períodos de 1912-1928, 1928-1938 y 1951 revela las profundas transformaciones demográficas, socioeconómicas y culturales que moldearon la región de Caldas durante el siglo XX. La constitución del territorio y la subsecuente migración, junto con el desarrollo agrícola y la consolidación de la caficultura, impulsaron un crecimiento demográfico significativo y una diversificación económica. Este contexto histórico es fundamental para informar políticas públicas efectivas que aborden las necesidades cambiantes de la población y promuevan un desarrollo equitativo y sostenible. La comprensión detallada de estas dinámicas permite una mejor interpretación de las intervenciones necesarias para mejorar las condiciones de vida de los habitantes de Caldas, asegurando que las estrategias de desarrollo respondan adecuadamente a las particularidades históricas y demográficas de la región.

2.4.1. Conclusiones específicas del capítulo en conexión con lo nacional

Además de las anteriores conclusiones deseamos poner el acento en el constante crecimiento demográfico que vivió el Departamento de Caldas gracias a muchas de las dinámicas

económicas, territoriales, políticas y sociales que explicamos con anterioridad. Ejemplo de esto, en Manizales el crecimiento poblacional urbano se cuadruplicó en 1940, pasando de 24.656 en 1905 a 98.826 en 1940. Hubo un crecimiento demográfico significativo para toda la década del 30, tiempo en el que fue la danza de los millones y la vuelta al ruedo del café en el mercado internacional. De lo anterior se siguió un crecimiento de los nacimientos de 1927 a 1935 bajo una cifra estable de 2.500 para cada año. Las condiciones modernizadoras del ciclo económico del café permitieron a la ciudad lograr que la tasa bruta de natalidad superará la tasa bruta de mortalidad que venía consolidada por muertes de infantes de 0 - 5 años a principios de siglo. Esta realidad se transformó poco a poco con la migración de algunos campesinos a la ciudad o poblaciones flotantes de otros departamentos que buscaban mejores opciones de trabajo allí¹⁷⁵.

La mayoría de población de la región se asentó en áreas rurales. Si bien durante el periodo de estudio se percibe un crecimiento importante de los núcleos urbanos de la región. Para el periodo de 1843 a 1870 la tasa de crecimiento poblacional fue de 51.33 por 1.000, se consideró como una de las tasas más altas que tuvo el departamento 1870 a 1905 la tasa se ubicó en un 35.31 por 1000; 1905 - 1935 la tasa se ubicó en un 38.88 por la variada inmigración para el cultivo del café. Los índices de crecimiento de Caldas fueron comparables con los del Departamento como el Atlántico con un 42.2 por 1.000, el Valle con 41.7 por 1.000 y el Magdalena con un 39.6 calculado para 1912-1933¹⁷⁶.

Los índices de nacimientos se ubicaron para el año 1919 en un 93 con un alza constante hasta un índice de 172 para el año 1934 -casi el doble en catorce años-. Las mujeres se casaban

¹⁷⁵ Jenny Norela Lozada-Castellanos, «Desarrollo económico, modernización y cambio demográfico: aportes para la historia social de Manizales, 1900-1940», *Eleuthera* 23, n.º 2 (1 de julio de 2021): 83-100, <https://doi.org/10.17151/eleu.2021.23.2.5>.

¹⁷⁶ García Nossa, *Geografía económica de Caldas*, 180-185.

con edades cercanas a los 14 años hasta los 29 años, los hombres de los 25 hasta los 39 años. La tendencia principal de edades de matrimonio se ubicó de los 30 a los 39 años. Indicador del desarrollo de cierta seguridad económica dada por un terreno o un empleo oficial en los mejores de los casos. El volumen de las familias tuvo un promedio mínimo de 5 hijos por familia a una media de 9.2 hijos en Caldas por cada familia conformada, siendo Manizales, Pereira, Aguadas, Calarcá, Riosucio y Santa Rosa las ciudades con los anteriores indicadores. Esto significó una ampliación de la producción de árboles de café en Manizales, en el año 1922 sembraron 2'526.500 para llegar a 4'470.196 árboles de café en 1932¹⁷⁷. El carácter de la familia tradicional ayudó a que la empresa cafetera se desarrollara de la manera que lo hizo.

La población caldense se distribuyó de forma heterogénea en los pisos térmicos templados y fríos, siendo relativamente escasa en las zonas cálidas como La Dorada en su condición de puerto fluvial sobre el Magdalena. La distribución demográfica estuvo en 1951 con un 2% en la Región de la Costa del Pacífico, un 17% para la Región del Caribe y un 78.4% en las Regiones Andinas distribuidas en la zona Central con un 8.7%, 30.4% en la Oriental y 39.3% en la Occidental, zona en la que se ubica Caldas para ese momento y hoy. Con respecto a la relación demográfica con los pisos térmicos se apuntaba a la caracterización de un 0.5% para el piso térmico de páramo, 22.5% para el frío, 37% para el templado y un 40% para el cálido. Esta composición, relación y determinación demográfica-geográfica se correspondió para con la composición histórica demográfico-territorial del país para finales del siglo XIX y toda la mitad del siglo XX. Con respecto a la población urbana de las 16 capitales departamentales se apuntaba para el año 1938 el número de 1'059.815 habitantes; en el censo de 1951 se duplicó a 2'141.307 habitantes, casi el 18.4% de la población de Colombia. Muy poco comparado con el casi 70% que vive directamente

¹⁷⁷ García Nossa, 202-10.

de la economía agropecuaria. Caldas para ese momento fue una zona importante para comunicar de forma terrestre el Oriente y el Occidente del país de forma nacional¹⁷⁸.

Las mayores concentraciones demográficas estuvieron directamente relacionadas con la actividad agrícola más que con la ganadería que fue en extremo reducida por la poca mano de obra que requería. Los lugares en los que más se registraron personas fueron en las veredas cafeteras. Estas tuvieron los mayores índices de población debido al piso térmico templado y el modo de trabajo operativo del café sacado de la finca familiar. Los índices demográficos tuvieron que ver también con la alta demanda de mano de obra en todo el proceso del cultivo, procesado y producción del café para la exportación. Para las zonas ganaderas la potencial población disminuyó en relación directa con el aumento de las cabezas de ganado. A pesar de la gran extensión territorial, absorbió muy poca población. La distribución demográfica según los pisos térmicos del departamento estaría del siguiente modo dada, 1.4% en el piso térmico paramuno, 7.2% cálido, 21% frío y 70.4% templado. La población dentro de esos pisos térmicos se repartió en lo rural y lo urbano, los de piso térmico cálido tuvo 23.4% de población urbana y 76.6% de población rural, el templado tuvo para las ciudades capitales un 27.7% y un 72.8% para lo rural y, por último, el frío con un 41% de pobladores urbanos y un 59% de habitantes de lo rural.

En este sentido hablaríamos de una sociedad rural con acumulación de capitales que permitieron la construcción de ciudades capitales que dinamizaron el comercio y el intercambio de materias primas extranjeras y nacionales. Sin embargo, el potencial demográfico de algunas ciudades creció más que otras, ejemplo de eso estuvo Manizales¹⁷⁹. Una ciudad que reflejó la

¹⁷⁸ Departamento técnico de la seguridad social campesina y Ministerio del trabajo - República de Colombia, *Caldas - Estudio de su situación geográfica, económica y social, como base para el establecimiento de un régimen de seguridad regional*, 12.

¹⁷⁹ Departamento técnico de la seguridad social campesina y Ministerio del trabajo - República de Colombia, 20.

actividad económica del departamento con la dependencia de la economía cafetera para sostener a la población creciente. Esta ciudad para mitad del siglo gozó de un 90% de la población derivando su sustento con actividades distintas a las agropecuarias. La Dorada para ese momento se consolidó como el centro de comunicaciones del Departamento con un importante comercio. Pereira para ese momento se definía como una ciudad industrial de primer nivel vinculada con un 85% a labores no relacionadas directamente con lo agropecuario. Para este momento según el censo de 1950 Caldas tuvo una población de 1'073,000 dividida en 810.550 habitantes de lo rural y 262.450 pobladores de lo urbano, ocupando así un 75.5 lo rural y un 24.5% lo urbano. Si el número de ciudadanos colombianos fue de 11,769,748 para 1950 y Caldas concentró 1'073.000 habitantes se puede afirmar que tuvo el 9,12% de ocupación demográfica en el país para ese momento en el que comenzaba a darse una explosión demográfica para la que hombres y mujeres casi a la par estuvieron en los rangos de 20 a 30 años con una expectativa de vida de 50 años aproximadamente¹⁸⁰.

En concordancia con lo anterior, los cambios de la población estuvieron unidos evidentemente a las transformaciones económicas alrededor de la actividad agrícola del café. Sin embargo, otros factores estuvieron presentes a la hora de mejorar los indicadores de crecimiento poblacional, tales como: las circunstancias de la salud e higiene pública que poco a poco mejoraron para dar mejores condiciones de vida frente al enfrentamiento de los problemas de salud más graves que hubo en toda la temporalidad. Esto lo exploraremos en el capítulo siguiente teniendo en cuenta los datos que estudiamos -en este capítulo alrededor- de la administración política del

¹⁸⁰ Departamento técnico de la seguridad social campesina y Ministerio del trabajo - República de Colombia, *Caldas - Estudio de su situación geográfica, económica y social, como base para el establecimiento de un régimen de seguridad regional*, 21.

territorio, las edades de los pobladores, sus actividades económicas, las condiciones de sus viviendas y las circunstancias materiales de vida que exploramos en este apartado anterior.

3. Enfermedades, Tratamientos Médicos y Factores de Riesgo Salubre en Caldas

Durante la Primera Mitad del Siglo XX: Un análisis a través de la documentación médica de la época

En este tercer capítulo, describiremos, caracterizaremos y analizaremos el comportamiento de las enfermedades y los tratamientos médicos y populares en la región de Caldas desde finales del siglo XIX hasta 1950. Este análisis se apoyará en el contexto geográfico, económico y demográfico de la región ya estudiado en el capítulo anterior, tomando dichas consideraciones como referencia esencial para entender las condiciones de salud y enfermedad en Caldas durante este periodo.

Primero, realizaremos un examen exhaustivo de las enfermedades endémicas presentes en Caldas, tales como la viruela, la malaria, la uncinariasis, la tuberculosis, la enfermedad de Chagas y la fiebre amarilla, entre otras. Analizaremos los factores que favorecieron la persistencia de estas enfermedades, incluyendo las condiciones socioeconómicas, ambientales e higiénicas de la población. Esta sección se apoyará en escritos e informes médicos de la época, los cuales proporcionarán una visión detallada y contextualizada de las circunstancias que permitieron la prevalencia de estas enfermedades. A continuación, abordaremos las enfermedades más comunes que afectaron a Caldas durante este período, tales como la gripe española de 1918, la viruela, el cólera, la sífilis, la blenorragia, el chancro y la uncinariasis. Se investigarán las raíces y consecuencias de estas epidemias, así como las respuestas y medidas adoptadas por las autoridades sanitarias, los médicos y la sociedad en general para hacerles frente. El análisis de estas epidemias se basará en informes médicos y registros oficiales de la época, permitiendo una comprensión profunda de las dinámicas de salud pública en momentos de crisis.

En contraste, revisaremos las enfermedades más complejas y emergentes, tales como las enfermedades mentales y las crónicas no transmisibles, entre ellas el cáncer y la tuberculosis, así como otras fiebres asociadas con las dinámicas de hacinamiento y mala vivienda resultantes de los nacientes procesos de urbanización. Estudiaremos cómo estas condiciones de vida contribuyeron a la aparición y propagación de estas enfermedades, utilizando fuentes médicas y documentos contemporáneos que describen la evolución de estas patologías en la región. Por último, examinaremos las transformaciones, avances y limitaciones en la atención médica hospitalaria y la infraestructura sanitaria de Caldas durante este período. Evaluaremos el papel de médicos, científicos y filántropos en la promoción de la salud pública y en la mejora de las condiciones de vida de la población, apoyándonos en documentos históricos, informes hospitalarios y publicaciones médicas que reflejan los esfuerzos y desafíos enfrentados por los profesionales de la salud en esa época. En resumen, este capítulo proporcionará una visión integral y detallada de la salud pública en Caldas desde finales del siglo XIX hasta 1950, contextualizada por los factores geográficos, económicos y demográficos previamente estudiados.

Estas enfermedades endémicas se recrudecieron en el siglo XIX durante el proceso de colonización antioqueña. Esta empresa vivió dificultades de avance y permanencia en algunos lugares por la presencia de las enfermedades endémicas abordadas anteriormente. La situación se agravaba con la escasez de tierras y los monopolios de comercio de tierras cálidas y malsanas. De ahí que el gobierno antioqueño buscara como política departamental presionar una lenta ocupación de tierras altas para evitar todas las enfermedades que se manifestaban con más gravedad en los climas cálidos por las fiebres palúdicas¹⁸¹. En 1892 la Asamblea de Antioquia asignó más de diez

¹⁸¹ Carlos J. Finlay, *Obras completas*, 1965. Citado por en Francisco López González, *Conjuros y hospitales - Historia social de la medicina en Caldas (1905-2005)* (Manizales: Gobernación del Departamento de Caldas, 2005), 25

mil pesos para buscar el poblamiento de algunas tierras a la orilla del río junto a más tierras altas que se convertirían en Marulanda, Manzanares, Núñez, Pensilvania y Samaná¹⁸². La búsqueda de salida de los entornos que se entendían malsanos fue algo que acompañó a las familias que fueron colonizando otros ambientes para evitar todas las consecuencias del paludismo en la vida cotidiana. El intercambio entre regiones para el comercio tejió las dinámicas del viajero que se enfermaba en medio del camino a su hogar. En casos como ese la fonda intervino convirtiéndose en un lugar de paso de enfermedad en caso de paludismo y fiebre amarilla. Más allá de ser un lugar para el hospedaje, fiesta, herrería y prostitución se caracterizó por tratar de otorgar un bienestar medianamente completo al viajero así fuera con un cuidado en clima frío junto a bebidas de plantas medicinales como las de albahaca, apio, cidrón, hinojo, limoncillo, llantén, malva, manzanilla, paico y saúco¹⁸³.

Durante la primera mitad del siglo XX el gobierno nacional encomendó a algunos batallones visitas de sanidad para tener un estado más o menos claro de las enfermedades más comunes que aquejaban cada región del país. En el caso de Caldas encontraron lo siguiente:

Las enfermedades predominantes en esta región son: las fiebres palúdicas, el bocio, la anemia tropical, las enfermedades broncopulmonares, las enfermedades venéreas, el bubón tropical, el carate, y como defectos físicos la falta de estatura [desnutrición] y de perímetro torácico y las hernias de toda naturaleza [excesos en el trabajo]. Medidas que se deben tomar: En primer lugar las poblaciones que no tengan médico municipal deben conseguirlo cuanto antes para empezar la higienización de las fracciones y llevar a nuestro trabajador del campo a su propio pegujal [Pequeña porción de terreno que el dueño de una finca agrícola cede al guarda o al encargado para que la

¹⁸² Félix Serret, *Viaje a Colombia 1911-1912* (Instituto Colombiano de Cultura-Colcultura, Biblioteca Nacional de Colombia, 1994). 109-110

¹⁸³ Luisa Fernanda Giraldo Zuluaga, *La colonización antioqueña y la fundación de Manizales* (Biblioteca de Escritores Caldenses, 1983), 22-29.

cultive por su cuenta como parte de su remuneración anual], la enseñanza higiénica y la medicina que han de salvarlo a él, a la esposa y a los hijos de las enfermedades que lo deprimen. Es preciso darle diversiones y educarlo para que aprenda a hacer uso de los medios que nos brinda la naturaleza y acostumbrarlo al baño cotidiano en nuestras bellísimas fuentes naturales¹⁸⁴.

Este informe sobre las condiciones salubres de Caldas puso en evidencia la gran cantidad de enfermedades infecciosas, parasitarias y virulentas transmitidas por insectos, malas condiciones del agua, suelo y alimentos, o por contagio humano. Este tipo de patologías estuvieron presentes constantemente desde hace mucho tiempo en los cuerpos que habitaron esas regiones. Ejemplo de esto se tuvieron las fiebres palúdicas presentes por la acumulación de aguas malsanas por mucho tiempo, convirtiéndose en criaderos de larvas del mosquito que trasmitían esa patología. El bocio como ausencia de yodo en la alimentación diaria. La anemia tropical por una ausencia de hierro en la alimentación junto a la trasmisión de virus estomacales provocados por mosquitos infectados. Las sífilis y blenorragias trasmitidas por vía sexual o de manera congénita de madres a niños recién nacidos. Bubón tropical, conocido hoy como la clamidia, trasmitida por contacto sexual. El carate enfermedad infecciosa característica del continente tropical americano, caracterizado por causar lesiones y despigmentación de la piel, peso por debajo de lo indicado, estaturas debajo de las edades correspondientes a lo normal y otros defectos físicos característicos de la desnutrición. Hernias de toda naturaleza presentes para evidenciar duras condiciones de trabajo¹⁸⁵. Entre otras varias enfermedades que caracterizaremos más adelante.

¹⁸⁴ José Manuel Gutiérrez Ospina, «Informe que rinde el Oficial de Sanidad del Batallón. “Ayacucho” de Inf. N° 11, doctor José Manuel Gutiérrez Ospina, al Comando de la Cuarta Zona Territorial Militar, de conformidad con el inciso “E” del artículo 193 del Reglamento 37 bis», *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas.*, 1938, 49-50.

¹⁸⁵ Gutiérrez Ospina, 50-58.

Bajo el contexto salubre mencionado anteriormente nos adentraremos en valiosos recursos médico-históricos como cuadros de historias clínicas del pabellón de hombres y mujeres del Hospital San Juan de Dios de Manizales de 1907, artículos médicos de la Sociedad Médica Caldense, informes de higiene y salud de la primera mitad del siglo XX, y producciones de difusión médica de orden nacional. Estas fuentes primarias nos brindarán una ventana temporal que nos permitirá comprender las enfermedades más comunes, los tratamientos disponibles, las condiciones de vida de la población. En este sentido exploraremos a lo largo del capítulo las enfermedades más comunes alrededor de los siguientes factores y vectores biológicos de transmisión como la contaminación del agua y suelos de tierra prestas a transmitir parásitos, virus y bacterias perjudiciales para la salud. Malas condiciones de conservación de algunos alimentos como las carnes, vegetales y leche como causas graves de desnutrición infantil y adulta. Contacto cutáneo con lesiones infectadas, secreciones respiratorias contaminadas con bacterias y aire contaminado alrededor de problemas respiratorios y de piel altamente transmisibles. Problemas de salud musculares, óseos y tegumentarios causados por condiciones laborales extremas. Enfermedades de transmisión sexual que afectaron profundamente la calidad de vida de los habitantes. Asimismo, las malas prácticas en partos como una amenaza constante para las madres y los recién nacidos, contribuyendo a las tasas altas de mortalidad materno-infantil de principios del siglo XX.

En definitiva, los vestigios arqueológicos encontrados en Caldas han permitido identificar diversas enfermedades endémicas de la región. Entre ellas se encontraban enfermedades de alto contagio y baja mortalidad como el herpes y la hepatitis B, enfermedades de bajo contagio como la fiebre amarilla, enfermedades graves pero transitorias como el sarampión y la gripe, así como

enfermedades constantes y crónicas como la tuberculosis y el paludismo¹⁸⁶. Estas enfermedades se agravaron durante el proceso de colonización antioqueña en el siglo XIX, dificultando el avance y la permanencia de los colonizadores en algunos lugares. El gobierno antioqueño intentó mitigar este problema presionando una lenta ocupación de tierras altas para evitar las fiebres palúdicas.

A principios del siglo XX, los informes de las organizaciones médicas del país identificaron las principales enfermedades que afectaban a la región de Caldas, como las fiebres palúdicas, el bocio, la anemia tropical, las enfermedades broncopulmonares, las enfermedades venéreas, el bubón tropical, el carate, la desnutrición y las hernias. Estas fuentes primarias, como los cuadros clínicos del Hospital San Juan de Dios de Manizales, permitirán comprender mejor las enfermedades más comunes, los tratamientos disponibles y las condiciones de vida de la población. Los principales factores y vectores biológicos de transmisión de enfermedades en la región fueron la contaminación del agua y suelos, las malas condiciones de conservación de alimentos, el contacto con lesiones y secreciones infectadas, las condiciones laborales extremas, y las enfermedades de transmisión sexual. Estas fueron algunas de las problemáticas de salud que afectaron a la población de Caldas durante este período¹⁸⁷.

¹⁸⁶ Emilio Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907», *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 12 (1908): 297-98.

¹⁸⁷ En este cuadro del informe del ingreso de pacientes con diagnóstico, tratamiento y estado de salida nos encontramos con varias enfermedades comunes para el momento y toda la época que estudiaremos a profundidad en cada categoría expuesta haciendo referencia con (Ver Ilustración no. 1) Con este panorama, según el cuadro transcrito. En el Hospital San Juan de Dios de Manizales se atendieron a principios de siglo más o menos 25 pacientes por mes. Caldas. Las enfermedades más presentes fueron la disentería, el paludismo en todas sus formas y las úlceras de las piernas más correspondientes a los habitantes de los campos circundantes. Murieron en ese momento cuatro pacientes con tuberculosis, dos de cáncer y dos de problemas cardíacos. Emilio Robledo citó una estadística que hizo el Dr. Henao durante 1886-88 en el que se dio cuenta que la mayoría de las pacientes fueron de Manizales como de otros lugares. Esta comparativa la hizo para llamar la atención de nuevo al gobierno nacional sobre la prioridad hospitalaria que debía tener para con la población del país como de Caldas. Robledo, 299.

3.1. Enfermedades por Aguas Sin Tratamiento, Transmisión Zoonótica y Falta de Prevención Humana: Un Análisis de Vectores y Contagios en Contextos de Insalubridad

A lo largo del siglo XX, Colombia se vio enfrentada a una serie de desafíos sanitarios que evidenciaron las profundas desigualdades en el acceso a servicios básicos como el agua potable y el saneamiento. En diversas regiones del país, especialmente en áreas rurales y semiurbanas, la ausencia de un adecuado tratamiento de las aguas y la deficiente gestión de desechos se convirtieron en factores determinantes para la propagación de múltiples enfermedades que cobraron la vida de miles de personas, particularmente niños y poblaciones vulnerables. Las políticas públicas de la época, centradas mayoritariamente en intervenciones paliativas y no preventivas, demostraron ser insuficientes frente a la magnitud del problema, revelando fallas estructurales en la capacidad del Estado para proteger la salud de sus ciudadanos.

Las enfermedades que florecieron en este contexto de insalubridad se pueden agrupar en tres grandes categorías: aquellas transmitidas por vectores que se desarrollan en aguas estancadas, como los mosquitos del género *Anopheles* y chinches; las enfermedades que surgieron por el consumo de agua contaminada con heces humanas y animales; y finalmente, aquellas que se propagaron por contacto con secreciones respiratorias en ambientes densamente poblados. Estas afecciones, muchas de carácter endémico, encontraron en la precariedad sanitaria un terreno fértil para su expansión, provocando no solo un impacto directo en la salud de las comunidades, sino también en su desarrollo social y económico.

La ausencia de campañas sostenidas de prevención y de infraestructura sanitaria adecuada en estos territorios también facilitó la proliferación de enfermedades zoonóticas y transmitidas por contacto humano. Las aguas contaminadas con desechos orgánicos servían de caldo de cultivo

para una serie de patógenos que, en combinación con la falta de prácticas higiénicas, agravaron aún más la situación sanitaria del país. En este contexto, la malaria no era solo una enfermedad, sino un síntoma de un problema estructural más amplio: la falta de acceso a recursos básicos como agua potable y una infraestructura de salud preventiva adecuada¹⁸⁸.

En este panorama, el paludismo, o malaria, se destacó como una de las principales amenazas para la salud pública. Esta enfermedad, causada por el parásito *Plasmodium* y transmitida por la picadura del mosquito *Anopheles*, era particularmente prevalente en las regiones costeras, selvas tropicales y zonas de llanura, donde las condiciones climáticas y la falta de control sanitario permitían que los mosquitos encontrarán un entorno ideal para reproducirse.

El 17 de agosto de 1907 se presentó a mi consulta un mozo de 20 años, soltero, oriundo de Abejorral y llamado José A. Rincón - Venía de Bogotá y había dormido el 9 en Gualí, paraje eminentemente febrigeno. Al viernes siguiente, tuvo un ligero calofrío, cefalalgia y raquialgia intensas, y fiebre. A mi consulta entró medio dementado, sin poderse tener en pie, y ayudado de su padre. Tenía un estrabismo doble convergente. El examen del ojo manifestaba una midriasis completa, con ausencia del reflejo pupilar: el reflejo lateral estaba abolido así mismo. El termómetro marcó 39 1/2 grados de temperatura. [...] Diagnostiqué naturalmente una manifestación cerebral de paludismo, prescribí la poción de que hablaré bien pronto y perdí de vista al enfermo hasta el jueves siguiente. [...] Del síndrome descrito podría deducirse, en rigor, que se trataba de un acceso palúdico de forma pernicioso; más lo raro del caso es que dicho síndrome no corresponde a ninguna de las clasificaciones de los accesos perniciosos, aunque participa de los caracteres de varios de ellos. [...] Por el edema generalizado, entre en la categoría de las formas larvadas del paludismo, pero el

¹⁸⁸ Dr Héctor Pedraza, «Enfermedades por contaminación de las aguas y de los alimentos en la zona rural tropical», *Revista de la sociedad colombiana de Pediatría y Puericultura*, año XXVII, Bogotá, agosto, No. 4 (pág. 272-277), 1972.

número de habitantes de tales zonas. Se calcula por los datos conocidos, que cerca de un 4% de las defunciones en toda la república son producidas por las fiebres palúdicas¹⁹¹.

Para prevenir esta enfermedad el gobierno de Colombia recomendó medidas de higiene general en la alimentación, la vivienda y la limpieza de las aguas,

(Texto de la Ilustración no. 1) La higiene es la defensa más eficaz del colono. Alimentos frescos (Naranjas, limones, tomates, zanahorias, huevos, leche compensada, mantequilla. Casa ventilada defendida contra insectos. Agua pura. Letrina higiénica. Atomización contra insectos. Tiendas de campaña amplias - Puertas con mosquiteros. Instrumentos para drenajes, deshierbos, etc. Petróleo crudo. ‘Colombia necesita hoy, más que nunca, gente sana para la paz o para la guerra’¹⁹²

Esta imagen sintetizó los principios de higiene individual, social y de los espacios de vivienda para la mejora de vida del ciudadano ideal del momento, el colono que comenzaba a tratar de habitar productivamente el país, para eso necesitaba las mejores herramientas de salud preventiva en el combate de las enfermedades transmitidas por mosquitos (ver Ilustración no. 4). Como este caso la malaria. Para cumplir estos propósitos se recomendó una buena alimentación equilibrada en nutrientes, minerales y vitaminas. Una casa con buena ventilación para defenderse con mosquiteros contra varios insectos patógenos, buenas letrinas que no contaminara el agua en común. Asimismo, fumigaciones constantes e instrumentos de higienización de pozos como drenajes, deshierbos e instalación de petróleo crudo en pantanos para prevenir la cría de larvas de zancudos perjudiciales para la salud¹⁹³.

¹⁹¹ Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «Enfermedades transmitidas por los zancudos», *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 8 y 9 (1932): 90.

¹⁹² Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «La higiene es la defensa más eficaz del colono», *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 8 y 9 (1932): 108.

¹⁹³ Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «Paludismo», *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 67 (1938): 1.

A la hora de tratar directamente la patología se usó la quinina, alcaloide encontrado en la corteza del árbol de la quina (cinchona). Por otro lado, los médicos en la urgencia del tratamiento para disminuir los síntomas usaron la llamada 'poción antioqueña', una bebida alcohólica originaria de Antioquia, conocida como 'chirinche', preparación con aguardiente, panela, limón y otras yerbas que variaron de región culturalmente. Lo anterior se usó durante mucho tiempo para tratar la malaria al no tener otros compuestos o medicamentos para enfrentarla. Anudado a la quinina y al chirinche se usó el sulfato de sodio o la sal de Glauber, esa sal inorgánica se usó para tratar los síntomas más graves. Muy pocos pacientes salían realmente curados, aparecen en la tabla con un 'salió' o 'salió en el mismo estado', indicando lo poco efectivo que fueron esos tratamientos¹⁹⁴.

En 1946 se destacó que gran parte de los casos de paludismo ya no se encontraban en las ciudades principales de las provincias del departamento de Caldas como Manizales, Armenia y Pereira. Los brotes generalmente siguieron estando presentes en las veredas, los cañones y los terrenos pantanosos que dejaba cada año el río Cauca en el periodo de invierno. Para el tratamiento se siguió recurriendo a la acción de la quinina en combinación con arsenicales. En niños se sumó lo anterior con un purgante fuerte¹⁹⁵. Los recursos terapéuticos mencionados anteriormente cayeron en desuso una vez hubo medicamentos antipalúdicos más efectivos a mitad del siglo XX.

Por último, se supo que en 1948 las campañas contra el paludismo dieron un paso adelante gracias a los insecticidas efectivos que dejó la Segunda Guerra Mundial en el mundo. Los resultados de la fumigación con estos componentes ayudaron a combatir de forma efectiva los

¹⁹⁴ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

¹⁹⁵ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe de la secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946», Gubernamental (Manizales - Caldas: secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946), 95.

vectores de contagio junto a una estrategia de aseo y limpieza de aguas estancadas para evitar nuevos focos de infección¹⁹⁶.

Varias enfermedades populares endémicas fueron fruto de picaduras de insectos infectados por no eliminar los criaderos de mosquitos, no usar mosquiteros y permanecer con condiciones del agua en forma insalubre, hogar seguro para todo de mosquitos¹⁹⁷, incluyendo el que trasmite la elefantiasis, llamado en ese momento Elefeo. La elefantiasis, conocida también como filariasis linfática. Es causada por parásitos filariales, un grupo de parásitos nematodos. Transmitidos por picadura de mosquito infectado afectando los vasos linfáticos, llevan a una acumulación de líquido en las piernas, genitales, brazos provocando hinchazón, deformación y mucho dolor, sensibilidad, fiebre, erupciones cutáneas y malestar general¹⁹⁸. Para ese momento lo único que se recomendó fue reposo, algunas veces se disminuía la inflamación, y otras veces mayoritariamente sólo se continuaba así hasta la muerte del poblador¹⁹⁹.

Para la mayor parte de los autores, la fiebre recurrente es transmitida por la picadura de la chinche. Este modo de transmisión aparece de relieve en el caso especial de mi observación. Mi enfermo había sido ignominiosamente atacado por las chinches, de modo que le hicieron abandonar el lugar donde dormía. Una cosa digna de notarse es que Blanchard dice que nuestra fiebre recurrente no ataca a los indígenas sino a los viajeros; en el enfermo de mi observación de un hombre que vive hace largo tiempo en el lugar donde ha sido atacado. De lo que precede, puede concluirse que, entre nosotros, la fiebre recurrente existe probablemente hace largo tiempo, pero la hemos confundido

¹⁹⁶ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe a la Asamblea de 1948», Gubernamental (Manizales - Caldas: secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1948), 60.

¹⁹⁷ «Filariasis linfática - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud», 16 de octubre de 2023, <https://www.paho.org/es/temas/filariasis-linfatica>.

¹⁹⁸ Karen Bisbal et al., «Elefantiasis», accedido 30 de marzo de 2024, https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/272509/UPC-610-BISB-2009-2693-me50_200-s.pdf.

¹⁹⁹ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

con la fiebre palúdica, o quizá con la fiebre biliosa de las tierras calientes, afección con la cual presenta grandes puntos de contacto y de la cual sólo el microscopio puede diferenciarla seguramente. La existencia de esta enfermedad explica el porqué de la inacción de la quinina en el tratamiento de muchas de nuestras fiebres de tierra caliente. Creo que es de importancia para nuestra patología el conocimiento de casos como el que acabo de relataros y por eso me he permitido distraer la atención de la Sociedad de Medicina²⁰⁰.

La mayoría de las fiebres recurrentes que encontró Robledo y otros médicos tuvieron orígenes infecciosos por transmisión de residuos humanos o parásitos en forma de piojos o chinches infectados. El espirilo de Obermaier, también conocida como '*Borrelia recurrentis*', es una bacteria que causa la fiebre recurrente. Esta bacteria se transmite a los humanos a través de la picadura de un piojo infectado. La infección por *Borrelia recurrentis* puede causar episodios de fiebre que duran varios días, seguidos de períodos sin fiebre antes de que vuelva a aparecer otro episodio. Muchas enfermedades como vimos anteriormente tuvieron que ver con el contagio por piojos infectados o chinches²⁰¹.

El Dr. Robledo y el Dr. Franco, de Colombia, --dijo- han contribuido con sus interesantes trabajos de microscopio á amplificar nuestros conocimientos sobre la distribución geográfica de la fiebre recurrente. Indudablemente el parásito encontrado en Colombia es el de Obermaier: en una de las preparaciones del Dr. Robledo especialmente, he podido reconocerlo. Debe tenerse en cuenta, pues, el nombre de estos dos interesantes trabajadores extranjeros que colaboran en nuestra obra de investigación etiológica'. Como lo observa el mismo Dr. Robledo, el Dr. Luis Zea Uribe había encontrado ya, incidentalmente, la espiroqueta en la sangre de una enferma a quien se creía atacada de fiebre palúdica continua. Esto lo estimuló para seguir buscándola en sus preparaciones y la halló

²⁰⁰ Emilio Robledo, «Trabajos originales - Fiebre Recurrente en Manizales», *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 7 (1907): 113.

²⁰¹ Robledo, 114-18.

de nuevo en abundancia en la sangre de uno de sus clientes, coloreada por el procedimiento de Leischman. [...] En Colombia hay un chinche especial que ha sido descrita con el nombre particular de 'chinche garrapata'. Este es un ixodo, tiene el cuerpo ovalar y el rostro en el vértice del cuerpo, como todos los ixodos. No conocemos una clasificación especial, pero creemos que existe igualmente el acanthia (De los acantilados) y los ornihodoros; estos pertenecen al género argasinae y se diferencian de los ixodos, no tanto por el tamaño, cuanto por el rostro en la cara ventral...²⁰².

A principios del siglo XX las enfermedades tropicales comenzaron a ocupar el espectro de preocupaciones de los médicos en las Américas²⁰³. El debate sobre las enfermedades tropicales y sus causas microscópicas hizo que poco a poco la medicina colombiana avanzara en los trabajos de higiene pública para el combate de esta enfermedad transmitida por un vector que podía ser prevenido desde la higiene. Los médicos Robledo y Zea encontraron la espiroqueta del paludismo en la sangre de una mujer enferma de fiebre recurrentes. El diagnóstico de este microorganismo de río (o agua con algas) permitió considerar el diagnóstico de las fiebres indiferenciadas de los países cálidos y tropicales. Hoy se comprende que la espiroquetosis podía manifestarse con una variedad de síntomas, dependiendo del tipo de espiroqueta involucrado y de la ubicación de la infección.

Esta enfermedad se presenta con frecuencia en Colombia [1932], en los hogares donde existen las chinches-garrapatas o "chiribicos". Al principio se puede confundir con un ataque palúdico y hasta con la fiebre tifoidea. La enfermedad se caracteriza por fiebre alta, con dolores en la cabeza, en varias partes del cuerpo, y otros síntomas. [...] La prevención de la fiebre recurrente debe tener como objetivo principal impedir que se críen los insectos que la transmiten²⁰⁴.

²⁰² J. B. Gutiérrez, «Trabajos originales - Fiebre recurrente (Enfermedad de Chagas o de Lyme)», *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 15 (1908): 73-74.

²⁰³ Dulce María Delgadillo Álvarez, «Historia breve de las enfermedades tropicales en América», *Apuntes de Ciencia & Sociedad* 5, n.º 2 (2015): 304-9.

²⁰⁴ Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «Enfermedades transmitidas por otros insectos», *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 8 y 9 (1932): 93.

El chinche transmitido por la ropa mal lavada y contacto con animales domésticos con el chinche se transmitió de persona a persona dejando casi a toda la casa contagiada de esta dolencia en Colombia y en Caldas en la primera mitad del siglo XX. Se propuso en ese momento como solución económica higienizar el tratamiento de las ropas, los elementos de la casa, los tendidos, las camas, y todo elemento en el que pudieran alojarse estas chinches - garrapatas²⁰⁵. Medidas desesperadas a un mal que pudo ser prevenido cada vez mejor con el tiempo y las campañas de higienismo.

Otra enfermedad recurrente fue el Tifo exantemático. Desde la colonia se ha tenido noticia de esta enfermedad conocida popularmente como “tabardillo”. Se destacó en las primeras décadas de la República solapándose o cruzándose con la fiebre tifoidea al no tener tantos recursos científicos para diferenciarlas²⁰⁶. En 1932 el gobierno colombiano la comprendió como una derivación de la Enfermedad de Chagas mencionada anteriormente. “El tifo exantemático o tifo negro, es transmitido por los piojos de ropa, y a veces también por los de cabeza. La prevención de esta enfermedad radica esencialmente en la destrucción de piojos, mediante la limpieza personal. [...] En Colombia, el tifo exantemático es también raro”²⁰⁷. Llegó al punto de clasificarla como una enfermedad poco común, cuando en realidad los estudios históricos médicos se dieron cuenta que esta patología estuvo muy presente bajo la confusión etiológica.

Sin embargo, la acción preventiva más allá de la claridad del vector fue significativa. En 1933 se promovieron estrategias nacionales de higiene del suelo como barrer, sacudir, lavar los pisos y buscar que llegara el sol a todos los rincones a la vez de procurar que circulara el aire por

²⁰⁵ Gutiérrez, «Trabajos originales - Fiebre recurrente (Enfermedad de Chagas o de Lyme)», 75-76.

²⁰⁶ Rodolfo Rodríguez-Gómez, «Historia del tabardillo en Colombia», *Medicina* 44, n.º 2 (22 de julio de 2022): 220-26, <https://doi.org/10.56050/01205498.1681>.

²⁰⁷ Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «Enfermedades transmitidas por otros insectos», 94.

la casa. También se llamó a limpiar minuciosamente las grietas, rendijas y escondites donde se pudieran almacenar los huevos, larvas y ninfas de las pulgas para evitar que pusieran huevos y se reprodujeran²⁰⁸. En la década de 1940 se comenzó a estudiar de mejor manera esta enfermedad, al punto de descubrir la bacteria que lo transmitía, *Rickettsia rickettsii*, *Rickettsia typhi* y *Rickettsia prowazekii*. Los médicos colombianos al descubrir de mejor manera el vector específico aconsejaron al gobierno nacional ampliar las medidas de combate a través de una mejor estrategia de diagnóstico, vacunación y profilaxis casero²⁰⁹.

En 1946 encontramos que en la región de Caldas se comenzaron a usar otras estrategias más completas e integrales para combatir esta enfermedad causada por la presencia de ratas por comida sin un almacenamiento seguro, las basuras al aire libre, pisos sucios y nulos exterminadores naturales de las ratas²¹⁰. El gobierno departamental puso sus esfuerzos en exterminar el vector de esta enfermedad a través de campañas de crianza de gatos, regalo de insecticidas, instalación de trampas de guillotina, venenos para ratas, uso de creolina para el aseo de los pisos, una pedagogía del aseo y el almacenamiento de los alimentos, y el empleo de fumigación con Tánax²¹¹. El efecto de las fumigaciones duraba aproximadamente un mes, tiempo en el que se volvía a reproducir la pulga para repetir el ciclo de combate de la enfermedad presente generalmente en las ratas domésticas. Estas medidas junto a una vacunación activa empezada con fuerza en 1948 ayudaron a rebajar considerablemente los contagios de esta enfermedad²¹².

²⁰⁸ Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «Para maestros y discípulos - Las pulgas», *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 15 (1933): 93.

²⁰⁹ Jerson Andrés Cuéllar-Sáenz et al., «Rickettsioses in Colombia during the 20th century: A historical review», *Ticks and Tick-borne Diseases* 14, n.º 2 (1 de marzo de 2023): 102118, <https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2022.102118>.

²¹⁰ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe de la secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946», 50-51.

²¹¹ Se asocia con un producto químico utilizado como **insecticida** o **controlador de plagas** en la agricultura y el hogar. Este tipo de productos suelen ser compuestos químicos destinados a eliminar insectos o proteger cultivos.

²¹² Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe a la Asamblea de 1948», 58.

Las enfermedades transmitidas por agua contaminada con heces humanas o animales han representado históricamente un grave problema de salud pública, especialmente en contextos donde la infraestructura de saneamiento es insuficiente o inexistente. El uso de fuentes de agua no tratadas para consumo humano, la falta de sistemas adecuados para la disposición de desechos y la práctica de defecar al aire libre en muchas comunidades rurales y periurbanas, favorecieron la propagación de infecciones intestinales y enfermedades que afectaron principalmente a los niños y poblaciones más vulnerables. Estas afecciones, entre las que se incluyen cólera, fiebre tifoidea, disentería y otras, se diseminan con rapidez en condiciones de hacinamiento y donde el acceso a agua potable es limitado. En Colombia, durante gran parte del siglo XX, la falta de políticas públicas efectivas para garantizar el acceso al agua limpia y al saneamiento básico exacerbó la incidencia de estas enfermedades, convirtiéndose en un obstáculo para el desarrollo social y económico, y reflejando las desigualdades estructurales que afectaban a amplios sectores de la población.

Las fiebres biliosas o fiebre tifoidea es una enfermedad bacteriana grave causada por la bacteria *Salmonella typhi* encontrada en alimentos o aguas contaminadas con heces humanas o de animales. Los síntomas más comunes son fiebre alta, dolor de cabeza, malestar general, dolor abdominal, pérdida de apetito, erupciones cutáneas y diarreas crónicas. Sus síntomas más agravados llegan a estar relacionados con perforaciones intestinales, hemorragias gastrointestinales y afectaciones al sistema nervioso central²¹³. A principios de siglo XX, en Bogotá, la fiebre tifoidea una de las primeras patologías que afectaron a los niños que habitaban en hogares con poca ventilación, pisos en tierra, agua contaminada, sin alcantarillado, con

²¹³ R. Jurado Jiménez et al., «Fiebre tifoidea y otras infecciones por salmonellas», *Medicine* 10, n.º 52 (2010): 3497-3501.

preminencia de insectos y mala alimentación²¹⁴. En la década de 1910 fue un problema grave de salud pública en Boyacá²¹⁵. En Medellín en la década de 1920 fue un problema continuo junto a la viruela. Para ese tiempo el gobierno de Colombia comenzó a emplear algunas vacunas para esta enfermedad y la tuberculosis con una dudosa efectividad comprobada²¹⁶. En Cartagena también estuvo muy presente, al punto que las oficinas sanitarias de Panamá enviaron ayuda médica para intervenir las causas de esta enfermedad, construyendo los principios de algunos acueductos, excusados higiénicos y alcantarillas²¹⁷.

A principios del siglo XX y hasta finales de la década de 1930 se combatió esta enfermedad bacteriana como el método llamado 'Régimen Brand'. Este consistía en dar un reposo absoluto en cama, dieta de vegetales y frutas estricta, terapias de apoyo con agua saludable, sueros minerales y compuestos químicos dados por vía intravenosa²¹⁸. Sumado a ese régimen los campesinos y la población en general usaron varias plantas para tratar de aliviar los síntomas estomacales que provocaba esta enfermedad y otras asociadas a lo digestivo. Para síntomas asociados a la diarrea se usaron las siguientes plantas: verbena con limón (en ayunas), almidón con limón, coca, coca - tres hojas en leche-, tomar guayabo (hoja y cascara), limoncillo (agua), prontoalivio, raíz de mora en bebida, cáscara de guayabo mascada, granado, guineo en cocimiento²¹⁹. Para las fiebres altas

²¹⁴ Claudia M. Rojas-Sepúlveda et al., «Condiciones de vida de algunos habitantes de Bogotá (Colombia) en el ocaso del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX: primeros aportes desde el análisis bioarqueológico», *Memorias: Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe*, n.º 42 (diciembre de 2020): 75-110, <https://doi.org/10.14482/memor.42.986.148>.

²¹⁵ Fred G. Manrique-abril, Abel F. Martínez-Martín, y Bernardo F. Meléndez-Álvarez, «Defunciones en niños a principios de los siglos xx y xxi en Boyacá Colombia», 2012, <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/70672>.

²¹⁶ Victoria Estrada Orrego, «¿Cuántos somos? Una historia de los censos civiles y de la organización estadística en Colombia en la primera mitad del siglo XX», *Historia Crítica*, n.º 64 (1 de abril de 2017): 141-60.

²¹⁷ Álvaro León Casas Orrego, «Los circuitos del agua y la higiene urbana en la ciudad de Cartagena a comienzos del siglo XX», *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos* 7 (octubre de 2000): 349-77, <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000300006>.

²¹⁸ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

²¹⁹ «53. Diarrea, disentería, mal de estómago, etc.», en *Medicina popular en Colombia - Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*, de José Joaquín Montes Giraldo, Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, LVIII (Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y Cuervo, Verba buena, 1981), 39-40.

usaron tes, infusiones y tomas de acedera, angélica, borraja, espadilla, malva, salvia, apio, entre otras. Estas plantas tenían en su mayoría propiedades febrífugas y antiinflamatorias que ayudaban a dar cierto alivio a los pacientes con fiebres altas por enfermedades bacterianas, parasitarias o virales fuertes²²⁰. En varios casos más o menos exitosos por los tratamientos anteriormente mencionados, los médicos llegaban a afirmar que el paciente había salido curado aparentemente. Sin embargo, es sabido que la mejor forma de eliminar bacterias graves como *Salmonella typhi* es con antibióticos fuertes que comenzaron a tener movimiento hasta después de la segunda mitad del siglo XX.

En 1938 se encontró al corregimiento de “La Merced” y al municipio de Apia como portadores endémica de esa enfermedad en sus zonas rurales y urbanas. Al punto de encontrarse como una epidemia que trató de enfrentarse de la siguiente manera,

El epidemiólogo ordenó y se han puesto ya en práctica las siguientes medidas sanitarias: vigilancia del acueducto y demás fuentes de abasto del agua, manantiales, aljibes, cisternas, etc.; campaña contra las moscas domésticas que son portadoras de gérmenes haciendo que los depósitos de basura sean bien mantenidos; construcción de letrinas higiénicas, desinfección de las excreciones de los enfermos (heces, orina, esputos); desinfección de las habitaciones, blanquimiento de las paredes y lavado de los pisos; vigilancia de los alimentos. Se ordenó también que la leche y el agua se tomaran hervidas. Además, se viene haciendo intensa labor educativa dictando conferencias públicas e instruyendo a los habitantes durante las visitas domiciliarias²²¹.

En 1941 siguió presente esta enfermedad, pero en el municipio de Aguadas,

²²⁰ Sofi Imtiyaz Ali, B. Gopalakrishnan, y V. Venkatesalu, «Pharmacognosy, Phytochemistry and Pharmacological Properties of *Achillea Millefolium* L.: A Review: *Achillea Millefolium* L.: A Review», *Phytotherapy Research* 31, n.º 8 (Agosto de 2017): 1140-61, <https://doi.org/10.1002/ptr.5840>.

²²¹ Félix Henao Toro, «Epidemia de tifo en “La Merced”», *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. I, n.º 4 (1938): 127.

En el segundo semestre del año se presentó en Aguadas una epidemia de fiebre tifoidea que, si bien por su carácter benigno ha causado pocas defunciones, si ha ocasionado graves perjuicios a los habitantes de ese importante municipio. [...] Del estudio hecho sobre el terreno y de los análisis de las aguas se llegó a la conclusión de que las causas predominantes de la enfermedad radican, en Aguadas, en la contaminación de las aguas de consumo por deficiencias en el acueducto que posee la población y en la gran cantidad de moscas domésticas que tienen sus criaderos en los montones de basuras que existen en las calles, plazas y solares, ya que Aguadas es uno de los pocos municipios del departamento que carece de un servicio como el de aseo, [...] ²²²

Otra enfermedad bastante común fue la disentería amebiana o palúdica. Esta enfermedad infecciosa que afecta directamente el colón, irrita e inflama la mucosa intestinal provocando graves diarreas con sangre y moco en las heces. Generalmente obedece al contagio de un virus o de otros agentes patógenos como bacterias o parásitos. Los cólicos intensos, las fiebres, náuseas, vómitos constantes y un malestar general invadían a los pobladores junto a una deshidratación severa, con colitis grave cercana a posibilidades de un shock séptico. Esta patología acompañante en la mayoría de las enfermedades infecciosas y parasitarias del momento constituyeron un grave peligro para la población en general, y en especial la población infantil.

Todas nuestras capitales de Departamento registran una mortalidad infantil que sobrepasa en mucho la de 100 defunciones de infantes por cada 1000 nacimientos. Es decir, las principales ciudades de Colombia sufren todas, cuál más, cuál menos, del terrible flagelo que en lenguaje estadístico se denomina rata de mortalidad infantil muy elevada, pues hoy se considera simplemente elevada la rata de morbilidad que pasa de 70, sin llegar a 100 por 1000, y toda ratio que exceda esta cifra se clasifica en grado superlativo. En donde tales ratas de mortalidad se presentan entre los niños menores de un año, es seguro que la tercera parte de los que nacen vivos no llegarán al cuarto año

²²² Administración Departamental de Higiene y Félix Henao Toro, «Informe de 1941», 13.

de existencia, dada la proporcionalidad que se ha observado entre las defunciones de niños de cada uno de los primeros años. Según el doctor Barberi, las dos terceras partes de las defunciones de niños en nuestras ciudades se deben a causas que la acción de los servicios de higiene y sanidad general, en combinación con los espaciales de protección infantil, puede evitar. El grupo de las enfermedades gastro-intestinales aparece causando por lo general la mitad, más o menos, de esta implacable siega de vidas²²³.

La salud infantil tuvo grandes dificultades durante toda la primera mitad del siglo XX. La mala calidad de vida de los padres, el suelo poco higiénico, el agua contaminada, la leche no esterilizada y la pobreza extrema hicieron parte de los factores más significativos para que prevaleciera la mortalidad infantil en el país²²⁴.

²²³ Felix Henao Toro, *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 1938).

²²⁴ Cecilia Muñoz Vila y Ximena Pachón Castrillón, «Mortalidad infantil, crecimiento demográfico y control de la natalidad: una lucha por la supervivencia de la infancia bogotana (1900-1989)», *Maguaré*, n.º 6-7 (1988), <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/14224>.

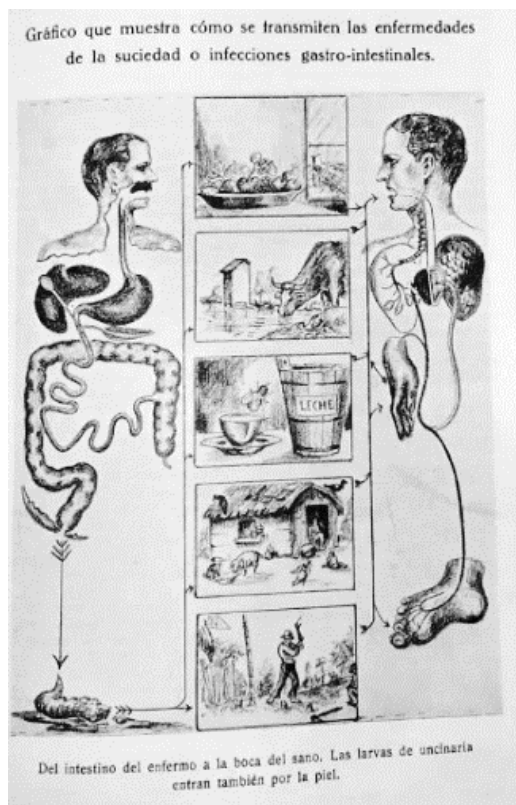


Ilustración 5. "Gráfico que muestra cómo se transmiten las enfermedades de la suciedad o infecciones gastro-intestinales"¹

Todas las causas evitables de mortalidad infantil pueden clasificarse en tres grupos, según el concepto de los expertos más autorizados en esta materia: 1. Malas condiciones económicas del pueblo, 2. Inexistencia de servicios adecuados para defender la salud y la vida de la infancia; 3. La general ignorancia sobre los principios esenciales de la higiene y los nocivos prejuicios que se basan en tal ignorancia. [...] En Colombia podemos citar dos ejemplos: la anemia tropical y otras parasitosis intestinales, de un lado, y el paludismo, de otro. Nuestras estadísticas no arrojan cifras altas de morbilidad por esas causas ni aun en lugares donde predominan estos azotes del trópico. Sin embargo, es evidente que al disminuir estos factores la mortalidad que se registra por causas diferentes disminuirá también, y acaso en proporciones no imaginadas²²⁵

Como vimos en el estudio de Barberi, las enfermedades gastrointestinales fueron las que más se destacaron en la infancia y en la población general. Al inicio de la vida la formación del sistema inmunológico se encuentra generalmente en una etapa de desarrollo muy delicado. De ahí que la infancia fuera una de las primeras en sentir las enfermedades más comunes que afectaron al grueso de la población²²⁶. En consecuencia, el gobierno nacional trató de construir campañas que buscaron la protección del crecimiento infantil a partir de una educación higiénica y alimenticia. Sin embargo, la influencia de la mala alimentación, el trabajo excesivo y las faltas de cuidado a la

²²⁵ Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «La protección infantil», *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 25-26 (1934): 4.

²²⁶ Márquez-Valderrama y Gallo-Vélez, «Eufemismos para el hambre», 25.

maternidad hicieron muy complicados las intervenciones justas para evitar que las enfermedades gastrointestinales llevaran a la muerte a los infantes de menos de un año de vida²²⁷.

Las enfermedades gastrointestinales fueron calificadas como “enfermedades de la suciedad”. Fueron tan graves que el gobierno nacional optó por hacer publicaciones periódicas de difusión científica para tratar de evitar estas complicaciones en los pobladores desde la higiene de los alimentos. La Ilustración no. 5 nos muestra una imagen de una de las campañas elaboradas por el gobierno nacional para prevenir las disenterías amebianas. En este caso ilustraron como entraban las infecciones gástricas por la boca y por los pies. Los gusanos intestinales, los virus y las bacterias estomacales originaron lo que se llamó a principios del siglo XX las “enfermedades de la suciedad”. Se insistió en ese nombre por el lugar de origen de los huevos pequeñísimos de esos gusanos encontrados en grandes cantidades con los excrementos de las personas depositados en la superficie del suelo, las aguas, los alimentos, y los desechos de los animales²²⁸.

Para que los enfermos del momento se recuperan de este mal los médicos de los hospitales de Caldas buscaron la manera de darle reposo e hidratación con suero para poder reemplazar los líquidos y nutrientes perdidos²²⁹. Los tratamientos con antibióticos no estuvieron disponibles sino décadas después. Para tratar la afección sin ello usaron el calomel, conocido también como cloruro mercuríco o sublimado corrosivo, se usó con propósitos medicinales con una función purgante extrema principalmente, para poder así expulsar las bacterias o parásitos que aquejaban al

²²⁷ Vila y Castrillón, «Mortalidad infantil, crecimiento demográfico y control de la natalidad», 7.

²²⁸ Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «Para maestros y discípulos - Enfermedads de la suciedad», *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 25-26 (1934): 9.

²²⁹ Verónica Alexandra Muñoz Avilés et al., «Tratamiento de disentería amebiana», *RECIMUNDO* 3, n.º 3 ESP (2019): 38-51.

poblador. También usaron la ipecuana, una planta que ayudaba a provocar el vómito para que la persona expulsara por la boca la bacteria que lo aquejaba²³⁰.

Por otro lado las enfermedades transmitidas por contacto con secreciones nasales, ya sea a través del aire o mediante superficies contaminadas, han sido responsables de numerosas epidemias a lo largo de la historia, especialmente en contextos de alta densidad poblacional y escasas medidas de higiene. Este tipo de enfermedades, como la gripe, la difteria y la tos ferina, se diseminan rápidamente en ambientes cerrados y en situaciones donde la prevención del contagio es mínima. En el caso de Colombia, durante buena parte del siglo XX, la falta de campañas efectivas de salud pública, la limitada disponibilidad de vacunas y la deficiente educación sobre prácticas higiénicas, como el lavado de manos y el uso de pañuelos, facilitaron la propagación de estas infecciones, especialmente en escuelas, mercados y otros espacios concurridos. Las epidemias recurrentes de enfermedades respiratorias afectaron desproporcionadamente a niños, ancianos y personas con condiciones de vida precarias, revelando las profundas desigualdades en el acceso a la salud y en la capacidad de respuesta ante brotes epidémicos en el país.

En la epidemia actual ha predominado la forma gastro-intestinal. Su invasión se ha caracterizado por náuseas, lengua sucia, amarillosa en su centro y especialmente en su tercio posterior: vómitos amargos, amarillosos y en pequeñas cantidades y provocados por la ingestión de alimentos o de medicamentos; constipación intestinal muy marcada y en algunos casos raros evacuaciones disenteroformes por uno o dos días, calofríos cortos y repetidos, pulso frecuente y débil; temperatura no más allá de 39°, sudores abundantes durante el sueño; orinas raras y coloreadas,

²³⁰ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

dolores en los miembros; cefalgias no fuertes, tos laríngea y muy raramente acompañada de lesiones brónquicas o pulmonares.²³¹

La epidemia de gripa de 1907, descripción hecha por Emilio Robledo. Se extendió por el Cauca, Antioquia y todo Caldas con graves síntomas gastrointestinales junto a fiebres de más de 39 grados. Aproximadamente en casos normales esta enfermedad duraba entre 21-22 días. Algunas de estas gripas con en este caso tuvieron forma de neumonías cortas o en algunos casos largos y con consecuencias significativas. Para tratarlas se usó la quinina como antiinflamatorio y febrífugo para aliviar algunos síntomas respiratorios en la inflamación de los pulmones. La anodina también funcionó en parte como analgésico para dolores del cuerpo, y el acónito se usó como un complemento analgésico también para los dolores de cabeza. Asimismo, los campesinos usaron combinaciones de plantas como el poleo, el orozul, el cidrón, la borraja y la yerbabuena en bebidas, tes o infusiones para ayudar a la expulsión de flemas del cuerpo, como también para fortalecer el sistema inmune²³². Los compuestos bioactivos de estas plantas se usaron generalmente para ayudar a desinflamar y descongestionar los pulmones del paciente afectado algunos de los síntomas respiratorios leves o graves de estas patologías virales²³³. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las aplicaciones debían ser cuidadosas en las dosis para no provocar reacciones tóxicas en el hígado de la persona como también en su sistema digestivo delicado por la condición gastrointestinal de estas gripes²³⁴.

²³¹ Emilio Robledo, «La gripa, epidemia de 1907», *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales*, n.º 5 (1907): 38.

²³² «83. Gripe, catarro», en *Medicina popular en Colombia - Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*, de José Joaquín Montes Giraldo, Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, LVIII (Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y Cuervo, Verba buena, 1981), 67.

²³³ Nursenem Karaca, Betül Demirci, y Fatih Demirci, «Evaluation of *Lavandula Stoechas* L. Subsp. *Stoechas* L., *Mentha Spicata* L. Subsp. *Spicata* L. Essential Oils and Their Main Components against Sinusitis Pathogens», *Zeitschrift Für Naturforschung C* 73, n.º 9-10 (25 de September de 2018): 353-60, <https://doi.org/10.1515/znc-2017-0150>.

²³⁴ Robledo, «La gripa, epidemia de 1907», 40-45.

Dentro de las variaciones de las enfermedades transmitidas de persona a persona por contaminación de secreciones nasales encontramos la “Frambuesa”, es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Streptococcus pyogenes*. Se transmite generalmente en ambientes cerrados en los que las personas están muy cerca de personas infectadas que llegan a toser o contaminar objetos con sus secreciones nasales. Entre sus síntomas se encuentran, úlceras en el cuerpo con síntomas acompañantes como fiebre, dolor de garganta, glándulas linfáticas inflamadas, dolor de cabeza, náuseas y vómitos afectando en especial medida a la población infantil²³⁵. Frente a los tratamientos encontramos el yoduro de potasio²³⁶ usado muy comúnmente para reemplazar la acción antimicrobiana de los antibióticos que surgieron después de 1944. Hoy no es muy recomendable su uso por sus efectos adversos alrededor de graves problemas renales. Acompañante del anterior compuesto estuvo el mercurio, usado para tratar infecciones para las cuales su condición podría empeorar en toxicidad renal y neurológica.

También fue común la difteria, una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*. Transmitida principalmente de persona a persona a través de las gotas respiratorias que se liberan al hablar, toser o estornudar. Las formas de contagio pueden ser por contacto cercano con una persona infectada, ya sea por estar en la misma habitación, compartir elementos o utensilios para comer o beber, o estar en contacto directo con secreciones nasales de la persona infectada. Sus síntomas más comunes son parches blancos o grises en la garganta o amígdalas con una inflamación significativa, junto a fiebre, malestar general, dolor de garganta, dificultad para respirar y tos seca²³⁷.

²³⁵ P. Sevilla Ramos et al., «Escarlatina: una enfermedad actual (revisión de 165 casos)», *Acta pediátrica. esp*, 2003, 292-95.

²³⁶ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

²³⁷ Héctor Dasso, «Bio-patogenia de la difteria», en *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, vol. 1, 1937,

En 1935 el gobierno nacional clasificó esta enfermedad como mortal. Pues las cifras sostuvieron que ese mismo año habían muerto 157 niños menores de cinco años. En ese momento se tuvo una vacuna para la enfermedad²³⁸. Sin embargo, no fue una salvación completa, pues se encontró un parte bastante desalentador por las consecuencias secundarias que esta tuvo en 1930 en Medellín ocasionaron la muerte a varios niños en las salas-cunas públicas²³⁹. Fue sólo hasta el año 1948 cuando se tuvo una versión mejorada de la vacuna,

La vacuna Pertusis sola, la utilizamos únicamente en las personas de siete años en adelante, aplicando cuatro inyecciones con intervalo de una semana cada una, así 1 c/c, 2 c/c, 2 c/c y 1 c/c. Sus resultados preventivos y curativos fueron halagadores. La vacunación combinada, se efectuó únicamente en los menores de siete años, siguiendo el método anterior. Se vacunaron 89 personas con el método combinando y 90 personas con la vacuna Pertusis sola²⁴⁰.

En ese mismo año se comenzó a ampliar el rango de vacunación infantil contra la fiebre diftérica registrando resultados positivos para la prevención y la curación de esta enfermedad que aquejó durante tantos años a la población infantil. La estrategia de aplicar cuatro inyecciones con intervalo de una semana cada una continuó siendo una constante que fue registrando amplios avances. Sin embargo, hay que tener en cuenta, que mientras no avanzaran las estrategias de limpieza de aguas y basuras con buenas inversiones en acueducto y alcantarillado esta enfermedad estaba lejos de desaparecer por lo pronto.

Con el fin de contaminar lo menos posible los dos pequeños salones que hay en el Hospital, me he mostrado muy reacio para admitir en él enfermos atacados de tuberculosis conocida. Esta medida,

<https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/156200>.

²³⁸ Departamento Nacional de Higiene de Colombia, «Sección de protección infantil - Difteria», *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 68 (1938): 93.

²³⁹ Víctor Manuel García, «Accidentes terapéuticos y nuevas prácticas de salud: La medicina colombiana frente a la catástrofe de la vacunación antidiftérica en Medellín, 1930», *Historia Crítica*, n.º 46 (abril de 2012): 110-31.

²⁴⁰ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe a la Asamblea de 1948», 58.

que a muchos parecieron draconiana, produjo el efecto que se deseaba, y era, la creación de una sala para enfermos de esa clase [...] Necesario es, pues, que el público se entere de esto, a fin de que le preste más atención a un Establecimiento que le es tan útil y para que no se repita el caso de ver los presupuestos del Consejo Municipal, desprovistos de partida de gastos destinados al Hospital, en tanto que sí la había para obras de interés mucho menor.²⁴¹

Una patología más grave y común fue la Tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* que afecta principalmente a los pulmones, pero también puede afectar sistémicamente a otros órganos. Se propaga a través del aire cuando las personas infectadas tosen o estornudan. Sus síntomas principales son, tos que dura tres semanas o más, tos con sangre o moco, dolor en el pecho al respirar o toser, pérdida de peso involuntaria, fatiga, fiebre, sudoraciones nocturnas, escalofríos y pérdida del apetito²⁴². Este padecimiento fue una enfermedad bastante común en el país y en el mundo. Durante los siglos XIX y XX, varios factores ambientales contribuyeron a la propagación de la tuberculosis. En el siglo XIX, la tuberculosis fue considerada un signo de pobreza o un resultado inevitable del proceso de civilización industrial²⁴³. Las condiciones de vida superpobladas, las malas condiciones sanitarias y la desnutrición que prevalecieron durante este período contribuyeron a la propagación y gravedad de la tuberculosis²⁴⁴. En el siglo XX, la revolución industrial, junto con la pobreza, la urbanización y la miseria, crearon el entorno perfecto para la propagación de la tuberculosis. Sin embargo, la

²⁴¹ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

²⁴² Pere-Joan Cardona, «Patogénesis de la tuberculosis y otras micobacteriosis», *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica* 36, n.º 1 (2018): 38-46.

²⁴³ «Tuberculosis in Europe and North America, 1800-1922», Contagion - CURIOSity Digital Collections, 26 de marzo de 2020, <https://curiosity.lib.harvard.edu/contagion/feature/tuberculosis-in-europe-and-north-america-1800-1922>.

²⁴⁴ «Unmask SILENT KILLER: 19th Century TB IMPACT Revealed», accedido 30 de marzo de 2024, <https://19thcentury.us/why-was-tuberculosis-so-deadly-in-the-19th-century/>.

identificación de Robert Koch de *Mycobacterium tuberculosis* en 1882 ayudó a convencer a los miembros de las comunidades médica y de salud pública de que la enfermedad era contagiosa²⁴⁵.

La prevención de la propagación de la tuberculosis fue la motivación de algunas de las primeras campañas de salud pública a gran escala. En Colombia se ha asociado la enfermedad a la aparición de la agricultura por su aparición en hallazgos arqueológicos muiscas en Soacha, los arqueólogos encontraron siete casos con imágenes de radiología de dos lesiones en la cavidad torácica. A finales del siglo XIX y principios del XX hubo una epidemia grave en Bogotá y otras partes del país como Manizales. La mortalidad fue grave, se ubicó dentro de las primeras causas de muerte²⁴⁶. Llevando a la creación de Juntas de Higiene y otras secretarías de Salud que atenderían este problema con la construcción de algunos pabellones de salud que aislaran a los pacientes para evitar futuros contagios²⁴⁷.

A principios del siglo XX en el Departamento de Caldas fue difícil la aceptación de enfermos de tuberculosis en los hospitales. Su destino fue el hogar -si lo tenían- o su contagio abierto en las calles y la soledad hasta la muerte. Fue mayor el número de mujeres tuberculosas que el de los hombres. Tanto así que hubo una sala para 6 mujeres y no otra alterna para hombres. El cuidado se hizo muy difícil por la pobreza tan significativa del tesoro mismo del hospital. Desde este momento fundacional se pudo ver como las partidas del consejo departamental de Caldas generalmente tuvieron muy poco en cuenta el gasto en hospitales más allá de las partidas que asignaba por demanda de pacientes tuberculosos y/u otros²⁴⁸.

²⁴⁵ Philippe Glaziou, Katherine Floyd, y Mario Raviglione, «Trends in Tuberculosis in the UK», *Thorax* 73, n.º 8 (1 de agosto de 2018): 702-3, <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-211537>.

²⁴⁶ Sergio Alexander Ordóñez Sánchez y Fernando Augusto López Osma, «Tuberculosis en Colombia, de la historia al entendimiento de la enfermedad», *MedUNAB* 16, n.º 3 (2014): 130.

²⁴⁷ Jorge Luis Bilbao Ramírez, «Legislación en Salud y Tuberculosis en Colombia en el periodo 1886-1946», 2013, <http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/12240>.

²⁴⁸ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de

En 1938 los médicos del país aconsejaron al gobierno nacional avanzar en estrategias de intervención más allá del aislamiento de los pacientes, a través de la figura del dispensario antituberculoso.

I. Siendo el dispensario el elemento más importante de la campaña deben establecerse el mayor número posible de estas instituciones mediante la colaboración estrecha de la Nación, el Departamento y el Municipio. La situación de los dispensarios deberá ser tal, que en lo posible ocupe el centro de una región de población numerosa con fácil acceso al sitio donde funcione el dispensario. II. Además de la labor social de los dispensarios debe fomentarse la creación de un Hospital Sanatorio para cada departamento, como centro de asistencia y aislamiento de los enfermos curables. [...] III. Teniendo en cuenta que el problema básico de la campaña, reside en el grave y enorme de la alimentación y que este último está subordinado a las condiciones económicas del pueblo, se permite recomendar a los poderes públicos competentes, el estudio y solución de aquellos medios que, en una u otra forma, puedan contribuir a mejorar las condiciones de vida de nuestro pueblo y si es posible, lleguen a la fijación de un salario mínimo biológico y a la creación del seguro social contra la tuberculosis. [...] ²⁴⁹

Esta enfermedad supuso para el mundo, el país, y la región un serio reto de salud pública. Su contagio fue indiscriminado y sin diferenciación de edad, sexo y edad y clase social. Aun siendo así la situación de salubridad pública, el presupuesto del departamento no dispuso recursos significativos para combatir esta enfermedad en 1939. A pesar de la existencia de artículo 47 de la ordenanza no. 2 de 1937 que exigía que todos los municipios de Caldas tuvieran un sitio para alejar a los tuberculosos para evitar que fueran foco de infección para otros, este no existió sino a finales de la década de 1950. El único sanatorio que hubo se ubicó en Manizales. Generalmente se

San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

²⁴⁹ Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, «Conclusiones de la primera conferencia nacional de tuberculosis», *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. I, n.º 4 (1938): 155.

encontraba sin cupos, dejando afuera a los pacientes vagando en las calles y plazas agravando su estado y el de los cercanos. A pesar de que el gobierno nacional hizo énfasis en las campañas de aislamiento y construcción de sanatorios esta fue bastante tardía.

En 1948 se pudo notar un avance en el diagnóstico efectivo y temprano de la tuberculosis con los servicios municipales de radioscopia pulmonar y laboratorio clínico para personas sin dinero para pagar esos servicios. Esto ayudó a dar diagnósticos oportunos, certeros y prestos a no caer en equivocaciones que pusieran en perjuicio social o en irreparables injusticias para con individuos que antes fueron probablemente mal diagnosticados y aislados²⁵⁰. Sin embargo, lo única medida interventora que comenzó a cambiar el panorama desesperanzador alrededor de esta patología fue gracias a la aparición de la Estreptomicina aparecida en el panorama de la medicina para combatir de forma efectiva este problema de salud pública²⁵¹.

Dentro de las derivaciones crónicas de la tuberculosis se encontró la pleuresía. Una inflamación de la pleura, el revestimiento que recubre los pulmones y el interior de la cavidad torácica. Puede ser causada por varios factores, como infecciones virales o bacterianas, neumonía, tuberculosis, embolia pulmonar, traumatismo en el pecho o enfermedades autoinmunes. Los síntomas incluyen dolor agudo en el pecho que empeora al respirar profundamente, tos seca, dificultad para respirar y fiebre²⁵². Los casos de pleuresía en los estudios médicos de Emilio Robledo nos hacen pensar en la posibilidad de existencia de personas con síntomas virales de posibles comienzos de neumonía, tuberculosis o en grado más extremos embolias pulmonares.

²⁵⁰ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe a la Asamblea de 1948», 61.

²⁵¹ Miriam Aliño Santiago et al., «Aminoglucósidos: mirada actual desde su historia», *Revista Cubana de Pediatría* 79, n.º 2 (2007): 0-0.

²⁵² Raúl Matte y Ernesto Saldías, «Consideraciones sobre pleuresía serofibrinosa tuberculosa y su pronóstico», *Revista chilena de pediatría* 15, n.º 8 (1944): 638-59.

Para tratar estos males los médicos usaron revulsivos para aumentar el flujo de sangre en los órganos afectados y estimular el funcionamiento de estos. Lo acompañaron con el salicilato usado para mermar las inflamaciones y aliviar un poco el dolor de los síntomas. En otros casos usaron el yoduro de potasio para ayudar a expectorar y controlar la mucosa producida por el paciente²⁵³. Todos estos compuestos hoy en día no se usan por sus altas consecuencias secundarias y su reducida efectividad²⁵⁴. En torno a los procesos terapéuticos se usó la toracentesis, insertaban una aguja o tubo delgado a través de la pared torácica para sacar el exceso de líquido acumulado en la cavidad torácica pleura. Así se aliviaron parte de estos síntomas en esos momentos, algunos casos fueron exitosos, otros solamente salieron levemente mejorados²⁵⁵.

Entre las variaciones de las enfermedades transmitidas por el contacto de lesiones cutáneas o secreciones nasales estuvo presente el herpes zóster o mejor conocida como el virus varicela-zóster. Altamente contagiosa causada por el virus *varicela-zóster*. Se transmite principalmente a través del contacto directo con las lesiones cutáneas de una persona infectada o a través del contacto con las secreciones respiratorias de una persona infectada, como las gotitas respiratorias dispersas en el aire cuando tosen o estornudan. Provoca erupciones cutáneas dolorosas y con ampollas que formaban un parche en algunas partes del cuerpo. Estas erupciones siguen el curso de un nervio al que se asocia un dolor, hormigueo o dolor constante. Puede llegar el punto en el provoque neuritis (la inflamación de un nervio que provoca dolores crónicos)²⁵⁶. Para tratar estos síntomas se usó en ese tiempo la analgesina, medicamento analgésico y antipirético que ayudaba

²⁵³ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907», 297-98.

²⁵⁴ «Yoduro de potasio (KI) CDC», 13 de abril de 2022, <https://www.cdc.gov/nceh/radiation/emergencias/es/ki.htm>.

²⁵⁵ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907», 299.

²⁵⁶ Mirella Vázquez et al., «Varicela y herpes zóster: retos para la salud pública», *salud pública de México* 59 (2017): 650-56.

a reconstituir las defensas del cuerpo. La fenacetina (analgésica) dio un efecto analgésico mientras la cafeína y el ácido salicílico ayudó a desinflamar los nervios afectados²⁵⁷.

Otra enfermedad persistente fue el pian. Esta es patología infecciosa tropical causada por la bacteria *Treponema Palladium Pertenuae*, una variante de la bacteria responsable de la sífilis. El contagio se da principalmente a través del contacto con lesiones de la piel de una persona infectada, ya sea durante el juego o el contacto sexual. Ocurre generalmente en áreas tropicales y subtropicales con lamentables condiciones de higiene y alta densidad poblacional. Los síntomas aparecen después de dos o cuatro semanas después de adquirir la infección. Al principio aparecen pequeñas protuberancias rojas que se ulcera y forman costras en las extremidades, la cara o el cuero cabelludo. A medida que progresa la enfermedad aparecen más lesiones acompañadas de fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor en las articulaciones y malestar general²⁵⁸.

Esta enfermedad tuvo bastante prevalencia en los infantes durante toda la primera mitad del siglo XX. Estuvo muy extendida en el país especialmente en zonas rurales y en la población indígena. Sólo fue en 1930 cuando gobierno nacional la comprendió para empezar a anudar esfuerzos para diagnosticar, tratar y prevenir la enfermedad. Incluyeron campañas de vacunación, estrategias de educación higiénica y algunos esfuerzos por mejorar las condiciones de vida material de algunos pobladores. Sin embargo, la falta de recursos, la resistencia de las comunidades al discurso higienista y la dificultad en el transporte a las zonas rurales hicieron muy difícil la labor del estado²⁵⁹.

²⁵⁷ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

²⁵⁸ «Pian», accedido 29 de abril de 2024, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yaws>.

²⁵⁹ Gabriel Jaime Vélez Tobón y Victoria Estrada Orrego, «Deformaciones y contagios. La lucha contra el pian en Colombia en la primera mitad del siglo XX», *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 18 (2021): 28-51.

Las campañas sanitarias en la década de 1930 en Caldas se encontraron con lo siguiente,

La campaña sanitaria abarca actualmente todo el territorio que está infectado de pian, es decir, el corregimiento de San Diego, donde continúa prestando servicio el hospital que se construyó en el año antepasado. A este corregimiento concurren enfermos no solamente de pian sino de úlceras tropicales, leishmaniosis, anemia tropical, paludismo y fiebre recurrente, y son afectados por uno de los enfermeros ambulantes que está localizado en este lugar y que además visitar semanalmente el caserío de "La Norcasia", el de "Confinas" y otras veredas circunvecinas²⁶⁰.

Como lo vimos atrás las campañas contra el Pian y otras enfermedades tropicales tuvieron serias dificultades de ejecución por la lejanía de las poblaciones urbanas junto a una deficiencia en los recursos asignados para una intervención salubre integral. La campaña sanitaria de 1935 se concentró en el tratamiento del Pian usando el establecimiento hospitalario de San Diego. Este hospital atendió a varios pacientes infantes contagiados de esta enfermedad. Como estrategia terapéutica trataron de dar una buena alimentación, hacer lavados estomacales, articular una terapia hídrica, dar buen sitio para dormir y otorgar limpiezas de piel continuas para que las bacterias pudiera irse al menos de esa forma. Gran parte de los pacientes no sólo tuvieron pian. Generalmente también tenían paludismo, fiebres y otras patologías digestivas. En este caso el pian fue grave debido a su alta prevalencia y su impacto en las poblaciones afectadas. Para el tratamiento se tuvo que recurrir a enfermeros visitantes domiciliarios para tratar a las personas de los caseríos y veredas cercanas. El pian fue una de las enfermedades más significativas en Manzanares, San Antonio de Chamí, Riosucio, Supía, Marmato, Quinchía, Guática, Mistrató y Pueblo Rico. En los datos recopilados por la administración de higiene pudimos encontrar como en todo el año hubo una prevalencia de enfermos tratados por anemia tropical, quedando en

²⁶⁰ Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo López, y Félix Henao Toro, «Informe de 1939», 17.

segundo lugar los enfermos de Pian, de tercero las úlceras como consecuencia de esta misma enfermedad y por último una variación de síntomas de la anemia tropical en las variaciones del paludismo²⁶¹.

En 1939 las estrategias de higiene y profilaxis para combatir el Pian tuvieron otra gran limitante. Sólo pudo prevenir los futuros contagios más no ayudó a combatir con antibióticos las infecciones avanzadas en los pobladores. El contacto piel a piel con los fluidos de alguien contagiado fue pasando la bacteria a cada paciente sin mediar gracia alguna para con los que no estaban infectados. Esto tuvo mucho sentido al ser una enfermedad mayoritariamente infantil se transmitía por el juego, interacción, contacto y vida entre los niños contagiados dentro de sus condiciones insalubres acompañadas de una mala higiene personal dado también por una pobre alimentación y bajo nivel de ingreso de los padres²⁶². A pesar de lo anterior, las campañas tuvieron una buena acogida a finales de la década del 30. Al punto de que el Hospital de San Diego fundado para tratar a los pacientes de Pian finalmente para 1941 tuvo un bajo ingreso de pacientes por esta patología²⁶³.

Otra enfermedad transmitida a través del contacto con personas infectadas fue la lepra. Causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*, conocida generalmente como bacilo de Hansen. La bacteria generalmente tiene un periodo de incubación largo, que en algunos casos puede ser de varios años, así que aún hoy resulta complicado determinar cuándo y cómo se adquirió la infección. En torno a los síntomas, esta puede afectar la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias y otros órganos en ocasiones muy raras. Generalmente incluyen manchas, parches, pérdidas de sensibilidad en la piel, engrosamiento de los nervios y debilidad muscular. En casos

²⁶¹ Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo López, y Félix Henao Toro, 14.

²⁶² Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo López, y Félix Henao Toro, 14-20.

²⁶³ Administración Departamental de Higiene y Félix Henao Toro, «Informe de 1941», 11.

bastante avanzados esta puede causar deformidades en manos, pies, cara y algunas veces pérdida de extremidades.

Colombia a finales del siglo XIX y principios del siglo XX llegó a ser considerada como una de las primeras potencias leprosas del mundo. Las guerras civiles del siglo XIX, la inestabilidad política, la falta continua de recursos económicos y médicos afectaron en gran medida la capacidad del país para controlar esa enfermedad. Sin embargo, el Estado buscó crear algunos leprocomios para tratar a algunos pacientes, contribuir al estudio de la enfermedad y buscar algunos tratamientos paliativos para la misma, sin tratamiento específico para la enfermedad²⁶⁴. En este sentido se emplearon varias estrategias para medicalizar esta enfermedad a través de la inclusión de los médicos en una nueva relación con pacientes que tradicionalmente habían sido tratados por personal eclesiástico en el siglo XIX. Además de esas nuevas relaciones entre la ciencia y el paciente, el gobierno, instituciones médicas nacionales y organizaciones internacionales comenzaron a anudar esfuerzos para tratar esta enfermedad²⁶⁵. Sólo en 1960 con la llegada de la dapsona y la rifampicina se fue consolidando una cura efectiva sin tener la necesidad de recurrir a la histórica segregación de los pacientes²⁶⁶.

En Caldas de la década del 30 para atrás los referentes de la lucha anti leprosa fueron pobres y escasos,

Todo lo que existía en lo referente a la lucha antileprosa por parte de este departamento era un contrato con el doctor Aarón Benchetrit por medio del cual se comprometía el contratista a practicar

²⁶⁴ Abel Fernando Martínez y Samuel Alfonso Guatibonza, «Cómo Colombia logró ser la primera potencia leprosa del mundo: 1869-1916», *Colombia Médica* 36, n.º 4 (diciembre de 2005): 244-53.

²⁶⁵ Diana Obregón Torres, «Medicalización de la lepra: una estrategia nacional», *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, n.º 24 (1 de enero de 1997): 139-65.

²⁶⁶ Natalia Botero-Jaramillo et al., «Tratamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia: medicalización y control de la enfermedad a lo largo del siglo XX», *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 35, n.º 3 (diciembre de 2017): 358-68, <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a06>.

el tratamiento médico en cuarte de los enfermos caldenses de Agua de Dios, por la suma de dos mil quinientos pesos anuales, partida que la asamblea del año antepasado redujo a mil quinientos. Convencido el suscrito de la necesidad de terminar de una vez y para siempre con estos sistemas antieconómicos y anticientíficos desde todo punto de vista, presentó a la H. Asamblea por conducto de esa dirección, un proyecto de ordenanza votando una partida para ayudar a la nación a la creación y sostenimiento de un dispensario antileproso en Caldas y para contratar con la dirección nacional de higiene el tratamiento de los enfermos aislados en el lazareto pertenecientes a ese departamento. Dicho proyecto pasó a ser ordenanza, votándose la suma de siete mil pesos para atender a la lucha antileprosa en la forma anotada²⁶⁷.

La misma asamblea vio necesaria la construcción de un dispensario antileproso que puso en marcha con el apoyo nacional. En 1934 por medio de una campaña del gobierno nacional, se comenzaron a hacer estudios experimentales para conformar una posible cura para pacientes leprosos de varias regiones del país. Para el caso de Caldas se asignaron 40 pacientes, 20 mujeres y 20 hombres que fueron tratados de tres maneras. Un tratamiento médico experimental conformado por inyecciones de ésteres etílicos de chaulmugra²⁶⁸. Un aceite extraído de semillas de algunas plantas de la familia *Sapotaceae*, de la que se creía tenía propiedades curativas contra la lepra. Estos ésteres etílicos se obtenían al tratar el aceite de chaulmugra con etanol. Este se consideró uno de los primeros intentos para desarrollar un tratamiento mediamente efectivo contra la lepra antes de la introducción a mitad del siglo XX de los antibióticos. Generalmente hoy, estos

²⁶⁷ Administración Departamental de Higiene, «Informe de 1935», Gubernamental (Manizales - Caldas: Administración Departamental de Higiene, 1936), 1-3.

²⁶⁸ Doctor A. Benchetrit, «Informe que el doctor A. Benchetrit rinde al gobernador del Departamento de Caldas (República de Colombia), en relación con los enfermos de lepra caldenses confiados a sus cuidados y reclusos en el Lazareto de Agua de Dios», Gubernamental (Bogotá, Colombia: Lazareto Agua de Dios, 1934), 4.

ésteres etílicos de chaulmugra se han calificado como ineficaces y con efectos secundarios hepáticos graves²⁶⁹.

Por otro lado, también se emplearon estrategias dietéticas clásicas de la medicina terapéutica de la primera mitad del siglo XX. Los cambios en el consumo de carnes de cerdo, disminución de las grasas, alejamiento del alcohol, el tabaco y otros alimentos perjudiciales se alejaron de los pacientes para darle paso a frutas, verduras y alimentos sin fritar. Por último, se recetaron en conjunto estrategias higiénicas básicas como baños recurrentes, uso de ungüentos de chaulmugra, remoción de llagas y limpieza antiséptica continua. En ese tiempo se asignaba a los pacientes de Agua de Dios dos inyecciones semanales de 5 c.c. cada una durante dos o tres años. A la vez durante el mes se le daba una pomada con la misma composición para que el paciente se aplicara regularmente según su necesidad²⁷⁰.

Esto se consideró un cierto avance curativo, sin embargo, el riesgo de recaída estuvo presente, como también la renuencia de los pacientes a salir del leprocomio por el temor latente de no encontrar formas de comer, dormir y trabajar fuera del establecimiento debido al estigma social que implicaba tener esta patología sin cura certera. En las estadísticas de ese establecimiento se pudo ver un aumento de los enfermos a pesar de algunas salidas dadas por curación, muchos se mantuvieron en constante agonía²⁷¹. Sin embargo, en ese mismo establecimiento se tuvo informe de que 327 pacientes salían al año 24 mejorados y en curación social integrativa, 11 se fugaban y

²⁶⁹ Fernando Sergio Dumas dos Santos, Letícia Pumar Alves de Souza, y Antonio Carlos Siani, «Chaulmoogra oil as scientific knowledge: the construction of a treatment for leprosy», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 15 (2008): 29-46.

²⁷⁰ Doctor A. Benchetrit, «Informe que el doctor A. Benchetrit rinde al gobernador del Departamento de Caldas (República de Colombia), en relación con los enfermos de lepra caldenses confiados a sus cuidados y recluidos en el Lazareto de Agua de Dios», 5.

²⁷¹ Doctor A. Benchetrit, 6.

10 se morían. El resto se mantenía generalmente durante muchos años hasta desmejorar, fugarse o morir²⁷².

En 1938 se comenzaron a articular otras estrategias terapéuticas más allá de la clásica medida segregacionista de los siglos pasados,

Considerada la lepra como una enfermedad contagiosa, curable y no hereditaria, las autoridades de higiene crearon los Dispensarios anti leproso como la expresión práctica de estos conceptos científicos en la lucha contra la enfermedad y en su profilaxis social. El nuevo plan de campaña que se está realizando, sin descartar el gran papel que representan los lazaretos como asilo de los casos infectantes y refugio de los imposibilitados sociales, erige los Dispensarios como eje principal alrededor del cual giran todas las actividades encaminadas sobre todo a prevenir la enfermedad. [...] El plan de trabajo en cada municipio consta de tres partes: un estudio general, un estudio sanitario, y un estudio leproológico, cuyos enunciados dan idea suficiente de la comprensión. El estudio leproológico comprende el examen de los enfermos de lepra, de sus familiares y de todo individuo que tenga o haya tenido algún contacto con el enfermo, o que por cualquier circunstancia figure como sospechoso de padecer la enfermedad²⁷³

En esta etapa de la historia de la lepra en el país y en Caldas se comenzaron a ver cambios significativos. De los tradicionales leprocomios hechos para el aislamiento y muerte casi segura de los pacientes se empezó a pasar a los dispensarios antileproso. Con estas estrategias al menos se comenzó a ver posible una recuperación en la intermediación de evitar el contagio a otras personas. Los esfuerzos de los lazaretos se comenzaron a unir con los de los dispensarios para comenzar a tratar estos pacientes. El plan educativo pasó a explicar los mecanismos de contagio

²⁷² Administración Departamental de Higiene, «Informe de 1935», 5-6.

²⁷³ Carlos F Bueno Picón, «El dispensario anti leproso de Caldas», *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. I, n.º 2 (1938): 59-60.

como también la ruta para acceder a la cura. De ahí a que se comenzaran a proponer estudios generales de la enfermedad, estudio de las condiciones sanitarias y de aseo de la persona y cercanos y un estudio leproológico que buscara las raíces de la lepra de la persona en su familia o cualquier sospechoso de haberla tenido. En la década del 30 la lepra se trató principalmente con medidas de apoyo y aislamiento, ya que aún no se disponía de un tratamiento eficaz. Sin embargo, en los documentos oficiales de ese año, se mencionó que se destinaron fondos para “gastos de material y drogas” en los dispensarios antileproso. No especificaron qué drogas se utilizaron, pero es probable que se refirieran a medicamentos para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes²⁷⁴.

Es importante mencionar que fue hasta 1941 cuando se comenzaron a utilizar los derivados sulfónicos para el tratamiento de la lepra.

Con la terminación del censo de leproso el problema de esta enfermedad en Caldas ha dejado de ser un fantasma amenazante para quedar reducido a sus verdaderas proporciones. El número total de caldenses es de 578 de los cuales 404 están reclusos en los leprosorios, 9 aislados a domicilio, 80 que se consideran como curados sociales y 45 que constituyen casos cerrados y por lo tanto no contagiosos. Los 40 restantes se han fugado de los leprosorios y actualmente se ignora su paradero. Como puede apreciarse por los datos anteriores la enfermedad está perfectamente controlada y el número de casos tiende a disminuir todos los días²⁷⁵.

En esa misma década este párrafo nos indicó algún tipo de progreso para la lucha contra esa enfermedad. Se tuvo después de largo tiempo un censo que dio cuenta de la amplitud de la patología junto a la disminución de esta. Poco a poco se dejó de caracterizarla como el grave

²⁷⁴ Bueno Picón, «El dispensario anti leproso de Caldas».

²⁷⁵ Administración Departamental de Higiene y Félix Henao Toro, «Informe de 1941», 14.

problema que fue años atrás. Notamos varios progresos en la disminución de los casos como el mejoramiento de la vida de los hijos de los leprosos con la estrategia de las casas hogar²⁷⁶.

3.2. Enfermedades de Transmisión Sexual: La Carga Sanitaria de la Gonorrea y la Sífilis en Contextos de Insalubridad y Falta de Prevención

Durante gran parte del siglo XX, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), como la gonorrea y la sífilis, representaron una preocupación constante para las autoridades de salud pública en Colombia. Estas infecciones, facilitadas por la falta de educación sexual, la ausencia de campañas preventivas y el limitado acceso a servicios médicos, afectaron gravemente la salud de la población, especialmente en áreas con condiciones sanitarias deficientes. La cistitisblenorrea (gonorrea) y la sífilis, en particular, no solo provocaron complicaciones médicas severas como infertilidad, problemas neurológicos y malformaciones congénitas, sino que también cargaron a las comunidades con un estigma social que dificultaba el acceso al tratamiento y la prevención.

La gonorrea, conocida en esos momentos como gonococo o chancro es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Esta bacteria puede infectar áreas como la uretra, el cuello uterino, el recto, la garganta y en algunos casos muy graves, los ojos. Los síntomas más frecuentes de esta patología por los que consultaban los pacientes fue la cistitis, llamada cistitisblenorrea. Comprendida como una inflamación por infección de la vejiga. Esto podía resultar en síntomas como dolor al orinar, urgencia urinaria y aumento de la frecuencia urinaria²⁷⁷. Para combatir esta enfermedad de transmisión sexual que afectaba en su mayoría a las mujeres se usaban lavados junto al salol, un compuesto químico que se usó durante buen tiempo

²⁷⁶ Administración Departamental de Higiene y Félix Henao Toro, 14-16.

²⁷⁷ Pedro di Lella, «Blenorragia y sulfanilamidas.», *Revista Argentina de Urología* 14, n.º 1-6 (1945): 97-98.

para servir como analgésico y reductor de la temperatura de las fiebres²⁷⁸. Sabemos que las infecciones bacterianas provocaron estos síntomas que con el tiempo agravaban, al final al cuerpo de estas pacientes les tocaba luchar inmunológicamente contra estas infecciones porque los médicos del momento sólo aportaron mecanismos para luchar contra los síntomas más fuertes, en este caso la fiebre.

Para la década del salubrismo higienista de 1940 encontramos las siguientes estrategias para combatir esta enfermedad:

Se ha ejercido vigilancia sanitaria por parte del Inspector en el barrio de tolerancia. La Dirección por su parte, practica semanalmente un registro a las prostitutas y no siempre el mismo día, con el fin de tomarlas por sorpresa, ya que se ha observado el esmerado aseo que exhiben al ser examinadas y por consiguiente la imposibilidad de hallar flujos que se consideren blenorragicos, ya que no hay facilidad para verificar su procedencia. Sin embargo, cuando lo presente o existen infiltraciones del cuello uterino, eczemas, impétigo, manifestaciones cutáneas o muco-cutáneas de carácter sospechoso, se remiten esas mujeres con un policía al Dispensario Municipal y la correspondiente constancia en el carnet de su estado bajo la palabra "enferma". [...] Cuanto, a prostitución clandestina, viene a ser un problema de modestas proporciones para el Corregimiento, pero no deja de preocupar a la Dirección. La psicología de estas gentes es bien singular: suponen que, si denuncian a la persona que les ha contagiado, han de sufrir depredaciones, por parte de ella o de sus familiares, en su persona o hacienda. Por forma pues, que ellos mismos hacen encubridores²⁷⁹.

²⁷⁸ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

²⁷⁹ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe de la secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946», 92.

Se encontró en toda la región un continuo ocultamiento moralista y económico de la enfermedad para que no se interrumpiera la actividad económica de las prostitutas como tampoco la vida cotidiana de los hombres. Se notó también una falta de educación preventiva por parte de los médicos a la hora de dar indicaciones de examen el aparato genital masculino antes de la cúpula para evitar tales contagios. Sin embargo, pudo ser posible que las prostitutas supieran que muchos de estos hombres tenían síntomas y rastros evidentes de contagio, pero por la necesidad monetaria esto se obvió para evitar pérdidas económicas para ellas. Cosa que puede explicar porque prefirieron pagar las multas ante las inspecciones que someterse a largas hospitalizaciones sin resultados tan efectivos. A través de la vigilancia, la persecución y el control médico la administración departamental trató de lograr resultados positivos que lejos estarían de lograrse si seguían dejando por fuera del sistema de prevención y terapia a los hombres contagiados²⁸⁰.

Como la cuestión sexual, y la venérea que es su consecuencia, no son problemas de una sola nación, sino universales; y como entre nosotros la venereología adquiere diariamente proporciones alarmantes por razones múltiples, siendo una de las más importantes nuestras frecuentes guerras civiles que han hecho penetrar por dondequiera los gérmenes de degeneración para el individuo y se descendencia[...] Tres son los apetitos de nuestra naturaleza, destinados a la conservación del individuo y a la perpetuación de la especie: el hambre, la sed y el apetito sexual. Cada uno de estos apetitos, con intensidad variable, se acompaña de un dolor particular, y su satisfacción trae el reposo pasajero del deseo. Todos, igualmente, pueden ser morigerados y educados, y solo el apetito sexual puede contenerse en absoluto, porque la naturaleza no tiene necesidad de que todos los seres se reproduzcan. [...] Pero entended bien que hablo de una continencia racional absoluta; porque es preciso que sepáis que los pecados solitarios a que se dan los jóvenes con tanta frecuencia, por timidez o por perversión adquirida, son muy peligroso y, sobre todo, altamente degradantes de la

²⁸⁰ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 93-95.

naturaleza humana". [...] 'Enfermedad que todo el mundo ha tenido, o tendrá, dicen las gentes; una nadería que cura en varias semanas. Otros agregaran que es ella una 'patente de virilidad'²⁸¹

A principios de siglo la sífilis hizo parte de los grandes problemas de salud pública junto al paludismo, las fiebres recurrentes, la tuberculosis y otras infecciones transmitidas por insectos o animales infectados. La bacteria *Treponema Palladium* transmitida de forma sexual causa lesiones indoloras en los genitales masculinos y femeninos, en la boca y el recto dado el caso, en su segunda etapa provocaba erupciones cutáneas doloras, y en su tercer momento provocaba daños a los órganos internos, alteraciones significativas al sistema nervioso, hasta el punto extremo de provocar la muerte²⁸². Al no tener antibióticos efectivos como la penicilina a principios de siglo los médicos buscaron con el yoduro de potasio combatir los síntomas más avanzados de la enfermedad para aliviar las lesiones cutáneas y las úlceras. En la terapéutica de la medicina popular campesina encontramos un amplio uso del gualanday, llantén, paico y caléndula en baños, emplastos y aplicaciones en las llagas de los pacientes²⁸³. En gran medida funcionaron como antiséptico, cicatrizante y analgésico, que como cura efectiva para su padecimiento²⁸⁴. Los médicos por otra parte usaron como acompañante terapéutico el mercurio en forma de unguento, soluciones o inyecciones para tratar la parte bacteriana de la sífilis. Se sabe de la alta toxicidad de esos dos compuestos que a la larga dañaban sistemáticamente los riñones y el sistema nervioso de la persona²⁸⁵.

²⁸¹ Emilio Robledo, «El peligro venéreo [Consejos a mis hijos, cuando sean núbiles]», *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, 1907, 75-80.

²⁸² Mainer Arando Lasagabaster y Luis Otero Guerra, «Sífilis», *Enferm. infecc. microbiol. clín. (Ed. impr.)*, 2019, 398-404.

²⁸³ «104. Llagas», en *Medicina popular en Colombia - Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*, de José Joaquín Montes Giraldo, Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, LVIII (Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y Cuervo, Verba buena, 1981), 84.

²⁸⁴ Colombia Ministerio de la Protección Social, *Vademécum colombiano de plantas medicinales* (Ministerio de la Protección Social, 2008), 30; 141.

²⁸⁵ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de

En 1907 en Caldas el número de casos fue de 2.000 a 4.600²⁸⁶. La mortalidad de esta enfermedad en esa época fue abrumadora. Si una mujer embarazada tuvo sífilis en ese momento, no lo sabía y en su defecto no recibía tratamiento, podía transmitir la infección a su bebé durante el embarazo o el parto, lo que se conoció como sífilis congénita. Las consecuencias de la sífilis congénita fueron y son muy graves e incluyeron: aborto espontáneo (perder el bebé durante el embarazo), muerte fetal (el bebé nace muerto), problemas con los huesos y las articulaciones, incluyendo dolor, hinchazón y condiciones como tibia en sable, nariz en silla de montar y dientes de Hutchinson, problemas de la vista, problemas de audición, problemas con el sistema nervioso, incluyendo brazos o piernas paralizados y convulsiones y retrasos del desarrollo²⁸⁷. Además, los bebés infectados pudieron presentar síntomas como fiebre, irritabilidad, incapacidad para ganar peso o retraso en el crecimiento, incluso antes del nacimiento, con bajo peso al nacer²⁸⁸. En algunos casos se practicó infanticidio para evitar tener un niño que poco a poco iría disminuyendo su calidad de vida pues gran parte de los sobrevivientes permanecieron con una afección cognitiva para toda su vida.²⁸⁹ Los remedios para la sífilis en ese momento no garantizaban la recuperación. Sin embargo, hubo algunos casos en los que si se pudo percibir mejoría.

Esto en verdad fue un problema de salud pública que afectó el conjunto de la población junto a los proyectos económicos que la misma administración deseó tener a futuro en materia laboral para los campesinos. La teoría de la degeneración del ser humano por el contagio de la sífilis y la gonorrea que sostuvo el Dr. Emilio Robledo estableció de forma temprana una alianza ética con el catolicismo para promover la familia tradicional, la importancia del matrimonio y la

San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907», 297.

²⁸⁶ Robledo, «El peligro venéreo [Consejos a mis hijos, cuando sean núbiles]», 87.

²⁸⁷ Julia Valderrama, Fernando Zacarías, y Rafael Mazin, «Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla», *Revista Panamericana de salud pública* 16 (2004): 211-17.

²⁸⁸ Robledo, «El peligro venéreo [Consejos a mis hijos, cuando sean núbiles]», 98-99.

²⁸⁹ Robledo, 85-90.

abstinencia antes del matrimonio. La prevención y control del placer del cuerpo para evitar daños individuales y colectivos. Se impartieron lecciones morales para controlar el cuerpo y enfrentar directamente la enfermedad, más allá del deber social de controlarla. Robledo subrayó que todo placer tenía su correspondiente dolor y que las necesidades naturales humanas deben ser restringidas por el bien social.

A principios del siglo XX en Caldas, la sífilis y la gonorrea se consideraron una enfermedad normal en hombres y se asoció con la virilidad²⁹⁰. Estas dos enfermedades sólo podían ser combatida con antibióticos potentes (ausentes para ese momento). Los recién nacidos de padres con blenorragia (gonorrea) enfrentaron también consecuencias graves para la salud, como la ceguera infantil. Generalmente por los síntomas las personas sabían cuándo les comenzaba la blenorragia, pero su final fue incierto. A pesar de que en la mayoría de los casos fueron leves y tratables, el riesgo de contagio persistía a lo largo de la vida, dependiendo de la actividad sexual del individuo²⁹¹. En la década de 1930 continuaron creciendo los contagios en todo Caldas y en especial medida en los centros poblacionales de Armenia, Quindío y Manizales. El gobierno departamental extendió varias estrategias educativas e interventoras como la formación de enfermeras que visitaran a las trabajadoras sexuales para conducir las a los dispensarios antivenéreos del momento. Asimismo, se las educó en el uso de anti desinfectantes para que tuvieran algunas herramientas para evitar más contagios²⁹².

²⁹⁰ Robledo, 82.

²⁹¹ Robledo, 90.

²⁹² Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo López, y Félix Henao Toro, «Informe de 1939», Gubernamental (Manizales - Caldas: Administración Departamental de Higiene, 1939), 1-3.

En 1938, en conjunción las estrategias de intervención médica de la enfermedad se comenzaron a construir otras estrategias de prevención e intervención sociales,

Las leyes no pueden mejorar la sociedad, los gendarmes tampoco. Sólo la educación cambia las gentes: en el fondo de todo problema de higiene, hay un problema de educación. [...] Las ideas nuevas se inclinan hacia una represión más severa del contagio venéreo asimilado al delito de heridas; la defensa de la joven seducida, autorizando la investigación de la paternidad; el mejoramiento del salario femenino [para evitar la prostitución]; compulsiones legales a los padres, obligándolos a vigilar más estrechamente hijos e hijas. Hasta legislaciones novísimas autorizan el aborto en caso de menores violadas, para salvarlas del deshonor y la caída. Una campaña racional de basamento amplio debe comenzarse: 1° Con la fundación de un laboratorio farmacéutico nacional para producir las drogas necesarias; 2° Ampliación de los laboratorios serológicos departamentales para que puedan servir a todas las poblaciones de cada sección; 3° Extender los tratamientos a todas agrupaciones reservando la hospitalización a los centros; 4° Usar los instrumentos de publicidad como la radio y los diarios para interesar al público y atraerlo²⁹³.

Además del esquema medicalizante que intentó ponerse en funcionamiento en 1935 para enfrentar la sífilis en la población se comenzaron a pensar estrategias educativas que cambiaran las ideas de las personas frente al tema de las enfermedades de transmisión sexual. Se les indujo a salir del silencio penoso del padecer estos síntomas a que fueran a los institutos y pidieran ayuda para su curación. Poco a poco se fue cambiando el énfasis de sólo poner los tratamientos y la educación salubre a las prostitutas para poner todas las herramientas de tratamiento a toda la población conforme se iban contagiando diferentes capas de la sociedad. No sólo se aplicó un esquema económico dado en los medicamentos, laboratorios o intervenciones fisiológicas; se

²⁹³ Nicolás Restrepo Escobar, «Alrededor de la lucha antivenérea», *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. 1, n.º 2 (1938): 39.

anudaron esfuerzos morales y sociales para involucrar a los padres en la gestión de los cuerpos de sus hijos varones y mujeres en una vigilancia que los protegiera de ese mal. También se construyeron estrategias para buscar autorizar el aborto en casos de violación de menores, propuestas para subirle el sueldo a las mujeres para que no vieran en la prostitución una opción de vida. Y otras series de medidas administrativas salubres alrededor de la fundación de un laboratorio nacional que produjera la penicilina, una ampliación de laboratorios serológicos permanentes, extensión del tratamiento a todos los centros poblaciones y una participación de los medios de comunicación en el combate educativo de esta enfermedad²⁹⁴.

A finales del siglo XIX y toda la primera mitad del siglo XX la situación que vivió Colombia y Caldas alrededor de las enfermedades de transmisión sexuales fueron graves y preocupantes. Al punto de llevar a consolidar una de las estrategias higiénicas de control institucional más exitosas para erradicarlas del espectro público²⁹⁵.

En efecto muy pocas personas se han dado aquí cuenta de un hecho que en otro país hubiera causado un cataclismo moral y determinado una acción enérgica de todos los valores sociales para protegernos, la extrema difusión de las enfermedades venéreas y especialmente de la sífilis en todas las capas sociales. Quien no lo crea puede meditar unos segundos sobre estos datos: Entre 877 maestros de Caldas examinados por el servicio de medicina escolar, 115 han resultado con las reacciones serológicas indicadoras de las sífilis positivas y 23 con reacciones dudosas. [...] Hay que tener en cuenta que de acuerdo con su profesión los maestros no están muy expuestos al contagio. La mayor parte de ellos antes del examen ignoraban su enfermedad atribuyendo a causas triviales los trastornos que sentían y por lo tanto no se hacían tratamientos racionales ninguno. [...]

²⁹⁴ Restrepo Escobar, 39-45.

²⁹⁵ Lina Sofía Morón Duarte, «La institucionalización de las medidas higiénicas para el control de la sífilis en Colombia, 1886-1953» (Trabajo de grado - Maestría en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2014), <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/21663>.

Apunto ya el señor médico de la cárcel departamental en su informe, que el 46% de los detenidos examinados está sifilítico y que probablemente esta misma enfermedad ha podido ser la causa determinante del acto delictuoso que motivó la reclusión. [...] ²⁹⁶

Como lo vimos en la anterior cita del Informe de Higiene de 1939, la mayoría de las capas de la sociedad estuvieron contagiadas de sífilis ya fuera con contacto directo, herencia o por azar. De ahí que maestros, mujeres del servicio doméstico, militares, presos, niños y hombres artesanos resultaran contagiados. Esto fue fraguando así una crisis de salud pública que preocupó a todos los directores de las inspecciones de higiene. La poca preparación del personal, las insuficientes muestras disponibles de laboratorio, la escasa preparación en pedagogía médica y difusión de los materiales disponibles para alertar las consecuencias de estas enfermedades configuraron un panorama desolador alrededor del futuro de la vida de todos estos enfermos. La extrema moral sirvió para excluir, dejar morir y no para intervenir positivamente para que toda la población pudiera recuperarse. De ahí que casi la mitad de los presos de ese año tuvieran sífilis sin tratar y presta a que empeorara con el tiempo. Es por eso por lo que vale la pena destacar esta frase pronunciada por el director de higiene del momento, "No vale la pena de construir carreteras ni de abrir escuelas si mañana no vamos a tener quienes transiten y estudien en ellas" ²⁹⁷.

Estas enfermedades representaron una preocupación pública debido a su impacto en la salud de la población actual y futura ²⁹⁸. Lo que nos aparece en el cuadro de personas curadas nos hace pensar que los síntomas fueron combatidos de buena manera y en lo aparente la mejora apareció. Muchos de estos informes médicos dejan atrás el seguimiento de los pacientes para

²⁹⁶ Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo López, y Félix Henao Toro, «Informe de 1939», 11.

²⁹⁷ Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo López, y Félix Henao Toro, 11-15.

²⁹⁸ R. M. C. Leitner et al., «Historia del tratamiento de la Sífilis», *Revista argentina de dermatología* 88, n.º 1 (2007): 6-19.

verificar si sus tratamientos a la larga fueron efectivos. En 1941 se siguieron haciendo campañas de educación, instalación de más dispensarios antisifilíticos y más exámenes en poblaciones portuarias crónicas como La Dorada.

Durante el año se intensificó la campaña contra las enfermedades venéreas, mejorándola en aquellos municipios que ya la tenían y estableciéndola en otros que aún carecían de ella. Dicha campaña se llevó a cabo por los institutos profilácticos, dispensarios antivenéreos y direcciones municipales de higiene. [...] En La Dorada, donde por la densidad de su población urbana, por su situación de puerto y nudo de comunicaciones, el problema venéreo alcanza grandes proporciones, se ha venido desarrollando la lucha antivenérea por la comisión sanitaria y por el hospital departamental que funcionan en ese puerto. [...] En aquellos municipios que no cuentan con institución especial, la lucha antivenérea se ha venido efectuando por medio de las direcciones municipales de higiene que hacen tratamientos ambulatorios o enviando al hospital los casos más graves, si el municipio cuenta con dicho establecimiento²⁹⁹.

Pudimos notar como lentamente el gobierno departamental trató de controlar de mejor manera la sífilis y su contagio en regiones tal álgidas como La Dorada pero con pocos resultados realmente significativos. En los años 1940 la estrategia médico-policiva se extendió para el combate de la gonorrea y la sífilis por igual. Ejemplo de esto lo tenemos, en 1946, con las jornadas de registro que se hicieron semanalmente en el municipio de Aguadas:

Los miércoles de cada semana, de diez a doce de la mañana se hace registro de mujeres públicas y de las clandestinas que logra coger la policía. Este examen se práctica en el local del Dispensario Antivenéreo, donde son recluidas las que se encuentran en período contagioso; las demás se tratan

²⁹⁹ Administración Departamental de Higiene y Félix Henao Toro, «Informe de 1941», Gubernamental (Manizales - Caldas: Administración Departamental de Higiene, 1941), 6-7.

por fuera en la forma prescrita por el Médico director. Se hace bismuto prevención y se atiende a los demás tratamientos con las drogas que suministra el departamento. Esta campaña adolece, naturalmente, de grandes deficiencias por carencia absoluta de laboratorio. Sería muy conveniente que, conforme a disposiciones vigentes, se procediera a instalar un laboratorio completo en la ciudad de Salamina para que se pudiera atender a los exámenes serológicos de todo el Norte del Departamento. Además, el local destinado al Dispensario adolece de grandes deficiencias de dotación que esperamos ir subsanando en la forma ofrecida por esa oficina³⁰⁰.

Se comenzaron a emplear medidas similares a las que vimos reflejadas para el combate de la gonorrea. Las formas policiales médicas de persecución se erigieron para tratar de recluir a las prostitutas contagiadas de sífilis para evitar que ejercieran su trabajo y así en la pobre lógica gubernamental disminuir los contagios. El bismuto fue un componente presente para mermar los síntomas de la enfermedad, más no para combatirlos de forma adecuada. Se comprobó que los efectos secundarios del bismuto y el arsénico a largo plazo causaban daños hepáticos en los pacientes. Para lograr mejores intervenciones hubo grandes deficiencias en infraestructura, personal médico, elementos de laboratorio y disposición de los infectados.

El estado general de la epidemia se pudo notar en las cifras de consultas y los detalles de edad, ocupación y género. A modo de ejemplo tenemos una fuente de 1946. En ese año en Caldas la mayor parte de las consultas por enfermedades de transmisión sexual vinieron por población adolescente y joven. En primer lugar, estuvieron los de 20 a 24 años (1.234), de segundos los de 25 a 29 (800) y de terceros los de 15 a 19 (682). La mayoría de estos hombres enfermos sabían leer, eran solteros, se dedicaban en mayor medida a la agricultura, oficios domésticos, obreros de

³⁰⁰ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe de la secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946», 54-55.

fábricas o empleados asalariados. Las mujeres infectadas de sífilis, gonorrea y chancro blando en Caldas fueron generalmente menores de 18 años y en segunda proporción de 18 a 24 años. La mayoría ejercían la prostitución con alternancia a lo que se llamaba servicios domésticos³⁰¹.

Para solucionar esta problemática salubre adolescente y juvenil de crecimiento constante y acelerado el gobierno departamental tuvo una de las primeras medidas más efectivas en mucho tiempo:

Desde el 17 de noviembre se ha comenzado el tratamiento antilúético con Penicilina, con la cantidad de 1'200.000 unidades, 5 inyecciones de mafarside y 3 de bismuto. Debido al alto costo de este tratamiento y principalmente para mayor exactitud en las observaciones, sólo se ha practicado en casos de sífilis secundaria absolutamente típicos. La desaparición de las lesiones contagiosas es extraordinariamente rápida (5 días) y por lo tanto estas enfermas dejan de ser peligrosas en muy corto tiempo, lo cual es muy interesante desde el punto de vista profiláctico. [...] En relación con el tratamiento de la blenorragia, me permito informarle que en este Instituto se hace el tratamiento con 200.000 unidades en total, disueltas en 10 c.c. de suero y aplicadas en inyecciones de 1 1/2 c.c. cada dos horas con un de 98/100 curaciones inmediatas³⁰².

La llegada de la penicilina a Caldas significó en lo práctico una mejora en los índices del descenso de infección de la gonorrea, el chancro blando y la sarna. Sin embargo, la sífilis continuó con las cifras cercanas de 1946. Acompañado a esto se vio un aumento en los trabajos de laboratorio al registrar más altos índices de reacciones serológicas, para pasar de 9.893 de 1945 a 19.039 en 1947. Esto se pudo deber a los altos índices de mejora presentados por otros pacientes

³⁰¹ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas y Ángel Velásquez C., «secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, Informe a la Asamblea de 1947», Gubernamental (Manizales - Caldas: secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1947), 41-67.

³⁰² Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas y Velásquez C., 73.

alrededor de la sífilis en 1946. La confianza en las medidas de curación empleadas por la salud pública de Caldas hizo que poco a poco los enfermos acudieran sin pena a ser examinados y tratados por la promesa factible de la curación. Es de destacar que la inyección de la penicilina siguió siendo escasa, al punto de registrar 1.922 inyecciones en una comparativa abismal para con el bismuto que siguió usando de forma continua y en mayor medida 28.009. Al ser tan reciente el descubrimiento, estudio y uso de la penicilina el costo siguió siendo alto, al punto de incidir en su uso. Sin embargo, los diagnósticos siguieron al alza como también los tratamientos con la “fórmula 606” derivada del bismuto y el arsénico, usados antes de la amplia disponibilidad de la penicilina en años posteriores³⁰³.

En 1949 encontramos un llamado por parte de las autoridades sanitarias a la ampliación de los alcances de la acción profiláctica efectiva que se venían haciendo en las ciudades principales de Caldas como, Manizales, Pereira y Armenia. A pesar de que la directriz de combate hacia las enfermedades venéreas fue clara como política pública, varios municipios no centrales quedaron con la imposibilidad económica, logística e infraestructura para lucha contra la sífilis. Contaron con pocos tratamientos, no había control por escrito, tampoco tratamientos eficaces, como también pocos tratamientos disponibles pues la mayoría se concentraron en los grandes centros poblados de ese tiempo³⁰⁴.

La intensificación de las campañas de medicamentos y educación higiénica fueron tomando campo cultural para ir de a poco logrando una mejora en las condiciones de los enfermos y los que aún no lo estaban en ese momento. Las campañas de los institutos profilácticos, los

³⁰³ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe a la Asamblea de 1948», 17-31.

³⁰⁴ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas y Rafael Ramírez Ramírez, «Informe a la Asamblea de 1949», Gubernamental (Manizales - Caldas: secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1949), 19-20.

dispensarios antivenéreos y las direcciones municipales de higiene lograron mermar los indicadores de gravedad de la enfermedad en la mayoría de las regiones de Caldas. Sin embargo, la región de La Dorada por ser un sitio de puerto en el que se movían mercancías y labores estuvo con un amplio rango de afectación para la cual existió una gran fuerza de acción. Es de notar también que los municipios que no tuvieron la institución antivenérea siguieron luchando contra este padecimiento remitiéndolos a los dispensarios e institutos más desarrollados como el de Pereira.

Para terminar este apartado es importante tener en cuenta que tanto hombres como mujeres tuvieron sífilis y gonorrea. Sin embargo, hubo una derivación que afectó más a las mujeres. La anexitis estuvo muy presente. Esta es una enfermedad inflamatoria de la pelvis que afecta la estructura reproductiva femenina desde las trompas de Falopio, los ovarios y todos los tejidos alrededor de la pelvis. Esto generalmente acontecía en la paciente por una infección bacteriana transmitida a través de relaciones sexuales. La bacteria subía por la vagina y hacía llegar dolor pélvico, flujo con mal olor, fiebres altas, molestias en lo sexual y cambios fuertes en el ciclo menstrual³⁰⁵. Ante la no disponibilidad de buenos antibióticos y la gravedad del avance del padecimiento los médicos recurrían a hacer histerectomías³⁰⁶ (Ver Tabla no. 2) para poder así evitar complicaciones graves como embarazos ectópicos o abscesos pélvicos.

Según lo desarrollado en el anterior apartado podemos llegar a varias conclusiones. La gonorrea, también conocida como cistitisblenorrea, fue una enfermedad de transmisión sexual muy común en la primera mitad del siglo XX en Caldas, causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*.

³⁰⁵ Juan Carlos Murillo Ramírez, «Anexitis», 1986, <https://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/handle/20.500.11764/2751>.

³⁰⁶ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

La sífilis también era un gran problema de salud pública durante esta época. Esta enfermedad provocaba lesiones en los genitales, piel y sistema nervioso, siendo especialmente grave cuando se transmitía a recién nacidos (sífilis congénita). Los tratamientos utilizados, como el yoduro de potasio, el mercurio y los remedios tradicionales, no eran muy efectivos y podían tener efectos secundarios graves. Hubo intentos por parte de las autoridades de combatir estas enfermedades, como la vigilancia y examen de trabajadoras sexuales. Sin embargo, esto generó problemas, ya que se dejó fuera del sistema de prevención y tratamiento a los hombres contagiados. Además, las mujeres prefirieron ocultar sus síntomas y pagar multas antes que someterse a hospitalizaciones. En general, estas enfermedades de transmisión sexual tuvieron un gran impacto en la salud pública de la época, afectando a toda la población, y generando debates éticos y morales en torno al control del cuerpo y la sexualidad.

3.3. Enfermedades Crónicas y Complicaciones Obstetricas y Renales en Contextos de Insalubridad

Las enfermedades crónicas del aparato reproductor y los trastornos renales constituyeron un importante desafío para la salud pública en Colombia durante gran parte del siglo XX, especialmente en contextos rurales y periurbanos donde el acceso a servicios médicos era limitado. Las afecciones crónicas de la matriz, la metritis ulcerosa, el prolapso uterino y la eclampsia puerperal (preeclampsia posparto) reflejaron las carencias generales de la época en la atención ginecológica y obstétrica, así como las difíciles condiciones en las que se desarrollaban los embarazos y partos, muchas veces sin supervisión profesional. Estas complicaciones no solo ponían en riesgo la vida de las mujeres, sino que también perpetuaban un ciclo de enfermedad y pobreza debido a la falta de prevención y tratamiento adecuado. Por otro lado, el brightismo

(nefritis intersticial) afectaba principalmente a sectores con condiciones precarias, donde las infecciones repetitivas y la desnutrición contribuían al deterioro de la función renal. La confluencia de estas enfermedades destaca la interrelación entre la pobreza, la insalubridad y la insuficiencia de políticas de salud preventiva, lo que agravó el sufrimiento de muchas mujeres en un contexto de desatención sanitaria generalizada.

Es probable que muchas patologías crónicas del sistema reproductor femenino se trataran a finales del siglo XIX y principios del XX con histerectomías que a largo plazo sólo disminuían el rango de vida de las mujeres, pero solucionaban un problema grave e inmediato para los días de sus vidas. Estas mujeres vivieron a principios de siglo una rápida reproducción de los tumores sin tratar en los ovarios, esto constituyó el gran peligro para las mujeres en esa época junto a la sífilis y las consecuencias de infecciones después de partos como una rápida reproducción de tumores fue el gran peligro para las mujeres en esa época como la hidropesía de los ovarios, también conocida como edema ovárico. Esa fue una condición en la cual se acumulaba líquido en el tejido ovárico. Esta acumulación de líquido causaba hinchazón y distensión de los ovarios, y puede ser el resultado de diversas condiciones o procesos. Para tratar esto la histerectomía fue la regla para los médicos, lo grave de esta medida fueron los pocos indicadores de sobrevivencia para las mujeres. En sí, los tumores en los ovarios tuvieron como solución una muerte demorada pero lamentablemente inevitable a largo plazo por el no combate de los tumores a tiempo³⁰⁷.

M. J. D de San Juan (Tolima) casada, de 28 años, sifilítica. Hace algunos meses que comenzó a sentir dolores en los órganos genitales internos y que padece de ulceraciones. Estas desaparecieron y aquellos disminuyeron con el tratamiento específico. Mas poco después se hicieron más agudos

³⁰⁷ Emilio Robledo, «Apuntes para la cirugía de Manizales - Histerectomía abdominal», *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 1 (1907): 16-30.

los dolores, y al examen ginecológico me di cuenta de la existencia de una anexitis izquierda y de algo difícil de apreciar del lado derecho. Como la enferma no mejoró con el reposo, los lavados y los revulsivos, practiqué una laparotomía. [...] Al abrir la cavidad abdominal, se encontró un quiste en el ovario derecho; en el lado izquierdo había una degeneración completa del ovario y demás anexos; se decidió hacer una histerectomía, la cual se practicó por el procedimiento de Fauré. [...] La marcha ulterior fue muy satisfactoria; sólo hubo una ligera elevación térmica, ocasionada por la supuración de un punto de saturación que se eliminó en breve. La enferma se retiró el 25 de julio³⁰⁸.

Ver que para combatir algunos problemas del sistema reproductor femenino se recurriera a la histerectomía como el caso de la anterior mujer de 28 años bastante afectada por la sífilis. Nos hace tener presente la gravedad temprana de estos padecimientos como también las dificultades que a largo plazo vivieron estas mujeres. Anudado a lo anterior, hoy como a principios del siglo XX las dificultades más habituales luego de la cirugía fueron las hemorragias, seguidas de infecciones postoperatorias³⁰⁹. Como ni las plantas medicinales populares como la altamisa, el perejil y la ruda de castilla³¹⁰, (usadas para regular el ciclo menstrual, aliviar los cólicos menstruales y fortalecer el útero³¹¹); junto al reposo, lavados y revulsivos ayudaron a combatir los graves dolores por las infecciones³¹².

³⁰⁸ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907», 303.

³⁰⁹ Juan Pablo Hollman-Montiel y Gerardo Rodríguez Aguiñiga, «Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna», *Archivos de investigación materno infantil* 6, n.º 1 (2014): 25-30.

³¹⁰ «69. Enfermedades de la mujer», en *Medicina popular en Colombia - Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*, de José Joaquín Montes Giraldo, Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, LVIII (Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y Cuervo, Verba buena, 1981), 55-58.

³¹¹ Narel Y. Paniagua-Zambrana et al., «Ambrosia Arborescens Mill. Ambrosia Artemisioides Meyen & Walp. Ex Meyen Ambrosia Cumanensis Kunth Asteraceae», en *Ethnobotany of the Andes*, ed. Narel Y. Paniagua-Zambrana y Rainer W. Bussmann, Ethnobotany of Mountain Regions (Cham: Springer International Publishing, 2020), 1-9, https://doi.org/10.1007/978-3-319-77093-2_21-1.

³¹² Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907», 304.

El llamado Brightismo (Nefritis intersticial) apareció en la lista de enfermedades tratadas en 1907³¹³. La causa más comunes fueron, infecciones vaginales y renales no tratadas a tiempo, reacciones a compuestos químicos muy fuertes, trastornos del metabolismo general o enfermedades autoinmunes no identificadas. Sus síntomas incluían dolor en la parte baja de la espalda, micción constante y con mucho dolor, sangre en la orina, fiebre y fatiga crónica. Para tratarla los médicos del momento usaron el calomel, o lo que se entiende hoy como cloruro mercurioso junto con el benzonaftol. Fueron de amplio uso para tratar de llevar de la mejor manera esa patología. El calomel se usó durante buen tiempo para las enfermedades renales por las bondades que se creían tenía el mercurio para combatir las infecciones. Sin embargo, el más o menos efectivo fue el benzonaftol, este compuesto se usó en mayor medida para combatir infecciones urinarias graves o al menos para enfrentar sus síntomas. Robledo apuntó en ese momento que hubo mejoría en el paciente, al menos aparente a la hora de salir del hospital en su tiempo de servicio³¹⁴.

La metritis ulcerosa hizo parte de las patologías inflamatorias del útero como consecuencias de una infección bacteriana avanzada en el cuerpo de las mujeres madres de principios del siglo XX³¹⁵. Generalmente ocurría luego del parto por retención en la placenta, malos procedimientos higiénicos por parte de parteras y en algunos otros caso por parte de médicos particulares en las zonas urbanas. Los síntomas que vivieron estas pacientes fueron, fiebre, dolor pélvico, sangrado vaginal fuerte y continuo, flujo de mal olor y malestar general permanente³¹⁶.

³¹³ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

³¹⁴ Robledo.

³¹⁵ Viviana Valeria Vallana Sala, «“La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto», *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.º 34 (2020): 90-107, <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>.

³¹⁶ Antonio León Segovia, «Tratamiento de la metritis ulcerosa», 2015, <http://catalogo.museomedicina.cl:8080/handle/123456789/2400>.

Ante la falta de medicamentos que combatieran de buena manera la infección recurrían a raspar las úlceras formadas junto a una limpieza del raspado. En el documento aparece como si hubiera salido curada³¹⁷.

En ese mismo camino los prolapsos uterinos que se atendieron en esa época fueron generalmente consecuencia del sobreesfuerzo de la madre en el momento del parto. La expulsión del útero hacia abajo y fuera de la vagina se constituyó por ese motivo como también por envejecimiento, obesidad, estreñimiento o cirugías mal hechas³¹⁸. Ante el dolor, la dificultad para orinar, presiones a la hora de defecar la única intervención que hacían los médicos en ese momento fue recomendarles reposo sin oportunidad alguna de mejora o cura³¹⁹.

N. de 34 años, casada, y madre de siete hijos, robusta más que de ordinario, sin antecedentes, se hallaba en su octavo embarazo, de 6 meses y medio aproximadamente, cuando empezó a experimentar algunas perturbaciones gastro intestinales: inapetencia, náuseas, pesantez en la región epigástrica, estiques, llenura y malestar a la ingestión del más leve alimento, dolor en la región hepática con irradiación hacia el hombro correspondiente. Como los síntomas en referencia no eran demasiado mortificantes, puesto que sólo el dolor del hígado y del hombro la atormentaban, especialmente por las noches, que no obtenía ningún descanso en la cama en ninguna posición, ni acostada ni sentada, no hizo caso los primeros cinco o seis días, atribuyendo todo esto a su estado de embarazo. [...] Al efecto, en el transcurso de ocho a diez días le administré tres purgantes, dos de aceite de ricino, y uno de seidlitz, los cuales le hicieron regular efecto. Además, tomó una opción de bromuro de potasio y cloral hidratada, y un analgésico (polvos de ácido acetilsalicílico) que calmaban admirablemente el dolor del hígado y del hombro, permitiéndole poder acostarse y dormir

³¹⁷ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

³¹⁸ Waldo H. Sepúlveda y J. Cabrera, «Prolapso uterino en primigesta.», *Rev. chil. obstet. ginecol*, 1984, 111-14.

³¹⁹ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

tranquilamente. [...] Así nacieron dos niñas-ambas vivas bien conformadas, las cuales, no obstante haber recibieron el agua del bautismo en ese momento, fueron llevadas a la iglesia y bautizadas por un sacerdote. Al cabo de tres horas murieron ambas³²⁰.

En este estudio de caso podemos usarlo para contextualizar la generalidad de las enfermedades del sistema reproductor femenino. Como también los padecimientos a los que estuvieron expuestas después de varios partos, en conjunción los altos índices de natalidad del momento junto a la mortalidad infantil y materna que también los acompañó a principios del siglo XX³²¹. En el caso de la eclampsia puerperal, entendida hoy como preeclampsia posparto dada como una condición rara presentada cuando una mujer tenía presión arterial alta y exceso de proteínas en la orina poco después del parto³²². En este caso vimos que lo que le recetó el Dr. Velázquez fue en gran medida lo que le ocasionó la muerte con relación a una dolencia que requería de otros conocimientos y herramientas médicas que no se tuvieron para el momento. La paciente logró superar los ataques y Fauré recibió tratamiento para el dolor para posibilitar el nacimiento de los gemelos que morirían tres horas³²³. Después de esto la madre quedó en medio de una clínica del dolor bastante fuerte. Sin embargo, al parecer a cada mal se le prescribía un purgante o purgantes que algunas veces mejoraban el estado de las personas, y en otras ocasiones lo empeoraba como en este caso³²⁴.

En este apartado pudimos ver el desarrollo detallado de las enfermedades de las pacientes mujeres atendidas por el Dr. Emilio Robledo en el Hospital San Juan de Dios de Manizales en

³²⁰ F Velázquez, «Trabajos originales - Eclampsia puerperal», *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales*. 16, n.º 2 (1908): 106-8.

³²¹ Márquez-Valderrama y Gallo-Vélez, «Eufemismos para el hambre».

³²² «Preeclampsia posparto - Síntomas y causas - Mayo Clinic», accedido 30 de marzo de 2024, <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/postpartum-preeclampsia/symptoms-causes/syc-20376646?p=1>.

³²³ Velázquez, «Trabajos originales - Eclampsia puerperal».

³²⁴ Guillermo David Hernández-López et al., «Preeclampsia posparto», *Revista del Hospital Juárez de México* 79, n.º 3 (2012): 174-78.

1908. Esta información nos brindó una valiosa información sobre los principales problemas de salud que afectaron a las mujeres en esa época. Un caso destacado fueron el de las pacientes con "copiosas hemorragias" y "un tumores voluminosos, inmóviles, y enclavados en la región pelviana". Casos tan graves que, tras realizarles histerectomías radicales, los tumores reaparecían con rapidez, probablemente debido al estadio avanzado de la patología³²⁵.

Por otro lado durante las primeras décadas del siglo XX, en Colombia se observó un aumento en la incidencia de diversas afecciones crónicas que afectaban la piel, los labios y el sistema digestivo. Estas enfermedades, conocidas en su momento como epitelomas y úlceras, se desarrollaban frecuentemente en poblaciones rurales expuestas a condiciones ambientales adversas y a una nutrición deficiente.

Al principio distiende las cavidades acinosas encerradas por la membrana de envoltura de las cavidades glandulares. Desde que rompe esta membrana se extiende tomando los caracteres del verdadero cáncer. Las células metatípicas emigran al tejido conjuntivo donde hacen nido, proliferan y forman alvéolos separados por trenzas fibrosas, trama del carcinoma de Virchow. Ataca a todas las edades, de preferencia, la edad madura, siendo más común en el hombre de los 40 a los 60 años. [...] A los desórdenes locales se agregan alteraciones generales; las vísceras pueden ser invadidas; aparece un tinto subictérico, caquexia, edema generalizado, debilidad, anemia, y la terminación fatal es tanto más rápida cuanto la localización del tumor, en la lengua, la faringe, la laringe, etc., impida más el funcionamiento fisiológico de los órganos. [...] Observación 2º: La señora N. N. de 50 años. [...] El aspecto que presentaba la cara de la señora era como si le hubieran colocado un riñón abierto sobre la mitad de ella. Todo tratamiento fue inútil. El tumor sangraba, supuraba, dolía intensamente. Había perforado la nariz en dos partes y el labio superior cerca a la comisura. La

³²⁵ Márquez-Valderrama y Gallo-Vélez, «Eufemismos para el hambre».

enferma estaba hinchada desde la cabeza a los pies cuando nosotros la vimos. Al edema se agregaban un color macilento, insomnio, subdelirio, diarrea, etc.³²⁶

La epiteliosis de labio fue una dolencia que aquejó la piel de las personas de 40 a 60 años en Caldas y en general en el país. Esta afección de la piel manifestado en el labio la desarrollaron en algunas personas una úlcera en el labio que no cicatrizaba y sangraba constantemente³²⁷. Para solucionarlo los médicos del momento operaban la úlcera solamente sin ningún tratamiento más dejando expuesto al paciente a un recrudecimiento del tumor o aparición en otra parte del cuerpo³²⁸.

Un sujeto que presentaba síntomas clínicos de un úlcus digestivo, con períodos de remisión, consultó al médico, hace más de doce meses. Este le reconvinó para que se hiciera practicar un estudio radiológico de las vías digestivas, con la sospecha clínica que se tratara la afección que se anotó primero. [...] Fue a Cali y regresó días después con el resultado radiológico, que indicaba una estenosis progresiva del píloro y del antro, "posiblemente" de carácter maligno. Fue operado en el Hospital de Salamina. Se practicó, según informes, resección amplia del estómago y de los ganglios de la pequeña curva. Al estudiar la pieza, que fue días después a ver el director, se observaba una decoloración anormal, paredes engrosadas y unos ganglios hipertróficos; macroscópicamente era pues un epiteloma gástrico. De más está decir que el enfermo no sobrevivió más que ocho días³²⁹.

³²⁶ D Gutiérrez y F Arango, «Epitelioma», *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales*, n.º 14 (1908): 42-43.

³²⁷ David O. Simkin et al., «Cáncer de labio: ¿un tumor de buen pronóstico o de agresividad oculta?», *Rev. argent. cir.*, 2001, 79-85.

³²⁸ Robledo, «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907».

³²⁹ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe de la secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946», 94-95.

La úlcera de estómago avanzada pudo ser causado por varios factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Una de las primeras causas más comunes ha venido de la infección por *Helicobacter pylori*. Esta bacteria es una de las principales que provoca úlceras estomacales graves que pueden dañar el revestimiento del estómago, aumentando así las probabilidades de que se desarrollen células cancerosas en la persona³³⁰. Para toda la primera mitad del siglo XX la ausencia de antibióticos efectivos dio pie para que bacterias como estas avanzaran su acción en el cuerpo de pacientes que en algún momento de su vida tuvieron disenterías, uncinariosis u otras enfermedades con síntomas gástricos fuertes. El caso de 1946 nos mostró otra variedad más de patologías gástricas empeoradas de forma plausible por la falta de prevención, diagnóstico temprano, tabaquismo, edad avanzada, obesidad, hábitos de alimentación mal sanos y la consecuencia natural del paso del tiempo.

3.4. Conclusiones del capítulo tres

La investigación realizada en este capítulo ha permitido reconstruir un panorama detallado de las principales enfermedades que afectaron a la población de la región de Caldas durante las primeras décadas del siglo XX. A través del análisis de diversas fuentes primarias y secundarias, hemos podido identificar los principales problemas de salud pública que aquejaron a esta zona del país, así como los esfuerzos de las autoridades sanitarias por combatirlos. Un aspecto fundamental que se desprende de este estudio es la estrecha relación entre las condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales de la región, y la proliferación y propagación de enfermedades. Factores como la pobreza, la deficiente infraestructura de saneamiento, la contaminación de las fuentes de

³³⁰ Alonso Campos Castro, «Generalidades sobre cáncer gástrico», *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 69, n.º 604 (2012): 461-65.

agua, las precarias condiciones de vivienda y de higiene, así como ciertos hábitos y costumbres de la población, fueron determinantes en la emergencia y el agravamiento de numerosas patologías. Los vestigios arqueológicos encontrados en Caldas han permitido identificar diversas enfermedades endémicas de la región durante el período colonial y de colonización antioqueña en el siglo XIX.

Entre ellas se encontraban enfermedades de alto contagio y baja mortalidad como el herpes y la hepatitis B, enfermedades de bajo contagio como la fiebre amarilla, enfermedades graves pero transitorias como el sarampión y la gripe, así como enfermedades constantes y crónicas como la tuberculosis y el paludismo. Estas enfermedades se agravaron durante el proceso de colonización antioqueña, dificultando el avance y la permanencia de los colonizadores en algunos lugares. El gobierno antioqueño intentó mitigar este problema presionando una lenta ocupación de tierras altas para evitar las fiebres palúdicas. A principios del siglo XX, varios informes médicos nos permitieron identificar las principales enfermedades que afectaban a la región de Caldas, como las fiebres palúdicas, el bocio, la anemia tropical, las enfermedades broncopulmonares, las enfermedades venéreas, el bubón tropical, el carate, la desnutrición y las hernias. Estas fuentes primarias, como los cuadros clínicos del Hospital San Juan de Dios de Manizales, permitirán comprender mejor las enfermedades más comunes, los tratamientos disponibles y las condiciones de vida de la población.

Un aspecto central en la problemática de salud de la región fue la prevalencia de enfermedades parasitarias y transmitidas por vectores, favorecidas por las condiciones ambientales y de saneamiento. La anemia tropical o uncinariasis fue una enfermedad parasitaria común causada por el parásito intestinal *Uncinaria* (*Necator americanus*) en la primera mitad del siglo XX en Colombia, especialmente en la región de Caldas. La principal vía de infección era a través de la

piel, cuando una persona entraba en contacto con larvas infecciosas presentes en suelos contaminados con heces humanas o animales. Los síntomas incluían anemia, fatiga, debilidad, pérdida de apetito, dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y edema. Los casos severos podían causar retraso en el crecimiento y desarrollo en niños, así como complicaciones como insuficiencia cardíaca. La propagación del anquilostoma y otras enfermedades parasitarias intestinales se facilitaba por la mala higiene, la falta de letrinas, las fuentes de agua contaminadas y las malas condiciones de vida, especialmente entre los pobres rurales y los trabajadores. Las campañas de la Fundación Rockefeller y el gobierno utilizando medicamentos antihelmínticos ayudaron a reducir la prevalencia del anquilostoma, pero los factores socioeconómicos y ambientales subyacentes siguieron siendo un desafío.

Otras enfermedades transmitidas por picaduras de mosquitos y chinches criados en aguas estancadas incluyeron la malaria (paludismo), la elefantiasis (Elefeo) y la enfermedad de Chagas. La malaria era transmitida por mosquitos del género *Anopheles* y provocaba síntomas como fiebre, escalofríos, sudoración, dolor de cabeza y síntomas similares a la gripe. Para prevenir la malaria, se recomendaban medidas de higiene general como una alimentación adecuada, viviendas ventiladas con mosquiteros, agua potable y limpieza de aguas estancadas. El tratamiento se basaba principalmente en el uso de quinina, aunque también se utilizaron otras preparaciones como la "poción antioqueña". En general, se destacó la importancia de medidas de higiene, saneamiento de aguas estancadas y control de vectores (mosquitos y chinches) para prevenir estas enfermedades. El tratamiento, si bien limitado en la época, evolucionó a lo largo del tiempo con el desarrollo de nuevos fármacos y estrategias más efectivas.

Otro grupo de enfermedades que tuvieron un gran impacto en la región fueron aquellas de transmisión hídrica, como la fiebre tifoidea y la disentería. La fiebre tifoidea y la disentería fueron

enfermedades graves y comunes en Colombia y Caldas durante la primera mitad del siglo XX, especialmente afectando a las poblaciones urbanas en crecimiento. Las principales causas de estas enfermedades fueron la contaminación del agua, la falta de saneamiento básico (alcantarillado, letrinas), la presencia de moscas y malas condiciones de higiene y vivienda. Para combatir estas enfermedades, se implementaron algunas medidas sanitarias como vigilancia del agua, campañas contra moscas, construcción de letrinas y educación a la población. También se usaron tratamientos naturales a base de plantas. Sin embargo, estas medidas no fueron suficientes para evitar el desarrollo de estas patologías, ya que las condiciones de vida de la población, especialmente la pobreza y la falta de inversión estatal en sistemas de acueducto y saneamiento, seguían siendo un problema. La mala salud infantil, con altas tasas de mortalidad por enfermedades gastrointestinales, fue un grave problema asociado a estas enfermedades transmitidas por agua contaminada.

Las enfermedades de transmisión sexual también tuvieron un gran impacto en la salud pública de la época en la región de Caldas. La gonorrea, también conocida como Cistitisblenorrea, fue una enfermedad de transmisión sexual muy común en la primera mitad del siglo XX en Caldas, causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. La sífilis también era un gran problema de salud pública durante esta época, causada por la bacteria *Treponema Palladium*. Esta enfermedad provocaba lesiones en los genitales, piel y sistema nervioso, siendo especialmente grave cuando se transmitía a recién nacidos (sífilis congénita). Los tratamientos utilizados, como el yoduro de potasio, el mercurio y los remedios tradicionales, no eran muy efectivos y podían tener efectos secundarios graves. Hubo intentos por parte de las autoridades de combatir estas enfermedades, como la vigilancia y examen de trabajadoras sexuales. Sin embargo, esto generó problemas, ya que se dejó fuera del sistema de prevención y tratamiento a los hombres contagiados. Además, las

mujeres prefirieron ocultar sus síntomas y pagar multas antes que someterse a hospitalizaciones. En general, estas enfermedades de transmisión sexual tuvieron un gran impacto en la salud pública de la época, afectando a toda la población, y generando debates éticos y morales en torno al control del cuerpo y la sexualidad.

Un aspecto que merece especial atención en este estudio son los problemas de salud que afectaban particularmente a las mujeres en la región de Caldas. Casos documentados por el Dr. Emilio Robledo en el Hospital San Juan de Dios de Manizales en 1908 revelan graves afecciones en el sistema reproductor femenino, como "copiosas hemorragias" y "tumores voluminosos, inmóviles, y enclavados en la región pelviana". Estas afecciones crónicas llevaban a que, tras realizarles histerectomías radicales, los tumores reaparecieran con rapidez, probablemente debido al estadio avanzado del cáncer. La histerectomía fue un tratamiento común, pero a menudo sólo lograba paliar el problema a corto plazo. A largo plazo, estas cirugías solían tener consecuencias negativas para las mujeres, como trastornos depresivos, ansiedad, problemas cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. Además, fueron frecuentes las complicaciones inmediatas como hemorragias e infecciones postoperatorias. Otra patología destacada fue la inflamación de los riñones, conocida como Brightismo o nefritis intersticial, que era común en las mujeres en edad materna. Las causas más frecuentes fueron infecciones vaginales y renales no tratadas a tiempo, reacciones a compuestos químicos, y trastornos metabólicos o enfermedades autoinmunes no identificadas.

En suma, podemos afirmar que las enfermedades en Caldas durante la primera mitad del siglo XX fueron el resultado de una serie de factores interrelacionados, que incluyeron condiciones socioambientales precarias, pobreza generalizada, bajo ingreso familiar reflejado en la falta de mosquiteros, zapatos, ropa limpia, malos alimentos. Poca atención política a la construcción de

acueductos, alcantarillado, excusados públicos, vigilancia sistemática a alimentos, fallas en los suministros de medicamentos y vacunas. Además de una falta de acceso a atención médica adecuada, sumado a prácticas higiénicas inadecuadas alrededor del cuidado propio y estigma social moralizante reflejado en los altos niveles de contagio de las enfermedades de transmisión sexual a puntos extremos de mortalidad por no recurrir pronto a los dispensarios antisifilíticos. Estas conclusiones nos permiten comprender mejor los desafíos que enfrentó la población en términos de salud pública y nos brindan una base para comprender lo que abordaremos en el próximo capítulo, los discursos políticos nacionales y regionales alrededor de la salud.

4. Discurso e Intervención Política Salubre en Colombia y Caldas (1900-1956): Análisis de los Discursos y Políticas Caritativistas, Higienistas, Salubristas y Asistencialistas en la Primera Mitad del Siglo XX

En el capítulo anterior, se realizó un análisis exhaustivo de las enfermedades más comunes en Colombia y Caldas durante la primera mitad del siglo XX, a través de una perspectiva médica. Se identificaron cinco grupos significativos de enfermedades: las transmitidas por gusanos, picaduras de insectos y contacto humano infectado; las enfermedades zoonóticas; las derivadas de la desnutrición; las complicaciones de malos partos; y otras enfermedades graves y constantes como la lepra, la sífilis y la tuberculosis. Este diagnóstico nos permitió comprender el panorama sanitario de la época y los desafíos que enfrentaba la salud pública nacional y regional.

En este apartado la principal interrogación estará alrededor de si el Estado, el saber médico y las gestiones regionales administrativas de la salud en Caldas se unieron al menos en forma discursiva y legislativa de forma centralizada y planificada para combatir las enfermedades endémicas, epidémicas y llamadas sociales, y mejorar las condiciones salubres de Caldas entre 1900 y 1956. Nos enfocaremos en el estudio del desarrollo de la de salud pública caritativa, higienista y asistencialista y el abordaje de las enfermedades epidémicas y sociales para los actores sociales enfermos y las élites que buscaban la construcción de una salubridad a el Departamento de Caldas desde su creación en el año 1905³³¹ hasta el posterior desarrollo administrativo y presupuestal de los asuntos de salud, inicialmente gestionados por instituciones filantrópicas y religiosas durante la primera mitad del siglo XX. Este proceso culminó con la

³³¹ Quinche Castaño, «El Quinquenio de Rafael Reyes y la transformación del mapa político-administrativo colombiano».

creación del Servicio Seccional de Salud de Caldas mediante el Decreto Nacional No. 786 de 1966³³² marcando un intento de modernización en la atención sanitaria y en las instituciones de asistencia en la región.

Siguiendo esta idea, sostendremos que dos instituciones han tenido un papel directo o indirecto en la administración de la salud/enfermedad en Colombia, la iglesia católica y el Estado^{333, 334}.

En un primer momento la institución que velaba por la acogida hospitalaria a los enfermos de gravedad, locos o mendigos a lo largo del siglo XIX y principios del siglo XX fue la Iglesia a través de sus instituciones de caridad, de beneficencia religiosas y ordenes encargadas directamente de ello³³⁵. En un segundo momento de 1920 a 1930 se logró legislativamente una relación mixta de la iglesia católica con el Estado, en la que el Estado dio una partida específica de mayor financiamiento a los hospitales, asilos, manicomios y otros juntando lo recibido por la iglesia, lo puesto por algunos fieles y el Estado bajo la dinámica de la Beneficencia pública³³⁶. En un tercer momento de 1930 a 1940 el Estado colombiano creó legalmente nuevas relaciones con la iglesia para buscar apoyo en los procesos de higienización de la población para el trabajo y el avance industrial del país³³⁷. Reflejándose esto último en el deseo discursivo de asignar más partidas de presupuesto a los departamentos de higiene y asistencia social. Algo que acomplejaría de a poco las partidas de asignación, creación de nuevos puestos y profesionalización del saber social frente a las anteriores dinámicas tradicionales³³⁸.

³³² «Nuestra historia | Territorial», accedido 21 de enero de 2022, <https://saluddecaldas.gov.co/nuestra-historia/>.

³³³ Uribe Gómez, «Entre la beneficencia y la asistencia pública».

³³⁴ Carvajal Castro, «Los inicios de la asistencia social en Colombia».

³³⁵ Álvarez Hernández, «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946», 2000.

³³⁶ Álvarez Hernández. 9.

³³⁷ Carvajal Castro. 157.

³³⁸ Álvarez Hernández, «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946», 2000. *ibid.*

En Caldas esta periodización se reflejó en lo práctico de esta forma,

Tabla 2. Periodización del cambio de enfoque salubre en Colombia y Caldas

Periodización	Fechas	Ministerio encargado	Dependencias locales^{339, 340}
Beneficencia caritativa y filantropía político-religiosa	1880-1907	Ministerio de Instrucción Pública. ³⁴¹	Departamento de Beneficencia y Recompensas de Antioquia
Higienismo filantrópico	1908-1936	Ministerio de Salubridad Pública. (Dividido Higiene y asistencia pública) ³⁴²	Departamento de Beneficencia de Caldas
Higienismo salubrista asistencial	1938-1944	Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social ³⁴³	Departamento de Higiene y Asistencia Social

³³⁹ Gobierno del Departamento, «Registro Oficial» (Imprenta Departamental, 1910 de 1908), Archivo Histórico, Archivo de la Gobernación de Caldas.

³⁴⁰ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta departamental de Caldas» (Imprenta Departamental, 1951 de 1906), Archivo Histórico, Archivo de la Gobernación de Caldas.

³⁴¹ Gobierno del Departamento, «Registro Oficial».

³⁴² Fernando José Sánchez Salcedo, «Los hospicios y asilos de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928: discursos y prácticas», *Sociedad y Economía* 26 (2014): 65-92. 68

³⁴³ Ley 96 de 1938, Diario Oficial. N. 23845. 6 de agosto de 1938.

Salubrísimo	1946-	Ministerio de Higiene ³⁴⁴	Departamento de
público	1963		Higiene y Asistencia Social

Teniendo en cuenta este cuadro de elaboración propia nos adentraremos en el análisis de la retórica y las políticas de salud implementadas en Colombia y específicamente en Caldas entre 1900 y 1956. Exploraremos cómo el Estado colombiano y los gobernadores de Caldas abordaron discursivamente estos desafíos sanitarios, delineando enfoques, prioridades y estrategias que reflejaron su visión y respuesta a los problemas de salud pública. A través de una revisión documental de discursos oficiales, documentos gubernamentales, informes de gobernanza, debates legislativos y eventos públicos, evaluaremos cómo las autoridades describieron y abordaron las necesidades de salud en Caldas.

En particular, nos centraremos en los discursos caritativistas, salubristas y asistencialistas, analizando cómo se tipificaron los problemas de salud prioritarios, se enunciaron políticas y programas, y se justificaron las acciones y decisiones tomadas o no tomadas. Este análisis no solo nos permitirá entender la gestión sanitaria de la época, sino también los factores políticos, sociales y económicos que influyeron en la formulación y ejecución de estas políticas. Consideraremos la influencia de grupos de interés económicos, las condiciones de financiamiento y los cambios en la agenda política nacional y local en temas de salud, para ofrecer una visión comprehensiva de la retórica y las políticas de salud en la primera mitad del siglo XX en Colombia y Caldas.

³⁴⁴ Congreso de Colombia, «Ley 27 de 1946 - Diario Oficial. Año LXXXII. N. 26299.7, diciembre, 1946. Pág. 1.»

4.1. Reformas en la Salud Pública: La Integración de Caridad y Ciencia médica (1900-1921)

Durante el final del siglo XIX, la doctrina de salud de la Iglesia Católica promovió que cada individuo cuidara de su bienestar físico a través de los recursos naturales, la nutrición adecuada y la espiritualidad. En caso de enfermedad grave y falta de recursos económicos, las personas recurrían a la mendicidad, la beneficencia y la caridad para mitigar sus problemas de salud hasta su recuperación. Una vez recuperados, podían reincorporarse a la vida cotidiana, trabajar y cuidar de sí mismos. En este contexto, el gobierno nacional brindó apoyo a los hospitales que proporcionaban alimentación, oración y alojamiento a los enfermos sin medios para cubrir sus gastos³⁴⁵. Dentro de la retórica nacional, se puso un énfasis particular en los enfermos de lepra. Estas personas eran aisladas de la sociedad para prevenir la propagación de la enfermedad, lo que les impedía trabajar para mantenerse a sí mismos y a sus familias. Por lo tanto, el Estado comenzó a asignar recursos prioritarios para su atención. Este enfoque refleja la evolución de las políticas de salud pública y la respuesta del gobierno a las necesidades de los más vulnerables en la sociedad.

Con respecto a lo anterior Martínez y Guatibonza señalaron que en Boyacá a finales del siglo XIX y principios del XX dentro de las dinámicas de las guerras civiles, migraciones y conflictos políticos estuvieron inmersos profundamente en un contagio significativo de lepra. Dentro de un contexto de guerra, miseria, hambre esta enfermedad movilizó al gobierno nacional a darle discusión, análisis y acciones para por medio de la iglesia aislar a los leprosos. Según las estadísticas del momento, se señaló a la lepra como un mal que se expandía de forma significativa³⁴⁶. Para Gempeler la lepra fue entendida como la raíz de muchos de los males de la

³⁴⁵ Beatriz Castro Carvajal, *Caridad y Beneficencia. El tratamiento de la Pobreza y salud en Colombia 1870-1930*.

³⁴⁶ Abel Fernando Martínez y Samuel Alfonso Guatibonza, «Cómo Colombia logró ser la primera potencia leprosa

región desde la colonia hasta la época republicana. Suscito muchos temores sociales al punto de que se llegara a considerar como una enfermedad pública de máxima prioridad cuya solución estuvo en un tenebroso y transformador exilio obligatorio de los pacientes hasta mitad del siglo XX³⁴⁷. Botero y Jaramillo afirman que el Estado colombiano a partir de lo anterior elaboró toda una estrategia de medicalización aplicada mediante un aislamiento controlado en hospitales y lazaretos que buscó ampliar con el tiempo su alcance. Además de esto sumó con el tiempo antibióticos, sulfas y otros químicos para buscar una cura efectiva en el que la ciencia médica poco a poco ganaría más campo de intervención en detrimento de la terapéutica espiritual de la iglesia católica³⁴⁸.

En 1910 el Gobierno colombiano bajo la presidencia de Ramón Valencia Gonzáles mostró gran interés en el ramo de lazaretos, tanto por razones de salud pública como por consideraciones humanitarias hacia quienes se vieron obligados a aislarse. Lamentablemente, la falta de fondos dificultó el pago adecuado de raciones y servicios en los lazaretos. A pesar de los esfuerzos, la acumulación excesiva de enfermos en pocos lazaretos dificultó la administración y aumentó los problemas de higiene. Además, el transporte de los enfermos a estos lugares causó sufrimiento y contribuyó a la propagación de enfermedades. Establecer al menos otros dos lazaretos en lugares más adecuados simplificaría el aislamiento y aliviaría el sufrimiento de los enfermos al estar más cerca de sus seres queridos.

En 1912 en la región de Caldas el gobernador Ramón Jaramillo recomendó varias acciones frente a la lepra. Estas incluyeron el envío de los enfermos de lepra a Agua de Dios en

del mundo: 1869-1916», *Colombia Médica* 36, n.º 4 (2005): 244-53.

³⁴⁷ Mónica Cuéllar Gempeler, «La Voz del Proscrito: experiencia de la lepra y devenir de los lazaretos en Colombia», *Revista de Antropología y Sociología: Virajes* 21, n.º 2 (1 de julio de 2019): 211-16, <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.11>.

³⁴⁸ Botero-Jaramillo et al., «Tratamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia».

Cundinamarca, la desinfección de las viviendas de los afectados, y la incineración de los muebles infectados³⁴⁹. Estas medidas reflejaron una respuesta organizada y sistemática para controlar y erradicar la lepra en la provincia. La inclusión de la salud de los leprosos en el informe gubernamental por primera vez indicó un cierto cambio en las prioridades del gobierno local, mostrando como las políticas nacionales comenzaban a tratar de tener repercusión en la región de forma oficial. El hecho de que no se mencionara la salud en los informes de gobierno anteriores sugirió que, durante ese tiempo, las condiciones de salud pública no se consideran una prioridad gubernamental o no se percibían como un problema grave que necesitara intervención. Esto también podría haber indicado una falta de recursos o conocimientos para abordar cuestiones de salud de manera efectiva.

Sin embargo, hubo cierto interés por procurar cuidados a enfermos de toda índole bajo la figura clásica del hospital religioso. Una institución en la que se recolectaban los pobres enfermos para asilarlos, cuidarles de forma paliativa, darles palabras de consuelo bajo la iniciativa de alguna persona de dinero que respaldara su acción caritativa bajo los ojos de la Iglesia. En este caso el Gobernador de Caldas de ese momento destacó la siguiente acción caritativa alrededor del Hospital San Jorge de Manizales,

En la Provincia solamente existe un Hospital con el nombre de "San Jorge", en esta ciudad en el que se albergan, con toda comodidad, los enfermos pobres del Distrito y los que en esta condición llegan de cualquiera parte. El Síndico de este Establecimiento señor Carlos Echeverri Uribe, es el verdadero tipo del hombre caritativo, pues se ha consagrado de lleno a mejorar el Hospital y a recoger y atender los enfermos pobres [...]. Para D. Carlos no hay dificultades cuando se trata de

³⁴⁹ General Ramón Jaramillo, «Informe del Gobernador a la Asamblea Departamental de Caldas», Gestión gubernamental (Manizales - Caldas: Asamblea Departamental de Caldas, 1912), 39.

enjugar lágrimas producidas por el dolor en aquellos desheredados de la fortuna. El Doctor Arturo Jaramillo G. le acompaña en esta grandiosa obra de caridad y filantropía, recetando a los enfermos allí asilados a quienes consuela, ya con la droga bienhechora, ora con palabras de aliento, queriéndoles hacer más suave la condición de enfermos y asilados. La Renta de registro cedida a los Municipios es una poderosísima palanca para el sostenimiento de los Hospitales y donde no existen, podrán dar principio al establecimiento de ellos³⁵⁰.

No se especificó en el informe el número exacto de pacientes atendidos, pero se mencionó que se atendió a la mayoría de la población necesitada de cuidados urgentes. La atención en el hospital tuvo un fuerte enfoque caritativo y filantrópico. El objetivo de estos médicos fue hacer más llevadera la condición de los enfermos y asilados, aliviando su sufrimiento a través de la atención y el consuelo religioso. Este enfoque fue más de tono caritativo y paliativo que preventivo o terapéutico efectivo, centrado en aliviar el sufrimiento inmediato en lugar de prevenir o tratar efectivamente las enfermedades. El informe hizo un llamado a utilizar la renta de registro cedida a los municipios como una herramienta poderosa para el sostenimiento de los hospitales existentes y para iniciar el establecimiento de nuevos hospitales donde no los hubiese. Este llamado nos sugirió que, aunque se estaban haciendo esfuerzos significativos, había una necesidad de recursos adicionales y apoyo estructural para mejorar y expandir la atención hospitalaria caritativa en la provincia.

Como vimos anteriormente, el enfoque salubre se centró en llevar a cabo políticas caritativas y filantrópicas alrededor de la atención a los enfermos más graves del momento. Al ser la salud vista como una obligación personal intransferible de la que toda persona debía encargarse, la enfermedad se concebía como una desventura moral que debía llevar de la mejor manera el

³⁵⁰ General Ramón Jaramillo, 39.

afectado. Si una persona podía trabajar, se pensaba que así mismo podía darse los remedios necesarios para su curación. Sin embargo, las personas que no tenían algún sentido del cuerpo padecían enfermedades incurables de necesario aislamiento en el momento, o llevaban tras de sí la pérdida de alguna extremidad fueron vistos como personas que debían ser auxiliados por la mano de una persona de dinero o por parte del Estado³⁵¹. Esa fue la lógica salubre bajo la idea de la beneficencia, en esa serie de argumentos se llamó la atención a la búsqueda de financiación por parte del Estado porque la caridad no estaba siendo suficiente para tratar los temas de los pacientes leprosos de Caldas que debían ser trasladados a otros lugares para ser asilados, como también a muchos pacientes de otras enfermedades que necesitaban más dinero para poder ser atendidos.

Sin embargo, no es certero o razonable afirmar que todas las acciones salubres se enfocaron en la gestión caritativa. En ese mismo año la Asamblea de Caldas creó la figura del médico municipal con el propósito de ocuparse de la higiene pública en el Departamento. Este nuevo puesto fue respaldado con un sueldo de cincuenta pesos oro, y la Asamblea estaba en proceso de expedir el acuerdo formal que establecía este empleo. Las funciones asignadas al médico municipal incluyeron varias responsabilidades clave. Primero, debía practicar los reconocimientos médicos que se presentaran en el Distrito, lo que implicaba la evaluación y diagnóstico de diversas condiciones de salud en la comunidad. También se le encargó la vacunación contra la viruela de todas las personas del vecindario, una medida crucial para la prevención de enfermedades contagiosas. Otra función importante fue la de aconsejar sobre las medidas que debían adoptarse para hacer efectiva la higiene de la población, lo cual incluyó sugerencias y recomendaciones para mejorar las condiciones sanitarias generales. Además, se le requería en algunas ocasiones para

³⁵¹ Carvajal Castro, «Los inicios de la asistencia social en Colombia».

visitar las escuelas urbanas al menos dos veces al mes para dictar conferencias sobre higiene a los alumnos, promoviendo así la educación sanitaria desde una edad temprana³⁵².

En cuanto a la intervención en enfermedades específicas, el médico municipal debía examinar a las trabajadoras sexuales que sufrieran enfermedades de transmisión sexual, una medida destinada a controlar y prevenir la propagación de estas infecciones. También debía recetar gratuitamente medicamentos al cuerpo de policía, asegurando así que los oficiales de policía recibieran la atención médica necesaria sin costo alguno. La Asamblea de Caldas proyectó varias intervenciones a futuro para mejorar la salud pública en el Departamento, enfocándose en la sífilis y la viruela. Para tratar la sífilis, la Asamblea planeó crear una sala de sanidad en el Hospital San Juan de Dios de Manizales. Esta sala tendría como propósito principal asilar a las personas atacadas por la sífilis y proporcionarles tratamiento médico. Además, buscaron con esas medidas proyectadas tratar acostumbrar a estos pacientes a la higiene y enseñarles algún oficio, con el objetivo de reintegrarlos a la sociedad de manera más saludable y productiva. Para llevar a cabo esta iniciativa, la Asamblea destinó 1,200 pesos oro en el presupuesto de gastos. En cuanto a la lucha contra la viruela, la Asamblea deseaba coadyuvar la acción preventiva del Gobierno departamental. Para ello, se votó un crédito adicional al presupuesto, destinado a cubrir los gastos relacionados con la vacunación en las escuelas oficiales y en la oficina respectiva. Esta acción tenía como objetivo reforzar la inmunización de la población escolar y asegurar una respuesta efectiva a las posibles epidemias de viruela³⁵³.

³⁵² Consejo municipal de Manizales, «Consejo municipal de Manizales», Gubernamental (Manizales - Caldas: Consejo municipal, 1912), 14.

³⁵³ Consejo municipal de Manizales, 15.

Junto con la implementación de una estrategia de vigilancia médica local, que carecía del presupuesto necesario para respaldar adecuadamente esta proyección, se continuó priorizando las acciones hospitalarias para atender los casos más urgentes, dado el rápido deterioro de la condición de los pacientes. En 1913, el secretario general de gobierno informó al gobernador de Caldas, Dr. Emilio Robledo, sobre la gestión de la salud hospitalaria en ese periodo. El manejo de los hospitales según él estuvo a cargo de los municipios, a quienes se les había cedido la Renta de Registro para financiar la beneficencia local según la Ordenanza 20 de 1912. Los principales hospitales del Departamento recibían un auxilio anual de \$5,980 por parte de la Nación. Los deberes de la Gobernación se habían reducido al pago puntual del auxilio otorgado al Hospital y la Casa de Asilo de la ciudad, establecimientos que prestaban servicios a los "desgraciados" de todo el Departamento y merecían por lo tanto generosa protección. Los servicios prestados incluían la atención en hospitales y casas de asilo, así como el sostenimiento y la conducción de pacientes con enfermedades mentales a los manicomios de Medellín o Bogotá. Los pacientes atendidos enunciados como los "desgraciados", una categoría que probablemente incluyó a los enfermos pobres y aquellos que no podían costearse su tratamiento. Algunos de los pacientes, específicamente los enajenados, fueron conducidos a los manicomios de Medellín o Bogotá. Los pacientes en Bogotá fueron sostenidos por la Nación, mientras que para los pacientes en Medellín existió un contrato vigente con el síndico, celebrado por la administración pasada, que estipulaba un pago de 8\$ mensuales por cada enajenado³⁵⁴.

En otro informe de gobierno municipal de ese mismo año dado por el alcalde de Manizales se destacó la necesidad de mejorar los servicios de los pocos hospitales que había para tratar de

³⁵⁴ Secretario General del Gobernador de Caldas, «Informe del secretario general al Gobernador del Departamento de Caldas», Gestión gubernamental (Manizales - Caldas: Asamblea Departamental de Caldas, 1913), 42.

mejor manera a todos los pacientes que en su momento fueron aislados como medida de prevención para otros pobladores. Pacientes pobres con viruela, tuberculosis y “locos” fueron recluidos en los asilos de mendigos. Este asilo desempeñó un papel crucial en la atención de los enfermos. Se llevaron a cabo importantes mejoras en el establecimiento, incluyendo la construcción de una nueva sala para enfermos con capacidad para treinta camas, un departamento dedicado a los pacientes tísicos (tuberculosos), la instalación de dos fogones y albercas para el almacenamiento de agua. Además, de la adquisición de un pabellón provisional que resultó vital durante la epidemia de viruela. Se usó para albergar a personas afectadas que carecían de recursos para sostenerse. El asilo de mendigos atendió caritativamente a una amplia gama de personas necesitadas, incluyendo ciegos, inválidos, tuberculosos y, en general, a todos los desfavorecidos económicamente y en sus condiciones de salud³⁵⁵. Esto nos indicó que su alcance trató de ser amplio pues trató de acoger a aquellos que no tuvieron otro lugar adonde acudir. El estilo de atención del asilo de mendigos, hospitales y leprosarios generalmente fue inclusivo y compasivo. No se rechazaba a nadie y todos los pacientes eran asistidos si seguían las directrices religiosas³⁵⁶.

En el mismo periodo de gobierno del Dr. Emilio Robledo se rescató o destacó el papel de las clases dominantes en la financiación de los hospitales para lograr un funcionamiento que podría mejorar con los aportes nacionales, ausentes y pocos. El Hospital de Manizales experimentó un período de mejoras significativas en 1913, gracias al empeño y el interés del señor Alfonso Robledo, así como a los esfuerzos coordinados del Síndico de ese momento, señor Alfonso Jaramillo, respaldados por el Consejo Municipal. En cuanto a la población atendida, los enfermos

³⁵⁵ Alcalde de Manizales, «Informe del alcalde de Manizales», Gubernamental (Manizales - Caldas: Asamblea Departamental de Caldas, 1913).

³⁵⁶ Alexis V Pinilla Díaz, «Reseña - Entre la caridad cristiana y la beneficencia ilustrada - Diálogos incompletos con el texto Sujeción, corrección y disciplina: pedagogía social de masas en Santa Fe de Bogotá 1780 - 1820, de Sandra Patricia Rodríguez Ávila», *Folios* 26 (2009): 115-23.

e inválidos que se albergaron en el hospital representaron diferentes porcentajes según su procedencia: el 20% provenía de la ciudad, el 40% del Departamento y el restante 40% de otras partes de la Nación. Este dato subrayó la relevancia del hospital como centro de atención regional y nacional para aquellos en situación de vulnerabilidad. Ante esta situación, se planteó la necesidad de una mayor colaboración por parte de la Nación y el Departamento para proporcionar un auxilio financiero proporcional a la cantidad de enfermos alojados en el hospital. Se argumentó que esto aliviaría la carga económica del Municipio, permitiéndole cumplir con su obligación de proteger a otros pobres en la comunidad cuya necesidad era igualmente urgente. Además, se destacó la labor de la Sociedad de Caridad, presidida por el Cura Párroco de la Catedral, y conformada en su mayoría por mujeres casadas, quienes se dedicaron al sostenimiento de unas ciento cincuenta familias necesitadas. Esta sociedad operó mediante la recogida de cuotas voluntarias de las personas acomodadas de la ciudad, así como la recolección de limosnas durante los días de feria en el mercado³⁵⁷.

Este apoyo proporcionado por la sociedad de caridad contribuyó más al encierro de los pobres enfermos que a su ayuda directa para la mejora de sus condiciones de vida. La caridad proporcionada a estas instituciones con el fin de "encerrar" a los enfermos pobres para evitar así una mala imagen de la ciudad ante otros, nos hizo plantearnos una crítica fundamental al manejo de la salud pública en ese momento. Este enfoque, aunque podría haber sido motivado por el deseo de preservar la reputación de la ciudad y brindar atención a aquellos en situación de vulnerabilidad, reflejó también una falta de consideración genuina por la salud y el bienestar de los individuos afectados. En lugar de abordar las causas subyacentes de la enfermedad y la pobreza, este enfoque

³⁵⁷ Alcalde de Manizales, «Informe del alcalde de Manizales», 7-8.

se basó en medidas superficiales y paliativas que no abordaron las necesidades reales de la población.

4.1.1. Inicios de las Campañas Nacionales y Regionales Contra la Viruela, Lepra, Tos Ferina, Paludismo y Otras Enfermedades (1914-1921)

Como vimos con anterioridad a finales del siglo XIX y durante el primer cuarto de siglo XX, el interés nacional por la salud pública en Colombia se caracterizó por un enfoque caritativo, especialmente en la atención y el confinamiento de los leprosos, tuberculosos, “locos” y enfermos pobres. Este enfoque se reflejó también en el departamento de Caldas, donde los fondos caritativos se destinaron al encierro de los enfermos sin capacidad de trabajar y al traslado de pacientes de lepra a Bogotá. En este contexto, el gobierno nacional continuó con la clásica medida asilar para con los enfermos, pero comenzó a la vez mostrar un interés por la salud pública más allá de la caridad, iniciando una campaña nacional contra la viruela, tos ferina, paludismo y otras enfermedades extranjeras como la peste bubónica³⁵⁸.

A continuación, examinaremos cómo se sostuvo el discurso caritativista mientras se fue transformando poco a poco hacia un lugar higienista burocrático en torno a la sistematicidad del registro de pacientes, preocupación de tratamientos a enfermedades que antes no se habían tenido en cuenta, mejoras de los establecimientos, tratamientos y estrategias pedagógicas y preventivas para enfrentar otras enfermedades endémicas que no se podían seguir reduciendo al cuidado paliativo religioso del siglo pasado³⁵⁹. Primero veremos el discurso gubernamental nacional en

³⁵⁸ Emilio Quevedo, «Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX», *Biomédica* 16 (1996): 345-60.

³⁵⁹ María-Teresa Gutiérrez, «Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo xx», *Estudios Socio-Jurídicos* 12, n.º 1 (2010): 73-97.

torno a la viruela, peste bubónica, lepra, paludismo, tosferina y luego su correlato departamental en Caldas con respecto a esas mismas enfermedades. Todo esto con el fin de demostrar la interacción administrativa, política y discursiva de las dinámicas salubres de centro-periferia en mutua interdependencia.

El presidente Carlos Eugenio Restrepo destacó que, desde 1897, el Parque de Vacunación contra la viruela había trabajado en la producción de la vacuna de cou-pox para cubrir las necesidades del país. A pesar de los esfuerzos de la Junta Central de Higiene y la Dirección del Parque por mejorar las condiciones del establecimiento y obtener los recursos necesarios, no fue hasta 1911 cuando el Ministerio de Gobierno tomó medidas al respecto. Ese año, se asignó un terreno de propiedad nacional en la ciudad para la construcción de un pabellón provisional que operaría mientras se edificaban instalaciones permanentes. Además, se proporcionaron un microscopio y otros elementos esenciales para optimizar su funcionamiento³⁶⁰.

En septiembre de 1911, comenzó la construcción de los edificios según un proyecto aprobado por el Ministerio. También se autorizó al director del Parque a adquirir materiales necesarios en el extranjero. Durante la primera mitad de 1912, se completó parte de las obras, y a solicitud del Ministerio de Gobierno, el Ministerio de Obras Públicas gestionó los contratos para su finalización. Con la Ley 33 de 1913, el Parque de Vacunación pasó a estar bajo la supervisión directa del Consejo Superior de Sanidad, que en febrero de ese año inspeccionó el establecimiento y recomendó la adquisición de nuevos instrumentos y materiales de laboratorio a través del Ministerio de Gobierno³⁶¹. Además de centrarse en el combate de la viruela y la lepra, el gobierno

³⁶⁰ Luis Carlos Villamil Jiménez y Hugo Armando Sotomayor Tribín, «El virus de la vacuna colombiana de viruela: ¿cowpox o horsepox?», *Medicina* 44, n.º 2 (22 de julio de 2022): 262-69, <https://doi.org/10.56050/01205498.1684>.

³⁶¹ Presidente Carlos E. Restrepo, «Ley 33 de 1913 (octubre 18) - Por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada», Gubernamental, 1913, <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1787716>.

de Carlos Eugenio Restrepo implementó por primera vez estrategias para prevenir la entrada de enfermedades del extranjero.

Además de la lucha contra la viruela y las medidas preventivas frente a enfermedades extranjeras como la peste bubónica, el gobierno nacional continuó su interés en mejorar la gestión de la lepra. Durante el periodo presidencial de Carlos E. Restrepo, se llevaron a cabo importantes obras en Agua de Dios para beneficiar a la comunidad. Entre ellas destacaron la construcción de la casa de Administración del Hospital, la casa de los médicos, un cuartel para la policía interna, un local para almacenamiento de materiales, así como la instalación de una alcantarilla. Asimismo, se construyó un acueducto, una cisterna para el abastecimiento de agua, y baños para mujeres, además de establecer una red telefónica en la localidad. Se realizaron reparaciones en edificios existentes, reconstrucción de hornos en los tejares, y se mejoraron las viviendas para el alojamiento de enfermos. El lugar fue dotado con máquinas de escribir, una biblioteca, y equipos para la enseñanza de tejidos. Estas acciones contribuyeron significativamente al desarrollo y bienestar de la población en Agua de Dios durante ese periodo³⁶².

En el Lazareto de Contratación en Santander se propuso la construcción de diversas estructuras para mejorar sus condiciones y funcionamiento, incluyendo una casa para la administración, residencias para empleados sanos, médicos e hijas sanas de los enfermos, así como un cuartel para la policía y un matadero público. Por su parte, en el Lazareto de Caño de Loro, se realizaron varias edificaciones para atender las necesidades del lugar. Entre ellas, una casa de teja metálica para la botica y otra de madera con techo de palma y piso de ladrillo destinada a los enfermos. Además, se construyeron cuatro muelles, excusados, un baño, cocinas, boticas, juzgados

³⁶² Carlos Eugenio Restrepo, «Mensaje del Presidente de Colombia al Congreso de 1914», Gubernamental (Manizales - Caldas: Congreso de Colombia, 1914), 84-88.

y hornillas. Estas mejoras contribuyeron significativamente a optimizar la infraestructura y los servicios en ambos lazaretos³⁶³.

El gobierno implementó un tratamiento basado en la inyección intramuscular de cinco mililitros de una preparación elaborada según una fórmula reciente del profesor Jeanzelme de París, que contenía chaulmugra. Esta inyección se administraba cada tercer día y fue aplicada a cien pacientes de distintos tipos desde mediados del año anterior, generando gran entusiasmo por su eficacia para aliviar los síntomas. En ese momento, los lazaretos acogían a 4,157 personas asiladas. Según estadísticas revisadas en varias ocasiones, el total de enfermos de lepra en el país no superaba los 4,800. De estos, 643 no estaban asilados; sin embargo, se estimaba que solo la mitad de ellos padecían realmente la enfermedad. Esto significaba que entre 300 y 400 enfermos aún no habían sido aislados, lo que implicaba que los lazaretos albergaban a más del 90% de los enfermos identificados en el país³⁶⁴.

En la estrategia de salud pública del departamento de Caldas, el enfoque estuvo alineado con la política nacional, con especial atención a la lepra, una preocupación urgente en ese momento. El gobernador Emilio Robledo abordó en su informe el grave problema que representaba la lepra en la región. La situación se agravó cuando, en la zona de "La Balsa", un corregimiento del Valle del Cauca entonces bajo jurisdicción de Caldas, un curandero comenzó a ofrecer supuestas curas a través de métodos no científicos, como sortilegios y oraciones. Esto provocó la concentración de cerca de cincuenta leprosos en "El Gigante", lo que representaba un riesgo sanitario significativo. La credulidad de los enfermos, que buscaban desesperadamente un remedio para un mal considerado incurable, llevó a muchos a recurrir a estos tratamientos

³⁶³ Carlos Eugenio Restrepo, 88-92.

³⁶⁴ Carlos Eugenio Restrepo, «Mensaje del presidente de Colombia al Congreso de 1914», 93-98.

ineficaces. Aunque el gobernador reconoció los esfuerzos realizados, destacó que aún quedaba mucho por hacer para erradicar la enfermedad y controlar la influencia negativa de los curanderos que explotaban la desesperación de los pacientes.³⁶⁵

Para enfrentar esta situación, el gobernador tomó medidas concretas y realizó llamados urgentes al gobierno nacional. Se priorizaron mejoras en la gestión y tratamiento de la lepra mediante políticas que, aunque orientadas a mejorar las condiciones de salud, incluyeron la persecución y confinamiento de los enfermos. Una vez que las finanzas del Tesoro lo permitieron, se asignó una suma significativa para establecer un Dispensario de Salubridad según la Ordenanza N° 32 de 1913, con el compromiso del Consejo de proporcionar un local de manera expedita. Para apoyar a la Junta Departamental de Higiene, se adquirió un microscopio y equipos para exámenes de sangre y linfa, además de obtener una partida de \$300 del presupuesto para mobiliario y otros insumos necesarios. Ese mismo año, se gestionó con los Ministerios de Gobierno y de Guerra el traslado a Agua de Dios de los enfermos reunidos en "El Gigante", con el objetivo de contener la propagación de la enfermedad y asegurar un entorno más adecuado para su aislamiento y atención³⁶⁶.

El gobierno departamental de Emilio Robledo, vinculado a las estrategias para mejorar los dispensarios y la búsqueda de enfermos, implementó diversas medidas para enfrentar la lepra. Robledo se esforzó por obtener recursos adicionales y desarrollar nuevas formas de abordar esta enfermedad, complementando las políticas existentes. En ese periodo, se creó la Oficina Medicolegal y de Higiene Pública y, al reglamentar la Ordenanza N° 29, se asignaron a los médicos

³⁶⁵ Emilio Robledo, «Informe del Gobernador de Caldas al Sr. ministro de Gobierno», Gubernamental (Manizales - Caldas: Congreso de Colombia, 1914), 11.

³⁶⁶ Emilio Robledo, 12.

de la Junta funciones clave. Estas incluyeron la responsabilidad de examinar a personas con "vida airada" y proporcionar a las autoridades locales orientaciones sobre higiene. Además, los médicos realizaron exámenes a algunos leprosos. Aunque la gestión de la lepra era competencia de la Nación, especialmente tras la reciente creación de una Junta Departamental de Higiene Nacional, la Gobernación de Caldas consideró esencial vigilar de cerca la situación debido a la alta prevalencia de la enfermedad en la región. En su Mensaje a la Asamblea en 1914, el gobernador destacó la urgencia de una atención institucional para la lepra, subrayando la importancia de la colaboración entre autoridades nacionales y departamentales. Los informes de la Oficina Medicolegal incluían evaluaciones detalladas de las condiciones de salud e higiene, acompañadas de recomendaciones para mejorar la salubridad y contener la propagación de enfermedades en el departamento³⁶⁷.

Según José Ignacio Villegas Gobernador de Caldas de 1916, el director del ramo de Higiene y Salubridad Pública, el doctor Emilio Robledo, continuó realizando varias labores importantes para combatir la lepra. Estas acciones incluyeron exámenes y diagnósticos de todos los individuos sospechosos de estar contaminados con lepra que fueron enviados por los municipios, con el fin de determinar si debían ser trasladados a Agua de Dios, lugar de aislamiento para los leprosos. Además, bajo su dirección, se llevó a cabo una labor sistemática para aislar a todos los leprosos del departamento³⁶⁸. Por este mismo camino Pompilio Gutiérrez, Gobernador de Caldas de 1920, siguió insistiendo en varias acciones para tratar de mejorar los índices de aislamiento de los pacientes leprosos de Caldas. Uno de los principales lugares de acción administrativa bajo su mandato fue el de la constante insistencia a los alcaldes para que hicieran

³⁶⁷ Emilio Robledo, *Mensaje del Gobernador a la Asamblea Departamental de 1914* (Manizales - Caldas: Imprenta «El Renacimiento», 1914), 11.

³⁶⁸ José Ignacio Villegas, *Informe que el gobernador del departamento de Caldas presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1916* (Manizales - Caldas: Imprenta «El Renacimiento», 1916), 23.

averiguaciones y diligencias necesarias para identificar y trasladar a los enfermos de lepra al Lazareto de Agua de Dios.

Esta labor persistente resultó en el envío de varios pacientes, y se aseguró que, si llegaron a quedar algunos enfermos en el departamento, fue porque ni siquiera se podía sospechar de su existencia por no tener estadísticas de esta población. El informe también subrayó la necesidad de prestar más atención a los pacientes leprosos, especialmente en términos de apoyo fiscal. Se consideraba esencial que la Asamblea creara una pequeña renta destinada exclusivamente a auxiliar a los leprosos de Caldas asilados en Agua de Dios, ya que las raciones que recibían eran claramente insuficientes. Se recomendó aumentar los derechos pagados por el degüello de ganado mayor como una forma de obtener dicha renta. En cuanto al tema de la locura asociada a la lepra por su solución terapéutica asilar, se aconsejó la fundación de un manicomio en el departamento. La preocupación surgió porque el número de enfermos mentales asilados en el Manicomio de Medellín fue considerable, y su sostenimiento implicaba un gasto significativo para el departamento³⁶⁹.

La lucha contra epidemias como la viruela, la tos ferina y el paludismo en la región fue un desafío constante que exigió esfuerzos sostenidos para prevenir su propagación, tal como lo reflejó el discurso de gestión del Gobernador José Ignacio Villegas durante su mandato. En 1916, el ramo de higiene y salubridad pública tomó medidas concretas contra la viruela, enviando vacunas a diversos municipios y llevando a cabo campañas en establecimientos educativos, cuarteles, cárceles y penitenciarías.³⁷⁰ El impacto de estas acciones se evidenció en la mejora del estado

³⁶⁹ General Pompilio Gutiérrez, *Informe que el Gobernador del Departamento de Caldas rinde a la Asamblea de 1920* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1920), 6-7.

³⁷⁰ José Ignacio Villegas, *Informe que el gobernador del departamento de Caldas presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1916*, 22.

sanitario del país en el último semestre de 1921. La producción de vacunas en el Parque de Vacunación aumentó significativamente, generando dosis suficientes para inmunizar a 2 millones de personas, con un costo de solo \$2,336, equivalente a un centavo por cada 8 personas vacunadas. Estas medidas fueron fundamentales para contener la viruela, que, aunque presente en gran parte del departamento de Caldas, se manifestó de forma benigna. En Manizales, la incidencia fue baja, afectando solo a 6 de cada 1,000 habitantes, sin registrarse muertes por esta causa.³⁷¹ En Manizales, la incidencia fue baja, afectando apenas a un 6 por 1.000 de la población, y no se reportaron muertes a causa de esta enfermedad³⁷².

Asimismo, este gobernador afirmó que la tos ferina³⁷³ fue la epidemia más mortífera del año 1916³⁷⁴, causando una merma considerable en la población del Departamento de Caldas. Para combatir esta enfermedad, el ramo de Higiene y Salubridad pública tomó medidas profilácticas de los elementos naturales, limpieza personal y aislamiento de los infectados, las cuales fueron ampliamente difundidas. Estas medidas, basadas en la experiencia médica, estaban diseñadas para disminuir los estragos de la epidemia y de otras enfermedades que surgieron en ese mismo período³⁷⁵.

³⁷¹ Marco Fidel Suárez, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1921*, 91.

³⁷² José Ignacio Villegas, *Informe que el gobernador del departamento de Caldas presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1916*, 23.

³⁷³ La tos ferina, también conocida como Pertusis, es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa causada por la bacteria *Bordetella Pertusis*. Los síntomas incluyen ataques severos de tos que pueden dificultar la respiración, y es especialmente peligrosa para los niños pequeños. Las medidas profilácticas referidas probablemente incluyeron el aislamiento de los infectados, recomendaciones de higiene personal, ventilación adecuada de espacios cerrados, y posiblemente la vacunación si estaba disponible, aunque la vacunación contra la tos ferina no se generalizó hasta más tarde.

³⁷⁴ Fred G. Manrique-abril, Abel F. Martínez-Martín, y Bernardo F. Meléndez-Álvarez, «Defunciones en niños a principios de los siglos xx y xxi en boyacá-colombia», 2012, 28, <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/70672>.

³⁷⁵ José Ignacio Villegas, *Informe que el gobernador del departamento de Caldas presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1916*, 23.

Por otro lado, esta institución llevó a cabo varias iniciativas para combatir el paludismo, una enfermedad altamente prevalente en las tierras bajas del departamento. El director de Higiene trabajó en difundir los medios de prevenir y curar esta enfermedad, una de las más graves que afectaba a la población de las tierras bajas de Caldas, la enfermedad fue endémica y afectó a un gran número de personas. La propagación de esta enfermedad en la región se atribuyó principalmente a la contaminación de las aguas por la cereza del café, desechada indiscriminadamente en los cuerpos de agua de los establecimientos donde se procesaba este grano. Los cultivos de café, fundamentales para la economía de la región, tenían una participación significativa en la propagación del paludismo debido a esta práctica de manejo de residuos. La cereza del café, al ser arrojada a las fuentes de agua, contaminaba estos recursos, creando condiciones propicias para la reproducción de los mosquitos vectores de la enfermedad. Para abordar este problema, el gobierno propuso una serie de medidas. Entre ellas, se incluyó la elaboración de una ordenanza destinada a corregir la práctica perjudicial de arrojar desechos de café en los cuerpos de agua³⁷⁶. Esta medida buscaba prevenir la contaminación de las aguas, reducir la proliferación de mosquitos y, por ende, disminuir la incidencia del paludismo. Además, se hicieron esfuerzos por educar a la población sobre las medidas profilácticas para prevenir el paludismo. Estas medidas incluyeron el uso de mosquiteros, la eliminación de criaderos de mosquitos y la promoción de prácticas de higiene adecuadas³⁷⁷.

Además de las acciones de prevención contra el paludismo iniciadas en 1916, también hubo una significativa acción educativa que se empezó a llevar con fuerza en las escuelas en 1919, con el objetivo de sensibilizar a la población más joven sobre las medidas necesarias para combatir

³⁷⁶ Benigno Velasco Cabrera, «Sanidad en Colombia», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 3 (1938): 199.

³⁷⁷ José Ignacio Villegas, *Informe que el gobernador del departamento de Caldas presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1916*, 24-25.

esta enfermedad y fomentar prácticas saludables desde temprana edad. Según el informe del director de Instrucción Pública de 1919 al Gobernador de Caldas, se llevaron a cabo diversas labores educativas para combatir de forma preventiva y temprana la anemia tropical, las fiebres palúdicas y otras enfermedades. En la mayor parte de las escuelas, los maestros dictaron frecuentes conferencias sobre higiene. Además, durante las visitas a las poblaciones del departamento, se recomendó a los maestros que enseñaran higiene de manera especial. En las escuelas ubicadas en climas donde el paludismo fue prevalente, se puso un énfasis particular en el estudio detenido de la anemia tropical y las fiebres palúdicas. Se instó a los maestros a educar a los niños sobre cómo defenderse de estas enfermedades y los procedimientos para curarlas una vez contraídas³⁷⁸. De esta manera, los maestros transmitieron estos conocimientos a los estudiantes, con el objetivo de que pudieran aplicarlos en sus vidas diarias y así reducir la incidencia de estas enfermedades en sus comunidades.

En este mismo camino preventivo contra el paludismo en 1921 el gobierno de Marco Fidel Suárez comenzó a implementar estrategias para combatir el vector de contagio del paludismo en regiones portuarias importantes del país. Se llevaron a cabo petrolizaciones en aguas estancadas para controlar la proliferación de mosquitos transmisores de la enfermedad. En Barranquilla, Buenaventura, Cartagena, Girardot, Quibdó, Santa Marta y Tumaco, se realizaron actividades de fumigación y tratamiento con petróleo crudo, con el fin de eliminar los criaderos de mosquitos y reducir la incidencia de paludismo³⁷⁹. Además, el gobierno solicitó la colaboración de Panamá y Estados Unidos para obtener el petróleo crudo y otros elementos necesarios para llevar a cabo esta campaña de control de vectores. Esta cooperación internacional fue clave para fortalecer las

³⁷⁸ Dr. Alfonso Villegas Arango, *Informe del director de Instrucción Pública de Caldas Dr. Alfonso Villegas Arango al Gobernador del Departamento relativo al año de 1919* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1920), 21.

³⁷⁹ José Antonio Concha y Venegas, «El control del paludismo en Colombia», *Revista de la Facultad de Medicina* 25, n.º 9-12 (1 de octubre de 1957): 437-42.

medidas de prevención y control del paludismo en las regiones portuarias colombianas. Estas acciones contribuyeron significativamente a reducir la incidencia de paludismo y a mejorar las condiciones de vida en las áreas afectadas por la enfermedad³⁸⁰.

Estas acciones reflejaron un cambio significativo en la política de salud pública, que empezó a basarse en avances científicos en lugar de depender exclusivamente de oraciones y medidas de encierro centradas en la caridad. La investigación médica internacional, la creación de dispensarios y la provisión de equipos científicos para la Junta Departamental de Higiene indicaron un enfoque más moderno y efectivo para prevenir y tratar enfermedades. Este nuevo enfoque representó un paso importante hacia una atención sanitaria basada en la evidencia, alejándose de la beneficencia paliativa tradicional. El discurso gubernamental subrayó la importancia de la ciencia y la investigación como pilares de la gestión sanitaria. Además, la solicitud de apoyo al gobierno nacional evidenció la necesidad de una intervención coordinada para abordar la crisis de salud y mitigar sus efectos en la población.

El gobierno de José Vicente Concha marcó el inicio de las primeras alianzas entre la ciencia médica, el Estado y la salud pública. En 1918, surgieron iniciativas para establecer una de las primeras facultades de medicina en Colombia. Aunque la construcción del edificio destinado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en Medellín no avanzó según lo previsto, se lograron mejoras significativas en las instalaciones existentes. Durante ese período, se completaron anfiteatros, laboratorios y salas de conferencias, equipándolos con los adelantos más modernos de la época.³⁸¹ Estas mejoras representaron un gran avance frente a las antiguas instalaciones

³⁸⁰ Marco Fidel Suárez, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1921*, 92.

³⁸¹ Tiberio Álvarez Echeverri, «Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: ciento veinte años de historia», *Iatreia*, 24 de marzo de 1991, ág. 117-119, <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.3449>.

coloniales, al ofrecer un entorno más adecuado para la enseñanza y el aprendizaje. Los nuevos espacios facilitaron prácticas y experimentos que antes no eran posibles, adaptándose a los avances en medicina y ciencia. Además, se incluyeron áreas específicamente diseñadas para la enseñanza práctica, lo que marcó un cambio significativo en la formación médica³⁸².

4.1.2. El Surgimiento Oficial de la Preocupación Nacional por la Uncinariasis, la Tuberculosis, la Fiebre Tifoidea y el Alcoholismo

Los avances en las ciencias médicas se expandieron paulatinamente con proyectos en facultades de medicina y la construcción de laboratorios. Sin embargo, los presidentes continuaron priorizando la lepra, el paludismo y la viruela. Durante el gobierno de Marco Fidel Suárez, se empezó a vislumbrar un cambio en la agenda sanitaria, que dejó atrás el enfoque exclusivo en la lepra, la locura y la viruela. En esta nueva etapa, surgieron preocupaciones por otras enfermedades que marcarían la primera mitad del siglo XX, como la uncinariasis, la fiebre tifoidea, la tuberculosis y el combate moralista contra el alcoholismo, ampliando las estrategias de salud pública³⁸³.

Para el presidente Marco Fidel Suárez, la uncinariasis representaba un flagelo que diezmaba a la población y mantenía a muchos habitantes en un estado deplorable. El ministro de Agricultura de la época se dedicó a estudiar la enfermedad y sus posibles tratamientos. Su labor filantrópica coincidió con la iniciativa internacional del Instituto Rockefeller, que ya se había extendido en varias naciones, enfocándose en servir a los enfermos y apoyar a los pueblos mediante

³⁸² José Vicente Concha, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1918* (Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1918), 27.

³⁸³ Gutiérrez, «Proceso de institucionalización de la higiene», 75-80.

avances científicos y recursos provenientes de Estados Unidos³⁸⁴. Las preocupaciones populares, el “vicio” por consumo de bebidas fermentadas, la renuencia a seguir el régimen prescrito y la tendencia a acudir a curanderos que explotaban a los enfermos dificultaron en parte la lucha contra la uncinariasis. No obstante, los resultados fueron satisfactorios gracias a los esfuerzos del Gobierno, que proporcionó los recursos necesarios para cumplir sus resoluciones, incluyendo el saneamiento del suelo, la selección de personal médico y la implementación de medidas higiénicas.³⁸⁵.

Apoyaron al Gobierno, instando a las autoridades civiles y eclesiásticas a colaborar con el Ministerio de Agricultura. A pesar de las dificultades fiscales que limitaron el desarrollo de estas iniciativas, en Antioquia se establecieron dos laboratorios para estudiar el parásito del suelo, con avances en el saneamiento en Medellín, Puerto Berrío y otras localidades. Se visitaron 6,449 hogares, se impartieron más de 2,600 conferencias y se distribuyeron 22,000 folletos informativos. En Cundinamarca, los esfuerzos dieron como resultado la construcción de cerca de 40,000 retretes, más de 50,000 instrucciones repartidas y 42,000 conferencias impartidas en escuelas y comunidades. En total, se visitaron 72,000 casas y se atendieron más de 60,000 personas, entre examinadas y tratadas³⁸⁶.

En 1921, el gobierno colombiano implementó una serie de estrategias para enfrentar la fiebre tifoidea, que representaba un grave problema de salud pública. Como medida clave, se distribuyeron vacunas antitíficas a varios departamentos, consideradas el principal recurso

³⁸⁴ Claudia M. García y Emilio Quevedo, «Ankylostomiasis (Uncinariasis) and Coffee: The Antecedents of the Rockefeller Foundation's Intervention in Colombia: 1900-192», *Biomédica* 18, n.º 1 (1 de marzo de 1998): 5-21, <https://doi.org/10.7705/biomedica.v18i1.966>.

³⁸⁵ Marco Fidel Suárez, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1921*, 89.

³⁸⁶ Marco Fidel Suárez, 90-91.

preventivo contra la enfermedad.³⁸⁷ Las vacunas se distribuyeron prioritariamente en colegios, prisiones y cuarteles, donde la alta concentración de personas y las deficientes condiciones sanitarias aumentaban el riesgo de brotes. El enfoque en estos lugares buscaba proteger a grupos vulnerables como niños, mujeres gestantes y adultos mayores. Se consideró que la vacunación masiva en estos entornos sería clave para reducir la incidencia de la fiebre tifoidea y mejorar la salud pública.³⁸⁸ Este enfoque gubernamental reflejó uno de los primeros compromisos asistenciales del Estado colombiano por abordar activamente los problemas de salud de la población y por adoptar medidas concretas para prevenir enfermedades infecciosas.

En ese mismo año el Gobierno nacional implementó estrategias legales y administrativas para combatir la tuberculosis, que era un grave problema de salud pública. La Dirección Nacional de Higiene colaboró con las Juntas Departamentales para promover prácticas higiénicas y medidas preventivas a nivel nacional. Se recomendó la creación de dispensarios y sanatorios dedicados al tratamiento y control de la tuberculosis, que además funcionarían como centros educativos. También se alentó a los consejos municipales a apoyar estas iniciativas para reforzar la acción local en la lucha contra la enfermedad³⁸⁹. La propuesta de crear dispensarios y sanatorios buscaba ampliar el acceso a la atención médica y mejorar la detección y tratamiento de la tuberculosis, promoviendo también prácticas higiénicas como la ventilación adecuada, la higiene personal y la prevención del contagio. Aunque estas medidas legislativas inicialmente tuvieron un impacto limitado, se plantearon como un esfuerzo para contener la enfermedad y prevenir su propagación a largo plazo.

³⁸⁷ Rodríguez-Gómez, «Historia del tabardillo en Colombia».

³⁸⁸ Marco Fidel Suárez, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1921*, 92.

³⁸⁹ Marco Fidel Suárez, 91-92.

En ese período, el gobierno adoptó un nuevo enfoque salubrista que incluyó estrategias pedagógicas e higienistas para reducir el consumo de alcohol y prevenir enfermedades asociadas al alcoholismo, como hipertensión, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, problemas hepáticos y digestivos, además de diversos tipos de cáncer. Reconociendo su impacto en la salud pública, se instó a las gobernaciones a proponer medidas indirectas a las asambleas para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y mitigar sus efectos en la población³⁹⁰.

Desde principios del siglo XX hasta 1921, tanto el gobierno nacional como el regional enfocaron sus esfuerzos en la intervención asilar para la lepra, reorganizando instituciones y aumentando los recursos para hospitales, inicialmente con un enfoque caritativo hacia las poblaciones más pobres. Con el tiempo, se dio un giro hacia estrategias más científicas, como la vacunación contra la viruela, el tratamiento de la lepra y la prevención de enfermedades como la tosferina y el paludismo. Estas acciones marcaron una transición hacia una colaboración más estrecha con la ciencia médica, dejando atrás las medidas basadas en la caridad y la plegaria.

Estas acciones reflejaron el inicio de una política de salud más enfocada en los avances científicos, dejando atrás las soluciones basadas en la caridad y el encierro. La investigación internacional, la creación de dispensarios y el equipamiento científico para la Junta Departamental de Higiene indicaron un enfoque más moderno en la gestión sanitaria, priorizando la ciencia para la prevención y tratamiento de enfermedades. Este cambio hacia una atención basada en la evidencia representó un avance significativo, destacando la necesidad de una intervención más coordinada para enfrentar la crisis sanitaria y mitigar sus efectos en la población.³⁹¹.

³⁹⁰ Marco Fidel Suárez, 93.

³⁹¹ Mario Álvarez Hernández, «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946», *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 27 (2000): 12-15.

4.2. Intervenciones Sanitarias en Colombia (1922-1926): Infraestructura Leprosaria, Vacunación y Colaboración Salubre Internacional en la región de Caldas

A pesar de las campañas de salubridad impulsadas durante el gobierno de Marco Fidel Suárez, los problemas de salud pública persistieron, especialmente en relación con la lepra, que siguió siendo una preocupación significativa en los años 1920. Esto evidenció las limitaciones de las políticas sanitarias de la época y la necesidad de un enfoque más integral y sostenido. En 1926, bajo el gobierno de Pedro Nel Ospina, las condiciones en los lazaretos continuaron siendo inadecuadas, con infraestructura deficiente que no permitía el correcto aislamiento de los enfermos. Estas deficiencias complicaron los esfuerzos para contener la propagación de la lepra y resaltaron la urgencia de mejorar las instalaciones y reforzar la lucha contra la enfermedad, motivada tanto por razones sanitarias como por un imperativo moral y nacional³⁹².

A pesar de los esfuerzos por trasladar a los enfermos a los lazaretos, las condiciones inadecuadas llevaron al gobierno, en 1926, a reconsiderar esta estrategia hasta que se introdujeran mejoras. Entre las medidas planificadas destacaron la construcción del acueducto de Aguafría, una carretera hacia la estación de Tocaima y un edificio para manicomio en Agua de Dios. En el leprosario de Caño de Loro se construyeron cisternas para agua de lluvia y se proyectó un acueducto, mientras que en Contratación se elaboraron estudios y planos para obras pendientes, a la espera de los fondos necesarios. Estas acciones reflejaron el esfuerzo estatal por mejorar la infraestructura y condiciones de los leprosarios.³⁹³

³⁹² Pedro Nel Ospina Vázquez, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1926* (Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1926), 133.

³⁹³ Pedro Nel Ospina Vázquez, 134-35.

Según el informe de 1925 del director de Instrucción Pública de Caldas, se consideró que el ramo de higiene y salubridad pública debía reforzar la atención a los pacientes con lepra. A pesar de que la Asamblea de 1923 había creado una comisión para identificar casos sospechosos, sus resultados fueron insuficientes por la falta de continuidad. El director subrayó la necesidad de establecer una nueva comisión ante la constante aparición de nuevos casos y prófugos de los lazaretos. Desde 1923, en el marco de la política de captura y traslado de enfermos a Agua de Dios, las autoridades municipales informaban continuamente sobre casos sospechosos. Sin embargo, los esfuerzos de la dirección general de lazaretos para prevenir fugas se vieron limitados por la insuficiente presencia policial para reforzar la vigilancia³⁹⁴.

Por otro lado la viruela siguió presente en este periodo estudiado³⁹⁵. La lucha contra esta enfermedad se enfatizó a principios del siglo XX con el cordón sanitario, la variolización y la vacunación brazo a brazo con la llegada de la vacuna al país³⁹⁶. Vacuna que luego se produciría en el país a través de pruebas en terneras en el laboratorio que consistieron en utilizar linfa de las vesículas de lesiones de vacas como vacuna para prevenir epidemias de viruelas en la población Colombia³⁹⁷. Entre 1922 y 1926, la viruela fue la segunda enfermedad con mayor impacto para el Estado colombiano. Para combatirla, se distribuyó ampliamente la vacuna antivariólica en todo el país, produciendo el Parque de Vacunación más de tres millones de dosis a bajo costo en ese período. Aunque la producción y disponibilidad de vacunas fue eficiente, la efectividad de la

³⁹⁴ José Manuel Ángel, *Informe del director de Instrucción Pública del Departamento de Caldas al Gobernador* (Manizales - Caldas: Imprenta de la Tradición, 1925), 66-67.

³⁹⁵ Fernando Gómez et al., «Salubridad y enfermedad en las minas de oro de Marmato en el siglo XIX: entre la epidemia de viruela y la guerra de los mil días», *Biomédica* 41 (octubre de 2021): 37-47, <https://doi.org/10.7705/biomedica.5945>.

³⁹⁶ Villamil Jiménez Carlos Luis, Sotomayor Tribín Hugo, y Esparza José, *Viruela en Colombia.: De la Real Expedición Filantrópica al Parque de Vacunación* (Universidad de la Salle, 2020), 50-60.

³⁹⁷ Luis Carlos Villamil Jiménez, «La vacuna colombiana de viruela: un aporte de la medicina veterinaria a la salud pública», *Revista de Medicina Veterinaria*, n.º 42 (junio de 2021): 7-11, <https://doi.org/10.19052/mv.vol11.iss42.1>.

campaña se vio limitada por la falta de cumplimiento de los Departamentos y Municipios en nombrar y sostener vacunadores, como exigía la ley. Según el presidente Pedro Nel Ospina, asegurar el apoyo de las autoridades locales era crucial para erradicar la enfermedad³⁹⁸. En Caldas, la viruela resurgió como epidemia en localidades como Mistrató, Mampay y San Antonio, evidenciando deficiencias en los programas de vacunación y control de enfermedades. Se reportó que algunos tubos de vacuna estaban alterados, lo que facilitó la propagación entre la población indígena. La persistencia de la epidemia reflejó una respuesta insuficiente por parte de las autoridades sanitarias³⁹⁹.

Frente a la fiebre amarilla y el paludismo el gobierno nacional continuó anudando esfuerzos para combatir estas enfermedades mediante alianzas estratégicas con la Fundación Rockefeller. Quienes habían construido a principios de la década de 1920 a la fiebre amarilla como un problema continental y una prioridad de salud pública en los países americanos⁴⁰⁰. En 1923, la fiebre amarilla se volvió epidémica en Bucaramanga, Cúcuta y Ocaña. Ante esta emergencia, Colombia aceptó la oferta de la Fundación Rockefeller de enviar una Comisión de expertos para investigar y resolver el problema. Trabajando en colaboración con la Dirección Nacional de Higiene, se implementaron estrategias que incluyeron el combate directo contra la enfermedad y la realización de saneamientos en las regiones afectadas⁴⁰¹. Se llevaron a cabo campañas para eliminar el mosquito *estegomía* en puertos clave como Cartagena, Barranquilla, Calamar, Puerto Berrío y Girardot.

³⁹⁸ Pedro Nel Ospina Vázquez, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1926*, 136.

³⁹⁹ Rafael Gonzales, *Informe que el intendente Departamental de Chamí presenta al Gobierno del Departamento en el mes de noviembre de 1926* (Manizales - Caldas: Imprenta de la Tradición, 1926), 62.

⁴⁰⁰ Paola Mejía Rodríguez, «De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948», *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* 24 (2004): 119-55.

⁴⁰¹ Emilio Quevedo V., «Historia de la lucha contra la fiebre amarilla, fase I: la construcción social del concepto de fiebre amarilla selvática, entre 1907 y 1948.», 2007, <http://repositorio.minciencias.gov.co/handle/11146/33939>.

Estas acciones lograron impedir el desarrollo y la propagación de la fiebre amarilla en Colombia. La campaña sanitaria tuvo un costo de \$160.000 dólares, con la Fundación Rockefeller aportando el 50% de los fondos⁴⁰². Estas iniciativas reflejaron una colaboración filantrópica entre el Estado colombiano y organizaciones internacionales, destacando la importancia de los esfuerzos conjuntos para mejorar la salud pública y erradicar enfermedades endémicas.

Bajo el gobierno de Gerardo Arias Mejía (1923-1926), el paludismo fue una grave preocupación en Caldas. Según el informe de 1925 del director de Instrucción Pública, más del 60% de la población estudiantil sufría enfermedades tropicales, especialmente paludismo. A pesar de esta situación, el presupuesto se centró en los hospitales y el traslado de leprosos, dejando a miles de niños sin atención médica adecuada. De los más de 32,000 escolares afectados, solo un 5% tenía acceso a tratamiento científico. Esta distribución de recursos no reflejaba las necesidades urgentes de la salud infantil en el departamento⁴⁰³.

Más de 30,000 niños en Caldas quedaron en situación de vulnerabilidad sin acceso a atención médica efectiva para tratar sus enfermedades. Aunque la ordenanza N° 21 de 1924 aprobó la creación de inspecciones médico-escolares, la falta de fondos impidió su implementación. Esta carencia evidenció una mala asignación de recursos, relegando la atención médica escolar. Ante esta situación, el gobernador propuso utilizar fondos del tesoro departamental y recursos municipales para financiar médicos escolares, encargados de la salud de alumnos y maestros, así

⁴⁰² Pedro Nel Ospina Vázquez, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1926*, 136.

⁴⁰³ Gutiérrez Ospina, «Informe que rinde el Oficial de Sanidad del Batallón. “Ayacucho” de Inf. N° 11, doctor José Manuel Gutiérrez Ospina, al Comando de la Cuarta Zona Territorial Militar, de conformidad con el inciso “E” del artículo 193 del Reglamento 37 bis», 43.

como de la higiene en las escuelas. Argumentó que atender la salud infantil era esencial para el progreso y prosperidad del departamento⁴⁰⁴.

Según el Intendente Departamental de Chamí en 1926, el paludismo y la uncinariasis persistían en Manizales, Armenia y Pereira debido a descuidos institucionales. La falta de aplicación del Decreto N° 304 de julio de 1926, que regulaba la inspección médico-escolar, obstaculizó la prevención y educación en salud tanto para niños como para sus familias. En Mistrató, la inadecuada implementación de este decreto dejó a la población escolar expuesta a estas enfermedades. Asimismo, se reportó que en las escuelas urbanas había numerosos casos de paludismo y anemia entre los niños, mientras que en Nacaderos casi todo el personal escolar padecía uncinariasis, lo que reflejaba deficiencias en higiene y control de vectores⁴⁰⁵.

Durante el siglo XIX el pian en la región de la Costa del Pacífico y el Golfo de Urabá fue endémico. Aunque estos lugares han sido poco explorados y comprendidos, se destacan en esos momentos nombres como Buenaventura y Tumaco⁴⁰⁶. Años más adelante la medicina social antioqueña comenzó a preocuparse por esa enfermedad empezando campañas antiplánicas, examinando transformaciones en el sistema de salud, evaluando la implementación de estructuras complejas de atención como las unidades sanitarias y comisiones de higiene rural⁴⁰⁷. Para Vélez esta enfermedad ha sido casi olvidada a finales del siglo XX. Su alta contagiosidad durante la primera mitad del siglo XX evidenció causas como malas condiciones sociodemográficas de

⁴⁰⁴ José Manuel Ángel, *Informe del director de Instrucción Pública del Departamento de Caldas al Gobernador*, 44-45.

⁴⁰⁵ Rafael Gonzalez, *Informe que el intendente Departamental de Chamí presenta al Gobierno del Departamento en el mes de noviembre de 1926*, 62.

⁴⁰⁶ Gerardo López Narváez, «Píán y Campaña Antiplánica en Colombia», *Revista de la Facultad de Medicina* 24, n.º 4 (1 de abril de 1956): 294-342.

⁴⁰⁷ Gabriel Jaime Vélez Tobón et al., «La medicina social en zonas rurales: una historia de la lucha contra el pian en Antioquia, 1918-1941», *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 49, n.º 2 (diciembre de 2022): 97-126, <https://doi.org/10.15446/achsc.v49n2.97207>.

vivienda de la población, factores sociales y culturales que ayudaron a diseminar el contagio, junto a un estructural olvido del Estado en lo práctico para combatir esta enfermedad⁴⁰⁸.

En 1924, surgió una preocupación nacional por combatir el pian, una enfermedad tropical causada por la bacteria *Treponema carateum*, que afecta principalmente a comunidades en climas cálidos y húmedos. Esta afección se sumó a otras ya endémicas, como la lepra, la viruela y el paludismo, demandando atención continua del Estado. El pian se propagó especialmente en los puertos fluviales del Cauca, Magdalena y sus afluentes. Para enfrentarla, la comisión designada aplicó cerca de 12,000 tratamientos, logrando salvar algunas vidas, aunque la enfermedad persistió con fuerza hasta mediados del siglo XX⁴⁰⁹.

El gobierno nacional propuso establecer inspecciones permanentes en los puertos del Pacífico y en regiones de Cauca y Nariño para controlar la propagación del pian y asegurar un tratamiento oportuno. El presidente Pedro Nel Ospina enfatizó la necesidad de actuar con rapidez y organización para evitar que la enfermedad se agravara, especialmente debido a que las áreas afectadas eran rutas de entrada para viajeros y empresarios extranjeros. Combatir el pian era crucial no solo por motivos de salud pública, sino también para proteger la reputación del país y sus relaciones internacionales.

Bajo la administración de Pedro Nel Ospina, la Ley 25 de 1925 marcó un avance significativo en la legislación sanitaria del país. Esta ley rompió con el enfoque tradicional basado en la caridad, promoviendo un modelo estatal orientado hacia políticas asistenciales e higienistas. Sentó las bases para una transformación estructural en la atención sanitaria, impulsando un

⁴⁰⁸ Tobón y Orrego, «Deformaciones y contagios. La lucha contra el pian en Colombia en la primera mitad del siglo XX», 30-40.

⁴⁰⁹ Vélez Tobón et al., «La medicina social en zonas rurales», 99-110.

enfoque proactivo en la gestión de la salud pública y redefiniendo las responsabilidades departamentales en materia de higiene y asistencia. Este cambio representó un hito en la evolución del sistema de salud en Colombia, alejándose del caritativismo católico hacia un modelo más estructurado y científico⁴¹⁰.

El artículo 1° de esta ley estableció un marco detallado para la higiene general y la asistencia pública, abarcando aspectos como la higiene urbana y rural, el suministro de agua potable, alcantarillado, desagües, y la inspección de alimentos y medicinas. Además, reguló la producción y venta de bebidas alcohólicas, la sanidad pública, la higiene escolar, y la estadística demográfica y nosográfica. También incluyó la supervisión de laboratorios biológicos, el control de industrias peligrosas para la salud, la prevención de enfermedades infecciosas, la lucha contra epidemias y la reglamentación de los servicios de vacunación⁴¹¹.

La segunda sección de esta ley estableció un marco integral para la asistencia pública nacional, imponiendo al Departamento de Caldas y otros la responsabilidad de transformar la salud pública y el bienestar social, pasando de un enfoque caritativo a un sistema más organizado y estatal. La ley requería inspecciones regulares de hospitales, asilos, orfanatos, gotas de leche, consultorios y dispensarios, tanto públicos como privados, para asegurar estándares adecuados de cuidado y salubridad. También se priorizó la protección infantil, planteando servicios específicos para su salud y bienestar, y abogó por la provisión de viviendas dignas para trabajadores y clases pobres, junto con servicios de vacunación⁴¹².

⁴¹⁰ Jason McGraw, «Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación moral-racial de la periferia del Caribe colombiano, 1900-1930», *Revista de Estudios Sociales* 27 (2007): 65-74.

⁴¹¹ Pedro Nel Ospina Vázquez, «Ley 15 de 1925 (enero 31) - Sobre higiene social y asistencia pública», *Gubernamental*, 1925, 1-5.

⁴¹² Pedro Nel Ospina Vázquez, 5-10.

Este código transformó la concepción de la salud pública en Colombia al establecer un enfoque más profesional, centrado en la prevención y el control de enfermedades, así como en la promoción de condiciones de vida saludables. Marcó un cambio de la asistencia caritativa a una gestión estatal integral, con un compromiso gubernamental más fuerte y responsabilidades claras para los departamentos en garantizar el bienestar de la población mediante medidas sistemáticas. Esta legislación sentó las bases para una salud pública moderna basada en principios científicos y administrativos, orientada no solo a tratar enfermedades, sino también a prevenir su aparición, mejorando la calidad de vida de manera sostenible. En el Departamento de Caldas, promovió un enfoque holístico y preventivo, integrando diversas áreas sociales y económicas para favorecer un desarrollo más saludable.

Entre 1920 y 1926, tanto a nivel nacional como en el departamento de Caldas, se avanzó significativamente en políticas de salud pública. Bajo el liderazgo del gobierno de Pedro Nel Ospina, la legislación priorizó la prevención, el control de enfermedades y la promoción de condiciones saludables, marcando un cambio en el enfoque sanitario del país. En Caldas, gobernadores como Gerardo Arias Mejía enfrentaron desafíos relacionados con enfermedades endémicas como el paludismo y la lepra, destacando la necesidad de asignar recursos de forma más equitativa y eficiente, especialmente para proteger la salud infantil. Las políticas nacionales se alinearon con las acciones locales para mejorar las condiciones sanitarias, prevenir enfermedades contagiosas y asegurar un acceso más justo a la atención médica. Aunque hubo avances en la retórica y en la implementación de medidas salubristas, quedó claro que era necesario un enfoque más integral y una mayor colaboración entre el gobierno central y las autoridades locales para enfrentar los desafíos de salud pública en el país.

4.3. Necesidades Sanitarias Urgentes en Caldas (1926-1930)

La situación sanitaria en Colombia y en el departamento de Caldas era crítica, con múltiples enfermedades graves desatendidas por el Estado incluso antes del gobierno de Pedro Nel Ospina. Durante la administración de Miguel Abadía Méndez (1926-1930), el enfoque continuó centrado en el discurso higienista, especialmente en torno a la lepra, así como en el control de enfermedades tropicales como la fiebre amarilla en los puertos⁴¹³, con el objetivo de mantenerlos saneados para el comercio internacional, fruto de las alianzas comerciales del Estado, como las establecidas con la United Fruit Company⁴¹⁴. Estas afirmaciones discursivas dejaron de lado muchas de las enfermedades que ya se venían tratando, así como otras que aparecerían posteriormente, evidenciando una problemática sanitaria más amplia y compleja en la nación y Caldas.

Entre 1926 y 1929, el gobierno de Miguel Abadía Méndez tomó medidas para combatir la lepra y enfermedades tropicales como el paludismo. Se crearon sanatorios pediátricos para niños con lepra, reglamentados y con personal especializado, lo que supuso un avance en la atención médica infantil. Además, se organizó el servicio sanitario en puertos marítimos y fluviales para prevenir la propagación de enfermedades. Estas acciones reflejaron un compromiso por mejorar la infraestructura sanitaria, superando los pequeños avances previos en campañas contra la uncinariasis, la viruela, el pian y el paludismo.⁴¹⁵

⁴¹³ J. H. Bauer y J. A. Keer, «Una enfermedad pirética confundida con la fiebre amarilla en la costa del Atlántico de Colombia», *Laboratorio de la Fiebre Amarilla, División de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller*, 1933, 696-896.

⁴¹⁴ Maribel de la Cruz Vergara, «La United Fruit Company y su relación con las zonas bananeras en países del Mar Caribe y Caribe colombiano.», *El Taller de la Historia* 7, n.º 7 (2015): 399-425, <https://doi.org/10.32997/2382-4794-vol.7-num.7-2015-730>.

⁴¹⁵ Miguel Abadía Méndez, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1929* (Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1929), 104.

El gobernador de Caldas, Dr. Daniel Gutiérrez Arango (1926-1930), informó sobre casos de lepra en la región, principalmente de personas que habían llegado de otras áreas. Aunque en el pasado se había realizado una inspección médica para erradicar la enfermedad, reconoció la necesidad de una nueva intervención. Propuso la organización de una comisión de expertos para examinar posibles casos y, tras confirmación bacteriológica del bacilo de Hansen, trasladar a los afectados a leprosorios, dado el riesgo de contagio, especialmente en casos con lesiones visibles⁴¹⁶.

El gobernador reconoció que la ciencia aún no podía garantizar una cura definitiva para la lepra. Aunque tratamientos con ésteres y aceite de chaulmugra habían mostrado mejoras en leprosorios como Cullion en Filipinas y Agua de Dios en Colombia, no se podía asegurar la erradicación completa de la enfermedad. Esta postura reflejaba un enfoque realista y cauteloso sobre las limitaciones de los tratamientos disponibles⁴¹⁷. El informe destacó la necesidad de mantener una vigilancia constante y tratamiento para la lepra en la región. La propuesta de formar una nueva comisión médica para identificar y tratar casos reflejaba un enfoque proactivo en salud pública, enfatizando la importancia de continuar investigando y aplicando los mejores tratamientos disponibles para reducir su impacto⁴¹⁸.

En 1929, bajo la dirección de los doctores Jorge Patarroyo y Rubén Pedraza, se realizó una campaña contra la lepra en Caldas, siguiendo las leyes nacionales y directrices del director de Lazaretos. La comisión visitó municipios como Manizales, Villa-María, Santa Rosa, Neira y Salamina, entre otros. La Secretaría de Gobierno instruyó a los alcaldes para levantar estadísticas de casos sospechosos, lo que sirvió de base para la campaña. Hasta el 30 de enero, se examinaron

⁴¹⁶ Daniel Gutiérrez Arango, *Informe que el Gobernador del Departamento de Caldas presenta a la honorable Asamblea Departamental en sus sesiones ordinarias de 1927* (Manizales - Caldas: Imprenta Oficial, 1927), 26.

⁴¹⁷ Santos, Souza, y Siani, «Chaulmoogra oil as scientific knowledge», 30-40.

⁴¹⁸ Daniel Gutiérrez Arango, *Informe que el Gobernador del Departamento de Caldas presenta a la honorable Asamblea Departamental en sus sesiones ordinarias de 1927*, 27.

532 personas, de las cuales 15 fueron confirmadas con lepra y enviadas al leproso de Agua de Dios. El gobernador Daniel Gutiérrez Arango destacó la importancia de la colaboración entre la Gobernación y la Dirección Departamental de Higiene para la recolección de datos, subrayando que una estadística precisa era esencial para estructurar un plan sanitario eficaz. Recomendó continuar con estas labores para optimizar la gestión de la enfermedad, demostrando cómo la cooperación médica, administrativa y estadística podía mejorar el control de la lepra⁴¹⁹.

El informe del gobernador Daniel Gutiérrez Arango resaltó la urgente necesidad de mejorar la salud pública en Caldas, especialmente en la práctica de la higiene y la prevención de enfermedades tropicales. Subrayó la importancia de fortalecer las medidas contra la uncinariasis, proponiendo estrategias para mejorar la eficacia de las campañas. Destacó la necesidad de asignar presupuestos adecuados para ofrecer salarios competitivos a los científicos y médicos, ya que la remuneración insuficiente dificultaba su dedicación exclusiva a estas labores, afectando el éxito de las campañas sanitarias⁴²⁰.

El informe destacó los esfuerzos de la comisión de la campaña Rockefeller liderada por el médico Willson en Caldas para combatir la uncinariasis. Entre 1926 y 1927, la comisión administró 109,000 tratamientos y realizó 11,777 conferencias, alcanzando a 108,971 personas, lo que aumentó la conciencia pública sobre la enfermedad y las medidas preventivas. Además, se inspeccionaron 6,563 locales, evaluando las condiciones sanitarias y brindando asesoramiento sobre la construcción de letrinas higiénicas para reducir la propagación de la enfermedad⁴²¹.

⁴¹⁹ Daniel Gutiérrez Arango, *Informe relativo al año de 1929 que el Gobernador de Caldas rinde a la Honorable Asamblea Departamental en sus sesiones de 1930* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1929), 114.

⁴²⁰ Daniel Gutiérrez Arango, *Informe que el Gobernador del Departamento de Caldas presenta a la honorable Asamblea Departamental en sus sesiones ordinarias de 1927*, 23.

⁴²¹ Daniel Gutiérrez Arango, 24-25.

En 1929, la uncinariasis seguía afectando gravemente a más del 80% de los trabajadores agrícolas en Caldas, especialmente en zonas con temperaturas superiores a 18°C, dejando a muchos incapacitados para laborar. El gobernador Daniel Gutiérrez Arango destacó que, dado que la mayoría de la población dependía de la agricultura, era crucial intensificar las campañas sanitarias para mejorar sus condiciones de vida. Con el apoyo de la Fundación Rockefeller, se llevaron a cabo campañas en municipios como Manizales, Palestina, Aguadas, Victoria y varios corregimientos, siguiendo las ordenanzas departamentales para combatir esta enfermedad⁴²². En ese mismo año se administraron 57,186 tratamientos contra la uncinariasis y se ofrecieron 912 conferencias educativas con una asistencia de 77,377 personas. Además, se construyeron 586 letrinas sanitarias, lo que no solo ayudó a frenar la propagación de la enfermedad, sino que también mejoró las condiciones de salud pública en la región ⁴²³.

El gobernador destacó la urgencia de combatir el paludismo, uncinariasis y disentería, identificadas como problemas de salud pública en la región, que requerían un enfoque científico para su control y tratamiento. Propuso intensificar prácticas de higiene y desinfección en hogares, hoteles y escuelas para eliminar microorganismos patógenos. Además, enfatizó la necesidad de difundir el uso de vacunas y sueros preventivos y terapéuticos para personas y animales. También sugirió la creación de laboratorios bacteriológicos y químicos locales, en apoyo al laboratorio nacional adquirido por el Gobierno⁴²⁴. Estos laboratorios fueron de una utilidad comprobada y serían cruciales para el diagnóstico, prevención y tratamiento de diversas enfermedades futuras⁴²⁵.

⁴²² Castaño Vasco, «El aire Viciado», 50-90.

⁴²³ Daniel Gutiérrez Arango, *Informe relativo al año de 1929 que el Gobernador de Caldas rinde a la Honorable Asamblea Departamental en sus sesiones de 1930*, 110-11.

⁴²⁴ Edgar Antonio Ibáñez Pinilla, «Vigilantes de la salud. Un siglo de historia del Instituto Nacional de Salud», *Revista Salud Bosque* 9, n.º 1 (2019), <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/download/2648/2142>.

⁴²⁵ Daniel Gutiérrez Arango, *Informe que el Gobernador del Departamento de Caldas presenta a la honorable Asamblea Departamental en sus sesiones ordinarias de 1927*, 28.

También destacó la tuberculosis como un problema persistente en Caldas durante la primera mitad del siglo XX. Criticó el enfoque histórico, tanto nacional como regional, en la gestión de esta enfermedad, señalando la necesidad de un abordaje más efectivo y coordinado⁴²⁶. Según el informe del gobernador, desde 1916 se había asignado un presupuesto significativo para apoyar sanatorios de tuberculosos en los departamentos. Sin embargo, esta partida fue eliminada debido a la falta de interés de los departamentos en establecer estos centros, lo que resultó en la pérdida de una oportunidad crucial para mejorar la salud pública⁴²⁷.

En ese camino elogió la Ley 15 de 1925, que promovía medidas para prevenir y tratar la tuberculosis. El presidente Pedro Nel Ospina había enfatizado los riesgos de contagio que un solo enfermo podía representar al diseminar la enfermedad. La ley destacaba la necesidad de aplicar prácticas higiénicas para evitar su propagación. El gobernador instó a los departamentos a ser más proactivos, fundar sanatorios y utilizar los fondos asignados para este propósito, además de educar a la población sobre la prevención de la tuberculosis y garantizar un uso adecuado de los recursos destinados a la salud pública⁴²⁸.

Por otro lado, a finales de 1929, la sífilis se convirtió en una preocupación prioritaria en Caldas, según el informe del gobernador Daniel Gutiérrez Arango. Junto con otras enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea, se consideró una grave amenaza para la salud pública, contribuyendo al deterioro de la población. El gobernador advirtió que la subestimación de este

⁴²⁶ Jhon Jaime Correa Ramírez y Héctor Alfonso Martínez Castillo, «Progreso, moral y civilización. La preocupación higienista en la Sociedad de Mejoras Públicas de Manizales, (Colombia); primera mitad del siglo XX.», *Revista Gestión y Región*, n.º 10 (2010): 7-28.

⁴²⁷ Daniel Gutiérrez Arango, *Informe que el Gobernador del Departamento de Caldas presenta a la honorable Asamblea Departamental en sus sesiones ordinarias de 1927*, 25.

⁴²⁸ Daniel Gutiérrez Arango, 26.

problema había creado un riesgo de epidemia que, sin medidas inmediatas, podría alcanzar proporciones incontrolables con consecuencias devastadoras.⁴²⁹

Para intentar abordar este problema de salud público propuso a la Asamblea establecer dispensarios especializados y aplicar de forma estricta medidas profilácticas y curativas exitosas en otros países para combatir la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual. Insistió en que la inversión en prevención y tratamiento sería la mejor forma de utilizar los recursos, pidiendo a la asamblea que tomara medidas urgentes. Este llamado representó un punto de inflexión en el enfoque de la salud pública en Caldas, al priorizar el control de las enfermedades venéreas con un enfoque más sistemático y efectivo⁴³⁰.

Con respecto al plan el gobierno departamental lideró una campaña ambiciosa iniciada en Victoria, el municipio más afectado de Caldas en ese momento. Las autoridades locales colaboraron, habilitando un consultorio donde se atendía a los enfermos y se ofrecían conferencias sobre prevención. Sin embargo, debido a la gravedad de la enfermedad, muchos pacientes no podían desplazarse, por lo que se realizaron visitas domiciliarias y se aplicaron tratamientos intravenosos en los hogares. El director de la campaña alertó sobre el carácter alarmante de la epidemia⁴³¹.

La campaña se centró en niños y trabajadores agrícolas, los grupos más afectados debido al contacto social y las condiciones de vida. La enfermedad se propagó rápidamente entre los escolares, por lo que se intensificó la educación sanitaria para frenar su avance. Se trataron a 983 pacientes utilizando medicamentos modernos como sales arsenicales, bismuto, mercurio y plata,

⁴²⁹ Daniel Gutiérrez Arango, 26.

⁴³⁰ Daniel Gutiérrez Arango, 27.

⁴³¹ Daniel Gutiérrez Arango, *Informe relativo al año de 1929 que el Gobernador de Caldas rinde a la Honorable Asamblea Departamental en sus sesiones de 1930*, 111.

que demostraron ser efectivos. La estrategia combinó tratamientos médicos con una fuerte campaña educativa, incluyendo conferencias para concienciar sobre medidas preventivas y fomentar el autocuidado⁴³².

Bajo la gestión del segundo médico gobernador Daniel Gutiérrez Arango, se avanzó significativamente en la vacunación contra la viruela y la fiebre tifoidea en 1929. Ante la aparición de la viruela en casi todos los municipios de Caldas, se aplicaron 46,650 dosis, lo que redujo la virulencia de la epidemia y resultó en una mortalidad nula gracias a las medidas preventivas. Paralelamente, se distribuyeron vacunas contra la fiebre tifoidea, fortaleciendo la respuesta sanitaria del departamento y protegiendo a la población de estas enfermedades contagiosas.⁴³³. Estos avances reflejaron un firme compromiso con la salud pública en Caldas, utilizando la vacunación como herramienta esencial para prevenir y controlar epidemias. La distribución masiva y eficaz de vacunas fue clave para el éxito de estas campañas, demostrando la capacidad del departamento para responder a emergencias de salud mediante medidas científicas y organizadas.

4.4. Estrategias Higienistas Nacionales y Realidades Locales en Caldas: Combate a Enfermedades Tropicales (1930-1934)

Durante la década de 1930, el gobierno nacional continuó las políticas iniciadas en los años 20 para prevenir y controlar enfermedades como el paludismo y la fiebre amarilla, especialmente en las regiones más afectadas. Estos esfuerzos sostenidos reflejaron un compromiso con la salud pública, destacando la importancia de una vigilancia constante y una intervención efectiva frente a las enfermedades tropicales que seguían amenazando a la población⁴³⁴. El gobierno nacional

⁴³² Daniel Gutiérrez Arango, 112.

⁴³³ Daniel Gutiérrez Arango, 115.

⁴³⁴ Álvarez Hernández, «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946», 2000, 10-15.

enfocó sus esfuerzos en el saneamiento de puertos para combatir epidemias como la fiebre amarilla, uncinariasis y pian. Comisiones de higiene, dirigidas por el director de Higiene y Asistencia Pública, realizaron inspecciones en los puertos de Barranquilla, Puerto Colombia, Santa Marta y Cartagena para evaluar la implementación de las campañas sanitarias⁴³⁵. Se recomendó la reorganización de estas campañas, si fuera necesario, de acuerdo con las disposiciones establecidas en las Leyes 77 de 1925 y 12 de 1926, las cuales dictaban medidas para activar los trabajos de saneamiento y garantizar la salud pública en los puertos de la nación⁴³⁶. Sumados a los anteriores esfuerzos se puede ver por primera vez el surgimiento de una publicación periódica de educación higienista que abordaba todas las enfermedades conocidas que podían combatirse desde la prevención; consolidando de a poco la transición discursiva de la sanidad higienista a la salud pública⁴³⁷.

En el informe de 1931 presentado al gobernador Jorge Gartner, el secretario de gobierno de Caldas detalló la campaña contra el pian en la región de Manzanares, liderada por los doctores Alfonso Rueda y Samuel Pérez Mejía. El principal desafío fue la dispersión de enfermos en las zonas montañosas de Samaná, agravado por la falta de recursos, lo que dificultó la hospitalización y respuesta efectiva. El secretario sugirió que concentrar a los enfermos en un único municipio, como Victoria o La Dorada, habría optimizado recursos y reducido la duración de la campaña⁴³⁸. La campaña evidenció la necesidad de contar con recursos suficientes y una planificación adecuada para enfrentar epidemias como el pian de manera eficiente. Además, subrayó la importancia de

⁴³⁵ Gutiérrez, «Proceso de institucionalización de la higiene», 80-93.

⁴³⁶ Enrique Olaya Herrera, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1932* (Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1932), 71.

⁴³⁷ Augusto Corredor Arjona, «De la sanidad a la salud pública», 1 de enero de 1999, <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/32261>.

⁴³⁸ Gonzalo Restrepo, *1931 del secretario de Gobierno al Gobernador* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1931), 52-53.

adaptar las estrategias a las condiciones epidemiológicas y los desafíos geográficos y logísticos de cada región.

Durante el gobierno de Enrique Olaya Herrera, en 1932 se lanzó la revista gubernamental *Sanidad y Salud*, con el objetivo de difundir información sobre salud pública y promover prácticas saludables. En sus ediciones de marzo a diciembre, la revista cubrió temas como las principales causas de mortalidad, el papel de los inspectores municipales, la higiene en el consumo de leche, la prevención de gusanos intestinales, y la importancia de las escuelas higiénicas. También abordó la relación entre agua contaminada y enfermedades, el papel de los mosquitos en la transmisión de malaria y dengue, y la influencia de la iglesia en las prácticas higiénicas, además de ofrecer recomendaciones sobre la manipulación de alimentos y la crianza saludable⁴³⁹.

A través de *Sanidad y Salud*, el gobierno promovió la educación sanitaria, enfocándose en la higiene personal y comunitaria, la nutrición adecuada y la prevención de enfermedades. Se implementaron medidas para controlar vectores, asegurar la calidad del agua y los alimentos, y mejorar la infraestructura sanitaria. Se fortaleció el rol de los inspectores municipales de sanidad y se involucraron la iglesia y las escuelas en la promoción de la salud. Además, se llevaron a cabo campañas de vacunación y saneamiento, adoptando un enfoque integral de educación, prevención y control para mejorar la salud pública en Colombia⁴⁴⁰.

En 1932, el presidente Enrique Olaya Herrera destacó los esfuerzos nacionales en la lucha contra la uncinariasis, que comenzaron en 1922 con la creación de un departamento específico bajo la dirección del doctor George Bevier. Este departamento jugó un papel crucial en la salud

⁴³⁹ Departamento de Higiene, *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinariasis] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*, Mar, abril, junio, sep., oct, nov y dic, vol. I (Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fe, 1932), 1-80.

⁴⁴⁰ Departamento de Higiene, I:110-50.

pública, llevando a cabo exámenes coprológicos para la detección temprana, ofreciendo tratamientos curativos y promoviendo la educación sobre prácticas higiénicas para prevenir la propagación de la enfermedad. Además, implementó medidas de saneamiento para reducir la incidencia de la uncinariasis en el país⁴⁴¹.

El Departamento de Uncinariasis, bajo el Ministerio de Educación y en colaboración con la Dirección Nacional de Higiene, trabajó para mejorar las condiciones de vida en las comunidades afectadas, enfocándose en el suministro de agua potable y el saneamiento ambiental. Sus esfuerzos se extendieron a nueve departamentos del país, con la Oficina Central en Bogotá, que coordinó y supervisó las actividades a nivel nacional, asegurando una respuesta efectiva y coherente a la uncinariasis⁴⁴². Reconociendo el impacto de la uncinariasis en la salud y productividad, el gobierno nacional intensificó sus esfuerzos con campañas de desparasitación, educación sanitaria y mejoras en el saneamiento. Estas medidas marcaron el inicio de un enfoque integral y sostenido, consolidando una política de salud pública más efectiva y proactiva.

En 1931, el informe del secretario de Gobierno de Caldas destacó críticas hacia las campañas contra la uncinariasis, señalando que la intervención del Departamento fue limitada y careció de un control efectivo. La colaboración en algunos municipios se redujo a la participación de agentes del Departamento de Uncinariasis del Ministerio de Industrias, operando bajo los programas de la Fundación Rockefeller. El Gobierno Departamental se centró en remunerar a un director y otorgar sobresueldos a empleados nacionales. Ante estas limitaciones, se propuso redirigir los esfuerzos, dejando el saneamiento del suelo en manos del equipo nacional auspiciado

⁴⁴¹ María Catalina Garzón, «La Fundación Rockefeller y la dimensión experimental en la campaña contra la Anemia Tropical en Colombia, 1920-1934», *Historia y MEMORIA*, n.º 23 (2021): 161-70.

⁴⁴² Enrique Olaya Herrera, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1932*, 72.

por Rockefeller. La nueva estrategia sugirió utilizar los recursos locales para administrar tratamientos a los trabajadores del campo y promover la aclimatación y el uso de calzado adecuado, con el fin de prevenir la anemia tropical de manera más práctica y adaptada a las necesidades locales⁴⁴³.

En 1931, se introdujeron cambios importantes en el tratamiento de la lepra, con la Resolución número 34 que permitió a los enfermos recibir tratamiento fuera del leprosario si no representaban un riesgo, lo que marcó un cambio respecto al enfoque anterior de confinamiento total. El Gobierno mantuvo la regularidad en el envío de fondos para el sostenimiento de los leprosarios y continuó mejorando las instalaciones. En el Lazareto de Agua de Dios, se completaba un hospital para 200 pacientes, y se construía el Hospital Carrasquilla para centralizar los servicios científicos. También se realizaron mejoras en el Lazareto de Caño de Loro. La visita del profesor Burnet, quien inspeccionó el Lazareto de Agua de Dios y ofreció conferencias sobre la lepra, contribuyó a mejorar el entendimiento y tratamiento de la enfermedad.⁴⁴⁴ Estas visitas científicas internacionales contribuyeron a la formación de médicos y especialistas en la lucha contra la lepra en Colombia.

En 1933, la segunda edición de la *Revista Sanidad y Salud* continuó abordando las preocupaciones sanitarias planteadas por Olaya en su discurso al Congreso. A lo largo del año, la revista trató diversas enfermedades y presentó estrategias para combatirlas, además de ofrecer recomendaciones sobre salud pública y educación sanitaria. En febrero, se destacó la prevención de la uncinariasis mediante el saneamiento y la construcción de letrinas, así como la promoción de la disciplina positiva en la educación infantil. En marzo y abril, se discutieron temas como la

⁴⁴³ Gonzalo Restrepo, *1931 del secretario de Gobierno al Gobernador*, 52-53.

⁴⁴⁴ Enrique Olaya Herrera, *Mensaje del presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1932*, 73.

sanidad en campamentos, la prevención de tuberculosis, sífilis, primeros auxilios y la higiene en comunidades rurales⁴⁴⁵.

En mayo y junio de 1933, la revista presentó una cartilla de higiene para educar sobre enfermedades evitables y reducir la mortalidad, destacando la importancia de la calidad del agua potable desde perspectivas estéticas, químicas y bacteriológicas. Se promovieron hábitos saludables desde la infancia, abordando problemas como las niguas. En agosto y septiembre, el enfoque se centró en la prevención de enfermedades a través de la higiene, nutrición adecuada y cuidado dental, tratando temas como la anemia rural, caries dental, hidrofobia y la importancia de una dieta balanceada, integrando la higiene dental como un componente esencial de las recomendaciones sanitarias⁴⁴⁶.

El gobierno implementó estrategias para combatir enfermedades prioritarias, enfocándose en la educación sanitaria a través de publicaciones y concursos, y fortaleciendo la inspección con la colaboración de los inspectores de sanidad. Se promovieron medidas de saneamiento como la construcción de letrinas y la correcta eliminación de desechos. También se enfatizó la nutrición para prevenir enfermedades por deficiencias nutricionales, así como la vacunación contra la fiebre tifoidea y el tratamiento de la sífilis. Además, se implementaron leyes sanitarias y se controlaron plagas y la sanidad del aire para mejorar las condiciones de vida⁴⁴⁷.

Diana Obregón analizó el papel del Estado en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual en Colombia durante la primera mitad del siglo XX, destacando cómo la

⁴⁴⁵ Departamento de Higiene, *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinariasis] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*, Ene, Feb, Mar, abril, junio, sep., oct, nov y dic, vol. III (Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fe, 1933), 1-80.

⁴⁴⁶ Departamento de Higiene, III:80-140.

⁴⁴⁷ Departamento de Higiene, III:140-90.

urbanización, el crecimiento poblacional y el surgimiento de una clase media y un proletariado urbano generaron nuevas dinámicas sociales sexuales que se consideraron un problema epidémico desde los años 30. Obregón señaló que los médicos relacionaron la propagación de sífilis y gonorrea con el aumento de la prostitución en las ciudades, lo que llevó a la reglamentación de la prostitución en 1907 y la creación de dispensarios para tratamientos con mercurio y compuestos arsenicales. En las décadas de 1930 y 1940, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual fue visto como un deber estatal para proteger la “raza blanca” y el progreso. Sin embargo, con la llegada de la penicilina en 1950, la cuestión de la prostitución se abordó desde un enfoque más moral y estético, lo que condujo a la abolición de las normativas que regulaban su ejercicio, especialmente en Bogotá⁴⁴⁸.

Granada observó que en Medellín y Bogotá, a medida que crecía la economía y el desarrollo urbano, también lo hacía la prostitución, lo que generaba un aumento de enfermedades venéreas, especialmente la sífilis, afectando tanto a las prostitutas como a la población general. Torres destacó que las estrategias de control en ambas ciudades fueron impulsadas por investigaciones gubernamentales sobre las condiciones urbanas, sociales y legales de la prostitución a finales del siglo XIX. En conjunto con la construcción de dispensarios, analizó la relación entre el marco legal (como el Decreto 35 de 1907 en Bogotá y el artículo 108 del Código de Policía de Antioquia en Medellín) y los dispensarios médicos en el contexto urbano de principios del siglo XX⁴⁴⁹.

⁴⁴⁸ Diana Obregón, «Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951)», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 9 (2002): 165-70, <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400008>.

⁴⁴⁹ Laura Natalia Torres Caballero y Saray Orozco Gaitán, «Cuerpas moralmente enfermas: la prostitución y la expansión de la sífilis en Bogotá y Medellín a inicios del siglo XX», *Goliardos. Revista estudiantil de Investigaciones Históricas*, n.º XXVIII (2022): 44-31.

Según el informe del secretario de gobierno de Caldas en 1934, el Instituto Profiláctico en Manizales y Armenia jugó un papel clave en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual. Aunque se reconocieron los avances, se destacó la importancia de evaluar con cautela el estado actual de estas enfermedades en la región. Se subrayó la relevancia de la estadística detallada y la educación en prácticas higiénicas y profilácticas. Gracias a estos esfuerzos, se observó una disminución notable de las enfermedades venéreas, incluyendo la desaparición casi total del chancro blando en las dos ciudades principales, y una reducción significativa de los casos de sífilis, en su mayoría provenientes de otros municipios⁴⁵⁰.

A pesar de los avances, seguían llegando casos alarmantes de enfermedades venéreas a la clínica, especialmente de municipios como Chinchiná, Villamaría, Neira y Aránzazu, que carecían de recursos para enfrentarlas adecuadamente. Se sugirió que los médicos y alcaldes de estas ciudades enviaran a los pacientes al Instituto Profiláctico en Manizales para su tratamiento. Además, el secretario de Gobierno recomendó medidas de salubridad, como una colaboración más energética de las autoridades, el cierre de prostíbulos para menores de edad, y el uso de medios modernos como cine y propaganda mural para difundir información sobre la prevención de enfermedades venéreas, promoviendo la salud pública y protegiendo a la comunidad⁴⁵¹. Es prudente señalar que en cierta manera la gestión afirmó que estas enfermedades con la gestión de Jorge Gartner vivieron una disminución, sin embargo, no fueron afirmaciones tan confiables, pues en lo visto en el capítulo pasado, esta enfermedad siguió manifestándose con fuerza durante toda la primera mitad del siglo.

⁴⁵⁰ Gonzalo Restrepo, *1933-1934 - Informe del secretario de Gobierno al Gobernador* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1934), 121.

⁴⁵¹ Gonzalo Restrepo, 122-23.

En 1934, se iniciaron esfuerzos para modernizar los servicios hospitalarios, mejorando la infraestructura existente y construyendo nuevos hospitales y centros de salud para satisfacer las crecientes necesidades de la población. También se implementaron programas para proteger la salud infantil, enfocándose en la prevención y tratamiento de enfermedades comunes como la difteria, el sarampión y la tos ferina. Estos esfuerzos reflejaron el compromiso del gobierno por mejorar la salud y el bienestar de la población, especialmente de los niños, y abordar los principales desafíos de salud pública⁴⁵².

Durante la década de 1930, el gobierno nacional de Colombia priorizó las políticas de salud pública, enfocándose en la prevención y control de enfermedades tropicales como el paludismo, la sífilis y la fiebre amarilla. Se asignaron comisiones de higiene para inspeccionar los puertos del país y combatir epidemias como la fiebre amarilla, uncinariasis, sífilis y pian. En Caldas, la campaña contra el pian enfrentó dificultades por la falta de recursos, lo que dificultó la hospitalización de los enfermos y destacó la necesidad de una planificación adecuada. A nivel nacional, se lanzó la revista *Sanidad y Salud* para promover prácticas saludables y se intensificó la lucha contra la uncinariasis con un departamento especializado. Sin embargo, en Caldas se criticó la limitada intervención oficial, proponiendo un enfoque más adaptado a las necesidades locales, como el tratamiento de los trabajadores rurales y la promoción de calzado adecuado. Este contraste evidenció los desafíos para implementar políticas de salud pública efectivas y coherentes en todo el país.

⁴⁵² Enrique Olaya Herrera, *Mensaje del presidente de la República al Congreso Nacional en 1934*, 156.

4.5. Evolución de las Políticas Salubristas Centralistas en Colombia: Implementación y Desafíos Ante de las Enfermedades de Transmisión Sexual en Caldas (1934-1938)

Antes de 1938, bajo el gobierno de Alfonso López Pumarejo, Colombia enfrentaba graves problemas de salud estructurales, como la desnutrición, que causaba una "merma biológica irreparable" y debilitaba a la población. La falta de nutrición adecuada afectaba el crecimiento y la salud general, limitando la productividad de los colombianos. Además, enfermedades tropicales como el paludismo y la anemia incrementaban la mortalidad y morbilidad, causando un deterioro visible en la salud pública, aunque las estadísticas exactas eran poco fiables⁴⁵³. López Pumarejo destacó un cambio demográfico significativo en Colombia, donde la figura del colonizador y fundador de ciudades, previamente asociada con fortaleza y buena salud, fue reemplazada por la del cultivador de café, a menudo debilitado por paludismo y anemia. Este cambio reflejó un deterioro en la salud y capacidad física de los trabajadores colombianos, que pasaron de ser robustos a estar debilitados por enfermedades⁴⁵⁴.

Para este mandatario históricamente, hasta 1938, Colombia venía enfrentado serios problemas de asignación presupuestal en el sector de la salud⁴⁵⁵. El 80% del limitado presupuesto de Higiene de Colombia se destinaba a los lazaretos, dedicados al aislamiento y tratamiento de enfermedades contagiosas como la lepra. El 20% restante, equivalente a \$2,000, cubría sueldos, asistencia pública, sanidad de puertos, protección infantil, y otras luchas sanitarias, incluyendo la lucha antivenérea, antianémica y antituberculosa, así como el mantenimiento del Laboratorio

⁴⁵³ Márquez-Valderrama y Gallo-Vélez, «Eufemismos para el hambre», 25-30.

⁴⁵⁴ Alfonso López Pumarejo, *Mensaje del presidente López al Congreso Nacional 1934-1938* (Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1938), 95.

⁴⁵⁵ Carmen Astrid Romero Baquero y Pascual Amézquita Zárate, «Gasto público departamental en educación y salud en Colombia (1918-1973)», *Investigaciones de Historia Económica = Economic History Research* 17, n.º 4 (2021): 29-46.

Samper y Martínez. Este presupuesto insuficiente descuidó la lucha contra enfermedades clave, como el paludismo, que solo recibía \$18,000, y las enfermedades de transmisión sexual, que recibían apenas \$5,000. Las necesidades más urgentes, como el tratamiento del paludismo, las enfermedades venéreas, y la protección infantil, quedaron gravemente desatendidas⁴⁵⁶.

La mala asignación presupuestal en Caldas resultó en un Departamento de Higiene ineficaz, que se transformó en una burocracia médica sin recursos, incapaz de proporcionar una defensa adecuada contra las enfermedades que agotaban a la población en su lucha contra las adversidades naturales y sanitarias⁴⁵⁷. Al final de su mandato en 1938, el presidente Alfonso López Pumarejo criticó duramente al Departamento Nacional de Higiene, describiéndolo como una costosa administración centrada en la gestión de leprosorios, mientras desatendía otros aspectos clave de la salud pública. Señaló la falta de acciones significativas para combatir enfermedades como el pian, las fiebres malignas y las enfermedades de transmisión sexual, y expresó su descontento con las estadísticas modestas, que no demostraban un progreso sustancial en la mejora de la salud pública⁴⁵⁸.

En sus críticas, López Pumarejo subrayó la necesidad de reevaluar el enfoque y la eficacia del Departamento de Higiene, sugiriendo que no cumplía adecuadamente su función de mejorar la salud pública. Propuso al Congreso buscar formas de maximizar el uso del limitado presupuesto de salud, instando a una gestión más eficiente de los recursos disponibles. Atribuyó la prioridad histórica dada a los lazaretos a la mentalidad conservadora que, al centrarse en la lepra, una enfermedad estigmatizada, descuidó el combate de otras enfermedades endémicas graves. Esta

⁴⁵⁶ Alfonso López Pumarejo, *Mensaje del presidente López al Congreso Nacional 1934-1938*, 96.

⁴⁵⁷ Miguel Antonio Suárez Araméndiz y Edwin Andrés Monsalvo Mendoza, «La higiene y el progreso. La institucionalización de la burocracia sanitaria en Manizales. 1920-1940», *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 18, n.º 1 (22 de agosto de 2013): 100-115.

⁴⁵⁸ Alfonso López Pumarejo, *Mensaje del presidente López al Congreso Nacional 1934-1938*, 97.

priorización de la lepra pudo haber desviado recursos y atención de enfermedades menos estigmatizadas pero igualmente serias⁴⁵⁹.

En 1936, Enrique Gómez Latorre, gobernador de Caldas, destacó que el nuevo gobierno liberal comprendió que las condiciones de salud pública eran cruciales para el desarrollo de la nación. Finalmente, el gobierno reconoció que las deficiencias en higiene, especialmente en áreas rurales y marginales, eran una de las principales causas de las desigualdades sociales y económicas. Aplaudió el enfoque proactivo del gobierno, que priorizaba la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en contraste con el modelo caritativo del pasado. El gobernador subrayó que López Pumarejo entendió que la educación y la higienización eran esenciales para mejorar la calidad de vida y empoderar a la población a largo plazo⁴⁶⁰.

Gómez Latorre reconoció que, además de la asistencia médica en las regiones, era esencial capacitar a la población en prácticas saludables y promover hábitos higiénicos en la vida cotidiana. En Caldas, esta visión se tradujo en una reforma profunda de los sistemas de salud y educación pública, con un enfoque en modernizar y fortalecer la infraestructura y el funcionamiento de ambos sectores⁴⁶¹. Se entendió que la transformación de la salud pública requeriría un esfuerzo coordinado entre el gobierno central, las autoridades locales y la sociedad. A pesar de los desafíos, el nuevo gobierno estaba decidido a mejorar las condiciones de vida y salud de la población, reconociendo que este proceso sería gradual y necesitaría tiempo, recursos y voluntad política, pero sentaba las bases para un cambio duradero en el bienestar de los ciudadanos de Caldas y Colombia.

⁴⁵⁹ Torres, «Medicalización de la lepra», 150-60.

⁴⁶⁰ Enrique Gómez Latorre, *Mensaje del Gobernador de Caldas a la Asamblea del Departamento 1936* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1936), 17-18.

⁴⁶¹ Enrique Gómez Latorre, 18-21.

A pesar de las declaraciones positivas del gobernador de Caldas en 1936 sobre la gestión salubre del presidente Olaya, las medidas aún no llegaban con la fuerza y efectividad necesarias a las regiones, como Caldas. Un ejemplo de la grave situación del país y la región fue el impacto de las enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis y la gonorrea, que emergieron como preocupaciones urgentes para la Gobernación de Caldas. Estas enfermedades afectaban a un amplio espectro de la población, incluidos hombres, mujeres y adolescentes, y tenían un impacto devastador en la salud materno-infantil y en la sociedad en general⁴⁶². La creciente incidencia de estas enfermedades planteó un desafío significativo para las autoridades de salud, que se veían obligadas a tomar medidas rápidas y efectivas para contener su propagación y mitigar sus efectos devastadores en la comunidad.

En el informe presentado por el secretario de Higiene, Rafael Henao Toro, al gobernador de Caldas, Enrique Gómez Latorre, en 1934, se reveló una alarmante situación de enfermedades de transmisión sexual en la región. De los 2,568 exámenes realizados en hombres, más de mil resultaron positivos para sífilis. Además, en la consulta prenatal, el 50% de los frotis mostraron gonorrea, lo que explicaba varios abortos. Un hallazgo especialmente preocupante fue que el 75% de los menores internados en casas de reeducación eran portadores de sífilis, lo que destacó la falta de atención médica y conciencia en este grupo vulnerable⁴⁶³.

El informe destacó un aumento significativo en los casos de gonorrea entre hombres casados y adolescentes, lo que subrayó la necesidad de intervenciones preventivas más efectivas y mayor conciencia pública. También se observó que casi todas las trabajadoras sexuales eran

⁴⁶² Obregón, «Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951)», 180-85.

⁴⁶³ Arcesio Londoño Palacio, *Informe de 1934 del secretario de Gobierno al Gobernador* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1935), 208-9.

portadoras de gonorrea, y más del 60% también padecían sífilis, muchas sin saberlo. Sorprendentemente, se registraron 120 mujeres menores de 15 años ejerciendo la prostitución, evidenciando una gran vulnerabilidad. A pesar de estos hallazgos alarmantes, la campaña se vio limitada por la falta de recursos e infraestructura, lo que impidió aumentar el número de camas en los hospitales. Se recomendó urgentemente aumentar a setenta camas para mejorar la atención y frenar la propagación de estas enfermedades⁴⁶⁴.

Durante la administración de Arcesio Londoño Palacio, Gobernador de Caldas en 1937, se adoptó un enfoque proactivo en la mejora de las condiciones sanitarias del departamento. En su informe a la Asamblea, destacó los avances significativos en salud pública, incluyendo la intensificación de la campaña contra la lepra, respaldada por un aumento en el presupuesto destinado a su erradicación. Además, se llevaron a cabo campañas coordinadas contra las enfermedades de transmisión sexual en ciudades como Manizales, Pereira y Armenia, y en poblaciones cercanas como Calarcá, Montenegro y Salamina, con el objetivo de prevenir y tratar estas enfermedades, mejorando así la salud general de la región⁴⁶⁵.

Se emprendieron campañas sanitarias específicas en Manizales, La Dorada, Victoria y Samaná, centradas en el control de vectores y el combate de enfermedades tropicales como la anemia tropical, el paludismo, las úlceras y el pian. Estas campañas incluyeron medidas de control de vectores, educación sanitaria y programas de tratamiento, con el objetivo de reducir la incidencia de estas enfermedades y mejorar las condiciones de vida. El informe destacó el

⁴⁶⁴ Arcesio Londoño Palacio, 210-11.

⁴⁶⁵ Arcesio Londoño Palacio, *Mensaje del Gobernador de Caldas a la Asamblea del Departamento 1937* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1937), 52.

compromiso del gobierno departamental de Caldas con la salud pública y la implementación de políticas sanitarias efectivas en todo el territorio⁴⁶⁶.

La administración reconoció la importancia de las campañas de salud y expresó su compromiso de mantenerlas e intensificarlas para proteger a la población. El gobernador impulsó la mejora de la higiene y la asistencia social, organizando servicios eficaces. Este compromiso se concretó con la firma de un contrato con la Dirección Nacional de Higiene para establecer cuatro comisiones sanitarias rurales adicionales, reforzando los esfuerzos existentes en la lucha contra las enfermedades endémicas y la prevención de problemas de salud⁴⁶⁷.

Durante el gobierno de López, se promovió la educación sanitaria a través de la *Revista Sanidad y Salud*, con el objetivo de mejorar los avances en salud pública y reforzar las campañas previas. En la edición de 1938, se abordaron varias enfermedades preocupantes para la salud pública, como la sífilis hereditaria, que afectaba gravemente la salud infantil, y la anemia tropical (uncinariasis), catalogada como una calamidad nacional debido a su prevalencia en áreas rurales. El paludismo fue tratado en profundidad, con énfasis en su prevención y tratamiento. También se discutió la tuberculosis, la fiebre amarilla y las infecciones intestinales, destacando la importancia de la higiene y el saneamiento para prevenir su propagación⁴⁶⁸.

El gobierno de Alfonso López Pumarejo reconoció que las condiciones de salud pública eran clave para el desarrollo del país, adoptando un enfoque más proactivo y sostenible en lugar del modelo caritativo y paliativo anterior. Criticó al Departamento Nacional de Higiene por ser

⁴⁶⁶ Arcesio Londoño Palacio, 53.

⁴⁶⁷ Arcesio Londoño Palacio, 54.

⁴⁶⁸ Departamento de Higiene, *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinariasis] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*, Ene, Feb, Mar, abril, junio, sep., oct, nov y dic, vol. VII (Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fe, 1938), 1-80.

una burocracia médica sin recursos, centrada en la gestión de lazaretos y descuidando otras enfermedades endémicas graves. Para mejorar la situación, propuso la creación de nuevas comisiones sanitarias rurales para ampliar la cobertura y el acceso a servicios médicos esenciales⁴⁶⁹.

A nivel departamental, aunque el gobernador de Caldas reconoció la importancia de las campañas de salud y expresó un fuerte deseo de mejorar la higiene y la asistencia social, persistieron limitaciones presupuestarias y de eficacia en la implementación de estas políticas. Esta discrepancia entre los esfuerzos nacionales y las dificultades locales subrayó la complejidad de lograr una política de salud pública coherente en todo el país. Aunque se sentaron las bases para un enfoque más integral, los desafíos en la coordinación y asignación de recursos entre el gobierno central y las administraciones locales continuaron, y superarlos sería esencial para lograr un impacto duradero en la salud pública.

4.6. Del Higienismo a la Asistencia Social Salubrista: Políticas de Salud Pública en Colombia y Caldas (1938-1942)

En 1941, el presidente Eduardo Santos destacó la transformación significativa de la higiene y sanidad en Colombia, especialmente en relación con el capital, el trabajo y la salud. Subrayó el crecimiento de las acciones oficiales en la protección de los derechos laborales y la regulación de las condiciones de trabajo, pero señaló que los avances en higiene y sanidad fueron aún más notables. En este contexto, mencionó los esfuerzos de diversos órganos salubristas para fortalecer la higiene y promover mejores condiciones laborales⁴⁷⁰. Entre las iniciativas destacadas por el

⁴⁶⁹ Alfonso López Pumarejo, *Mensaje del Presidente López al Congreso Nacional 1934-1938*, 90.

⁴⁷⁰ Noguera, Carlos E., *Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia* (Medellín: Universidad Eafit, 2003), 50-90.

presidente Santos en 1941 se encontraban las Comisiones Sanitarias, encargadas de coordinar acciones para prevenir enfermedades como la fiebre amarilla, el paludismo, la uncinariasis, las enfermedades venéreas y la tuberculosis en regiones alejadas. También se mencionaron las Unidades Sanitarias, que brindaban atención preventiva y curativa en áreas específicas con necesidades urgentes, y los Centros Mixtos, que integraban esfuerzos del gobierno y organizaciones no gubernamentales para ofrecer servicios de salud a los trabajadores y sus familias, promoviendo prácticas de higiene y prevención⁴⁷¹.

A pesar de los avances de las Comisiones Sanitarias, Unidades y Centros Mixtos, el presidente Santos identificó varios problemas. Una de las principales dificultades fue el riesgo de que estas entidades se desviaran de su objetivo inicial de promover la higiene pública y se centraran demasiado en la atención médica directa e individual. Este cambio de enfoque podría comprometer la eficacia a largo plazo de las políticas de salud pública. Además, preocupaba que la demanda de consultas diarias desbordara los recursos, favoreciendo a quienes podían pagar por su atención, lo que desvió recursos destinados a la prevención hacia el tratamiento de casos no prioritarios. Santos destacó la necesidad de revisar y modificar estas estrategias para asegurar que los recursos se utilizaran eficientemente, centrando las acciones en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades⁴⁷².

Las estrategias salubres de Eduardo Santos Montejó continuaron el camino de la prevención, educación y pedagogía de la salud en la población colombiana acentuado por su

⁴⁷¹ Eduardo Santos Montejó, *Mensaje presidencial al congreso de 1941* (Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1941), 81.

⁴⁷² Eduardo Santos Montejó, 82.

predecesor Enrique Olaya Herrera. De 1939 a 1942 salieron las últimas ediciones de la revista *Sanidad y Salud*, las cuales abordaremos a continuación.

En 1939, la revista publicó artículos centrados en las principales preocupaciones sanitarias de Colombia, ofreciendo recomendaciones para mejorar la salud pública. Se abordaron temas como las condiciones de viviendas rurales, la higiene en regiones específicas, la vigilancia de letrinas, la protección infantil y la nutrición, destacando la importancia de la leche materna. En su edición número ocho, se dedicó especial atención a la tuberculosis, la fiebre tifoidea y enfermedades zoonóticas, ofreciendo consejos sobre prevención y tratamiento, como evitar la exposición al sol y desinfectar objetos personales. Además, se promovieron prácticas higiénicas en el manejo de animales y alimentos, y la construcción de viviendas y excusados sanitarios. La revista subrayó la importancia de la educación y la higiene personal y ambiental, así como la promoción de hábitos saludables y el consumo de alimentos nutritivos locales, como parte de un enfoque integral para mejorar la salud pública a largo plazo⁴⁷³.

En 1940 la revista continuó enfocándose en la tuberculosis y la lepra, brindando información detallada sobre su prevención y tratamiento. También destacó la importancia de la higiene infantil y el desarrollo del niño, con programas de cuidado desde el nacimiento hasta los dos años, que incluían recomendaciones sobre alimentación, ejercicio y hábitos saludables. Se promovieron mejoras en la infraestructura sanitaria, como la construcción de excusados de hoyo con piso y asiento de concreto, y la protección de pozos de agua subterránea para prevenir la contaminación. Además, se abordó la alimentación y nutrición, subrayando la importancia de una

⁴⁷³ Departamento de Higiene, *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinariasis] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*, Ene, Feb, Mar, abril, junio, sep., oct, nov y dic, vol. VIII (Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fe, 1939).

dieta balanceada para el desarrollo infantil y la prevención de enfermedades, con énfasis en la lactancia materna⁴⁷⁴.

En 1941, la revista se centró en el cuidado materno-infantil, publicando artículos sobre cuidados prenatales, de la primera infancia y la edad escolar, adaptados de la Oficina del Niño del Departamento de Trabajo de EE. UU. Estos artículos destacaron la importancia de la higiene prenatal, una nutrición adecuada, ejercicio regular y cuidados generales para las mujeres embarazadas. Se ofrecieron recomendaciones sobre el manejo de alteraciones comunes durante el embarazo y el parto, subrayando la importancia de la alimentación materna, evitar esfuerzos excesivos y realizar un seguimiento médico regular para reducir la mortalidad materna e infantil y asegurar el nacimiento de niños sanos⁴⁷⁵.

En los meses siguientes, la revista se centró en la mejora de las condiciones de vida en áreas rurales, publicando artículos sobre la construcción de viviendas higiénicas. Se abordaron temas como la orientación de las casas, el uso de materiales locales como la tapia pisada, el adobe y el bahareque, y la importancia de un entorno limpio para prevenir enfermedades. Se enfatizó la necesidad de techos, canales y pisos fáciles de limpiar para reducir el riesgo de infecciones y plagas. Además, se ofrecieron instrucciones sobre la construcción y mantenimiento de tanques sépticos, subrayando su papel en la gestión de desechos y la prevención de enfermedades transmitidas por el agua, destacando la importancia de la inspección y limpieza regular⁴⁷⁶.

⁴⁷⁴ Departamento de Higiene, *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar* (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinariasis] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada), Ene, Feb, Mar, abril, junio, sep., oct, nov y dic, vol. IX (Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fe, 1940).

⁴⁷⁵ Departamento de Higiene, *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar* (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinariasis] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada), Ene, Feb, Mar, abril, junio, sep., oct, nov y dic, vol. X (Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fe, 1941), 1-80.

⁴⁷⁶ Departamento de Higiene, X:120-60.

La revista también informó sobre la modernización de la campaña antileprosa y el uso de la tuberculina como medio de diagnóstico de la tuberculosis. Estos esfuerzos reflejaron un enfoque más científico y sistemático en la lucha contra enfermedades contagiosas. La educación de la población sobre los signos y síntomas de estas enfermedades, así como las medidas de prevención, eran componentes cruciales de estas campañas⁴⁷⁷.

En la edición de 1942, última del gobierno de Eduardo Santos Montejo, la revista continuó enfocándose en el cuidado materno-infantil como un pilar esencial para el bienestar y desarrollo de la nación. Se destacó la importancia de la atención prenatal para prevenir complicaciones durante el embarazo y el parto, haciendo hincapié en la necesidad de un seguimiento médico regular y hábitos saludables como una dieta equilibrada y ejercicio moderado. Para el cuidado postnatal, se subrayó la relevancia de la lactancia materna, destacando sus beneficios nutricionales, emocionales y su contribución al fortalecimiento del sistema inmunológico del bebé. Además, se proporcionaron pautas prácticas sobre el cuidado del recién nacido, incluyendo el manejo del sueño, la higiene y la estimulación temprana⁴⁷⁸.

En cuanto a la alimentación infantil, se ofrecieron recomendaciones para asegurar una nutrición adecuada en las diversas etapas del desarrollo, destacando una dieta equilibrada con frutas, verduras, proteínas magras y lácteos, y advirtiendo sobre los riesgos de los alimentos procesados y azucarados. Además de la nutrición, se abordaron temas como la higiene personal, el cuidado dental y la prevención de enfermedades infecciosas. Se alentó a los padres a crear un entorno seguro y estimulante que favoreciera el desarrollo integral de los niños, promoviendo el

⁴⁷⁷ Departamento de Higiene, X:200-230.

⁴⁷⁸ Departamento de Higiene, *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinariasis] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*, Ene, Feb, Mar, abril, junio, sep., oct, nov y dic, vol. XI (Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fe, 1942), 1-90.

juego y el aprendizaje activo. Durante el gobierno de Eduardo Santos Montejo, se subrayó la importancia de invertir en el cuidado y la educación infantil como una estrategia para mejorar la salud a largo plazo y contribuir al desarrollo económico del país.

Durante el mandato de Eduardo Santos Montejo (1938-1942), la *Revista Sanidad y Salud* abordó con urgencia varias enfermedades graves que afectaban a la población colombiana. La tuberculosis fue una de las más destacadas, con campañas enfocadas en la educación, tratamiento preventivo y la importancia de los sanatorios especializados. También se promovieron medidas para desinfectar esputos y locales. La lepra recibió atención especial, con esfuerzos para proteger a los niños y evitar su contagio, y se brindó educación sobre cómo reconocerla y prevenirla. El paludismo también fue una prioridad, con campañas de profilaxis y tratamiento, educación sobre su prevención y el control de criaderos de mosquitos.

La difteria causó gran preocupación debido al aumento de casos, lo que llevó a intensificar las campañas de inmunización y profilaxis. Se enfatizó la importancia de la vacunación y la identificación de portadores de gérmenes para controlar la enfermedad. La uncinariasis, o anemia tropical, fue considerada una calamidad nacional, con campañas centradas en la protección infantil y la mejora de las condiciones higiénicas, incluyendo el uso de calzado escolar adecuado. La fiebre amarilla, especialmente en áreas rurales y selváticas, recibió atención con campañas para controlar los mosquitos y mejorar las prácticas higiénicas. Además, las campañas antirrábicas se centraron en la prevención de la transmisión de la enfermedad de animales a humanos, destacando la vacunación y la educación sobre el manejo de animales infectados.

El enfoque de intervención poblacional en la prevención de enfermedades se centró en niños y adolescentes, con programas específicos para recién nacidos, niños preescolares y

escolares. Estos incluyeron vacunación, promoción de la higiene personal y nutrición adecuada. Se organizó el “Concurso del Niño Sano” para fomentar la salud infantil y se realizaron campañas educativas en las escuelas sobre hábitos saludables. Las mujeres embarazadas también recibieron atención especial, con guías sobre higiene prenatal, alimentación y cuidado del recién nacido, promoviendo prácticas como la lactancia materna. En las zonas rurales, se trabajó en el saneamiento, con la construcción de letrinas y pozos protegidos, y se luchó contra enfermedades como la malaria y la fiebre amarilla. Se mejoró la infraestructura sanitaria y se educó a la población sobre higiene. Además, se prestó atención a la salud laboral, especialmente en industrias como la bananera, promoviendo medidas de seguridad y salud para prevenir enfermedades ocupacionales.

Las campañas más destacadas fueron las antituberculosas, que incluían educación, tratamiento preventivo y promoción de sanatorios especializados. Además, se priorizó el saneamiento, mejorando las condiciones higiénicas en áreas rurales y urbanas, con énfasis en la construcción de letrinas, la purificación del agua y la eliminación de criaderos de mosquitos. También se llevó a cabo educación sobre higiene personal y saneamiento. Las campañas de vacunación fueron fundamentales, enfocándose en la inmunización contra la difteria, fiebre amarilla y otras enfermedades. Se promovió la participación de la población en estos programas para prevenir enfermedades. Las campañas de protección infantil se centraron en la prevención de enfermedades como difteria, paludismo y uncinariasis, asegurando que los niños recibieran la atención médica necesaria y fomentando la vigilancia de su salud.

La estrategia educativa durante el gobierno de Eduardo Santos Montejo fue integral y multifacética. Incluyó educación formal en escuelas, campañas públicas, y programas de radio para llegar a un público amplio, especialmente en áreas rurales con baja alfabetización. Se distribuyeron materiales educativos como el "Catecismo de la Tuberculosis" y manuales de

higiene. La radio fue clave para promover la prevención de enfermedades y hábitos saludables. En las escuelas, se implementaron programas de higiene y se capacitó a maestros para enseñar a los niños sobre higiene personal. Las enfermeras visitadoras también jugaron un rol esencial, realizando visitas domiciliarias para educar a las familias sobre prácticas saludables y prevención de enfermedades.

4.6.1. Los Desafíos en la Implementación de las Estrategias de Salud Pública Asistencialista Nacional en el Departamento de Caldas

Durante el gobierno de Santos Montejo, se fortalecieron los organismos de salud mediante alianzas estratégicas entre diferentes ministerios, lo que permitió una gestión más coordinada de enfermedades como la lepra. En Caldas, este enfoque colaborativo se reflejó en la atención a la lepra, con una gestión más organizada y eficaz. Según el informe de gestión del Dr. Ángel María Riveros, alcalde de Manizales, en 1939, la lucha contra la lepra mejoró significativamente al pasar de métodos desorganizados a una gestión interinstitucional que incluyó al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, los Dispensarios Antileprosos, y el apoyo ciudadano. La figura del Médico Visitador fue clave en la implementación de medidas preventivas y curativas, levantando censos de enfermos, examinando a sus contactos y clasificando a la población según su situación con respecto a la enfermedad⁴⁷⁹.

La recopilación detallada de datos sobre los enfermos de lepra y sus familiares, junto con la desinfección de las viviendas, representó un cambio hacia un manejo más organizado y científico de la salud pública. Este enfoque, respaldado por la colaboración ciudadana y las directrices gubernamentales, mejoró significativamente la gestión de la lepra, subrayando la

⁴⁷⁹ José Miguel Arango, *Asamblea de alcaldes 1939* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1939), 57.

importancia de una burocracia sanitaria eficiente. En cuanto al proceso de aislamiento de los pacientes, las autoridades implementaron un enfoque persuasivo, subrayando los beneficios del tratamiento especializado en el lazareto. El traslado se realizaba de manera ordenada y consensuada, con énfasis en el respeto y la cortesía, evitando medidas coercitivas salvo en casos extremos. El objetivo era garantizar la aceptación social y asegurar un servicio sanitario efectivo y respetuoso⁴⁸⁰.

En ese periodo histórico, la lepra se abordó de manera similar a la tuberculosis y la sífilis, considerándolas tratables con un enfoque en tratamientos prolongados. La efectividad del tratamiento de la lepra dependía de factores como las condiciones de atención, los cuidados continuos y el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas por parte de los pacientes. El alcalde de Manizales destacó la importancia de un tratamiento constante y cuidadoso, así como la asistencia médica regular para asegurar la mejora de la salud, prevenir recaídas y lograr una recuperación completa y confiable⁴⁸¹. La gestión de la lepra en ese periodo representó un avance hacia una burocracia sanitaria más eficiente y estructurada, apoyada por el gobierno nacional y el departamento de Caldas. El enfoque sistemático y ético en el tratamiento y prevención de la lepra marcó una diferencia significativa respecto a los métodos descuidados y sin datos estadísticos de épocas anteriores.

A pesar de las acciones recomendadas para enfrentar la lepra en Caldas, hubo irregularidades en la gestión de los recursos destinados a la salud. Según el Dr. Félix Henao Toro, Sub-Administrador Departamental de Higiene, la salud e higiene fueron descuidadas en las políticas del departamento, con el presupuesto para sanidad históricamente relegado a un segundo

⁴⁸⁰ José Miguel Arango, 58.

⁴⁸¹ José Miguel Arango, 59-60.

plano. Además, los fondos destinados a la higiene se usaron para cubrir imprevistos de otras dependencias, lo que consideró una táctica errónea⁴⁸². El Dr. Félix Henao Toro subrayó la importancia crucial de la higiene como base para el desarrollo económico de Caldas y del país. Destacó el impacto negativo de las enfermedades en los trabajadores, que no solo perdían días de trabajo, sino que también implicaban costos adicionales para el estado en atención médica y asistencia a sus familias. Expresó su preocupación por la falta de aplicación efectiva de las leyes de salud e higiene, que quedaron en el olvido o fueron ignoradas, lo que agravó los problemas sanitarios⁴⁸³.

Sus críticas las llevó al punto de comparar como el sistema antiguo de caridad y filantropía de la limosna en salud del sistema de salud antiguo, arraigado tanto en lo legislativo como en lo cultural, extendido desde antes de 1939 hasta la época colonial. Para él en este sistema tradicional prevaleció la beneficencia, entendida como el acto de hacer el bien por espíritu de caridad⁴⁸⁴. El Dr. Henao Toro criticó la beneficencia como un acto de caridad opcional y humillante, defendiendo la asistencia social como una obligación estatal. Afirmó que esta asistencia debía ser un derecho para los ciudadanos desfavorecidos, sin discriminación, y sin que quienes la recibieran se sintieran humillados. Consideró que esto representaba un cambio hacia una sensibilidad justa, marcando el inicio de una nueva era en la que se reconocían y protegían los derechos sociales de los más necesitados⁴⁸⁵.

El Dr. Henao Toro instó al estricto cumplimiento del decreto número 1858 de 1938, reglamentario de la ley 93 del mismo año sobre instituciones médico-asistenciales de utilidad

⁴⁸² José Miguel Arango, 61.

⁴⁸³ José Miguel Arango, 62.

⁴⁸⁴ Álvarez Hernández, «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946», 2000, 20-24.

⁴⁸⁵ José Miguel Arango, *Asamblea de alcaldes 1939*, 63-64.

común⁴⁸⁶. Este decreto buscaba erradicar una práctica corrupta que explotaba la compasión de la gente, como el mal uso de fondos destinados a obras comunitarias. El Dr. Henao Toro enfatizó que su cumplimiento era crucial para acabar con los abusos y avanzar hacia un sistema de asistencia social estatal que garantizara los derechos de los ciudadanos desfavorecidos, eliminando la beneficencia caritativa y protegiendo adecuadamente a los más necesitados⁴⁸⁷.

Como ejemplo del descuido general de las gestiones salubres en la región destacó el abandono en la gestión de la epidemia de rabia en Caldas a finales de la década de 1930, señalando que, aunque se identificaron los primeros casos y se establecieron medidas preventivas como el exterminio de perros infectados, pocos alcaldes implementaron estas directrices. Este descuido permitió que la enfermedad se propagara, lo que obligó a los gobiernos nacional y departamental a exigir el cumplimiento de las resoluciones de control de la rabia.⁴⁸⁸ Criticó a la par la falta de continuidad en la implementación de medidas sanitarias, destacando que, aunque las disposiciones sobre rabia fueron inicialmente cumplidas, rápidamente se abandonaron, permitiendo que perros vagaran libremente y poniendo en riesgo a la población. Subrayó que la higiene y las medidas sanitarias deben cumplirse de manera constante y proactiva, no de forma intermitente. Recomendó a los alcaldes mayor diligencia y vigilancia continua para mejorar la salud pública y prevenir la propagación de enfermedades evitables.⁴⁸⁹

El período de 1938 a 1942 revela una tensión entre las políticas de salud pública impulsadas a nivel nacional y su implementación en el departamento de Caldas. Bajo la presidencia de Eduardo

⁴⁸⁶ Eduardo Santos Montejó, «Decreto 1858 de 1938 - por el cual se reglamente la Ley 93 de 1938, y se crea una dependencia administrativa.», Pub. L. No. 93, § Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1858 12 (1938), 93.

⁴⁸⁷ José Miguel Arango, *Asamblea de alcaldes 1939*, 65.

⁴⁸⁸ José Miguel Arango, 62.

⁴⁸⁹ José Miguel Arango, 63.

Santos Montejo, se promovió una transformación en la relación entre el capital, el trabajo y la salud, destacando la creación de organismos salubristas y la implementación del Decreto 1858 de 1938, que buscaba erradicar la beneficencia caritativa y avanzar hacia una asistencia social que protegiera los derechos de los ciudadanos desfavorecidos. Sin embargo, en Caldas, la ejecución de estas políticas enfrentó grandes desafíos, evidenciando dificultades para aplicar eficazmente las reformas en el ámbito local.

La gestión de la salud pública en Caldas durante este período mostró un preocupante nivel de descuido, con fondos insuficientes y desvíos presupuestarios hacia otras áreas. Las críticas apuntaron a la persistencia de prácticas corruptas y a la falta de seguimiento en la implementación de medidas, como en la epidemia de rabia. Sin embargo, la lucha contra la lepra destacó por la colaboración interinstitucional y el apoyo ciudadano, lo que permitió una gestión más organizada y efectiva en esa área. En conclusión, aunque se reconocieron esfuerzos aislados, persistió la tensión entre las políticas nacionales de salud y las dificultades de los gobiernos departamentales para implementarlas de manera efectiva y continua.

4.7. Ingeniería Sanitaria y Salud Pública en Colombia (1945-1950): Logros Nacionales y Retos en Caldas

La Ordenanza Número 14 de 1945, emitida por la Asamblea de Caldas bajo la iniciativa del presidente Alberto Lleras Camargo, representó un cambio clave en la organización salubrista y asistencialista en el departamento. La unificación del presupuesto para la asistencia social bajo la Secretaría de Higiene permitió una distribución más eficiente y centralizada de los recursos, marcando una transición de una medicina caritativa y filantrópica hacia un modelo higienista y

estructurado. Este enfoque contrastó con las prácticas anteriores, donde los fondos estaban dispersos y mal gestionados⁴⁹⁰.

Esa Ordenanza definió la asistencia social de manera integral, abarcando la construcción, mejora y dotación de instituciones clave como hospitales, orfanatos, salas de maternidad, dispensarios y hogares sustitutos. También estableció el cuidado de personas vulnerables, como enfermos de tuberculosis y lepra. Esta legislación marcó un cambio hacia un modelo de asistencia social basado en derechos y necesidades, garantizando atención gratuita a quienes no pudieran sostenerse por sí mismos y necesitaban hospitalización o asilamiento, alejándose del modelo caritativo colonial que dependía de la benevolencia privada⁴⁹¹.

La centralización del presupuesto y su administración por la Secretaría de Higiene permitió una coordinación más eficiente y una respuesta más rápida a las necesidades emergentes, marcando el inicio de una burocracia sanitaria más profesional. La transición hacia un modelo de asistencia social basado en la necesidad médica y social representó un avance hacia un sistema de salud pública más inclusivo y estructurado, superando las limitaciones de la caridad y la filantropía del sistema anterior y consolidando la protección social oficial.

El Artículo 9 de la ordenanza estableció una reorganización clave para mejorar la salud pública en el Departamento, centralizando todas las partidas presupuestarias de salubridad en una única partida administrada por la Secretaría de Higiene y Asistencia Social. Este enfoque centralizado facilitó una asignación más eficiente y flexible de los recursos, ajustándose a las necesidades emergentes. La ordenanza incluyó diversas campañas de salud pública, como las

⁴⁹⁰ Secretaría de Salubridad y Asistencia Social, *Primera conferencia de salubridad (Conclusiones)*. 1945 (Manizales: Imprenta Departamental, 1945), 5.

⁴⁹¹ Secretaría de Salubridad y Asistencia Social, 6.

antivenéreas, antituberculosas y antileprosas, así como la creación de brigadas móviles para responder a emergencias sanitarias. También se contempló la formación y especialización del personal, la construcción de infraestructuras sanitarias y la implementación de campañas educativas para promover la salud en la población⁴⁹².

4.7.1. La Primera Conferencia de Salubridad de Caldas en 1945

La influencia de la nueva ordenanza se hizo evidente durante la Primera Conferencia de Salubridad de Caldas en 1945, presidida por el presidente Lleras Camargo. Esta reunión de médicos municipales tuvo como objetivo establecer una hoja de ruta para mejorar la salud pública en la región, marcando un punto de inflexión en la gestión sanitaria. En la conferencia se discutieron temas clave, como el fortalecimiento de los Centros de Salubridad y Asistencia, asegurando que contaran con los recursos necesarios y personal capacitado. También se destacó la importancia de combatir enfermedades específicas que representaban graves riesgos para la salud pública en la región⁴⁹³.

En la Primera Conferencia de Salubridad de Caldas de 1945, se abordaron diversas enfermedades, como la parálisis infantil, el tifo exantemático, el paludismo, el pian, la lepra y otras enfermedades transmisibles. Se discutieron estrategias preventivas, como campañas de vacunación y control de vectores. También se enfatizó la creación de servicios especializados, como salas cunas y gotas de leche, para la protección infantil y materna, reconociendo su importancia para el bienestar a largo plazo. Además, se subrayó la necesidad de mejorar la salubridad ambiental, promoviendo la higiene, el acceso a agua potable limpia y el saneamiento adecuado. Se incluyó la

⁴⁹² Secretaria de Salubridad y Asistencia Social, 7-8.

⁴⁹³ Secretaria de Salubridad y Asistencia Social, 12.

nutrición y la seguridad alimentaria como aspectos fundamentales para el bienestar general de la población⁴⁹⁴.

Se destacó la necesidad de establecer una sólida organización de las instituciones de asistencia social en la región, abarcando hospitales, asilos, orfanatos y otros centros de atención. Se subrayó la importancia de una estructura adecuada, con roles y responsabilidades claras, tanto administrativas como estadísticas, para garantizar la eficiencia en los servicios sociales. Además, se hizo hincapié en la necesidad de fortalecer las relaciones interinstitucionales entre estas entidades y los centros de salubridad, promoviendo la coordinación y colaboración para una respuesta integral y coordinada a las necesidades médicas y sociales de la población⁴⁹⁵.

En cuanto la infraestructura hospitalaria de la región se discutieron temas clave como la clasificación de hospitales por zonas y la asignación adecuada de recursos y camas para pacientes con necesidades médicas específicas, como tuberculosis, lepra y emergencias. Se propuso la creación de Juntas de Asistencia Social para coordinar servicios locales y regionales, optimizando la atención a la población vulnerable. Además, se destacó la importancia de una infraestructura de emergencia sólida, con puestos de socorro estratégicamente ubicados, para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante crisis médicas. Estos temas reflejan un enfoque integral y multidisciplinario para abordar los desafíos de salud pública y mejorar la calidad de vida en la región⁴⁹⁶.

La conferencia también abordó temas clave para mejorar la asistencia social en Caldas, incluyendo la organización eficiente de las instituciones, la coordinación entre entidades de salud,

⁴⁹⁴ Secretaria de Salubridad y Asistencia Social, 13.

⁴⁹⁵ Secretaria de Salubridad y Asistencia Social, 14.

⁴⁹⁶ Secretaria de Salubridad y Asistencia Social, 02.

la estandarización de servicios hospitalarios, y la asignación adecuada de recursos. Se destacó la importancia de la participación comunitaria en la gestión social, el saneamiento del suelo, y un control estricto de los inspectores de sanidad. También se discutieron campañas contra el paludismo, la anemia, el pian y otras enfermedades endémicas, la mejora de la nutrición infantil y adulta, y la tecnificación de las enfermeras visitadoras sociales. Además, se propuso la creación de restaurantes escolares, la mejora de los laboratorios, y la educación de las enfermeras en medicina. Finalmente, se abordó la importancia de la medicina legal, la policía y la salud en los establecimientos carcelarios⁴⁹⁷.

Aunque la conferencia de 1945 fue un momento clave para formular propuestas y recomendaciones detalladas, no es posible afirmar con certeza que todas las recomendaciones se implementaron o tuvieron un impacto tangible en los años siguientes. La implementación de políticas y programas de salud enfrentó varios obstáculos, como limitaciones presupuestarias, resistencias institucionales, cambios en las prioridades gubernamentales, falta de personal médico, dinámicas internas de corrupción y la debilidad de un sistema burocrático médico-político. Aunque la conferencia sentó una base sólida para la mejora de la gestión sanitaria y asistencial, su ejecución en la práctica fue incierta.

4.7.2. La creación del Ministerio de Higiene y la transformación de la salud pública nacional (1946-1949)

Bajo el gobierno de Mariano Ospina Pérez, la salud pública en Colombia experimentó una transformación significativa con la creación del Ministerio de Higiene en 1946, a través de la Ley 27. Esta medida estableció un organismo dedicado exclusivamente a promover y proteger la salud

⁴⁹⁷ Secretaria de Salubridad y Asistencia Social, 16.

de la población. El Ministerio, liderado por el Departamento de Asistencia Pública, asumió responsabilidades que incluían la aprobación de estatutos para instituciones de salud, la evaluación de las condiciones higiénicas de estas entidades y la supervisión de la adquisición de equipos y bienes raíces. Una de sus funciones clave fue el control y vigilancia de los establecimientos de salud en todo el país, garantizando la calidad de los servicios y el cumplimiento de los estándares higiénicos⁴⁹⁸. Como resultado de estas acciones, los servicios asistenciales se extendieron a numerosas regiones del país donde previamente la intervención estatal en materia de salud era limitada o inexistente⁴⁹⁹.

Esta expansión representó un avance significativo en el acceso a la atención médica y contribuyó de manera tangible a mejorar las condiciones de salud y vida de la población colombiana en general. El Nuevo Ministerio de Higiene desempeñó un papel crucial en la labor preventiva contra las enfermedades como se ha visto fueron las más contagiosas de la época, como la viruela, la difteria, la tos ferina y la fiebre tifoidea. Estas enfermedades representaron una grave amenaza para la salud pública, propagándose con facilidad y causando un gran número de enfermedades y muertes en la población⁵⁰⁰. El Ministerio de Higiene implementó una amplia campaña de vacunación en todo el país, enfocada no solo en la administración de vacunas, sino también en la educación sobre prevención e higiene personal. Más de cinco millones de colombianos fueron vacunados, lo que representó un logro considerable dado que la población total del país era de aproximadamente diez millones. Esta campaña redujo significativamente la incidencia de enfermedades como la viruela, difteria, tos ferina y fiebre tifoidea, además de

⁴⁹⁸ Marian Ospina Pérez, «Ley 27 de 1946 - “Por la cual se crea el Ministerio de Higiene”», Pub. L. No. 27, § Ministerio de trabajo, higiene y prevención social, 2 (1946), 27.

⁴⁹⁹ Presidente Mariano Ospina Pérez, *Mensaje presidencial al Congreso de 1949* (Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1949), 22.

⁵⁰⁰ Marlín Téllez Pedroza, «Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia», 2011, <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/7690>.

disminuir los casos graves y las muertes asociadas, mejorando notablemente la salud y el bienestar de la población⁵⁰¹.

Durante el gobierno de Ospina se trataron de implementar estrategias integrales para mejorar la salud pública, reconociendo que la nutrición era clave para el bienestar de la población. Se lanzó una campaña de nutrición para garantizar que la alimentación de los colombianos cumpliera con estándares adecuados, especialmente para mujeres y niños. Ante la grave situación alimentaria en varios departamentos, se establecieron programas de educación nutricional y políticas para mejorar el acceso a alimentos saludables, especialmente en comunidades vulnerables. Este enfoque reflejaba una visión holística de la salud pública, abordando no solo enfermedades existentes, sino también la prevención de futuros problemas de salud mediante una nutrición adecuada⁵⁰².

Lo anterior se reflejó de forma práctica y amplía con la creación del del Instituto de Nutrición, establecido por el Gobierno a través de la Ley 44 de 1947, un hito importante en los esfuerzos por mejorar la salud y la alimentación en Colombia⁵⁰³. Su creación respondió a la necesidad de abordar los desafíos nutricionales y de salud que enfrentaba la población, especialmente en áreas rurales y entre grupos vulnerables como niños, madres gestantes y adultos campesinos. Desde sus inicios, el Instituto se embarcó en una serie de investigaciones y acciones destinadas a ampliar los beneficios en estudios relacionados con la alimentación, la salud y la sanidad pública⁵⁰⁴. Un enfoque clave fue el estudio del valor nutritivo de los alimentos

⁵⁰¹ Presidente Mariano Ospina Pérez, *Mensaje presidencial al Congreso de 1949*, 23-24.

⁵⁰² Presidente Mariano Ospina Pérez, 26.

⁵⁰³ Marian Ospina Pérez, «Ley 44 de 1947 - Por la cual se crea el Instituto Nacional de Nutrición e Investigaciones Fisiológicas y se provee a la yodización artificial de la sal», Pub. L. No. 44, § Ministerio de Higiene y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2 (1947), 44.

⁵⁰⁴ Luis Fajardo, «Apuntes de la Historia de la Nutrición en Colombia.», *Historias de la Nutrición en América Latina.*, 2005, 144.

colombianos, con el análisis de cerca de 1.500 muestras para determinar su composición. Esto permitió identificar deficiencias nutricionales y diseñar intervenciones, como la mejora de la salud materno-infantil. Se realizaron investigaciones sobre vitamina C y el metabolismo de proteínas y hierro en mujeres embarazadas. Además, se trabajó en la yodización de la sal para combatir el bocio, una enfermedad causada por la deficiencia de yodo, lo que resultó en medidas efectivas para mejorar la salud pública relacionada con este micronutriente⁵⁰⁵.

El Instituto también promovió la salud bucal a través de una campaña de profilaxis de caries dental, que incluyó exámenes y tratamiento preventivo para miles de escolares. Además, se implementaron iniciativas para mejorar la salud, alimentación, sanidad e higiene infantil en Colombia. Se administraron raciones alimenticias adecuadas y se realizaron estudios sobre el crecimiento y desarrollo infantil, lo que ayudó a diseñar estrategias para mejorar su nutrición. También se estableció un consultorio externo para enfermedades de la nutrición en preescolares, facilitando atención médica especializada y la recopilación de datos clave sobre la salud infantil⁵⁰⁶.

Estas iniciativas fueron clave para abordar problemas de nutrición en la población infantil y asegurar un adecuado seguimiento de su desarrollo. El proyecto de restaurantes prenatales y raciones alimenticias para mujeres embarazadas y otros grupos vulnerables ayudó a mejorar la salud materno-infantil y prevenir complicaciones por malnutrición. Además, las conferencias de nutrición, con amplia participación, fueron esenciales para educar a la comunidad sobre hábitos alimenticios saludables, promoviendo cambios positivos en la alimentación de la población. Estas

⁵⁰⁵ Presidente Mariano Ospina Pérez, *Mensaje presidencial al Congreso de 1949*, 27.

⁵⁰⁶ Presidente Mariano Ospina Pérez, 28.

acciones contribuyeron significativamente a la futura mejora incierta de la salud y la higiene infantil en Colombia⁵⁰⁷.

4.7.3. Avances y Desafíos en la Implementación de las Políticas de Salud Pública Asistencial en el País

Durante el gobierno de Mariano Ospina Pérez (1946-1949), se realizaron importantes obras de ingeniería sanitaria para prevenir enfermedades vinculadas al agua contaminada y al manejo inadecuado de desechos. Se completaron 70 acueductos y 130 sistemas de alcantarillado, mejorando el acceso a agua potable y el tratamiento de desechos, lo que contribuyó a la prevención de enfermedades como la fiebre tifoidea y la disentería. Además, se construyeron 12 hospitales y se establecieron varios Centros de Higiene para ofrecer servicios de salud preventiva y educación sanitaria, especialmente en áreas rurales. Estos esfuerzos ayudaron a mejorar las condiciones de salud pública y a combatir enfermedades como el cólera, la malaria, la tuberculosis y la leptospirosis⁵⁰⁸.

En esos años, el gobierno nacional implementó medidas para combatir la uncinariasis, una enfermedad endémica en Colombia. Entre estas acciones se destacó un proyecto legislativo para proveer calzado a las clases trabajadoras, considerado un paso importante hacia la modernización del país. Más allá de ser una medida práctica, se entendía que el calzado adecuado representaba un avance hacia una sociedad más saludable y avanzada, contribuyendo a la mejora de la salud física y moral de la población⁵⁰⁹. La iniciativa de proporcionar calzado a las clases trabajadoras no fue solo una medida simbólica, sino una respuesta concreta a una necesidad de salud pública. Se

⁵⁰⁷ Presidente Mariano Ospina Pérez, 29.

⁵⁰⁸ Presidente Mariano Ospina Pérez, 34.

⁵⁰⁹ Presidente Mariano Ospina Pérez, 30.

comprendió que la falta de calzado adecuado exponía a los trabajadores a riesgos de enfermedades, especialmente en climas tropicales, donde el contacto directo con el suelo aumentaba el riesgo de infecciones. El gobierno buscó mejorar las condiciones de vida y prevenir enfermedades, reconociendo que el calzado adecuado podría reducir significativamente el riesgo de contagio de enfermedades tropicales transmitidas por el contacto con el suelo⁵¹⁰.

En ese mismo año, el gobierno tomó medidas significativas para combatir la tuberculosis, una enfermedad persistente en la salud pública. Un avance clave fue la introducción de la vacuna BCG, preparada en Colombia con cepas del Instituto Pasteur de París. Esta vacuna, que utiliza bacilos Calmette-Guérin atenuados, se aplicó ampliamente, especialmente a niños, y más de 10.000 dosis fueron administradas. Este esfuerzo reflejó el compromiso del gobierno con la implementación de programas de vacunación a gran escala para prevenir la tuberculosis⁵¹¹.

Durante el mismo periodo el gobierno de Mariano Ospina Pérez tomó medidas significativas para mejorar el abordaje de la lepra, yendo más allá del enfoque tradicional de encierro en leprocomios. Se orientó en mejorar las condiciones sanitarias dentro de estos establecimientos mediante la construcción y reparación de infraestructuras higiénicas, con el objetivo de proporcionar un entorno más saludable para los pacientes. Sin embargo, el avance más notable se produjo en el ámbito terapéutico y dietético. Aunque los tratamientos convencionales basados en el chaulmugra y sus derivados siguieron siendo comunes, el Ministerio comenzó a experimentar con nuevas drogas desde 1945. Entre estas drogas se encontraron el Promin⁵¹² y el

⁵¹⁰ Manuel Espinel, «La cuestión social de la sanidad», *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34, n.º 2 (2016): 225-37, <http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53529>.

⁵¹¹ Presidente Mariano Ospina Pérez, *Mensaje presidencial al Congreso de 1949*, 34.

⁵¹² El Promin fue derivado de las sulfonas que se utilizó en el tratamiento de la lepra. Las sulfonas fueron una clase de antibióticos sintéticos que se desarrollaron en la década de 1930 y que demostraron ser efectivos contra algunas enfermedades bacterianas, incluida la lepra. Este medicamento se introdujo como una alternativa al tratamiento tradicional con aceite de chaulmugra, que tenía efectos secundarios adversos y era menos efectivo.

Dioasone⁵¹³, derivados de las sulfonas. Estos medicamentos representaron un avance significativo en el tratamiento de la lepra. Ambos fueron derivados de las sulfonas y mostraron resultados prometedores durante las investigaciones realizadas por médicos expertos⁵¹⁴. A finales de la década de 1940, el gobierno colombiano adoptó tratamientos innovadores para la lepra, utilizando nuevas drogas menos invasivas que los enfoques anteriores. Estas medidas representaron un avance significativo, mejorando tanto el tratamiento como las condiciones de vida de los pacientes y ofreciendo mejores perspectivas para su recuperación.

Al finalizar su mandato, Mariano Ospina Pérez reconoció la necesidad de financiar obras esenciales para mejorar la salud pública en Colombia. A través del Decreto 2473 de 1949, implementó medidas tributarias que permitieron a los municipios aumentar hasta un 50% el avalúo de propiedades no revisadas en los últimos cinco años, y estableció un impuesto adicional sobre la propiedad raíz. Los ingresos generados se destinaron a financiar obras de infraestructura sanitaria, como acueductos, alcantarillados y hospitales, contribuyendo así al fortalecimiento del Fondo de Fomento Municipal⁵¹⁵. Estas medidas marcaron un cambio significativo en la política fiscal del país, al generar recursos adicionales para satisfacer las necesidades urgentes en salud pública e infraestructura sanitaria, lo que permitió acelerar la ejecución de obras clave en todo el territorio⁵¹⁶.

Bajo la administración de Mariano Ospina Pérez, la creación del Ministerio de Higiene en 1946 marcó un hito en el desarrollo de una burocracia sanitaria más eficiente. Este ministerio

⁵¹³ El Dioasone similar al Promin, fue otro derivado de las sulfonas que se utilizó en el tratamiento de la lepra. Al igual que otras sulfonas, el Dioasone tuvo propiedades antibacterianas que ayudaron a combatir la infección causada por el *Mycobacterium leprae*, la bacteria responsable de la lepra. Se administraba por vía oral y se utilizaba como parte de un régimen terapéutico más amplio para controlar y tratar la enfermedad.

⁵¹⁴ Presidente Mariano Ospina Pérez, *Mensaje presidencial al Congreso de 1949*, 34-35.

⁵¹⁵ Mariano Ospina Pérez, «Decreto 699 de 1949 por el cual se reglamentan los artículos 2° a 5° del Decreto-ley 2473, de 19 de julio de 1948, elevado a categoría de norma permanente por el Decreto legislativo 4133, de 16 de diciembre del mismo año.», Pub. L. No. 2473, § Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 3 (1949).

⁵¹⁶ Presidente Mariano Ospina Pérez, *Mensaje presidencial al Congreso de 1949*, 36.

asumió el control y la vigilancia de los establecimientos de salud en todo el país, asegurando la calidad de los servicios y el cumplimiento de los estándares higiénicos. Además, se implementaron medidas de ingeniería sanitaria, como la construcción de acueductos y alcantarillados, para prevenir enfermedades relacionadas con el agua y los desechos.

En Caldas, la aprobación de la Ordenanza Número 14 de 1945 marcó un punto de inflexión en la reorganización de la legislación, el presupuesto y las iniciativas de asistencia social, generando un debate sobre su aplicación a nivel local. La Primera Conferencia de Salubridad de Caldas también estableció una hoja de ruta para mejorar la salud pública y la asistencia en la región. Sin embargo, la implementación de estas políticas enfrentó obstáculos, como limitaciones presupuestarias y resistencias institucionales, lo que dificultó su efectividad práctica. A nivel nacional, la creación del Ministerio de Higiene y el énfasis en la prevención, la ingeniería sanitaria y la expansión de servicios de salud representaron avances significativos, pero a nivel regional, la tensión entre los esfuerzos nacionales y los desafíos locales limitó el impacto de estas iniciativas.

4.8. La Visión Integral de la Salud Pública en Colombia y Caldas durante 1953-1956:

Desde la Nutrición Infantil hasta la Prevención de Enfermedades Endémicas

Según el informe del gobernador de Caldas, Gustavo Sierra Ochoa, al presidente Rojas Pinilla en 1954, la desnutrición infantil era un grave problema de salud pública en la región. En respuesta, se implementaron estrategias como las Gotas de Leche, operadas a través de las Direcciones Municipales de Higiene y los Centros de Salud. Estas iniciativas no solo proporcionaban leche fresca a los niños, sino que también educaban a las madres sobre nutrición infantil, destacando la importancia de una dieta equilibrada y alertando sobre los riesgos de ciertos

alimentos inadecuados para la salud de los infantes⁵¹⁷. Esta combinación de suministro de alimentos y educación nutricional estaba diseñada para tener un impacto duradero en la salud infantil⁵¹⁸.

El programa de Gotas de Leche alcanzó una amplia cobertura en Caldas, extendiéndose desde las cabeceras municipales hasta áreas rurales y remotas. Se establecieron puestos en localidades como Arma, Barcelona, San Clemente, La Virginia, y muchas otras, asegurando que los beneficios llegaran a los niños más vulnerables, sin importar su ubicación geográfica. Hasta octubre de 1954, se entregaron 2.856.125 biberones, lo que refleja la magnitud y el compromiso del gobierno con la mejora de la salud infantil en la región⁵¹⁹.

Los exámenes bromatológicos fueron esenciales para detectar la adulteración de la leche y otros alimentos, permitiendo a las autoridades intervenir rápidamente. La campaña de control se amplió para incluir aguas, bebidas gaseosas y otros productos, garantizando su calidad y seguridad. Esta medida reflejó un firme compromiso con la salud pública y marcó un hito en la salubridad del departamento, transformando prácticas fraudulentas y asegurando productos de calidad para la población. La combinación de regulación, educación y sanciones resultó en mejoras sostenibles en la salud y calidad de vida de los ciudadanos.

En 1954, la lucha contra el bocio en Caldas se centró en la promoción del consumo de sal yodada como estrategia clave para prevenir esta enfermedad causada por la deficiencia de yodo. La campaña del Ministerio de Salud incluyó evaluaciones clínicas para evaluar la efectividad de

⁵¹⁷ Valerín Saurith López, «Entre tetas y tetes: políticas de la lactancia materna en Colombia» (PhD Thesis, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, 2015), <https://ram-wan.net/tesis/90.valerin-saurith.pdf>.

⁵¹⁸ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, *El Gobernador de Caldas se dirige al Honorable Consejo Administrativo en sus sesiones ordinarias - Informe de Labores, Plan de realizaciones - 1954* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1954), 121.

⁵¹⁹ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 122.

esta medida, recopilando datos para respaldar futuras políticas de salud pública. El objetivo era corregir la deficiencia de yodo en la dieta y reducir la prevalencia del bocio en la región⁵²⁰.

La salud dental infantil en Caldas era alarmante, especialmente en las zonas rurales, debido a la falta de educación, recursos y acceso a atención dental. Para enfrentar este desafío, se implementó la Unidad Móvil Dental, que recorrió el departamento ofreciendo servicios gratuitos. Esta iniciativa produjo resultados positivos al mejorar el acceso a tratamientos dentales y concienciar sobre la importancia de la higiene dental⁵²¹. La implementación de la Unidad Móvil Dental y la distribución de 60,000 cepillos de dientes a niños de familias campesinas fueron estrategias clave para mejorar la salud dental infantil en Caldas. Además de los tratamientos, los odontólogos ofrecieron charlas educativas sobre higiene dental, lo que representó un avance significativo en la salud bucal infantil, un área previamente desatendida en la región⁵²². Estas iniciativas no solo mejoraron la salud dental infantil, sino que también ayudaron a prevenir enfermedades asociadas, como infecciones respiratorias y gastrointestinales, vinculadas a una mala higiene bucal⁵²³.

El gobierno de Caldas, en colaboración con la Industria Licorera de Caldas y técnicos extranjeros, implementó una estrategia innovadora para prevenir la uncinariasis infantil, una enfermedad causada por parásitos que penetraban la piel, generalmente a través de los pies descalzos. La solución fue la creación de una fábrica de zapatos para niños, destinada a producir mil pares diarios para distribuirlos gratuitamente entre los niños del departamento. Además de la

⁵²⁰ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 125.

⁵²¹ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 123.

⁵²² Christopher Abel, «Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990», *Bogotá: Instituto de*, 1996, 60-120, <https://core.ac.uk/download/pdf/144424672.pdf>.

⁵²³ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, *El Gobernador de Caldas se dirige al Honorable Consejo Administrativo en sus sesiones ordinarias - Informe de Labores, Plan de realizaciones - 1954*, 124.

distribución de zapatos, la campaña incluyó charlas educativas y materiales informativos para sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de usar calzado adecuado y mantener buenas prácticas de higiene. Esta colaboración multisectorial abordó de manera integral la prevención de la uncinariasis y mejoró las condiciones de vida de los niños en la región⁵²⁴.

La salud materna en Caldas experimentó una mejora significativa gracias a las gestiones implementadas para apoyar a las futuras madres, especialmente en las zonas rurales. El gobierno extendió el servicio de maternidad a áreas remotas del departamento a través de las Direcciones Municipales de Higiene, los Centros de Salud, las Gotas de Leche y los Puestos de Enfermería. Estas instituciones, con el apoyo de enfermeras parteras distribuidas en el territorio, proporcionaron atención especializada a las mujeres embarazadas. Hasta la fecha del informe, se habían atendido 6,800 casos de maternidad, lo que reflejó un avance considerable en la atención de la salud materna en la región⁵²⁵.

El gobernador de Caldas, en colaboración con el gobierno nacional, emprendió una campaña antituberculosa para abordar la propagación de la enfermedad en la región. Aunque el problema no era tan grave como en otras áreas del país, la tuberculosis alcanzó niveles preocupantes en Caldas. La campaña incluyó el uso de una Unidad Móvil equipada con tecnología moderna para la prevención y tratamiento de la tuberculosis, permitiendo que incluso las zonas más remotas del departamento tuvieran acceso a servicios médicos avanzados. Esta iniciativa rompió con prácticas anteriores, donde los pacientes eran aislados y estigmatizados. La Unidad

⁵²⁴ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 126-27.

⁵²⁵ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 123.

Móvil facilitó diagnósticos tempranos, tratamientos accesibles y promovió la educación y concientización comunitaria, marcando un hito en la lucha contra la tuberculosis en la región⁵²⁶.

También destacó el control exitoso de enfermedades como la viruela, fiebre tifoidea, difteria, tos ferina y fiebre amarilla en la región, gracias a un programa de vacunación eficiente. Aunque la viruela no estaba completamente erradicada, se controló con solo algunos casos esporádicos, con 82,704 dosis administradas. La vacunación antitifoidea alcanzó a 30,572 personas, y la estrategia de vacunación combinada para la difteria y tos ferina aplicó 25,808 dosis. La fiebre amarilla también fue atendida, con 600 dosis administradas, lo que refleja un esfuerzo significativo en la prevención y control de estas enfermedades en Caldas⁵²⁷.

Después de casi 50 años de la creación de Caldas, la región logró un notable avance en salud pública, con pocos brotes de enfermedades epidémicas gracias a las efectivas campañas de vacunación. Esto reflejó no solo la eficiencia de estas campañas, sino también la capacidad del gobierno para implementar políticas de salud sostenibles y eficaces. El control de enfermedades graves mediante vacunaciones masivas mejoró la salud pública y contribuyó a la estabilidad social y económica de la región, convirtiendo a la gestión salubre de Caldas en un modelo de planificación y ejecución de programas de salud exitosos.

Además de las campañas de salubridad, se implementaron reformas asistenciales para fortalecer la infraestructura sanitaria y mejorar el acceso a servicios de salud en Caldas. La modernización de hospitales y la creación de nuevos centros reflejaron el compromiso del gobierno con el bienestar de la población. En 1954, la dotación de hospitales municipales con medicamentos

⁵²⁶ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 124.

⁵²⁷ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 122.

y equipos quirúrgicos mejoró significativamente la atención médica. El Hospital de Aguadas, uno de los proyectos destacados, fue diseñado con los más altos estándares técnicos, lo que prometía convertirlo en una de las mejores instalaciones médicas del departamento una vez finalizada su construcción⁵²⁸.

El informe destacó la ampliación de los servicios de salud mental en Caldas con la construcción de un pabellón para mujeres en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. Antes de este hospital, los pacientes psiquiátricos eran enviados a instituciones en Medellín y Bogotá, lo que generaba dificultades emocionales y logísticas tanto para los pacientes como para sus familias. El hospital en Manizales permitió a los pacientes masculinos recibir atención cerca de sus hogares, pero las mujeres aún eran enviadas a Bogotá. Ante el incremento de costos, el gobierno de Caldas propuso construir un manicomio para mujeres, lo que reduciría los costos a largo plazo y ofrecería atención más accesible. La Secretaría de Salubridad estaba gestionando la colaboración con una comunidad religiosa para administrar esta nueva instalación, asegurando una gestión efectiva de los servicios de salud mental⁵²⁹.

En conclusión, este período se caracterizó por una estrecha articulación entre el gobierno nacional y el gobierno departamental de Caldas en torno a la salud pública. Mientras que el departamento identificó y priorizó los problemas de salud más urgentes, el gobierno nacional pareció respaldar estas iniciativas con apoyo técnico, logístico y financiero, consolidando así una respuesta integral y eficaz a los desafíos sanitarios de la región.

⁵²⁸ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 125.

⁵²⁹ Coronel Gustavo Sierra Ochoa, 127.

4.9. Conclusiones del capítulo cuarto

A finales del siglo XIX y principios del XX, la salud pública en Colombia se centró en un enfoque caritativo y paternalista, destacándose el confinamiento de enfermos como leprosos, tuberculosos y personas con enfermedades mentales. En Caldas, los fondos caritativos se destinaron principalmente al encierro de estos enfermos y al traslado de pacientes a instituciones especializadas en la capital. Sin embargo, el gobierno nacional comenzó a adoptar un enfoque más allá de la caridad, iniciando campañas contra enfermedades como la viruela, la tos ferina, el paludismo y la peste bubónica, señalando un cambio hacia el control y la prevención de enfermedades.

Entre 1922 y 1926, se observó un avance significativo en las políticas de salud pública, impulsadas tanto a nivel nacional, bajo el gobierno de Pedro Nel Ospina, como en el departamento de Caldas. La legislación salubrista nacional priorizó la prevención y el control de enfermedades, mientras que en Caldas, gobernadores como Gerardo Arias Mejía enfrentaron desafíos con enfermedades endémicas como el paludismo y la lepra. Estos mandatarios destacaron la necesidad de asignar recursos de manera equitativa y eficiente, enfocándose especialmente en la salud de los niños, y promovieron un enfoque integral y preventivo para abordar los problemas sanitarios. De 1926 a 1930, durante el gobierno de Miguel Abadía Méndez en Caldas, se implementaron acciones para combatir enfermedades como la lepra, el pian, la sífilis, la uncinariasis y el paludismo, incluyendo la creación de sanatorios para niños leprosos, campañas de vacunación y medidas de higiene pública. Sin embargo, la situación sanitaria en la región seguía siendo grave, con la necesidad urgente de intensificar los esfuerzos para controlar y erradicar estas enfermedades.

Entre 1930 y 1934, el gobierno nacional centró esfuerzos en la prevención y control de enfermedades tropicales como el paludismo y la fiebre amarilla, asignando comisiones de higiene para inspeccionar los puertos del país. En Caldas, la campaña contra el pian, liderada por médicos locales, fue obstaculizada por la falta de recursos, lo que dificultó la hospitalización adecuada de los enfermos, destacando la necesidad de una planificación y asignación de recursos efectivos para enfrentar epidemias recurrentes. De 1934 a 1938, el gobierno de Alfonso López Pumarejo adoptó un enfoque más proactivo para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Sin embargo, en Caldas, a pesar del reconocimiento de la importancia de las campañas de salud, la implementación de estas políticas enfrentó desafíos significativos debido a limitaciones presupuestarias y a la falta de eficacia en su aplicación. Entre 1938 y 1942, el discurso presidencial impulsó una transformación en la relación entre capital, trabajo y salud, con organismos salubristas para fortalecer la higiene en el país. Sin embargo, en Caldas, la gestión de la salud pública mostró un nivel preocupante de descuido, con fondos insuficientes y desvíos presupuestarios. A pesar de ello, hubo esfuerzos aislados, como en la lucha contra la lepra, donde la colaboración interinstitucional y el apoyo ciudadano mejoraron la gestión de la salud pública.

Entre 1945 y 1950, bajo la administración de Mariano Ospina Pérez, Colombia vivió una transformación en las políticas de salud pública, destacando la creación del Ministerio de Higiene en 1946, que buscó mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud a nivel nacional. También se implementaron medidas de ingeniería sanitaria, como la construcción de acueductos y alcantarillados, para prevenir enfermedades. En Caldas, la Ordenanza 14 de 1945 y la Primera Conferencia de Salubridad de 1945 marcaron un hito en la reorganización de la salud pública y la asistencia social. Sin embargo, la implementación de estas políticas enfrentó desafíos, como limitaciones presupuestarias y resistencias institucionales, lo que cuestiona su efectividad práctica.

De 1953 a 1956, el informe del Gobernador Gustavo Sierra Ochoa destacó los problemas de salud en Caldas, como la desnutrición infantil, la tuberculosis y las enfermedades transmitidas por alimentos. En respuesta, se implementaron estrategias como las "Gotas de Leche" para mejorar la nutrición infantil y una campaña antituberculosa con una Unidad Móvil. Además, se abordaron problemas como la uncinariasis y la salud materno-infantil. La colaboración entre el gobierno nacional y departamental permitió la modernización de hospitales y la mejora de la atención médica en la región. Este período reflejó un esfuerzo conjunto para enfrentar los desafíos sanitarios con un enfoque integral y coordinado.

A lo largo de la investigación, hemos observado que la primera mitad del siglo XX en Colombia estuvo marcada por una transformación demográfica impulsada por la producción de café en varias ciudades. Las enfermedades endémicas fueron causadas por condiciones insalubres como el agua contaminada, la mala calidad del suelo y los alimentos, y la falta de tratamiento para infecciones y enfermedades tropicales, afectando especialmente a los trabajadores rurales. En respuesta, el gobierno nacional adoptó iniciativas que iban desde la caridad hasta campañas de higiene y prevención, culminando en la propuesta de un sistema de asistencia social para garantizar el acceso a la salud. Este período estuvo marcado por la tensión entre las políticas nacionales de salud pública y las dificultades de implementación efectiva a nivel departamental, como en Caldas.

Aunque se sentaron las bases para un enfoque más integral y sostenible de la salud pública, los desafíos de coordinación y asignación de recursos entre el gobierno central y las administraciones locales continuaron obstaculizando el impacto real y duradero en el bienestar de la población. Superar estas brechas será crucial para el futuro desarrollo de políticas de salud pública efectivas a nivel nacional. El análisis de las políticas de Caldas en relación con el discurso gubernamental nacional nos ha permitido entender las interacciones entre la población, las

enfermedades, el conocimiento médico, la intervención estatal y la salud pública. Estos elementos han mantenido una relación constante e intermitente. En el próximo capítulo, nuestro objetivo será examinar si hubo correspondencia entre el discurso nacional y regional y la asignación de fondos públicos en Caldas durante la primera mitad del siglo XX, profundizando en la historia social de la salud pública en Colombia y su impacto en los ciudadanos.

5. Del Higienismo al Salubrismo Asistencialista: Análisis Presupuestal y Político de las Intervenciones en Salud Pública en Caldas (1906-1950)

Este último capítulo se centra en analizar las transformaciones históricas, políticas y presupuestales que definieron las intervenciones en salud pública en el Departamento de Caldas entre 1906 y 1950. En particular, aborda la transición desde los primeros enfoques de beneficencia y caridad, característicos de los modelos higienistas iniciales, hacia la consolidación del salubrismo asistencialista como paradigma rector de las políticas sanitarias en la región. Este periodo estuvo marcado por profundos cambios institucionales y legislativos, que buscaron responder a las crecientes demandas de salud de una población afectada por desafíos epidemiológicos, económicos y sociales propios de la primera mitad del siglo XX.

Para lograr lo anterior realizaremos un análisis cualitativo del presupuesto y la gestión de la salud y la higiene pública en el Departamento de Caldas. Nuestro objetivo es entender las estrategias implementadas para promover la salud, prevenir enfermedades y mejorar las condiciones sanitarias de la población. Comenzaremos con un análisis de las políticas y programas del Departamento de Beneficencia de Caldas (1906-1935) y del Departamento de Higiene y Asistencia Social (1936-1951), revisando las gacetas departamentales en cuestión de presupuestos asignados anualmente en conjunto con informes gubernamentales de gobierno departamental y testimonios de la acción salubrista por parte de los informes de los médicos que llevaron la responsabilidad de instituciones de intervención higienista y salubrista. A partir de estas fuentes examinaremos en detalle el presupuesto asignado a la salud en Caldas, su distribución en áreas clave como infraestructura sanitaria, atención médica, prevención de enfermedades y campañas pedagógicas de higiene, identificando las prioridades y las inversiones realizadas en estos sectores.

Se realizará una revisión comparativa de los presupuestos anuales, identificando las áreas de mayor y menor inversión, y considerando el contexto político, económico y legal de la época. Este análisis incluirá la influencia de cambios legislativos nacionales, avances en medicina e higiene, y factores externos como la financiación internacional. También se examinará cómo las normativas nacionales afectaron las decisiones presupuestales en el ámbito departamental y la alineación (o falta de ella) de las políticas locales con los mandatos nacionales. Finalmente, estudiaremos cómo las reformas clave influyeron en la estructura y distribución del presupuesto sanitario en Caldas.

Para medir la gestión política salubrista nos enfrentamos a varias dificultades. En primer lugar, las cifras presupuestales y epidemiológicas de la época no siempre se registraron de manera consistente, lo que podría dificultar establecer relaciones precisas o directas entre las variables. En segundo lugar, múltiples factores externos, como las condiciones socioeconómicas, los cambios en la infraestructura, el acceso desigual a los servicios de salud y las dinámicas políticas locales y nacionales, complican la interpretación de la eficacia de las políticas basándose únicamente en correlaciones cuantitativas.

Por lo tanto, más que buscar una relación causal definitiva, el análisis porcentual de las asignaciones en presupuesto general y de salud será utilizado como una herramienta complementaria para identificar patrones y tendencias generales que permitan contextualizar el impacto de las inversiones en salud en relación con el bienestar de la población. Este enfoque se integrará a una perspectiva cualitativa que examine los factores sociales, económicos e institucionales que también influyeron en los resultados en salud, permitiendo así una evaluación más matizada y comprensiva de la eficacia de las políticas públicas implementadas en Caldas. El

objetivo es proporcionar una visión comprensiva de la evolución de la salud pública en la región, destacando logros, desafíos, y los factores que contribuyeron al éxito o fracaso de las iniciativas.

5.1. El Surgimiento del Ministerio de Higiene: Respuestas a la Complejidad de la Salud Pública en la Primera Mitad del Siglo XX en Colombia y Caldas

Tabla 3. Periodización gubernamental nacional y regional en Caldas de la Salud (1886-1961)⁵³⁰

Periodos	Periodización de la Salud en Caldas	Instancias en Regionales en Caldas	Instancias directas nacional	Ministerios a cargo nacionales
1886-1899	Caritativismo, beneficencia e higienismo público	Departamento de Beneficencia y Recompensas de Antioquia	Junta Central de Higiene	Ministerio de Fomento - Ministerio de Gobierno
1899-1913		Departamento de Beneficencia de Caldas	Junta Central de Higiene	Ministerio de Instrucción Pública
1913-1914			Consejo Superior de Sanidad	Ministerio de Gobierno
1914-1918			Junta Central de Higiene	Ministerio de Gobierno
1918-1920		Departamento de Higiene	Dirección Nacional de Higiene	Ministerio de Instrucción Pública
1920-1923			Dirección Nacional de Higiene	Ministerio de Agricultura y Comercio
1923-1925			Dirección Nacional de Higiene	Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas
1925-1931		Departamento de Salubridad y Asistencia Social	Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública	Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas
1931			Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública	Independiente
1931-1934			Departamento Nacional de Higiene	Presidencia
1934-1935			Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Gobierno

⁵³⁰ Fuente y elaboración: De las Instancias y Ministerios a cargo nacionales de Eslava⁵³⁰, con la adaptación hecha por M. Téllez⁵³⁰ y la adaptación que hice en relación con las periodizaciones que hicimos en la historia regional de la salud en Caldas A. Amado.

1935-1936	Higienismo y Asistencial		Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Agricultura y Comercio
1936-1938	Social		Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Educación Nacional
1938-1945			Departamento de Servicios Coordinados de Higiene	Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social
1945-1946	Salubrismo y asistencialismo		Dirección Nacional de Salubridad	Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social
1946-1961	público	Departamento de Salubridad y Asistencia Social	Ministerio de Higiene	Independiente

El trabajo de Maestría "Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia" por Marlín Téllez Pedroza (2011) proporciona un análisis detallado sobre la evolución de las políticas de salud y la creación del Ministerio de Salud Pública. Destaca cómo las políticas respondieron a las necesidades emergentes de la población y los desafíos epidemiológicos, con énfasis en la influencia de la misión Curie y la adopción de un modelo más centralizado. Sin embargo, el autor señala las limitaciones en la implementación de estas leyes, especialmente en áreas rurales, debido a problemas administrativos, falta de recursos y resistencia local⁵³¹. La investigación de Téllez Pedroza es esencial para entender cómo las leyes de salud nacionales se transformaron y la limitada repercusión que tuvieron en las regiones. Ofrece un análisis crítico de las discrepancias entre la legislación nacional y su implementación local, destacando los desafíos de la centralización de los servicios de salud y los obstáculos en su aplicación en las regiones, lo cual es crucial para comprender las dinámicas de salud pública en Caldas y otras áreas de Colombia.

Entre 1886 y 1934, la salud pública en Caldas se gestionó principalmente a través de un enfoque caritativo y de beneficencia, con el Departamento de Beneficencia y Recompensas de

⁵³¹ Téllez Pedroza, «Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia».

Antioquia y luego el Departamento de Beneficencia de Caldas como las principales instancias regionales. A nivel nacional, la Junta Central de Higiene y el Consejo Superior de Sanidad jugaron roles clave en la regulación de la salud pública, supervisando las prácticas de control de epidemias y promoción de la higiene, bajo la dirección de varios ministerios, lo que reflejaba una dispersión de responsabilidades en la administración pública de la salud.

De 1934 a 1945, se consolidó un modelo de higienismo y asistencialismo social en Caldas, con el Departamento de Salubridad y Asistencia Social como la principal instancia regional. A nivel nacional, la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública y el Departamento Nacional de Higiene asumieron roles clave en la gestión de la salud, operando bajo la supervisión de varios ministerios, como el de Instrucción y Salubridad Públicas, la Presidencia y el Ministerio de Agricultura y Comercio. Esta dispersión de responsabilidades reflejaba un enfoque integral de la salud pública, donde la higiene y la asistencia social se vinculaban estrechamente con la educación, la agricultura y otros sectores.

Finalmente de 1946 a 1961, se consolidó un modelo de salubrismo y asistencialismo público. Durante este período, el Departamento de Salubridad y Asistencia Social continuó operando en Caldas, mientras que a nivel nacional se crearon nuevas instancias, como la Dirección Nacional de Salubridad y el Departamento de Servicios Coordinados de Higiene. La creación del Ministerio de Higiene en 1946 marcó un avance hacia la centralización y especialización de las políticas de salud pública, mejorando la gestión y permitiendo políticas más integrales y focalizadas.

La razón por la cual los ministerios nacionales encargados de la salud en Colombia abarcaron diversas áreas como fomento, instrucción pública, gobierno, trabajo y agricultura, en

lugar de contar con un ministerio exclusivamente dedicado a la salud hasta 1946, radica en la naturaleza multifacética de la salud pública. En los primeros años de la República, se entendía que la salud estaba estrechamente vinculada con sectores como la educación, la agricultura y el trabajo, ya que las condiciones de vida, las prácticas agrícolas y laborales, así como la educación, influían directamente en el bienestar de la población.

El Ministerio de Fomento no solo impulsaba el desarrollo económico, sino que también gestionaba la infraestructura sanitaria, reconociendo la interdependencia entre economía y salud pública. El Ministerio de Instrucción Pública supervisaba las campañas de salud en escuelas y comunidades, destacando la educación en la promoción de prácticas saludables. El Ministerio de Gobierno se encargaba de la regulación y aplicación de las políticas sanitarias a nivel nacional y regional. El Ministerio de Agricultura y Comercio se centraba en la salubridad rural y agroindustrial, considerando la salud de los trabajadores agrícolas y la seguridad alimentaria. Finalmente, el Ministerio de Trabajo abordaba las condiciones laborales, promoviendo políticas para mejorar la seguridad y bienestar de los trabajadores.

La creación del Ministerio de Higiene en 1946 fue una respuesta a la creciente necesidad de un enfoque especializado y coordinado en la salud pública. A medida que las enfermedades y otros problemas de salud se volvieron más complejos, se reconoció que una gestión eficaz requería una entidad centralizada, lo que permitió una planificación más coherente, mejor coordinación y un uso más eficiente de los recursos en salud pública.

5.2. Evolución de la Beneficencia y los Comienzos de la Profesionalización Sanitaria en Caldas (1906-1934)

El periodo comprendido entre 1906 y 1934 en el Departamento de Caldas estuvo marcado por significativos cambios en la administración de la salud pública y la beneficencia. Durante estos años, el gobierno colombiano implementó diversas políticas y creó nuevas dependencias nacionales que buscaron mejorar las condiciones sanitarias y estructurar de manera más profesional la atención médica y social. Esta fase histórica puede dividirse en dos grandes etapas: la beneficencia caritativa y filantrópica (1906-1918) y la incursión en estructuras profesionales de higiene (1919-1934). En la primera etapa, la gestión de la salud y la asistencia social estuvo dominada por un enfoque caritativo y religioso, con una fuerte influencia de la Iglesia y organizaciones filantrópicas⁵³². La administración de los recursos públicos para la salud fue dirigida principalmente por el Departamento de Beneficencia y Recompensas de Antioquia, y posteriormente por el Departamento de Beneficencia de Caldas. Durante estos años, las instituciones locales se centraron en proporcionar apoyo a hospitales y asilos, atendiendo las necesidades inmediatas de los más vulnerables⁵³³.

Con el inicio de la segunda etapa en 1919, bajo nuevas directrices nacionales, se observó un cambio hacia una política de salud pública más estructurada y científica. El Ministerio de Salubridad Pública, creado para dividir las responsabilidades de higiene y asistencia pública, comenzó a establecer oficinas de higiene en cada departamento del país⁵³⁴. Durante este período, las oficinas de salud implementaron campañas de prevención y educación, especialmente contra

⁵³² Beatriz Castro Carvajal, *Caridad y Beneficencia. El tratamiento de la Pobreza y salud en Colombia 1870-1930*.

⁵³³ Beatriz Castro Carvajal.

⁵³⁴ Presidente Marco Fidel Suarez, «Ley 12 de 1919 - Por la cual se provee a una necesidad de salubridad pública», 1919, 12, <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1567995>.

las enfermedades de transmisión sexual. En Caldas, el Departamento de Beneficencia adaptó su enfoque filantrópico a las nuevas políticas higienistas, incorporando prácticas más profesionales. El presupuesto reflejó esta transición, destinando recursos tanto a la atención de pacientes como a la profesionalización de la administración sanitaria. Esta combinación mejoró las condiciones de vida en la región y sentó las bases para un sistema de salud más robusto y eficiente.

El análisis del presupuesto departamental de Caldas entre 1906 y 1919 reveló una clara priorización de áreas clave para el desarrollo social y económico, destacando la educación y la infraestructura. El Departamento de Instrucción Pública recibió una asignación significativa, variando entre el 21% y el 37%, lo que permitió mejorar la educación y elevar las tasas de alfabetización, contribuyendo al desarrollo a largo plazo de la región. El Departamento de Fomento también recibió una considerable parte del presupuesto (12% a 33%), enfocándose en infraestructura esencial como carreteras y sistemas de riego, lo que impulsó el crecimiento económico, la productividad agrícola y la conectividad entre zonas rurales y urbanas.

Por otro lado, el Departamento de Beneficencia recibió una asignación mínima (1%), reflejando una menor urgencia en comparación con la educación e infraestructura, y dependió en gran medida de la caridad privada. La baja financiación limitó la expansión de servicios sociales y afectó la calidad de los servicios para los más vulnerables. De manera similar, el Departamento de Justicia recibió una asignación baja, lo que pudo haber afectado la eficiencia y la percepción de equidad en el sistema judicial. La asignación de recursos reflejó las prioridades del gobierno en un contexto de desafíos internos y fluctuaciones económicas. La influencia de políticas nacionales y

financiamiento internacional ayudó a enfocar los recursos en áreas con un mayor retorno en términos de desarrollo social y económico⁵³⁵.

Entre 1906 y 1919, el Departamento de Caldas priorizó áreas clave en salud pública, como la contención de epidemias, la gestión de hospitales y casas de asilo, y el sostenimiento de enajenados. El presupuesto de salud mostró una asignación significativa a la Dirección de Beneficencia, que recibía alrededor del 47% del total, reflejando un enfoque caritativo y de asistencia social. A partir de 1911, la inversión aumentó considerablemente, alcanzando el 63% en 1911⁵³⁶ y el 81% en 1914⁵³⁷, debido en parte a la Ley 33 de 1913⁵³⁸ que reorganizó la sanidad en Colombia. Esta ley permitió una mejor distribución de los recursos y la creación de comisiones sanitarias y Juntas Departamentales de Higiene, lo que fortaleció las políticas de salud pública. En 1914, la Ley 84 reorganizó la estructura de la higiene pública, dando lugar a la creación de la Junta Central de Higiene y la figura de directores departamentales de higiene, lo que centralizó el control sanitario y mejoró la asignación de recursos en Caldas. Los fondos se destinaron a la lucha contra enfermedades endémicas y a la mejora de infraestructuras de salud, como hospitales y lazaretos, impulsando la cobertura y calidad de la atención⁵³⁹.

A lo largo de este periodo, la mayor parte del presupuesto se destinó a la contención de enfermedades contagiosas y el cuidado de enajenados, mientras que las casas de asilo recibieron

⁵³⁵ Análisis de las Gacetas Departamentales de Caldas de 1906 a 1919.

⁵³⁶ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1911» (Imprenta Departamental de Caldas, 30 de noviembre de 1911), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵³⁷ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1914» (Imprenta Departamental de Caldas, 15 de junio de 1914), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵³⁸ Presidente Carlos E. Restrepo, «Ley 33 de 1913 (octubre 18) - Por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada», 33.

⁵³⁹ Miguel Abadía Méndez, «Ley 84 de 1914 (noviembre 21) - Por la cual se derogan las Leyes 19 de 1911 y 33 de 1913, y se dictan algunas disposiciones sobre extinción de la langosta y sobre higiene pública y privada», *Suin-Juriscol*, 1914, 84, <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1627989>.

menos fondos. La beneficencia religiosa jugó un papel clave en la administración de los recursos de salud, reflejando una visión moral de la asistencia social, aunque la creciente demanda de servicios sanitarios impulsó la expansión de los presupuestos para salud pública. El análisis del presupuesto de salud entre 1906 y 1919 muestra un proceso de adaptación a las crecientes necesidades sanitarias y una transición hacia un sistema de salud más estructurado y eficiente, con la consolidación de políticas de salud pública y la mejora en las infraestructuras médicas de la región.

Entre 1921 y 1924, el presupuesto del Gobierno de Caldas mostró un ajuste en las prioridades de gasto, con una disminución en los fondos destinados al "Gobierno" y un aumento en "Hacienda" e "Instrucción Pública". Los departamentos de Fomento e Instrucción Pública recibieron las mayores asignaciones, destacando la importancia del desarrollo de infraestructura y educación para el crecimiento económico y social de la región. El Departamento de Fomento, que recibió entre el 40% y el 47% del presupuesto, se enfocó en la construcción de carreteras, puentes y sistemas de riego, lo cual mejoró la conectividad y la productividad agrícola. La inversión en educación, con asignaciones entre el 16% y el 22%, impulsó la alfabetización, la formación técnica y la mejora de las oportunidades educativas.

En contraste, los departamentos de Beneficencia y Justicia recibieron las asignaciones más bajas, reflejando una menor urgencia en la atención de estos sectores. La beneficencia dependió en gran medida del sector privado y las organizaciones religiosas, lo que limitó la capacidad del gobierno para intervenir de manera efectiva en la asistencia social. La baja asignación para la justicia también afectó la capacidad del sistema judicial para operar de manera eficiente. El análisis presupuestal refleja una estrategia de priorización en áreas que se consideraron esenciales para el

desarrollo económico y social, como la infraestructura y la educación, mientras que sectores como la beneficencia y la justicia recibieron menos recursos. Esta distribución de fondos tuvo un impacto significativo en el desarrollo regional, sentando las bases para un crecimiento económico sostenido, pero también dejando áreas sociales y legales con menos atención e inversión⁵⁴⁰.

En este periodo el presupuesto del Gobierno de Caldas reflejó una evolución en las prioridades de salud pública. La mayor parte del presupuesto se destinó al sostenimiento y conducción de enajenados, que alcanzó un 41% en 1920⁵⁴¹, mientras que los auxilios a hospitales y casas de asilo fluctuaron, alcanzando un máximo del 28% en 1919⁵⁴², pero disminuyendo gradualmente en los años posteriores. Las campañas de higiene y prevención de enfermedades venéreas recibieron más atención, aumentando significativamente su presupuesto en 1921⁵⁴³ y 1922⁵⁴⁴. La introducción de oficinas de higiene en cada departamento, financiadas por el gobierno, marcó un cambio hacia un enfoque más profesional y preventivo de la salud pública. A pesar de la implementación de políticas higienistas, se mantuvieron las prácticas caritativas tradicionales, como el apoyo a hospitales y asilos, garantizando la continuidad de estas instituciones. Además, se asignaron fondos a la lucha contra la tuberculosis, reflejando un cambio hacia la atención médica y la profilaxis.

Este periodo también estuvo marcado por la reestructuración administrativa del gobierno, con el Decreto 1757 de 1923, que permitió una distribución más eficiente de los recursos. Las

⁵⁴⁰ Análisis de las Gacetas Departamentales de Caldas de 1921 a 1924.

⁵⁴¹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1920» (Imprenta Departamental de Caldas, 19 de junio de 1920), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁴² Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1919» (Imprenta Departamental de Caldas, 15 de julio de 1919), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁴³ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1921» (Imprenta Departamental de Caldas, 16 de mayo de 1921), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁴⁴ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1922» (Imprenta Departamental de Caldas, 16 de junio de 1922), Archivo de la Gobernación de Caldas.

transferencias de responsabilidades a ministerios como el de Instrucción y Salubridad Pública y la reorganización de partidas presupuestarias contribuyeron a la mejora de los servicios de salud y la infraestructura, promoviendo un desarrollo más equilibrado en la región⁵⁴⁵. En esta época pudimos notar una mayor profesionalización del sector sanitario en Colombia se consolidó con la asignación de sueldos para directores departamentales de higiene, enfermeras y otros empleados, así como inversiones en infraestructura y suministros médicos para la prevención y tratamiento de enfermedades. Se asignaron fondos para salarios de directores, gastos administrativos y campañas educativas, como la propaganda antisifilítica, que reflejaban un esfuerzo por mejorar la salud pública mediante la educación y la prevención.

El sostenimiento de enajenados siguió siendo una prioridad, con un aumento progresivo de los fondos destinados a mejorar las condiciones de vida de personas con enfermedades mentales. Además, se destinaron recursos para el apoyo a hospitales y asilos, así como para la creación de infraestructura para el tratamiento de la tuberculosis, como dispensarios antituberculosos. Estas políticas y asignaciones presupuestarias, que combinaban el apoyo continuo a instituciones caritativas con la profesionalización del sector sanitario, tuvieron un impacto significativo en la salud pública de Caldas. La mejora de la infraestructura sanitaria, las campañas educativas y la creación de oficinas de higiene marcaron un avance hacia una gestión más organizada y moderna de la salud pública, mejorando la respuesta ante brotes de enfermedades y emergencias sanitarias.

Entre 1925 y 1929, el presupuesto del Gobierno de Caldas mostró una clara priorización de ciertos sectores clave. El Departamento de Fomento y el Departamento de Instrucción Pública

⁵⁴⁵ Presidente Pedro Nel Ospina, «Decreto 1757 de 1923 - (diciembre 27) - Por el cual se dispone el traslado de varios servicios y partidas en la liquidación de la Ley de Apropriaciones para el año fiscal de 1924», Gubernamental, 1924, <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1817150>.

recibieron las mayores asignaciones, con el Departamento de Fomento recibiendo entre el 34% y el 57% del total anual, reflejando la importancia de desarrollar infraestructura para el crecimiento económico, como carreteras y sistemas de riego. La educación también recibió un enfoque significativo, con asignaciones entre el 9% y el 16% del presupuesto, destacando la importancia de la alfabetización y la formación técnica para el desarrollo social y económico.

En contraste, los Departamentos de Beneficencia y Justicia recibieron asignaciones mucho más bajas, alrededor del 1% del presupuesto, lo que reflejaba una menor prioridad en comparación con la infraestructura y la educación. Esta asignación limitada para beneficencia se debió a la dependencia de la ayuda privada y religiosa, lo que restringió la capacidad del gobierno para mejorar las condiciones de los más vulnerables. La baja asignación a la justicia también impactó negativamente en la administración judicial, limitando su capacidad de respuesta.

El análisis muestra cómo el gobierno de Caldas priorizó sectores que impulsaban el desarrollo económico y social inmediato, como la infraestructura y la educación, mientras que áreas como la beneficencia y la justicia recibieron menor atención. Esta distribución de recursos moldeó el crecimiento regional y las capacidades institucionales de la región en la primera mitad del siglo XX, enfocándose en un desarrollo a largo plazo, mientras que otros sectores fueron dejados de lado debido a la falta de recursos y atención prioritaria⁵⁴⁶.

En ese mismo periodo el presupuesto del Gobierno de Caldas reflejó un enfoque dual en salud pública y beneficencia. El sostenimiento de enajenados recibió una proporción significativa, alrededor del 30-40%, mostrando una continuidad en su prioridad. Los auxilios a hospitales y

⁵⁴⁶ Análisis de las Gacetas Departamentales de Caldas de 1925 a 1929.

asilos fluctuaron, con un máximo en 1927⁵⁴⁷ y una disminución posterior en 1929⁵⁴⁸. Las campañas de higiene y contra enfermedades venéreas también fueron clave, alcanzando su punto máximo en 1927, pero con una reducción en los años siguientes. Un incremento notable fue la asignación de fondos para la construcción de la Catedral de Manizales en 1928⁵⁴⁹ y 1929, que absorbió una gran parte del presupuesto.

Durante este periodo, la Ley 15 de 1925 promovió la modernización de la salud pública en Colombia, impulsando la creación de pabellones para tuberculosos, la inspección de alimentos, y la regulación de la higiene en fábricas y mercados. En Caldas, el presupuesto reflejó esta transición hacia un enfoque más profesional y preventivo, con un aumento en los fondos destinados a la higiene y la profilaxis de enfermedades⁵⁵⁰.

Además, la implementación de programas como las Gotas de Leche y los auxilios a internados para huérfanos ayudaron a mejorar la nutrición y el bienestar de los niños en situación vulnerable, marcando un cambio significativo en la atención a la salud infantil. Las asignaciones para la Dirección Departamental de Higiene, los salarios de sus directores y la provisión de medicamentos indicaron un esfuerzo por fortalecer la infraestructura sanitaria y la profesionalización del sector. A pesar de los avances, la atención a la beneficencia y la justicia seguía siendo limitada en comparación con otras áreas, lo que reflejaba una priorización de la infraestructura y los servicios de salud pública.

⁵⁴⁷ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1927» (Imprenta Departamental de Caldas, 14 de julio de 1927), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁴⁸ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1929» (Imprenta Departamental de Caldas, 28 de junio de 1929), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁴⁹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1928» (Imprenta Departamental de Caldas, 16 de julio de 1928), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁵⁰ Pedro Nel Ospina Vázquez, «Ley 15 de 1925 (enero 31) - Sobre higiene social y asistencia pública», 15.

El impacto de las políticas y asignaciones presupuestarias fue significativo. La continuidad de los auxilios caritativos garantizó el funcionamiento de hospitales y asilos, mientras que las campañas de higiene y prevención reflejaron un enfoque educativo y preventivo, mejorando la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias. La profesionalización del sector sanitario, reflejada en la asignación de sueldos para directores y empleados, marcó un avance hacia una administración sanitaria más estructurada. Las oficinas de higiene, integradas en la red nacional de salud pública, mejoraron la implementación de políticas sanitarias. Además, la inversión en programas como las Gotas de Leche y los auxilios a internados redujo la mortalidad infantil y mejoró la salud de los niños vulnerables, sentando las bases para futuros avances en salud pública infantil.

Entre 1930 y 1934, el presupuesto del Gobierno de Caldas reflejó una distribución variable entre sus departamentos. El gasto en gobierno se mantuvo constante (10-11%), mientras que hacienda aumentó gradualmente del 25% al 24%. La justicia, la beneficencia y la rama de higiene recibieron asignaciones bajas, con un aumento moderado en la higiene (2% a 3%). La instrucción pública experimentó un incremento significativo, pasando del 2% al 18%, indicando un creciente enfoque en la educación. El fomento fluctuó considerablemente, alcanzando un pico del 35% en 1933⁵⁵¹, mientras que la deuda pública disminuyó del 31% al 13%. Este análisis muestra un enfoque creciente en la educación y el desarrollo, junto con una reducción de la carga financiera.

El Departamento de Fomento y la Deuda Pública recibieron las mayores asignaciones del presupuesto de Caldas. El Departamento de Fomento, con asignaciones entre el 20% y el 35%, priorizó la infraestructura básica, como carreteras, puentes y sistemas de riego, esenciales para el

⁵⁵¹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1933» (Imprenta Departamental de Caldas, 14 de junio de 1933), Archivo de la Gobernación de Caldas.

desarrollo económico, la competitividad agrícola y la conectividad regional. La Deuda Pública, con una asignación del 13% al 36%, fue clave para mantener la solvencia fiscal y liberar recursos para otras inversiones. Además, el Departamento de Hacienda, con asignaciones entre el 21% y el 25%, garantizó una administración financiera sólida, esencial para gestionar eficientemente los recursos y asegurar el desarrollo económico sostenido de la región.

Durante este periodo, el Departamento de Beneficencia y el Departamento de Justicia recibieron las asignaciones más bajas del presupuesto. El Departamento de Beneficencia, con alrededor del 2% del total anual, enfrentó limitaciones debido a su dependencia de donaciones privadas y la baja prioridad asignada por el gobierno. Esto afectó su capacidad para expandir servicios esenciales y mejorar las condiciones de los más vulnerables. De manera similar, el Departamento de Justicia, con asignaciones entre el 1% y el 3%, sufrió de una baja prioridad en comparación con sectores como fomento y hacienda, lo que limitó la eficiencia del sistema judicial y pudo haber afectado la confianza pública en la justicia y el orden⁵⁵².

Comparando los periodos de 1930 a 1934 y 1906 a 1929, se observó una continuidad en la priorización de sectores como educación y fomento, mientras que salud y beneficencia recibieron asignaciones bajas. Aunque el presupuesto para salud y beneficencia aumentó gradualmente, no fue suficiente para cubrir las crecientes necesidades de la población. En 1906⁵⁵³, el presupuesto destinado a estos sectores era mínimo, y aunque hubo incrementos, no fueron proporcionales al crecimiento demográfico. El descuido gubernamental hacia la salud en este periodo se debe a una mayor priorización de infraestructura y desarrollo económico, así como a una dependencia de la

⁵⁵² Análisis de las Gacetas Departamentales de Caldas de 1930 a 1934.

⁵⁵³ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1906» (Imprenta Departamental de Caldas, 29 de noviembre de 1906).

beneficencia privada y religiosa. Esta estrategia de enfocarse en la infraestructura y estabilidad económica limitó el desarrollo humano y la sostenibilidad a largo plazo en la región.

El análisis del presupuesto del gobierno de Caldas de 1930 a 1934 muestra una clara priorización de fomento e hacienda, enfocándose en infraestructura y estabilidad fiscal. Esta estrategia favoreció el desarrollo económico, pero la baja asignación a beneficencia y justicia reveló debilidades en la política social. La inversión insuficiente en salud pública y asistencia social limitó el acceso a servicios esenciales, mientras que la escasa financiación en el sistema judicial pudo haber afectado la equidad y eficiencia en la administración de justicia.

En este mismo periodo el presupuesto del Departamento de Beneficencia y Higiene de Caldas mostró un enfoque creciente en la salud pública y la asistencia social. Las asignaciones más significativas se destinaron al sostenimiento de enajenados, auxilios a hospitales y asilos, y campañas de higiene. La Ley 15 de 1925⁵⁵⁴ y el Decreto 1828 de 1931 transformaron la administración sanitaria, centralizando funciones y mejorando la coordinación entre el gobierno nacional y departamental. Esto permitió una gestión más eficiente de los recursos y el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria. Las campañas de Gotas de Leche y la lucha contra enfermedades venéreas también recibieron una atención destacada, mejorando la salud infantil y las condiciones sanitarias⁵⁵⁵. En 1934, el presupuesto reflejó una asignación sostenida para estos programas, lo que contribuyó a una mejora continua en la salud pública y la infraestructura sanitaria en la región⁵⁵⁶.

⁵⁵⁴ Pedro Nel Ospina Vázquez, «Ley 15 de 1925 (enero 31) - Sobre higiene social y asistencia pública», 15.

⁵⁵⁵ Presidente Enrique Olaya Herrera, «Decreto 1828 de 1931 (octubre 15) - Por el cual se dictan unas disposiciones sobre el ramo nacional de higiene», Gubernamental, 1931, <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1357422>.

⁵⁵⁶ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1934» (Imprenta Departamental de Caldas, 3 de julio de 1934), Archivo de la Gobernación de Caldas.

El sostenimiento y conducción de enajenados recibió una asignación creciente, reflejando el compromiso con el cuidado de personas con enfermedades mentales. Los auxilios a hospitales y asilos, tanto urbanos como rurales, aumentaron y se descentralizaron, extendiendo el apoyo a municipios fuera de las principales ciudades. Las campañas de higiene y prevención de enfermedades, como las de lucha antivenérea y contra el pian, recibieron inversiones importantes, reflejando un enfoque preventivo en la salud pública. Además, las campañas para reducir la mortalidad infantil, a través de las Gotas de Leche y los auxilios a internados de huérfanos, fueron fundamentales para mejorar la salud infantil en la región. Estos esfuerzos, apoyados por la reestructuración administrativa impulsada por el Decreto 1828 de 1931, resultaron en una mejora en la infraestructura sanitaria y en una mayor accesibilidad a servicios de salud en todo el departamento.

Las políticas y asignaciones presupuestarias entre 1930 y 1934 tuvieron un impacto significativo en la salud pública de Caldas. El apoyo continuo a hospitales y asilos garantizó el funcionamiento de estas instituciones esenciales. La inversión en campañas de higiene y prevención de enfermedades promovió un enfoque preventivo y educativo, mejorando la respuesta ante brotes. La profesionalización del sector sanitario, con la asignación de sueldos para los directores de higiene y el fortalecimiento de las oficinas de salud, permitió una administración más eficiente. Además, las iniciativas para reducir la mortalidad infantil, como las Gotas de Leche, contribuyeron a mejorar la salud infantil, estableciendo bases para un sistema de salud más robusto.

El periodo comprendido entre 1906 y 1934 en el Departamento de Caldas representó una fase crucial de transición y evolución en la administración de la salud y la beneficencia. Durante estos años, las políticas nacionales y regionales implementadas sentaron las bases para un sistema

de salud más robusto y eficiente, capaz de enfrentar los desafíos sanitarios de manera integral. Desde los primeros años del siglo XX, se observó un fuerte enfoque en la beneficencia caritativa, con un papel destacado de instituciones religiosas y filantrópicas. Estas instituciones proporcionaron apoyo esencial a hospitales y asilos, asegurando el cuidado de los más vulnerables. La beneficencia caritativa, aunque crucial en su momento, era un enfoque predominantemente reactivo que respondía a las necesidades inmediatas de la población. Las donaciones y auxilios se centraban en sostener a los enfermos y necesitados sin una estrategia de prevención y educación en salud que pudiera abordar de manera efectiva los problemas de salud pública a largo plazo.

Con la llegada de la década de 1920, comenzó a gestarse un cambio significativo con la introducción de políticas higienistas y la creación de oficinas de higiene. Estas oficinas se encargaron de implementar campañas educativas y de prevención de enfermedades, especialmente aquellas de transmisión sexual y otras relacionadas con la higiene pública. La creación de estas oficinas marcó el inicio de la profesionalización del sector sanitario, con un enfoque que iba más allá de la simple asistencia caritativa para incluir la prevención y la promoción de la salud. Este periodo vio un aumento en la inversión en infraestructura sanitaria y en la capacitación del personal sanitario, sentando las bases para un sistema de salud más estructurado y eficiente⁵⁵⁷.

Entre 1930 y 1934, la administración de la salud y la beneficencia en Caldas continuó evolucionando, con un notable incremento en las asignaciones presupuestarias destinadas a hospitales municipales fuera de Manizales, Pereira y Armenia. En 1930, además de los auxilios a los principales hospitales de estas ciudades, se asignaron fondos a hospitales en otros municipios como Riosucio, Salamina, Aguadas, Calarcá, Santa Rosa y Anserma, cada uno recibiendo \$300

⁵⁵⁷ Dr. Alfonso Villegas Arango, *Informe del director de Instrucción Pública de Caldas Dr. Alfonso Villegas Arango al Gobernador del Departamento relativo al año de 1919*.

anuales, mientras que Pensilvania, Santuario, Apía, Manzanares, Pácora y Marsella recibieron \$200 cada uno. Este cambio reflejó una actitud más sistemática hacia la higiene y la salud, indicando un reconocimiento de la necesidad de mejorar la infraestructura sanitaria en áreas menos centralizadas y asegurar que una mayor parte de la población tuviera acceso a servicios médicos adecuados⁵⁵⁸.

La continuidad de estas asignaciones en 1931, 1932 y 1933, con algunos incrementos, subrayó el compromiso del gobierno con la descentralización de la atención sanitaria y la promoción de una cobertura más equitativa en todo el departamento. En 1932, por ejemplo, hospitales como Riosucio y Salamina recibieron \$1,500 cada uno, mientras que Neira y Aránzazu recibieron \$900 y \$1,500 respectivamente. Este enfoque en la expansión de la infraestructura sanitaria local ayudó a fortalecer la cobertura sanitaria en áreas más remotas y menos atendidas, garantizando que una mayor parte de la población tuviera acceso a servicios médicos esenciales⁵⁵⁹. En 1933, se mantuvo el enfoque en la descentralización y expansión de los auxilios a hospitales municipales, y en 1934, la gran inversión en salubridad incluyó la construcción y mejora de hospitales municipales en diferentes localidades, fortaleciendo aún más la infraestructura sanitaria y ampliando el acceso a servicios de salud para una población más amplia⁵⁶⁰.

Además de la expansión de la infraestructura sanitaria, este periodo también marcó un cambio de paradigma en la gestión de la salud pública, pasando de un enfoque reactivo basado en la beneficencia a un enfoque preventivo y estructurado. La creación de oficinas de higiene y la implementación de campañas educativas y de prevención no solo mejoraron la respuesta ante

⁵⁵⁸ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1930» (Imprenta Departamental de Caldas, 30 de junio de 1930), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁵⁹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1932» (Imprenta Departamental de Caldas, 1 de julio de 1932), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁶⁰ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1933».

enfermedades, sino que también fomentaron una cultura de salud pública entre la población. Las campañas de higiene y la lucha contra enfermedades específicas, como la propaganda antisifilítica y la prevención de enfermedades venéreas, jugaron un papel crucial en este nuevo enfoque preventivo. Estas campañas ayudaron a reducir la incidencia de enfermedades infecciosas y mejoraron las condiciones generales de salud de la población, al mismo tiempo que promovieron prácticas de salud más seguras y sostenibles⁵⁶¹.

La inversión en la lucha contra la mortalidad infantil a través de las Gotas de Leche y los auxilios a internados de huérfanos también tuvo un impacto notable. Estas iniciativas ayudaron a reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud de los niños más vulnerables, sentando las bases para futuras mejoras en la salud pública infantil. Las Gotas de Leche proporcionaron nutrición y cuidados esenciales a los niños, lo que contribuyó significativamente a la reducción de las tasas de mortalidad infantil. Los auxilios a internados de huérfanos garantizaron que los niños más desfavorecidos recibieran atención y educación adecuadas, preparándolos para una vida más saludable y productiva.

Este legado de innovación y adaptación en la administración sanitaria dejó una huella duradera en Caldas, estableciendo estándares que influirían en las políticas de salud pública en las décadas posteriores. La transición de la beneficencia caritativa a la profesionalización y prevención en salud pública representó un avance significativo hacia un sistema de salud más integrado y eficiente. La combinación de apoyo continuado a instituciones caritativas, la profesionalización del sector sanitario y la inversión en la salud infantil prepararon el camino para el siguiente periodo, conocido como el "Higienismo Salubrista Asistencial". Este nuevo periodo continuaría

⁵⁶¹ Gonzalo Restrepo, *1933-1934 - Informe del Secretario de Gobierno al Gobernador* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1934).

profundizando en la integración de la asistencia sanitaria y la prevención de enfermedades, consolidando los avances logrados y enfrentando nuevos desafíos en la salud pública de la región. La evolución de la beneficencia y los comienzos de la profesionalización sanitaria en Caldas entre 1906 y 1934 marcaron un cambio de paradigma en la gestión de la salud pública, sentando las bases para un sistema de salud más robusto y sostenible que seguiría beneficiando a la población en los años venideros.

5.3. "El Higienismo Salubrista Asistencial en Caldas: Consolidación y Expansión (1935-1945)"

La segunda sección del capítulo aborda el periodo comprendido entre 1935 y 1945, conocido como la era del "Higienismo Salubrista Asistencial". Este periodo se caracterizó por una consolidación y expansión significativa de las políticas de salud pública en el Departamento de Caldas, reflejando cambios profundos en el contexto económico, político y social tanto de Colombia como de la región. Entre 1935 y 1945, Colombia vivió un periodo de transformaciones marcadas por el impacto de la Gran Depresión y la Segunda Guerra Mundial. A nivel económico, el país experimentó fluctuaciones significativas debido a la crisis mundial de los años 30, que afectó la producción y exportación de café, uno de los pilares de la economía nacional. Sin embargo, la recuperación económica que siguió permitió un aumento en la inversión pública y privada en infraestructura y servicios, incluyendo el sector salud. El auge económico posterior a la Gran Depresión facilitó la implementación de proyectos de infraestructura, como la construcción de hospitales y la mejora de servicios sanitarios, esenciales para atender a una población creciente y cada vez más urbanizada⁵⁶². Políticamente, Colombia atravesó una etapa de consolidación del

⁵⁶² Diana Carolina Henao y Juana Manuela Gómez Ramírez, «El impacto de la gran depresión en el sector industrial colombiano durante el periodo 1923 a 1936», *Grañas Disciplinarias de la UCPR*, n.º 13 (2011): 7-12.

estado central, con esfuerzos por modernizar la administración pública y promover políticas de bienestar social. La creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938 fue un reflejo de este enfoque, integrando la salud pública dentro de un marco más amplio de políticas laborales y de previsión social. Esta integración permitió una mayor coordinación y efectividad en la implementación de políticas de salud, combinando esfuerzos en higiene, prevención de enfermedades y asistencia social⁵⁶³.

Las políticas del estado central se orientaron hacia la creación de un sistema de salud más estructurado y accesible, reconociendo la importancia de la salud pública como un pilar fundamental del desarrollo nacional. En el ámbito social, Colombia vivió un proceso de urbanización acelerada, con un aumento significativo de la población urbana y la migración del campo a las ciudades. Este cambio demográfico planteó nuevos desafíos para la salud pública, requiriendo la adaptación y expansión de servicios sanitarios para atender a una población cada vez más concentrada en áreas urbanas. La implementación de campañas masivas de vacunación, la construcción de hospitales y la promoción de prácticas higiénicas fueron algunas de las respuestas a estos desafíos. La urbanización también trajo consigo problemas de hacinamiento y condiciones insalubres en las nuevas áreas urbanas, lo que subrayó la necesidad de una respuesta sanitaria robusta y bien coordinada⁵⁶⁴.

En 1935, el departamento de Caldas enfrentó serios desafíos en el ámbito de la salud pública, reflejados en un informe que abarcó una amplia revisión de la situación de salud y las necesidades urgentes de la región. La administración departamental llevó a cabo numerosas visitas

⁵⁶³ Stefan Pohl-Valero et al., «Cartografía del gobierno alimentario en Colombia durante los inicios del desarrollo, 1938-1960», Pohl-Valero, Stefan; Vargas Domínguez, Joel. *El hambre de los otros: ciencia y políticas alimentarias en Latinoamérica, siglos XX y XXI*. Bogotá: Editorial de la Universidad del Rosario, 2021,

⁵⁶⁴ Rodríguez, «De ratones, vacunas y hombres».

a hospitales, institutos profilácticos, dispensarios antivenéreos y asilos, descubriendo un patrón consistente de descuido en el estado higiénico de estas instituciones, junto con una notable falta de implementos médicos y una insuficiente preparación del personal de enfermería y otros integrantes de estos establecimientos. Los hospitales de Manzanares y Marquetalia destacaron especialmente por su estado crítico. Estas instalaciones frecuentemente atendían pacientes con pian, paludismo y diversas enfermedades materno-infantiles, lo que evidenciaba la necesidad urgente de mejoras en infraestructura y recursos. La tuberculosis, descrita en el informe como una "plaga social", emergió como uno de los problemas de salud más graves. La lucha contra esta enfermedad se vio obstaculizada por la falta de suficientes especialistas y profesionales, limitando la cobertura de atención principalmente a las cabeceras como Manizales, Armenia y Pereira, mientras que muchos otros municipios permanecían desatendidos⁵⁶⁵.

La administración de higiene llevó a cabo un intenso trabajo de campo, visitando establecimientos de alimentos, peluquerías, hoteles y otros comercios. Emitieron más de 6,000 certificados de salubridad y realizaron más de 4,900 notificaciones de mejora en las condiciones higiénicas. También se llevaron a cabo exámenes a más de 10,000 alumnos para identificar enfermedades venéreas, palúdicas y respiratorias, complementados con campañas educativas y de vacunación. El tratamiento del pian y el paludismo fue una prioridad, empleando estrategias de visitas domiciliarias debido a la insuficiencia de hospitales para cubrir toda la demanda. Estas visitas domiciliarias permitieron un control más efectivo de estas enfermedades, llevando el tratamiento directamente a los hogares de los pacientes. Además, la administración hizo un llamado urgente al gobierno departamental y nacional para mejorar las edificaciones de salud que se encontraban en rápido deterioro. Las condiciones de las infraestructuras hospitalarias y

⁵⁶⁵ Administración Departamental de Higiene, «Informe de 1935», 1-8.

sanitarias no solo afectaban la calidad de la atención, sino también la capacidad de los establecimientos para atender a un número creciente de pacientes. En términos de presupuesto, el informe destacó la necesidad de una mayor inversión en la salud pública. Se recomendó aumentar el presupuesto destinado a mejorar la infraestructura hospitalaria, contratar más personal médico especializado y garantizar la presencia de inspectores de higiene en todos los municipios⁵⁶⁶.

Estas medidas se consideraron esenciales para enfrentar los problemas de salud prevalentes y mejorar la calidad de vida de la población en Caldas. La falta de recursos y personal especializado se identificó como un obstáculo significativo para el manejo efectivo de las enfermedades y la promoción de la salud pública. La recomendación de contratar más médicos y especialistas reflejaba la urgencia de proporcionar atención médica adecuada y oportuna a toda la población, especialmente en las áreas rurales y menos accesibles del departamento. Además, se sugirió una revisión de las políticas salariales y condiciones laborales para atraer y retener talento médico en la región. La necesidad de infraestructura adecuada también fue un punto central del informe. Las mejoras en los hospitales y centros de salud no solo facilitarían una mejor atención a los pacientes, sino que también permitirían la implementación de programas preventivos y educativos más efectivos. La construcción y mantenimiento de estas instalaciones requerían una asignación presupuestaria considerable, pero se consideraban inversiones necesarias para el bienestar a largo plazo de la población. El informe también destacó la importancia de la educación y la sensibilización pública en temas de salud. Las campañas educativas y de vacunación eran componentes cruciales de una estrategia de salud pública integral, y se recomendó aumentar los

⁵⁶⁶ Administración Departamental de Higiene, 10-15.

esfuerzos en estas áreas para garantizar una población informada y consciente de las prácticas de higiene y prevención de enfermedades⁵⁶⁷.

El informe de 1935 sobre la gestión presupuestaria de la salud en Caldas presentó un panorama detallado de los desafíos y necesidades del sistema de salud del departamento. Las recomendaciones incluyeron aumentar la inversión en infraestructura y personal médico, asegurar la presencia de inspectores de higiene en todos los municipios, y mejorar las estrategias de educación y prevención. Estas medidas eran vistas como esenciales para enfrentar los problemas de salud prevalentes y mejorar la calidad de vida de la población en Caldas, subrayando la necesidad de un compromiso sostenido y un enfoque integral en la gestión de la salud pública. En el Departamento de Caldas, estos cambios se reflejaron en la consolidación de un sistema de salud más estructurado y eficiente. El periodo de 1935 a 1945 vio la continuidad y expansión de las políticas higienistas iniciadas en décadas anteriores, con un enfoque cada vez más integrado en la asistencia sanitaria. La creación del Departamento de Higiene en 1935 y su posterior evolución hasta 1945, evidenció un compromiso con la profesionalización del sector sanitario y la implementación de prácticas más avanzadas en salud pública. Las autoridades de Caldas adoptaron un enfoque proactivo, implementando medidas preventivas y asistenciales que se adaptaron a las necesidades cambiantes de la población⁵⁶⁸.

Durante estos años, Caldas experimentó una serie de iniciativas destinadas a mejorar la infraestructura sanitaria y ampliar el acceso a servicios de salud. La construcción y mejora de hospitales municipales, el fortalecimiento de las campañas de higiene y prevención, y la integración de la asistencia social en las políticas de salud fueron elementos clave en este proceso.

⁵⁶⁷ Administración Departamental de Higiene, 15-20.

⁵⁶⁸ Administración Departamental de Higiene, 20-23.

La descentralización de los servicios sanitarios permitió una mejor cobertura y atención en áreas menos centralizadas, asegurando que una mayor parte de la población tuviera acceso a cuidados médicos de calidad. El incremento notable en las asignaciones presupuestarias destinadas a hospitales municipales fuera de Manizales, Pereira y Armenia fue un aspecto crucial de este periodo. Por primera vez, se ampliaron considerablemente los auxilios a hospitales municipales, reflejando una actitud más sistemática hacia la higiene y la salud. Este cambio indicó un reconocimiento de la necesidad de mejorar la infraestructura sanitaria en áreas menos centralizadas y asegurar que una mayor parte de la población tuviera acceso a servicios médicos adecuados.

Entre 1935 y 1940, el presupuesto de Caldas mostró una clara priorización de ciertos sectores. El Departamento de Hacienda recibió una asignación significativa, entre el 23% y el 29%, reflejando la importancia de la gestión financiera. El Departamento de Fomento experimentó variabilidad, con un pico en 1937⁵⁶⁹ del 34%, seguido de una disminución hasta 1940⁵⁷⁰, lo que sugiere fluctuaciones en las inversiones en infraestructura. Por otro lado, el Departamento de Higiene y Asistencia Social mantuvo una asignación constante del 5%, indicando una política sostenida en salud y asistencia social. La deuda pública aumentó en 1939 y 1940, alcanzando el 14% y 15%, lo que podría haber estado relacionado con un mayor endeudamiento para financiar proyectos específicos. En general, el presupuesto mostró un incremento desde 1935 hasta 1940, reflejando las crecientes demandas del desarrollo y la población del departamento.

Los departamentos de Fomento y Hacienda fueron los principales receptores del presupuesto de Caldas. El Departamento de Fomento, con asignaciones del 27% al 34%, priorizó

⁵⁶⁹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1937» (Imprenta Departamental de Caldas, 1 de julio de 1937), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁷⁰ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1940» (Imprenta Departamental de Caldas, 8 de julio de 1940), Archivo de la Gobernación de Caldas.

el desarrollo de infraestructura esencial como carreteras, puentes y sistemas de riego, lo que facilitó el crecimiento económico al mejorar la conectividad, apoyar la agricultura y el comercio, y aumentar la competitividad de los productos locales. Esto también mejoró la accesibilidad y los servicios en la región. El Departamento de Hacienda, con una asignación del 23% al 29%, se centró en mantener una administración financiera sólida, asegurando estabilidad económica y la gestión eficiente de los recursos, lo que permitió financiar inversiones en otros sectores. Además, el pago de la deuda pública, que representaba entre el 7% y el 14% del presupuesto, fue una prioridad clave para mantener la solvencia fiscal y atraer inversiones.

El Departamento de Justicia y el Departamento de Higiene y Asistencia Social recibieron las asignaciones presupuestarias más bajas, lo que reflejó una continua priorización de sectores como el fomento y la hacienda, esenciales para el desarrollo económico y la estabilidad financiera. El Departamento de Justicia, con asignaciones que fluctuaban entre el 0,1% y el 1% del presupuesto total, no fue considerado una prioridad frente a la infraestructura y la estabilidad fiscal. Esta baja asignación pudo haber limitado las capacidades del sistema judicial para gestionar eficientemente los casos, lo que podría haber afectado la percepción pública de equidad y justicia, además de socavar la confianza en las instituciones. Por otro lado, el Departamento de Higiene y Asistencia Social, con asignaciones entre el 4% y el 5%, reflejó una persistente falta de inversión en servicios sociales y de salud pública. Aunque el gobierno continuó con la asistencia a instituciones de beneficencia, la dependencia de donaciones y apoyo privado limitó la capacidad de intervención del gobierno para mejorar las condiciones de vida de los más vulnerables. Esta falta de financiamiento generó servicios de baja calidad y una cobertura insuficiente para la

población, lo que subrayó una visión reduccionista de la salud pública y la asistencia social como un tema secundario frente al fomento y la estabilidad económica⁵⁷¹.

Entre 1935 y 1940, el Departamento de Caldas experimentó un significativo cambio en sus prioridades de salud pública, con un fuerte enfoque en la higiene y la prevención de enfermedades. La asignación presupuestaria para estos sectores, que incluyó campañas de profilaxis y la creación de institutos de salud pública, alcanzó su punto máximo en 1939⁵⁷², con un 77% del presupuesto total, y se mantuvo alta en 1940 con un 76%. Esta asignación prioritaria refleja el enfoque en la salud pública del gobierno, respondiendo a la necesidad de mejorar las condiciones sanitarias y prevenir enfermedades infecciosas. En contraste, otros sectores como el "Sostenimiento y conducción de enajenados" y los "Auxilios a institutos de caridad" recibieron asignaciones mucho menores, lo que indica una reducción en la atención a la beneficencia y una dependencia mayor del apoyo privado y religioso para la asistencia social⁵⁷³. A pesar de este enfoque en la salud pública, las inversiones en infraestructura sanitaria, como hospitales y dispensarios, mostraron un incremento, especialmente en áreas rurales y más descentradas, reflejando un esfuerzo por ampliar la cobertura de salud a toda la población⁵⁷⁴.

Este periodo también estuvo marcado por la implementación del Decreto 110 de 1935, que reorganizó el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, integrándolo al Ministerio de Agricultura y Comercio. Esta medida permitió una mayor coordinación entre las políticas sanitarias y las agrícolas, reconociendo la interconexión entre las condiciones de salud en las zonas

⁵⁷¹ Análisis de las Gacetas Departamentales de Caldas de 1935 a 1940.

⁵⁷² Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1939» (Imprenta Departamental de Caldas, 10 de julio de 1939), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁷³ Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo Lopez, y Felix Henao Toro, «Informe de 1939».

⁵⁷⁴ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1940».

rurales y la actividad agrícola⁵⁷⁵. La reasignación de recursos para mejorar la infraestructura sanitaria en las zonas rurales fue significativa, con inversiones en la construcción de hospitales en municipios más pequeños como Chinchiná, Quimbaya y Anserma, que anteriormente no habían recibido atención. La mayor parte del presupuesto seguía destinado a la lucha contra enfermedades infecciosas, como la sífilis, el pian y la lepra, pero también se incorporaron campañas de educación sanitaria, fortaleciendo la prevención y mejorando la salud pública general. Este cambio reflejó la adaptación de las políticas sanitarias a las realidades sociales y económicas del departamento⁵⁷⁶.

Comparado con el periodo de 1930 a 1934, la administración de la salud pública en Caldas experimentó una evolución notable en términos de asignaciones presupuestarias y prioridades. Mientras que en los años anteriores se dio énfasis a la infraestructura y la descentralización de los servicios de salud, durante 1935-1940 se consolidaron estos esfuerzos con un enfoque más intensivo en la prevención y control de enfermedades. Las asignaciones para campañas de salud pública aumentaron significativamente, con especial atención a la lucha contra enfermedades venéreas y otras enfermedades tropicales. Además, el sostenimiento y conducción de enajenados continuó siendo una prioridad, aunque con ajustes en los montos. Las asignaciones para hospitales municipales en zonas rurales fueron mayores en este periodo, lo que indica un esfuerzo por ampliar la cobertura sanitaria y atender las necesidades de salud más allá de las grandes ciudades. Este incremento en los recursos reflejó un compromiso con el bienestar de toda la población de Caldas, a la vez que destacaba la continua importancia de la salud pública como pilar para el desarrollo regional.

⁵⁷⁵ Presidente Alfonso López Pumarejo, «Decreto 110 de 1935 (enero 23) - Por el cual se traslada el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública al Ministerio de Agricultura y Comercio», Gubernamental, 1935, 110, <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1024465>.

⁵⁷⁶ Administración Departamental de Higiene, «Informe de 1935».

Entre 1935 y 1940, el sostenimiento y conducción de enajenados se mantuvo como una prioridad en el presupuesto del Departamento de Caldas, con asignaciones que oscilaron entre \$28,000 y \$61,400 anuales, representando entre el 8.5% y el 20.4% del presupuesto total. En 1935, la asignación fue de \$61,400, reflejando un fuerte enfoque en la salud mental. Esta asignación permitió la mejora de las instalaciones existentes y la contratación de personal especializado, como psiquiatras y enfermeras, para mejorar la atención de las personas con enfermedades mentales⁵⁷⁷. A lo largo de los años, las asignaciones se estabilizaron en torno a los \$30,000 anuales, lo que permitió la implementación de programas de tratamiento más completos y la creación de programas de rehabilitación y terapias ocupacionales. Este aumento en la financiación reflejó una mayor profesionalización del sector y contribuyó a reducir el estigma asociado a las enfermedades mentales, promoviendo una mayor comprensión y aceptación de estos trastornos dentro de la comunidad.

En cuanto a los auxilios a hospitales y asilos, las asignaciones en 1935 continuaron siendo significativas, con \$8,000 para los hospitales de Manizales, Pereira y Armenia, y \$5,000 y \$3,500 para instituciones de beneficencia en Pereira y Armenia, respectivamente. A lo largo del periodo la distribución de los fondos mostró una mayor descentralización, con un aumento significativo en las asignaciones para hospitales municipales fuera de las principales ciudades, como Chinchiná, Quimbaya y Anserma. Este cambio refleja una estrategia más sistemática hacia la mejora de la infraestructura sanitaria en áreas rurales y menos centralizadas, asegurando una cobertura sanitaria más equitativa. Las inversiones en infraestructura también se dirigieron a la construcción de nuevos hospitales y la mejora de las instalaciones existentes, lo que permitió una mayor

⁵⁷⁷ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1935» (Imprenta Departamental de Caldas, 5 de julio de 1935), Archivo de la Gobernación de Caldas.

accesibilidad a la atención médica en áreas más alejadas y redujo la presión sobre los hospitales urbanos⁵⁷⁸.

Las campañas de higiene y prevención de enfermedades recibieron una parte considerable del presupuesto, con un enfoque en la lucha antivenérea, el tratamiento del pian, la anemia tropical y la lepra. En este periodo, el presupuesto para estas campañas aumentó significativamente, reflejando un cambio hacia un enfoque preventivo y proactivo en la salud pública. Las asignaciones para la lucha antivenérea y las campañas contra el pian y la anemia tropical aumentaron considerablemente en comparación con el periodo anterior. Además, se destinó una cantidad significativa a la campaña antileprosa, lo que reflejó el esfuerzo del gobierno para abordar los problemas de salud pública más urgentes de la región. A pesar de los desafíos en la implementación de estas campañas en áreas rurales, donde las condiciones de infraestructura sanitaria eran limitadas, las medidas implementadas fueron fundamentales para mejorar las condiciones de salud pública y reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en la región. La descentralización de los servicios de salud permitió que las campañas llegaran a más personas, especialmente en las zonas rurales, contribuyendo a un mejor acceso a la atención médica y promoviendo la salud preventiva a nivel comunitario⁵⁷⁹.

El periodo de 1935 a 1940 en el Departamento de Caldas fue clave para consolidar y expandir las políticas de salud pública y beneficencia. Durante estos años, se priorizó la mejora de la infraestructura sanitaria, la ampliación de los auxilios a hospitales municipales y la intensificación de las campañas de higiene y prevención de enfermedades. Estas inversiones permitieron una cobertura más equitativa de los servicios de salud y sentaron las bases para un

⁵⁷⁸ Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo Lopez, y Felix Henao Toro, «Informe de 1939», 180.

⁵⁷⁹ Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo Lopez, y Felix Henao Toro, 190.

sistema de salud más robusto y eficiente. En comparación con el periodo 1930-1934, las asignaciones presupuestarias aumentaron significativamente, reflejando un enfoque más proactivo en la mejora de la salud pública.

Este periodo destacó por un enfoque creciente en la profesionalización y prevención, con un énfasis renovado en la salud mental y un fortalecimiento de los hospitales y asilos. La ampliación de la cobertura sanitaria a hospitales municipales y las campañas de prevención de enfermedades marcaron un cambio hacia un sistema de salud más inclusivo y descentralizado. Además, la inversión en infraestructura sanitaria y la promoción de la educación en salud pública ayudaron a mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias y elevaron la calidad de los servicios. Estos esfuerzos no solo mejoraron las condiciones de salud en Caldas, sino que también establecieron estándares que influirían en las políticas de salud pública en las décadas siguientes.

Por otro lado el análisis del presupuesto departamental de Caldas de 1941 a 1945 revela varias tendencias importantes en la asignación de recursos a lo largo de estos años. El Departamento de Hacienda y el Departamento de Instrucción Pública consistentemente recibieron una porción significativa del presupuesto, con Hacienda alcanzando su pico en 1941 (29%)⁵⁸⁰ y manteniéndose alto hasta 1943, mientras que Instrucción Pública se mantuvo estable entre el 18% y el 22% durante todo el periodo⁵⁸¹. Esto indicó una constante prioridad en la gestión de las finanzas públicas y en la educación, reflejando una estrategia gubernamental para fortalecer tanto la estructura económica como la educativa del departamento.

⁵⁸⁰ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1941» (Imprenta Departamental de Caldas, 30 de junio de 1941), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁸¹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1943» (Imprenta Departamental de Caldas, 11 de enero de 1943), Archivo de la Gobernación de Caldas.

Otro aspecto destacado fue el significativo incremento en la asignación al Departamento de Obras Públicas a partir de 1944⁵⁸², alcanzando un máximo del 29% en 1945. Este aumento sugiere una probable expansión en proyectos de infraestructura y desarrollo durante estos años. Además, el presupuesto general mostró un notable incremento a lo largo del periodo, especialmente en 1944 y 1945, donde los valores ascendieron a \$9,333,893 y \$12,393,893, respectivamente. Esto refleja un crecimiento en los recursos disponibles y posiblemente en la economía del departamento, lo que permitió mayores inversiones en diversas áreas⁵⁸³. Por último, las fluctuaciones en otros departamentos, como Justicia y Agricultura, mostraron ajustes menores en las prioridades presupuestarias, respondiendo a los cambios en las necesidades y políticas específicas de cada año.

Durante el periodo de 1941 a 1945, el Departamento de Hacienda y el Departamento de Obras Públicas fueron los principales receptores de fondos. Hacienda recibió entre el 16% y el 29% del presupuesto, lo que reflejó la prioridad de mantener una administración financiera sólida y garantizar la estabilidad económica del gobierno departamental. Esta asignación también estuvo destinada al pago de la deuda pública, que representó una porción significativa del presupuesto, subrayando la importancia de gestionar eficientemente los recursos y las políticas fiscales para asegurar el desarrollo de la región.

Por otro lado, el Departamento de Obras Públicas recibió un porcentaje creciente del presupuesto, alcanzando hasta el 29% en 1945. Esto se debió a la necesidad de desarrollar y mantener infraestructura clave, como carreteras, puentes y sistemas de riego, esenciales para

⁵⁸² Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1944» (Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1944), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁸³ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1945» (Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1945), Archivo de la Gobernación de Caldas.

mejorar la conectividad, apoyar la agricultura y el comercio, y facilitar el acceso a servicios. Estas inversiones no solo fomentaron el desarrollo económico, sino que también mejoraron la accesibilidad dentro de la región, reduciendo costos de transporte y mejorando la competitividad de los productos agrícolas locales.

El Departamento de Justicia y el Departamento de Higiene y Asistencia Social recibieron las asignaciones más bajas del presupuesto departamental. El Departamento de Justicia recibió entre el 0,1% y el 4% del presupuesto total, lo que refleja una baja prioridad asignada a la administración de justicia en comparación con otros sectores como el fomento y la hacienda. Esta asignación limitada pudo haber afectado la eficiencia del sistema judicial, comprometiendo su capacidad para manejar casos de manera efectiva y erosionando la percepción de equidad y legalidad en la región. De manera similar, el Departamento de Higiene y Asistencia Social, con una asignación de entre el 4% y el 5%, también reflejó una baja prioridad en la salud pública y la asistencia social. Este enfoque puede haberse debido a la percepción de que la salud y la beneficencia no eran tan urgentes como otras áreas como la infraestructura y las finanzas. La dependencia de donaciones y apoyo privado para las instituciones de beneficencia limitó la capacidad del gobierno para mejorar los servicios esenciales para los más vulnerables.

El análisis del presupuesto de Caldas entre 1941 y 1945 muestra una clara priorización de sectores clave para el desarrollo económico y la estabilidad fiscal, con grandes asignaciones al Departamento de Hacienda y al Departamento de Obras Públicas. Estas inversiones permitieron mejoras en la infraestructura vial y la administración financiera, impulsando el desarrollo económico regional. Sin embargo, la baja asignación de recursos a la salud pública y la justicia refleja una debilidad en la política social del gobierno departamental. La escasa inversión en salud pública y asistencia social dejó a los sectores más vulnerables con un acceso limitado a servicios

esenciales, lo que pudo haber tenido consecuencias negativas a largo plazo para la salud y el bienestar general de la población. Además, la falta de inversión adecuada en el sistema judicial pudo haber afectado la eficiencia y equidad de la administración de justicia, minando la confianza pública en las instituciones gubernamentales⁵⁸⁴.

Comparando el periodo de 1941 a 1945 con los anteriores, se observó una continuidad en la priorización de sectores clave como la educación y el fomento, mientras que la salud y la justicia mantuvieron asignaciones bajas. Desde 1906, la proporción destinada a la salud y la asistencia social fue consistentemente insuficiente, a pesar de mejoras graduales. Esta tendencia se mantuvo durante la década de 1940, donde los recursos para salud pública seguían siendo limitados frente a las crecientes necesidades de la población. El descuido de la salud pública en Caldas entre 1906 y 1945 puede explicarse por la priorización de la infraestructura y el desarrollo económico, una dependencia histórica en el apoyo privado y religioso para la beneficencia, y una falta de conciencia sobre la importancia de la salud pública para el desarrollo sostenible.

Frente al presupuesto asignado a la salud durante esta época de la primera mitad de los años 40s el presupuesto del Departamento de Beneficencia y de Higiene y Asistencia Social mostró una clara priorización de la salud pública y la asistencia social, especialmente en las áreas de higiene y campañas profilácticas. En los primeros años, "Higiene, sueldos, campañas e institutos profilácticos" absorbió la mayor parte del presupuesto, alcanzando hasta un 74% en 1942⁵⁸⁵, lo que reflejó un fuerte enfoque en la prevención de enfermedades. Sin embargo, a partir de 1943⁵⁸⁶, esta asignación comenzó a disminuir, reflejando una posible redistribución de los recursos hacia

⁵⁸⁴ Análisis de las Gacetas Departamentales de Caldas de 1941 a 1945.

⁵⁸⁵ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1942» (Imprenta Departamental de Caldas, 23 de julio de 1942), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁵⁸⁶ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1943».

áreas emergentes, como los "Auxilios a hospitales urbanos y rurales", que vieron un aumento considerable, alcanzando un 28% en 1944⁵⁸⁷ y 1945⁵⁸⁸. Además, las "Campañas sanitarias e Instituciones de Asistencia Social" también recibieron un incremento notable, con un 39% en 1944, lo que indica un enfoque renovado en el bienestar social de la población. Estos ajustes reflejan un cambio en las prioridades sanitarias, adaptándose a las necesidades emergentes de la región.

La implementación del Decreto 2392 de 1938, que reorganizó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, consolidó una gestión más eficiente de los recursos destinados a la salud pública y la asistencia social, impactando positivamente en las condiciones sanitarias y sociales de Caldas⁵⁸⁹. En 1941, el presupuesto total asignado al Departamento de Higiene y Asistencia Social fue de \$376,447, con asignaciones destacadas para áreas clave como el sostenimiento y conducción de enajenados (\$30,000, 7.9%) y los institutos profilácticos (\$19,200, 5.1%)⁵⁹⁰. Además, se destinaron recursos significativos para la medicina escolar y campañas de prevención de enfermedades, como la lucha antivenérea y la campaña antileprosa, lo que subrayó un compromiso integral con la salud pública, especialmente en la prevención y atención temprana.

En 1943, el presupuesto total experimentó una disminución a \$309,520, lo que llevó a ajustes en varias áreas, como los auxilios a establecimientos de asistencia social, que fueron reducidos a \$30,000 (9.7%). Sin embargo, el presupuesto continuó reflejando una prioridad sostenida en la salud mental, la medicina escolar, y las campañas de prevención de enfermedades,

⁵⁸⁷ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1944».

⁵⁸⁸ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1945».

⁵⁸⁹ Presidente Eduardo Santos Montejó, «Decreto 2392 de 1938 (diciembre 30) "Por el cual se organiza el Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social"», Gubernamental, 1938, <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1445765>.

⁵⁹⁰ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1941».

como la lucha antivenérea. Este ajuste en las asignaciones refleja una reevaluación de las prioridades y una adaptación a las realidades económicas del momento⁵⁹¹. La consolidación de los servicios sanitarios bajo el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social permitió una gestión más eficiente, mejorando la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias y garantizando una mayor cobertura en áreas rurales⁵⁹².

La Ordenanza Número 14 de 1945, impulsada por la Asamblea de Caldas, representó un hito en la reorganización de la legislación, el presupuesto y las iniciativas de asistencia social. Esta ordenanza unificó las partidas presupuestarias destinadas a la asistencia social, permitiendo una distribución más eficiente de los recursos y un enfoque más centralizado y planificado en la gestión de estos. Esta reorganización sentó las bases para un modelo de asistencia social basado en los derechos y las necesidades de la población, alejándose del modelo caritativo anterior. La centralización y la mejora en la gestión de recursos permitió una respuesta más ágil y efectiva a las necesidades emergentes, fortaleciendo la infraestructura sanitaria y los programas de prevención y educación en salud, lo que contribuyó al bienestar social y económico del departamento⁵⁹³.

Comparando el periodo de 1941-1945 con los años anteriores (1935-1940), se destacan varias tendencias clave en las asignaciones presupuestarias. El sostenimiento y conducción de enajenados aumentó considerablemente, pasando de \$30,000 en 1941 a \$78,000 en 1945, lo que reflejó una creciente atención a la salud mental y el compromiso con mejorar el tratamiento y las condiciones de vida de las personas con enfermedades mentales. La administración de higiene

⁵⁹¹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1943».

⁵⁹² Secretaria de Higiene y Asistencia Social, *Curso para inspectores de Higiene* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1943).

⁵⁹³ Presidente Alfonso López Pumarejo, «Decreto 1375 de 1945 (junio 07) Por el cual se crea la Dirección Nacional de Salubridad», Gubernamental, 1945, <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1275710>.

mantuvo asignaciones estables, con un enfoque constante en la prevención y control de enfermedades. Las campañas de higiene, como la lucha antivenérea, recibieron mayores asignaciones, subrayando su importancia en la política sanitaria. Los auxilios a establecimientos de asistencia social variaron a lo largo del periodo, con una reducción en 1943 seguida de una recuperación en los años siguientes, lo que refleja un ajuste a las realidades económicas y las cambiantes prioridades del gobierno. En conjunto, estos cambios evidencian una adaptación del presupuesto a las necesidades emergentes y un enfoque más proactivo en la salud pública y la asistencia social.

En esta época el presupuesto del Departamento de Caldas mostró un aumento significativo en la asignación a áreas clave de la salud pública, especialmente en el sostenimiento y conducción de enajenados, que reflejó un mayor enfoque en la salud mental. Las asignaciones para este rubro aumentaron de \$30,000 en 1941 a \$78,000 en 1945, lo que permitió mejorar las condiciones de tratamiento y atención para personas con enfermedades mentales. Este incremento en el presupuesto también permitió la renovación y expansión de las instalaciones, así como la contratación de personal especializado, contribuyendo a una atención más profesionalizada y a la reducción del estigma asociado a las enfermedades mentales. En comparación con el periodo anterior, esta asignación muestra un cambio importante hacia un enfoque más integral en la salud mental, con un énfasis en la rehabilitación y la reintegración de los pacientes en la sociedad.

En cuanto a las campañas de higiene y prevención de enfermedades, el presupuesto destinado a estas iniciativas también experimentó un aumento significativo, especialmente en la lucha antivenérea y la campaña antileprosa, que recibieron entre \$24,000 y \$38,000 anuales. Estas campañas fueron fundamentales para controlar enfermedades infecciosas como la sífilis y la lepra, y lograron reducir considerablemente la prevalencia de estas enfermedades en la región. Además,

la implementación de estrategias de vacunación contra enfermedades como la viruela, la fiebre tifoidea y la fiebre amarilla, junto con las campañas de educación sanitaria, contribuyó a mejorar la salud pública. A pesar de algunos brotes de fiebre tifoidea, las intervenciones preventivas, como la mejora en las prácticas de higiene y la educación en salud, tuvieron un impacto duradero en la comunidad, reflejando un cambio de paradigma hacia un enfoque preventivo en la gestión de la salud pública.

Finalmente, los auxilios a establecimientos de asistencia social continuaron siendo un rubro importante, con asignaciones que garantizaban el funcionamiento de hospitales, asilos y orfanatos. Estos fondos permitieron mejorar los servicios esenciales para las poblaciones vulnerables, como los niños huérfanos y los ancianos. A lo largo de este periodo, las asignaciones a estos establecimientos mostraron una mayor estabilidad, lo que permitió una planificación a largo plazo y un mejoramiento continuo en la calidad de los servicios. Además, la descentralización de los auxilios a hospitales municipales fuera de las principales ciudades permitió que más municipios recibieran fondos para sus hospitales, mejorando el acceso a servicios de salud en áreas rurales. Estos esfuerzos reflejan un compromiso sostenido con la mejora de la infraestructura sanitaria y la expansión de la cobertura de salud, mejorando la eficiencia del sistema de salud y garantizando la atención de las poblaciones más necesitadas⁵⁹⁴.

Entre 1935 y 1945, el Departamento de Caldas experimentó avances significativos en la consolidación del Higienismo salubrista asistencial, reflejados en un notable aumento de las asignaciones presupuestarias para áreas clave de salud y bienestar social. La atención a la salud mental se destacó como una prioridad creciente, con un aumento en el presupuesto para el

⁵⁹⁴ Organización médica de Caldas, *Asamblea Médica de Caldas - 1940* (Manizales - Caldas: Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 1940).

sostenimiento y conducción de enajenados, pasando de \$30,000 en 1941 a \$78,000 en 1945. Esto permitió mejoras en las instalaciones y en la profesionalización del personal, lo que resultó en un cuidado más especializado y efectivo. Además, las asignaciones para la administración departamental de higiene y su personal aseguraron la continuidad de los servicios preventivos y educativos, como la vacunación y el control de enfermedades infecciosas, lo que mejoró significativamente la cobertura y eficacia de las intervenciones sanitarias.

Las campañas de higiene y prevención de enfermedades, especialmente la lucha antivenérea, la campaña antileprosas y otras iniciativas para controlar enfermedades tropicales, también recibieron asignaciones crecientes. Estos programas se enfocaron en la educación sanitaria, la distribución de medicamentos y la implementación de vacunas, logrando reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en la región. La mejora en la salud pública fue acompañada de un fuerte compromiso con la asistencia social, reflejado en los auxilios a hospitales, asilos y orfanatos, lo que garantizó la continuidad de los servicios a las poblaciones más vulnerables. La descentralización de los recursos permitió que más municipios, especialmente los rurales, recibieran fondos para mejorar sus servicios de salud, aliviando la presión sobre los hospitales en las principales ciudades y mejorando la eficiencia general del sistema sanitario⁵⁹⁵.

Este periodo marcó un cambio de paradigma en la salud pública de Caldas, con un enfoque preventivo y sostenible que no solo mejoró la infraestructura y los servicios sanitarios, sino que también fomentó una cultura de prevención y educación sanitaria. La asignación de recursos en salud y asistencia social aumentó, reflejando una evolución en las políticas públicas que, aunque

⁵⁹⁵ Oliver Mora Toscano, «Los dos gobiernos de Alfonso López Pumarejo: estado y reformas económicas y sociales en Colombia (1934-1938, 1942-1945)», *Apuntes del Cenes*, 2010, 151-71, <https://doi.org/10.19053/01203053.v29.n50.2010.49>.

gradual, sentó las bases para un sistema de salud más robusto y eficiente, y más inclusivo en su cobertura, especialmente en las áreas más rurales y desfavorecidas del departamento.

Durante el primer periodo presupuestario, el enfoque principal estaba en la beneficencia y los primeros intentos de profesionalización sanitaria. Las asignaciones se centraron en apoyar instituciones caritativas y proporcionar cuidados básicos a las poblaciones vulnerables. Las inversiones en salud mental y prevención de enfermedades eran limitadas y reactivas, con un enfoque más en la asistencia que en la prevención. Las asignaciones se centraron en apoyar instituciones caritativas y proporcionar cuidados básicos a las poblaciones vulnerables. Sin embargo, las inversiones en salud mental y prevención de enfermedades eran limitadas y reactivas, con un enfoque más en la asistencia que en la prevención. Las estructuras sanitarias estaban en sus primeras etapas de desarrollo, con un énfasis en la construcción de hospitales y la provisión de cuidados básicos.

Comparado con el primer periodo, las asignaciones presupuestarias durante 1935-1945 aumentaron significativamente. Este incremento permitió una expansión de los servicios de salud y una mejora en la calidad de estos. Las mayores asignaciones para el sostenimiento y conducción de enajenados reflejan una evolución en la política de salud pública, con un enfoque más integral y especializado en la atención a la salud mental. En contraste con el primer periodo, donde la profesionalización estaba en sus comienzos, el segundo periodo mostró una consolidación de estas estructuras, asegurando una mejor coordinación y ejecución de los programas de salud. La continuidad en las asignaciones para la administración departamental de higiene y su personal permitió una mayor eficiencia y estabilidad en la gestión de los servicios de salud. Una de las principales diferencias entre ambos periodos es el enfoque preventivo adoptado durante 1935-1945. Las asignaciones crecientes para campañas de higiene y prevención de enfermedades

reflejan un cambio de paradigma hacia una estrategia más proactiva y sostenible. Este enfoque preventivo contrastaba con el enfoque más reactivo del primer periodo, permitiendo una respuesta más efectiva ante emergencias sanitarias y brotes de enfermedades.

El segundo periodo también se caracterizó por una mayor descentralización de los servicios de salud, con auxilios a hospitales municipales fuera de las principales ciudades. Esta estrategia promovió una cobertura sanitaria más equitativa y accesible, asegurando que más personas en áreas remotas y rurales tuvieran acceso a servicios de salud de calidad. En comparación, el primer periodo estaba más centrado en las principales ciudades, limitando el alcance y la efectividad de los servicios de salud en zonas más alejadas. Este cambio en la distribución de los recursos reflejó una evolución significativa en la política de salud pública, con un enfoque más inclusivo y equitativo que buscaba mejorar el acceso a la atención sanitaria para toda la población.

En este periodo en el Departamento de Caldas marcó una etapa de consolidación y expansión en el higienismo salubrista asistencial. Las asignaciones crecientes para salud mental, administración de higiene, campañas preventivas y auxilios a establecimientos de asistencia social reflejan un compromiso sostenido con la mejora de la salud pública y el bienestar de la población. En comparación con el primer periodo (1906-1934), estos años mostraron avances significativos en la profesionalización y eficiencia de los servicios de salud, adoptando un enfoque preventivo y descentralizado que sentó las bases para un sistema de salud más robusto y equitativo en la región. Estos esfuerzos no solo mejoraron la infraestructura y los servicios sanitarios, sino que también fomentaron una cultura de prevención y educación en salud pública, estableciendo estándares que influirían en las políticas de salud pública en las décadas posteriores.

5.3.1. *El Auge del Salubrismo y Asistencialismo Público: Políticas y Avances en Caldas (1946-1951)*

El periodo comprendido entre 1946 y 1951 fue un momento crucial para la evolución de la salud pública en Colombia y, específicamente, en el Departamento de Caldas. Durante estos años, se vivieron significativas transformaciones que consolidaron el salubrismo y el asistencialismo público como pilares fundamentales de la política sanitaria de la región. Este periodo estuvo marcado por una serie de eventos y cambios económicos, políticos y sociales que influyeron directamente en la formulación e implementación de políticas de salud pública⁵⁹⁶. En el ámbito nacional, Colombia experimentaba un periodo de transición y ajuste tras el fin de la Segunda Guerra Mundial. La posguerra trajo consigo desafíos económicos y sociales que exigían una respuesta contundente del Estado. La economía colombiana, en proceso de recuperación y crecimiento, demandaba políticas que impulsaran el bienestar general de la población. En este contexto, el gobierno colombiano implementó medidas para fortalecer las instituciones de salud y ampliar la cobertura de los servicios sanitarios⁵⁹⁷. La creación del Ministerio de Higiene y el fortalecimiento del Departamento de Salubridad y Asistencia Social reflejan este compromiso con la mejora de las condiciones de vida de la ciudadanía. Estas políticas nacionales influyeron directamente en las estrategias adoptadas en el Departamento de Caldas, donde se alinearon los objetivos locales con las directrices nacionales para lograr una mayor efectividad en la gestión de la salud pública⁵⁹⁸.

⁵⁹⁶ Oscar Gallo, «Los límites de la protección a la salud de los trabajadores en Colombia, 1915-1946», *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 21 (2023): 150-73.

⁵⁹⁷ Cristina Vitalone, «Ramón Carrillo, salud y vivienda (1946-51): una visión integral de políticas públicas», 2011, https://www.lareferencia.info/vufind/Record/AR_9dd0cdf49461ff98f846ca45571d866e.

⁵⁹⁸ Marlin Téllez y Emilio Quevedo, «The birth of a Ministry of Public Health in Colombia, 1946-1953: Cold War, invisible government and asymmetrical interdependence», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 29, n.º 2 (2022): 461-80.

El Departamento de Caldas, con una población en crecimiento y una economía en desarrollo, enfrentaba desafíos específicos que requerían soluciones innovadoras. La región, caracterizada por su diversidad geográfica y socioeconómica, necesitaba un enfoque integral que abarcara tanto la prevención de enfermedades como la atención a las poblaciones más vulnerables. En este sentido, la creación del Ministerio de Higiene y el fortalecimiento del Departamento de Salubridad y Asistencia Social fueron pasos decisivos para estructurar y profesionalizar los servicios de salud en la región. Estos esfuerzos se tradujeron en una mejora notable de la infraestructura sanitaria, la formación de personal especializado y la implementación de programas de salud más eficientes y accesibles para toda la población. Durante estos años, se implementaron políticas orientadas a mejorar la infraestructura sanitaria, ampliar la cobertura de los servicios de salud y promover la educación sanitaria entre la población. La consolidación de hospitales y centros de salud en las principales ciudades y municipios de Caldas permitió una atención más equitativa y accesible. Además, se llevaron a cabo campañas de vacunación y prevención de enfermedades, reflejando un enfoque preventivo que contrastaba con las políticas reactivas de periodos anteriores. Estas campañas no solo contribuyeron a la reducción de la incidencia de enfermedades infecciosas, sino que también fomentaron una mayor conciencia sobre la importancia de la higiene y la prevención en la comunidad⁵⁹⁹.

En el ámbito social, el periodo de 1946 a 1951 estuvo marcado por una mayor participación de la comunidad en los programas de salud. Las campañas de educación sanitaria y las iniciativas comunitarias fomentaron una cultura de prevención y autocuidado que tuvo un impacto duradero en la salud pública de la región. Esta colaboración entre el Estado y la sociedad civil fue fundamental para el éxito de las políticas de salud implementadas durante estos años. La

⁵⁹⁹ Gallo, «Los límites de la protección a la salud de los trabajadores en Colombia, 1915-1946», 160-70.

participación de la comunidad en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades permitió una implementación más efectiva de los programas y una mayor aceptación de las medidas sanitarias adoptadas por las autoridades. En términos económicos, el gobierno de Caldas destinó recursos significativos para el desarrollo del sector salud, reflejando un compromiso con la mejora de las condiciones de vida de la población. Las inversiones en infraestructura, capacitación del personal sanitario y adquisición de equipos médicos fueron elementos clave para fortalecer el sistema de salud y garantizar su sostenibilidad a largo plazo. Estos recursos permitieron la construcción y renovación de hospitales y centros de salud, así como la adquisición de tecnología médica avanzada que mejoró la calidad de la atención sanitaria. La capacitación continua del personal sanitario también fue fundamental para asegurar que los profesionales de la salud estuvieran preparados para enfrentar los desafíos emergentes y brindar una atención de calidad a los pacientes⁶⁰⁰.

El contexto político de la época también jugó un papel crucial en la configuración de las políticas de salud pública. La estabilidad política y el compromiso del gobierno con las reformas sociales crearon un entorno favorable para la implementación de programas de salud ambiciosos. Las políticas de bienestar social promovidas por el gobierno central fueron adoptadas y adaptadas por las autoridades locales en Caldas, asegurando una coherencia en las estrategias de salud pública a nivel nacional y regional. Esta alineación de políticas permitió una distribución más equitativa de los recursos y una coordinación más efectiva en la ejecución de los programas de salud⁶⁰¹. En síntesis, veremos como este momento representó una etapa de consolidación y expansión del salubrismo y asistencialismo público en Caldas. Las políticas implementadas durante estos años

⁶⁰⁰ Joaquín Feroselle Bacardí, «Encuesta sobre educación sanitaria», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 31 (6), dic. 1951, 1951, <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11856/v31n6p521.pdf?sequence=1>.

⁶⁰¹ Andrés Prieto Ruiz, «Trading and military cooperation between Colombia and the United States, 1946-1953», *Análisis Político*, 2013, <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/74600>.

no solo mejoraron las condiciones de salud de la población, sino que también sentaron las bases para un sistema sanitario más robusto y eficiente. Este capítulo analiza en detalle las transformaciones y avances logrados en este periodo, proporcionando una visión integral de cómo las políticas de salud pública evolucionaron en respuesta a los desafíos económicos, políticos y sociales de la época. El compromiso del gobierno con la salud pública, la participación de la comunidad y las inversiones significativas en infraestructura y personal sanitario fueron elementos clave que permitieron el éxito de las políticas de salud durante este periodo. Estos avances sentaron las bases para futuras mejoras y consolidaron un sistema de salud más equitativo y accesible para todos los habitantes de Caldas.

El periodo de 1946 a 1951 en el Departamento de Caldas estuvo marcado por un enfoque en la consolidación de la infraestructura económica y el fortalecimiento de la administración financiera, reflejado en las altas asignaciones presupuestarias a sectores como el Departamento de Hacienda y el Departamento de Obras Públicas. El Departamento de Hacienda recibió entre el 16% y el 28% del presupuesto anual, con el fin de garantizar la estabilidad fiscal y la gestión eficiente de los recursos, lo cual era crucial para financiar los proyectos de infraestructura. En paralelo, el Departamento de Obras Públicas también recibió una porción significativa del presupuesto, alcanzando un 28% en 1946, lo que subraya la prioridad de desarrollar carreteras, puentes y sistemas de riego para apoyar la agricultura y el comercio en la región. Estos esfuerzos se dirigieron a mejorar la conectividad y facilitar el acceso a servicios clave como la educación y la salud, fomentando el desarrollo económico y social⁶⁰².

⁶⁰² Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1946» (Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1946), Archivo de la Gobernación de Caldas.

Sin embargo, en contraste con los sectores de Hacienda y Obras Públicas, el Departamento de Justicia y el Departamento de Higiene y Asistencia Social recibieron las asignaciones más bajas del presupuesto, lo que reflejó una menor prioridad para la justicia y la salud pública en comparación con otros sectores. El Departamento de Justicia recibió apenas entre el 0% y el 1% del presupuesto, lo que limitó su capacidad para ofrecer servicios judiciales eficientes, afectando la equidad y la percepción pública de la justicia. Por otro lado, el Departamento de Higiene y Asistencia Social recibió entre el 4% y el 7% del total, lo que muestra que, aunque se le asignó un presupuesto algo mayor que en periodos anteriores, la salud y la asistencia social seguían siendo áreas de bajo presupuesto. Esta asignación reducida limitó la expansión de los servicios de salud y la asistencia social, afectando a las poblaciones más vulnerables y restringiendo la capacidad del gobierno para abordar de manera efectiva las necesidades de salud pública en la región⁶⁰³.

Al comparar el periodo de 1946 a 1951 con el de 1906 a 1934, se observó una continuidad en la priorización de sectores clave como la infraestructura y la administración financiera, mientras que las áreas de salud y justicia continuaron recibiendo una atención insuficiente. Aunque la asignación a la salud y la beneficencia mostró una mejora gradual en el periodo de 1935 a 1945, estas áreas seguían siendo menos prioritarias que sectores como Hacienda y Obras Públicas, que recibieron mayores recursos para el desarrollo económico y la infraestructura. Este patrón continuó en la década de 1940, donde, a pesar de algunos avances en la atención a la salud mental y en las campañas de prevención de enfermedades, la inversión en salud pública seguía siendo baja en comparación con la de otras áreas esenciales para el crecimiento económico y la estabilidad financiera del departamento.

⁶⁰³ Análisis de las Gacetas Departamentales de Caldas de 1946 a 1951.

El análisis presupuestal de 1946 a 1951 evidenció que aunque el gobierno de Caldas logró avances importantes en infraestructura y estabilidad fiscal, la baja asignación a la salud pública y la justicia revela deficiencias significativas en la política social del gobierno. Las grandes asignaciones a Hacienda y Obras Públicas reflejan un enfoque en el desarrollo económico inmediato, mientras que las asignaciones limitadas para la salud pública y la justicia demostraron que estas áreas no fueron vistas como prioridades críticas para el bienestar general de la población. Este enfoque permitió ciertos avances en infraestructura y estabilidad económica, pero también dejó a los sectores más vulnerables de la población con un acceso insuficiente a servicios esenciales, lo que podría haber afectado el desarrollo humano y la equidad social en el largo plazo.

Con respecto al presupuesto asignado a la salud en ese mismo periodo el Departamento de Caldas experimentó una evolución significativa en su asignación presupuestaria para salud pública y asistencia social, reflejando el impacto de reformas clave como el Decreto 1375 de 1945⁶⁰⁴ y la Ley 27 de 1946⁶⁰⁵. Estos cambios, que centralizaron la gestión sanitaria y promovieron la reorganización de la justicia laboral, condujeron a una mayor eficiencia en el uso de recursos y una expansión de la infraestructura sanitaria. A lo largo de estos años, se observaron fluctuaciones en las asignaciones, con un notable aumento en la inversión en salud pública, especialmente en 1949, cuando el presupuesto alcanzó su máximo, reflejando la prioridad de mejorar la infraestructura hospitalaria, financiar campañas sanitarias y expandir los servicios de salud en áreas rurales⁶⁰⁶. Las inversiones en la construcción y dotación de hospitales, junto con la asignación de recursos para programas de prevención de enfermedades y la mejora de los servicios

⁶⁰⁴ Presidente Alfonso López Pumarejo, «Decreto 1375 de 1945 (junio 07) Por el cual se crea la Dirección Nacional de Salubridad».

⁶⁰⁵ Congreso de Colombia, «Ley 27 de 1946 - Diario Oficial. Año LXXXII. N. 26299.7, Diciembre, 1946. Pág. 1.», 26.

⁶⁰⁶ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1949» (Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1949), Archivo de la Gobernación de Caldas.

médicos en comunidades vulnerables, fueron clave para mejorar las condiciones sanitarias y sociales en Caldas⁶⁰⁷. A pesar de estas mejoras, la asignación a la salud y la asistencia social seguía siendo relativamente baja comparada con otros sectores, como Hacienda y Obras Públicas, lo que evidenció que la infraestructura económica y la estabilidad fiscal seguían siendo prioridades en la región.

El impacto de las reformas administrativas, en particular el fortalecimiento de la Dirección Nacional de Salubridad y la creación de un Consejo Técnico de Salud Pública, permitió una mejor coordinación de las políticas sanitarias y sociales, asegurando que las inversiones en salud fueran más eficaces y sostenibles. La mejora en la infraestructura hospitalaria y los avances en programas de salud preventiva reflejan un compromiso constante con la mejora de la calidad de vida de los habitantes de Caldas. Aunque los recursos destinados a la salud pública y la justicia laboral aumentaron, la falta de una asignación más equitativa limitó el alcance de las mejoras, especialmente en el ámbito de la justicia y la salud de las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, las políticas implementadas sentaron las bases para un sistema de salud más robusto y accesible, promoviendo un desarrollo económico y social más equilibrado y contribuyendo a la sostenibilidad de la región en el largo plazo.

Lo anterior profesionalización y mejora de las políticas salubres asistenciales se notó en el rubro de sueldos y campañas sanitarias. Este fue el más destacado en el presupuesto de Caldas entre 1946 y 1951, representando una proporción significativa del total asignado. En 1946, se destinaron \$550,000 para estos rubros, lo que equivalió al 89.8% del presupuesto⁶⁰⁸, y esta cifra aumentó a \$800,000 en 1948⁶⁰⁹. A lo largo de este periodo, las asignaciones continuaron siendo

⁶⁰⁷ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas y Ramirez Ramirez, «Informe a la Asamblea de 1949».

⁶⁰⁸ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1946».

⁶⁰⁹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1948» (Imprenta Departamental de

altas, reflejando un compromiso con la profesionalización del personal sanitario y la expansión de programas de salud pública. En comparación con el periodo 1935-1940, donde las campañas preventivas comenzaron a ganar importancia, en este periodo se consolidaron y expandieron, mejorando la calidad de los servicios de salud y la eficacia de las intervenciones preventivas. La inversión en sueldos no solo permitió atraer y retener personal calificado, sino también ampliar la capacidad operativa del sistema de salud, asegurando una cobertura más amplia y efectiva⁶¹⁰.

Como afirmó el director de higiene de 1946 hubo problemas presupuestarios y de organización efectiva dentro del departamento de higiene y asistencial social en su mejor momento,

Ya hemos anotado la carencia de personal y de locales apropiados para el funcionamiento de los Centros de Salubridad y es necesario añadir una causa más de su deficiente funcionamiento: la falta de equipos para las distintas campañas. Esta deficiencia impidió que muchos elementos vinieran a estos países. Esperamos que en este periodo de paz que se inicia, podamos dotarlos de los elementos indispensables que permitían obtener el completo éxito de las labores encomendadas a estos organismos⁶¹¹.

Durante este periodo las campañas sanitarias en Caldas enfrentaron varias dificultades, incluyendo la falta de un laboratorio de toxicología en el departamento, lo que dificultaba la capacidad de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. La ausencia de esta infraestructura afectaba tanto a la atención médica como a las diligencias medicolegales, generando perjuicios para los pacientes y complicando la labor de las autoridades⁶¹². Además, las campañas contra

Caldas, 10 de enero de 1948), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁶¹⁰ Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo Lopez, y Felix Henao Toro, «Informe de 1939».

⁶¹¹ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe de la secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946», Gubernamental (Manizales - Caldas: secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946), 17.

⁶¹² Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 90.

enfermedades venéreas, como la sífilis y la gonorrea, presentaron retos adicionales debido a su enfoque misógino, que controlaba rigurosamente a las mujeres públicas y las trataba de manera desigual. La lucha antivenérea, aunque organizada, seguía siendo deficiente debido a la escasez de recursos, y los servicios estaban limitados por la falta de locales apropiados. La situación de las mujeres públicas sin domicilio fijo, que escapaban al control, representaba un obstáculo importante para la efectividad de las campañas⁶¹³.

Aunque las condiciones sanitarias en el departamento eran aceptables, existían deficiencias significativas, como la sobrecarga del hospital de Pereira y la necesidad urgente de continuar con la construcción de hospitales en Manizales. También se identificaron necesidades clave, como la creación de un manicomio departamental y la centralización de los exámenes médicos en las regiones correspondientes. A pesar de estas limitaciones, el sistema de Centros de Higiene en el departamento funcionaba de manera aceptable, aunque con recursos insuficientes. Con un aporte económico adecuado y un personal mejor capacitado, se podían lograr avances sustanciales en la salud pública, mejorando la infraestructura y ampliando el alcance de las campañas preventivas. Estas campañas, particularmente en vacunación y educación sanitaria, fueron cruciales para reducir la incidencia de enfermedades infecciosas y mejorar los indicadores de salud, empoderando a la comunidad y promoviendo una cultura de salud preventiva en la región⁶¹⁴.

La inversión en infraestructura sanitaria fue clave para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud en Caldas. Se asignaron fondos significativos para la construcción y mejora de hospitales y otros establecimientos, con proyectos destacados como los \$75,000 para el Hospital

⁶¹³ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe a la Asamblea de 1948», 194.

⁶¹⁴ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas y Ramirez Ramirez, «Informe a la Asamblea de 1949», 98-105.

de Zona de Armenia en 1948⁶¹⁵ y los \$100,000 para el Hospital de Zona de Pereira en 1949⁶¹⁶. Estas inversiones reflejaron un enfoque más equitativo y sistemático hacia la salud pública, mejorando la accesibilidad, especialmente en áreas rurales y menos centralizadas. Además, se destinaron fondos para hospitales en localidades más pequeñas, como Filadelfia y Marsella, lo que permitió una atención más especializada y redujo las disparidades en salud.

Aparte de la construcción de hospitales, también se realizaron inversiones en infraestructura básica de saneamiento, especialmente en áreas de bajos recursos, proporcionando materiales para mejorar las condiciones de vida. La Secretaría de Salubridad intensificó su cooperación para el saneamiento de viviendas, ayudando a las familias más desfavorecidas a construir instalaciones básicas como letrinas y alcantarillados. Este esfuerzo fue supervisado por los revisores nacionales de salubridad, quienes garantizaron la correcta implementación de estos proyectos. En resumen, las inversiones en infraestructura sanitaria durante este periodo no solo mejoraron la capacidad del sistema de salud para atender a la población, sino que también contribuyeron al bienestar general, con un enfoque en la descentralización y el acceso equitativo a los servicios de salud⁶¹⁷.

Los auxilios a establecimientos de asistencia social fueron esenciales para garantizar la atención a las poblaciones más vulnerables, como niños huérfanos y ancianos. En 1946, se asignaron fondos importantes, como \$2,000 al Asilo de Ancianos de Pereira y \$5,000 al Orfanato y Hospital Infantil de Armenia. A lo largo de los años, estas asignaciones se incrementaron, reflejando una mayor distribución de recursos a diversas instituciones en localidades fuera de las

⁶¹⁵ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1948».

⁶¹⁶ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1949».

⁶¹⁷ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, «Informe a la Asamblea de 1948».

principales ciudades, lo que mejoró la equidad en la atención social⁶¹⁸. En 1947, el departamento contaba con una red de hospitales y otros centros de asistencia, y se estaban construyendo nuevos puestos de socorro en áreas rurales, como Génova, Marquetalia, y Pijao⁶¹⁹.

A pesar de estos esfuerzos, los hospitales en Caldas enfrentaban serias deficiencias en su infraestructura y servicios, especialmente en cuanto a salas para enfermedades infectocontagiosas y servicios quirúrgicos. Como respuesta, la Secretaría de Salud propuso la creación de hospitales de zona, un paso importante para mejorar la calidad de los servicios. Las asignaciones también incluyeron fondos para el sostenimiento de instituciones como orfanatos y asilos de ancianos, garantizando su continuidad y la mejora de sus instalaciones⁶²⁰. En 1950, por ejemplo, se asignaron \$12,000 al asilo de ancianos de Pereira y \$10,000 a la sala de maternidad del hospital de Manizales⁶²¹. En 1951, se destinó dinero para la terminación del Hospital de Aguadas y la construcción de uno en La Dorada, ampliando la red de asistencia en áreas rurales y asegurando el acceso a servicios de salud para las poblaciones más alejadas.

Las asignaciones para medicina escolar y salud preventiva fueron fundamentales para mejorar la salud infantil y promover la prevención de enfermedades en la región. En 1948, se asignaron \$397,920 para sueldos en medicina escolar⁶²², cifra que aumentó a \$343,160 en 1951, lo que permitió implementar programas de salud escolar más efectivos. Estos programas incluyeron vacunaciones masivas contra enfermedades como la viruela, fiebre tifoidea, tos ferina

⁶¹⁸ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1946».

⁶¹⁹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1947» (Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1947), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁶²⁰ Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas y Ramirez Ramirez, «Informe a la Asamblea de 1949», 120-26.

⁶²¹ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1950» (Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1950), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁶²² Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1948».

y difteria, además de exámenes médicos regulares y educación en higiene⁶²³. Las comisiones médicas escolares en ciudades clave como Manizales, Pereira y Armenia jugaron un papel crucial en estas iniciativas, brindando atención médica integral a los estudiantes, incluyendo servicios odontológicos y de vacunación⁶²⁴.

Además de la medicina escolar, el periodo vio un fuerte impulso en la infraestructura de salud pública a través de los Centros de Higiene en varias localidades, que vigilaban el cumplimiento de las normas sanitarias y promovían el saneamiento básico. Estos centros también desempeñaron un papel crucial en la educación sanitaria, llevando a cabo campañas de vacunación y saneamiento en la comunidad⁶²⁵. En 1950, se asignaron \$200,000 para la construcción del hospital departamental de Manizales, lo que permitió mejorar las instalaciones y la atención médica⁶²⁶. Estas iniciativas fueron respaldadas por asignaciones para campañas sanitarias y auxilios asistenciales, que alcanzaron \$442,000 en 1949, reflejando el compromiso del gobierno con la salud pública y la educación sanitaria⁶²⁷. Estas inversiones no solo ayudaron a reducir la incidencia de enfermedades, sino que también fomentaron una cultura de prevención y autocuidado, mejorando los resultados de salud a largo plazo en la comunidad.

El periodo de 1946 a 1951 en el Departamento de Caldas evidenció un avance significativo en la mejora de los servicios de salud en comparación con el periodo anterior (1935-1940). Durante estos años, las asignaciones presupuestarias crecieron considerablemente, lo que permitió una

⁶²³ Presidente Laureano Gómez, *Un año de gobierno 1950-1951, Segundo Tomo, Informes de las labores Desarrolladas en los Departamentos y Territorios Nacionales de 7 agosto de 1950 al 7 agosto de 1951* (Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia, 1951).

⁶²⁴ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1951» (Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1951), Archivo de la Gobernación de Caldas.

⁶²⁵ Marian Ospina Pérez, Decreto 699 de 1949 por el cual se reglamentan los artículos 2° a 5° del Decreto-ley 2473, de 19 de julio de 1948, elevado a categoría de norma permanente por el Decreto legislativo 4133, de 16 de diciembre del mismo año.

⁶²⁶ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1950».

⁶²⁷ Asamblea Departamental de Caldas, «Gaceta Departamental de Caldas de 1949».

mayor profesionalización del sector sanitario, la expansión de la infraestructura de salud y la implementación de programas preventivos. El aumento de fondos para sueldos y campañas sanitarias facilitó la contratación y retención de personal calificado, mejorando la calidad de los servicios. Además, la inversión en infraestructura sanitaria permitió una mayor cobertura, especialmente en áreas rurales y menos centralizadas.

A diferencia del periodo 1935-1940, cuando los recursos eran limitados y las iniciativas estaban en sus primeras fases, el periodo 1946-1951 consolidó los esfuerzos en salud pública, transformando las políticas de salud en un enfoque más proactivo y sistemático. Las mayores asignaciones para salud mental, higiene, prevención de enfermedades y auxilios a establecimientos de asistencia social reflejaron un compromiso sostenido con la mejora del bienestar de la población. Este periodo representó una distribución más equitativa de los recursos, promoviendo una cobertura sanitaria más amplia y accesible para todos los habitantes de Caldas.

El periodo de 1946 a 1951 en el Departamento de Caldas marcó una etapa de consolidación y expansión significativa en el sector de la salud pública y la asistencia social. Durante estos años, las asignaciones presupuestarias crecientes para sueldos, campañas sanitarias, infraestructura sanitaria y auxilios a establecimientos de asistencia social reflejaron un compromiso continuo con la mejora de la salud y el bienestar de la población. En comparación con el periodo anterior (1935-1940), se observó una evolución notable en la profesionalización del sector sanitario, la expansión de la infraestructura de salud y la implementación de programas preventivos. Esto permitió una mayor cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales y menos centralizadas, promoviendo una cobertura sanitaria más equitativa.

Una de las principales áreas de impacto fue la medicina escolar y la salud preventiva, con asignaciones significativas que permitieron la implementación de programas de vacunación, educación sanitaria y prevención de enfermedades en las escuelas. Estos esfuerzos contribuyeron a mejorar la salud infantil y fomentaron una cultura de autocuidado y prevención desde temprana edad. Además, las comisiones médicas escolares en ciudades como Manizales, Pereira y Armenia desempeñaron un papel crucial en la promoción de la salud escolar, extendiendo su alcance a zonas rurales. Sin embargo, la carencia de recursos para la formación de inspectores de higiene y los bajos salarios afectaron la eficacia de los programas de salud pública, lo que llevó a la creación de un curso de formación de inspectores para mejorar la calidad del personal sanitario y la implementación de las políticas de higiene y prevención.

En términos de infraestructura, las inversiones en la construcción y mejora de hospitales y centros de salud fueron clave para ampliar la cobertura de servicios médicos en el departamento. En este periodo, se destinaron importantes recursos para la construcción de hospitales en ciudades como Manizales, Pereira y Armenia, así como en áreas rurales, asegurando que más comunidades tuvieran acceso a atención médica de calidad. Además, los auxilios a establecimientos de asistencia social garantizaron la continuidad de los servicios ofrecidos a las poblaciones vulnerables, como niños huérfanos y ancianos. En conclusión, el periodo de 1946 a 1951 sentó las bases para un sistema de salud más robusto y eficiente, que no solo abordó las necesidades sanitarias inmediatas, sino que también promovió una cultura de prevención y salud pública que perduraría en las décadas siguientes.

5.4. Conclusiones del capítulo quinto

El análisis de las intervenciones en salud pública en el Departamento de Caldas entre 1906 y 1950 ofrece un panorama rico y matizado de la transición desde un modelo de beneficencia caritativa y filantrópica hacia un esquema más profesionalizado, higienista y asistencialista. Este periodo marcó un cambio de paradigma en la manera en que las instituciones locales y nacionales abordaron los problemas de salud, adaptándose a las demandas de un contexto social, económico y político en constante transformación.

En las primeras décadas, la salud pública en Caldas estuvo dominada por un enfoque centrado en la caridad, profundamente influenciado por instituciones religiosas y filantrópicas. Este modelo, aunque esencial en su tiempo, respondió principalmente a las necesidades inmediatas de la población vulnerable, sin contar con una estructura de prevención o un enfoque sistemático de salud pública. La creación del Departamento de Beneficencia de Caldas y las primeras asignaciones presupuestales destinadas a hospitales y asilos reflejaron estos esfuerzos iniciales, pero también evidenciaron la fragmentación y limitaciones de los recursos, dependientes en gran medida de donaciones privadas y de la gestión local.

A partir de la década de 1920, con la profesionalización del sector sanitario y la introducción de políticas higienistas, se comenzó a sentar un marco más estructurado para abordar los problemas de salud. La Ley 33 de 1913 y la Ley 84 de 1914, junto con la creación de oficinas de higiene departamentales, representaron un giro hacia una mayor centralización y tecnificación de las intervenciones en salud pública. Las campañas de educación sanitaria, la atención a enfermedades transmisibles y la lucha contra epidemias como la tuberculosis marcaron un cambio

en la estrategia de gestión sanitaria, enfatizando la importancia de la prevención y la promoción de la salud.

Durante el periodo de 1930 a 1934, se consolidaron las bases de un modelo más integral de salud pública en Caldas. Las asignaciones presupuestales mostraron un aumento en la inversión en infraestructura sanitaria, la descentralización de recursos hacia hospitales municipales en áreas rurales y un mayor interés en la profesionalización del personal médico y administrativo. Este periodo también estuvo caracterizado por una creciente preocupación por la salud infantil, reflejada en programas como las Gotas de Leche y las campañas contra enfermedades venéreas, que se convirtieron en pilares de la intervención estatal.

El lapso comprendido entre 1935 y 1945, conocido como la era del Higienismo Salubrista Asistencial, representó una etapa de consolidación y expansión de estas políticas. En un contexto marcado por los impactos de la Gran Depresión y la Segunda Guerra Mundial, las autoridades de Caldas adoptaron medidas orientadas no solo a la prevención de enfermedades, sino también a la ampliación de la cobertura sanitaria. La creación del Departamento de Higiene y Asistencia Social y la implementación de campañas masivas de vacunación y educación sanitaria reflejaron un esfuerzo conjunto por parte del gobierno nacional y departamental para mejorar las condiciones de vida de la población.

La descentralización de recursos hacia municipios más pequeños, como Chinchiná, Anserma y Salamina, evidenció un compromiso por parte de las autoridades con la equidad territorial en el acceso a la salud. Además, las campañas educativas y de prevención, junto con la integración de la comunidad en estos esfuerzos, sentaron las bases para un modelo de salud más participativo y sostenible. Este periodo también marcó un avance significativo en la atención a la

salud mental, con un aumento notable en el presupuesto destinado al sostenimiento de enajenados y la mejora de las infraestructuras relacionadas.

Entre 1946 y 1950, con la consolidación del Ministerio de Higiene y la adopción de un enfoque más centralizado y especializado, se alcanzaron logros importantes en términos de profesionalización, prevención y acceso a servicios de salud. Las campañas contra enfermedades infecciosas como la sífilis, la lepra y el pian, junto con la construcción de hospitales y dispensarios, reflejaron una visión más integral de la salud pública que priorizaba tanto la asistencia médica como la promoción de la higiene y la educación sanitaria.

El balance de este periodo revela tanto avances significativos como desafíos persistentes. Por un lado, la creciente asignación de recursos y la diversificación de las estrategias de intervención permitieron mejoras sustanciales en los indicadores de salud, como la reducción de la mortalidad infantil y el control de epidemias. Por otro, las desigualdades en la distribución de recursos, especialmente entre zonas urbanas y rurales, limitaron la efectividad de algunas de estas políticas.

Este recorrido histórico demuestra cómo la salud pública en Caldas evolucionó de manera gradual pero significativa, integrando progresivamente la asistencia social con un enfoque preventivo y estructurado. Las políticas implementadas durante estas décadas no solo respondieron a las necesidades inmediatas de la población, sino que también establecieron las bases para un sistema de salud más robusto y equitativo, capaz de adaptarse a los desafíos futuros.

En última instancia, este capítulo no solo aporta una reconstrucción crítica de las políticas sanitarias de la primera mitad del siglo XX en Caldas, sino que también invita a reflexionar sobre las lecciones históricas aplicables a los debates actuales en torno a la equidad, la descentralización

y la sostenibilidad en la salud pública. Este legado de innovación y adaptación continúa siendo una fuente de aprendizaje para enfrentar los retos contemporáneos en la gestión de la salud en Colombia y América Latina.

Conclusiones

La presente investigación ha analizado de manera integral las políticas de salud pública implementadas en el departamento de Caldas durante la primera mitad del siglo XX, así como las enfermedades que afectaron a su población y las respuestas del Estado ante estos desafíos. A lo largo de los capítulos, se ha destacado la evolución geográfica, económica y demográfica de la región, la caracterización de las principales enfermedades, los discursos y prácticas políticas en torno a la salud, y el impacto de las políticas públicas.

En el primer capítulo, se establece el contexto geográfico, económico y demográfico de Caldas, demostrando cómo el crecimiento demográfico y las dinámicas económicas, especialmente vinculadas al cultivo del café, influyeron en la configuración de la región. Se observa un significativo aumento poblacional, especialmente en áreas urbanas como Manizales, impulsado por la migración y la mejora en las condiciones de vida. La modernización de la infraestructura, promovida por las políticas de salubridad, fue una pieza clave en este proceso.

El segundo capítulo se enfoca en las enfermedades predominantes en Caldas durante este periodo, como las enfermedades parasitarias, de transmisión hídrica y sexual. Las condiciones socioeconómicas y ambientales precarias, junto con la falta de infraestructura básica, fueron factores determinantes en la propagación de estas patologías. A pesar de los esfuerzos de las autoridades sanitarias por implementar medidas de prevención y tratamiento, las limitaciones presupuestarias y la insuficiente inversión estatal continuaron siendo obstáculos significativos.

En el tercer capítulo, se examinan los discursos y las políticas del Estado colombiano y las gobernaciones de Caldas en relación con la salud pública. Se destaca la transición de un enfoque caritativo hacia uno más preventivo y comprometido socialmente. Las iniciativas nacionales, aunque bien intencionadas, enfrentaron desafíos en su implementación a nivel regional debido a limitaciones de recursos y coordinación. Este capítulo resalta la evolución de las estrategias discursivas y administrativas en torno a la salud pública en Caldas.

El cuarto capítulo se centra en las prácticas políticas, legales y presupuestarias desarrolladas para enfrentar los problemas de salud. La creación de la Repartición de Higiene y las campañas de vacunación reflejan un esfuerzo por mejorar las condiciones de salud, aunque la limitada asignación de fondos y la dependencia de recursos privados restringieron su impacto. Se analiza la correspondencia entre los discursos nacionales y regionales y la asignación práctica de los fondos públicos, evidenciando las brechas y desafíos en la implementación efectiva de las políticas sanitarias.

Finalmente, el quinto capítulo presenta un balance cualitativo y comparativo de la efectividad de las políticas de salud pública en Caldas. Aunque hubo avances en infraestructura y administración financiera, las asignaciones presupuestarias para la salud pública y la asistencia social fueron consistentemente bajas. Esto reflejó una visión de desarrollo centrada en la infraestructura y la estabilidad económica, a expensas de la inversión necesaria en servicios sociales y de salud. Se reconoce que superar estas brechas es esencial para el desarrollo de políticas de salud pública efectivas y sostenibles.

La investigación muestra que las políticas de salud pública en Caldas durante la primera mitad del siglo XX estuvieron influenciadas por diversos factores socioeconómicos y políticos. La centralidad del cultivo del café en la economía regional creó un entorno en el que las mejoras en infraestructura y salubridad fueron cruciales para sostener el crecimiento económico. Sin embargo, estas mejoras no siempre se tradujeron en una mejor salud pública, debido a las persistentes desigualdades y la falta de recursos adecuados.

La transición de un enfoque caritativo a uno preventivo refleja un cambio significativo en la manera en que el Estado y las autoridades locales percibían y gestionaban los problemas de salud. Este cambio, sin embargo, fue lento y enfrentó numerosos obstáculos, incluyendo la resistencia de sectores conservadores y la falta de financiamiento adecuado. La limitada efectividad de las políticas sanitarias en Caldas puede atribuirse en parte a estas tensiones y a la insuficiente coordinación entre los diferentes niveles de gobierno.

La relación entre las condiciones socioeconómicas y la prevalencia de enfermedades en Caldas subraya la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud. Las mejoras en infraestructura, aunque necesarias, no son suficientes por sí solas para mejorar la salud pública. Se requiere un enfoque más holístico que incluya la educación sanitaria, la mejora de las condiciones de vida y el acceso a servicios médicos de calidad. La educación sanitaria, en particular, juega un papel crucial en la prevención de enfermedades y en la promoción de prácticas de higiene adecuadas.

Los hallazgos de este estudio tienen importantes implicaciones tanto prácticas como teóricas. En términos prácticos, subrayan la necesidad de una mayor inversión en infraestructura de salud y en programas preventivos, especialmente en regiones con altos índices de enfermedades transmisibles. También destacan la importancia de una coordinación efectiva entre los niveles de gobierno para garantizar que las políticas de salud sean implementadas de manera eficiente. La inversión en infraestructura sanitaria debe ir acompañada de iniciativas de educación sanitaria que promuevan prácticas de higiene y prevención de enfermedades.

Teóricamente, esta investigación contribuye a la comprensión de la evolución de las políticas de salud pública en contextos de desarrollo. Ilustra cómo los factores económicos y políticos pueden influir en la efectividad de estas políticas y cómo las dinámicas regionales específicas deben ser consideradas en el diseño e implementación de estrategias sanitarias. Además, este estudio enfatiza la relevancia de adoptar un enfoque integral que considere los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. La relación entre las políticas de salud pública y los contextos socioeconómicos destaca la necesidad de enfoques multidisciplinarios para abordar los problemas de salud de manera efectiva.

A pesar de los hallazgos significativos, esta investigación también tiene algunas limitaciones que deben ser reconocidas. Primero, la disponibilidad y calidad de las fuentes históricas pueden haber influido en la interpretación de los datos. Algunas áreas específicas pueden haber sido subrepresentadas debido a la falta de documentación adecuada. Segundo, la investigación se centra en un periodo y región específicos, lo que limita la generalización de los resultados a otros

contextos. Sin embargo, las conclusiones extraídas proporcionan una base sólida para estudios comparativos futuros.

Además, la falta de datos cuantitativos precisos sobre ciertos aspectos de la salud pública en Caldas durante este periodo impidió un análisis más detallado. Finalmente, las limitaciones metodológicas inherentes a los estudios históricos, como la interpretación subjetiva de las fuentes y la imposibilidad de realizar experimentos controlados, también deben ser consideradas. Estas limitaciones sugieren la necesidad de estudios adicionales que puedan abordar estas brechas y proporcionar una visión más completa de la evolución de las políticas de salud pública en regiones en desarrollo.

La investigación sobre la historia de la salud pública en Caldas ofrece una oportunidad única para reflexionar sobre la evolución de las políticas sanitarias y su impacto en la población. Este análisis histórico revela cómo las respuestas a los desafíos de salud pública han sido moldeadas por factores económicos, políticos y sociales, y cómo estas respuestas han evolucionado a lo largo del tiempo para adaptarse a las cambiantes circunstancias. Uno de los temas recurrentes en este estudio es la importancia de la equidad en la formulación de políticas de salud pública. Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y en los resultados de salud entre diferentes grupos de la población son un problema persistente que las políticas sanitarias deben abordar. La historia de Caldas muestra que, aunque se lograron algunos avances en la mejora de la salud pública, las disparidades entre las áreas urbanas y rurales y entre los distintos grupos socioeconómicos persisten y requieren atención continua.

Otro tema clave es la necesidad de sostenibilidad en las políticas de salud pública. Las mejoras a corto plazo pueden ser beneficiosas, pero para lograr un impacto duradero, las políticas deben ser sostenibles a largo plazo. Esto incluye no solo la financiación adecuada, sino también la creación de sistemas de salud que puedan adaptarse a las cambiantes necesidades de la población y a los nuevos desafíos de salud que puedan surgir. La colaboración entre diferentes niveles de gobierno y con la comunidad es esencial para el éxito de las políticas de salud pública. La investigación muestra que las políticas más efectivas fueron aquellas que involucraron a las comunidades locales en el proceso de planificación e implementación. Esto no solo asegura que las políticas sean más pertinentes y aceptadas por la población, sino que también fortalece la capacidad local para responder a futuros desafíos de salud.

Además, subraya la importancia de la innovación en la salud pública. A medida que las condiciones sociales y económicas evolucionan, también deben hacerlo las estrategias de salud pública. La adopción de nuevas tecnologías, el desarrollo de nuevos enfoques para la educación sanitaria y la implementación de prácticas basadas en evidencia son cruciales para mantener y mejorar la salud pública. El papel de la educación en la mejora de la salud pública es otro aspecto destacado en este estudio. La educación sanitaria no solo ayuda a prevenir enfermedades, sino que también empodera a las comunidades para tomar decisiones informadas sobre su salud. La historia de Caldas muestra cómo las campañas de educación sanitaria y la promoción de hábitos saludables fueron fundamentales para lograr mejoras sostenibles en la salud pública.

La historia de la salud pública en Caldas durante la primera mitad del siglo XX ofrece importantes lecciones para el presente y el futuro. Al comprender cómo las políticas sanitarias han

evolucionado en respuesta a los desafíos sociales y económicos, podemos desarrollar estrategias más efectivas y equitativas para enfrentar los problemas de salud contemporáneos. La salud pública no es solo una cuestión de atención médica; es un reflejo de las condiciones sociales, económicas y políticas en las que vivimos. La investigación destaca la importancia de un enfoque integral que considere tanto los determinantes sociales de la salud como las intervenciones médicas. Las mejoras en salud pública requieren un enfoque multifacético que aborde las condiciones subyacentes que afectan la salud, incluidas las condiciones de vida, el acceso a la educación y las oportunidades económicas. Al adoptar este enfoque, podemos avanzar hacia una sociedad más equitativa y saludable.

Para concluir, es importante subrayar que la investigación sobre la historia de la salud pública en Caldas no solo tiene un valor académico, sino también práctico. Las lecciones aprendidas a lo largo de este estudio pueden y deben ser aplicadas para mejorar las políticas de salud pública en la actualidad. Al identificar los factores que contribuyeron al éxito o fracaso de las políticas en el pasado, los responsables de la formulación de políticas pueden diseñar estrategias más efectivas para abordar los desafíos contemporáneos. La historia de Caldas durante la primera mitad del siglo XX demuestra que la salud pública es un campo dinámico que requiere adaptabilidad, innovación y colaboración. Las políticas que tuvieron éxito en este periodo fueron aquellas que supieron adaptarse a los cambios sociales y económicos, innovar en la respuesta a las enfermedades y colaborar con diversos actores, desde organismos internacionales hasta comunidades locales. Este enfoque integral y colaborativo sigue siendo relevante hoy en día, cuando la interconexión global y los rápidos cambios sociales y económicos presentan nuevos desafíos y oportunidades para la salud pública.

Destaca la necesidad de una visión a largo plazo en la formulación de políticas de salud pública. Las mejoras en la salud de la población no se logran de la noche a la mañana; requieren un compromiso sostenido y una planificación cuidadosa. Los responsables de la formulación de políticas deben estar dispuestos a invertir en soluciones a largo plazo que puedan ofrecer resultados sostenibles y equitativos. Otro aspecto crucial es la importancia de la educación y la comunicación en salud pública. Las campañas de educación sanitaria y la promoción de hábitos saludables no solo ayudan a prevenir enfermedades, sino que también fomentan una cultura de salud y bienestar en la comunidad. Al empoderar a las personas con conocimientos y recursos para cuidar su propia salud, se puede lograr un impacto positivo y duradero en la salud pública.

Además de las lecciones específicas sobre la formulación e implementación de políticas de salud pública, este estudio también aporta una perspectiva más amplia sobre el desarrollo social y económico. La historia de la salud pública está intrínsecamente vinculada a la justicia social, y las políticas efectivas deben abordar las desigualdades estructurales que contribuyen a los problemas de salud. Este enfoque requiere una comprensión profunda de los contextos históricos, culturales y económicos que moldean la vida de las personas. La historia de Caldas revela cómo las decisiones políticas en salud pública pueden tener efectos duraderos en la población. Las inversiones en infraestructura sanitaria, educación y servicios de salud en la primera mitad del siglo XX sentaron las bases para mejoras en la salud pública que se extendieron mucho más allá del periodo de estudio. Estas acciones muestran la importancia de un compromiso sostenido y una visión estratégica en la formulación de políticas de salud.

Otra lección clave de este estudio es la importancia de la resiliencia en los sistemas de salud. La capacidad de adaptarse y responder a crisis y cambios imprevistos es esencial para mantener la salud pública. La historia de Caldas demuestra que los sistemas de salud que pueden innovar y adaptarse son más capaces de enfrentar desafíos como epidemias, desastres naturales y cambios económicos. La investigación también subraya el papel crítico de la comunidad en la salud pública. Las políticas más exitosas fueron aquellas que involucraron activamente a las comunidades locales, aprovechando su conocimiento y recursos para diseñar e implementar intervenciones efectivas. La participación comunitaria no solo mejora la pertinencia y aceptación de las políticas, sino que también fortalece la capacidad local para enfrentar futuros desafíos de salud.

Además, este estudio destaca la importancia de la cooperación internacional en la salud pública. Durante la primera mitad del siglo XX, la colaboración con organizaciones internacionales y otros países fue fundamental para introducir nuevas prácticas y tecnologías en Caldas. Esta cooperación ayudó a fortalecer la capacidad del sistema de salud local y a mejorar la salud de la población. Finalmente, la historia de la salud pública en Caldas ilustra la importancia de la continuidad en las políticas de salud. Las mejoras en la salud pública no se logran de manera aislada, sino a través de esfuerzos continuos y sostenidos a lo largo del tiempo. La estabilidad y la coherencia en las políticas de salud permiten una planificación efectiva y el desarrollo de programas que pueden adaptarse a las necesidades cambiantes de la población.

Para cerrar este análisis exhaustivo de la historia de la salud pública en Caldas, es esencial reflexionar sobre la relevancia y aplicabilidad de las lecciones aprendidas para el contexto actual

y futuro. La salud pública es un campo que evoluciona constantemente, y las políticas deben adaptarse a nuevos desafíos y oportunidades. A través de la comprensión profunda de las experiencias pasadas, podemos anticipar mejor las necesidades futuras y diseñar estrategias más robustas y resilientes. Una de las lecciones más importantes que se desprenden de este estudio es la necesidad de una visión integrada de la salud pública. Las políticas deben ser holísticas, considerando no solo las intervenciones médicas, sino también los determinantes sociales de la salud. Este enfoque multidimensional es crucial para abordar las complejidades de los problemas de salud modernos, que a menudo son el resultado de una interacción de factores biológicos, sociales y ambientales.

La resiliencia de los sistemas de salud es otro tema crucial. La capacidad de adaptarse y responder a emergencias y cambios en el entorno es esencial para mantener y mejorar la salud pública. Los sistemas de salud deben estar preparados para enfrentar crisis como pandemias, desastres naturales y otros desafíos imprevistos, asegurando que las respuestas sean rápidas, efectivas y equitativas. En términos de sostenibilidad, este estudio destaca la necesidad de políticas de salud pública que sean viables a largo plazo. Esto incluye no solo la financiación adecuada, sino también la formación continua de los profesionales de salud, la inversión en infraestructura y tecnología, y la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación que permitan ajustar las políticas según sea necesario.

En estos términos la historia de la salud pública en Caldas durante la primera mitad del siglo XX ofrece una riqueza de lecciones y perspectivas que pueden informar y mejorar las políticas de salud pública en la actualidad y en el futuro. Al aprender de estas experiencias,

podemos desarrollar estrategias más efectivas, equitativas y sostenibles para enfrentar los desafíos de salud contemporáneos. La salud pública es un esfuerzo colectivo que requiere la colaboración de múltiples actores y la integración de diversas estrategias. Con un enfoque integral, participativo y equitativo, podemos avanzar hacia un futuro más saludable y justo para todos.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación, resulta pertinente proponer una serie de recomendaciones que permitan ampliar el campo de estudio de la historia social de la salud en Colombia. Estas sugerencias no constituyen una conclusión definitiva, sino más bien una invitación a continuar explorando dimensiones complementarias y comparativas que surgen de las tensiones observadas entre discurso, política pública y realidad social.

Uno de los aportes centrales de esta investigación es haber evidenciado las limitaciones regionales de las políticas salubres, en contraste con las narrativas nacionales que exaltan el éxito del Estado en materia de salud pública durante la primera mitad del siglo XX. Por ello, es importante extender el modelo analítico aplicado en este trabajo a otras regiones periféricas del país. El estudio de zonas como el Caribe, la Amazonía o la Orinoquia permitiría identificar continuidades y rupturas en los procesos de salubridad, y contribuiría a construir una historia de la salud más descentralizada y diversa, que cuestione la visión hegemónica del Estado como garante uniforme del bienestar.

En esta misma línea, es recomendable establecer diálogos comparativos con experiencias internacionales, particularmente con países latinoamericanos que hayan desarrollado economías agrarias de exportación similares a la cafetera colombiana. Esta comparación permitiría analizar si los vínculos entre bonanza económica, infraestructura y salubridad presentan patrones repetitivos o, por el contrario, responden a contextos institucionales y culturales distintos. Tal ejercicio contribuiría a situar la historia regional de Caldas en un marco transnacional, ampliando así su relevancia historiográfica.

También se hace necesario profundizar en el análisis de las políticas económicas y los presupuestos gubernamentales como variables determinantes en la implementación de las estrategias de salud pública. Este enfoque permitiría comprender no solo la voluntad política detrás de las campañas sanitarias, sino también las capacidades reales del aparato estatal para ejecutarlas en los territorios. El cruce entre historia fiscal, historia institucional y salud pública puede arrojar luces sobre los mecanismos mediante los cuales se tradujeron los proyectos modernizadores en acciones concretas —o en su defecto, en promesas incumplidas—.

Otra línea de investigación sugerida se relaciona con la iconografía y la publicidad de medicamentos. Resulta de gran interés explorar cómo la promoción visual de productos farmacéuticos y prácticas higiénicas contribuyó a modelar las percepciones sociales sobre el cuerpo, la enfermedad y la cura. Afiches, folletos, artículos de prensa y campañas estatales representan un corpus valioso para el estudio de la cultura médica y del imaginario salubre en la primera mitad del siglo XX. Este tipo de análisis permitiría comprender los vínculos entre salud, consumo y pedagogía visual en un momento clave de transición hacia la medicalización moderna.

Asimismo, es importante investigar el impacto de las campañas educativas en la adopción de prácticas higiénicas y preventivas por parte de la población. Las escuelas, las parroquias y los medios de comunicación jugaron un papel esencial en la difusión de conocimientos médicos, aunque su influencia no siempre fue homogénea ni inmediata. Estudiar cómo estos agentes intervinieron en la transformación (o resistencia) de hábitos cotidianos permitiría identificar las formas de apropiación, reinterpretación o rechazo del discurso salubre por parte de distintas comunidades.

De igual forma, se propone desarrollar investigaciones sobre las formas tradicionales de atención a la salud que utilizaron las poblaciones rurales ante la insuficiencia o ausencia de servicios estatales. Remedios caseros, curanderos, parteras y conocimientos botánicos constituyen estrategias que merecen ser abordadas no como rezagos del pasado, sino como prácticas activas que coexistieron —y en muchos casos compitieron— con la medicina institucional. La interacción entre saberes tradicionales y biomédicos es una dimensión clave para comprender los límites del proyecto higienista y la forma en que las poblaciones negociaron su atención sanitaria.

En términos metodológicos, es fundamental incorporar perspectivas interdisciplinarias que permitan enriquecer el análisis histórico. La articulación con la antropología médica, la sociología de la salud, la historia ambiental y la geografía crítica puede ofrecer herramientas conceptuales y analíticas para estudiar las relaciones entre espacio, cultura, enfermedad y políticas públicas. Este enfoque favorece una mirada más compleja y situada sobre los procesos de salud y enfermedad.

Por último, es necesario prestar mayor atención a las variables de género, clase y etnia en el acceso a los servicios de salud. Las desigualdades estructurales que afectaron especialmente a mujeres, niños y campesinos deben ser examinadas desde una perspectiva interseccional que

permita entender cómo la exclusión o marginalidad en el campo sanitario se vinculó con formas más amplias de dominación social.

En conjunto, estas recomendaciones no solo buscan proyectar futuras líneas de investigación, sino también consolidar un enfoque crítico que cuestione los discursos triunfalistas del Estado en torno a la salud pública. La historia social de la salud, especialmente desde una perspectiva regional, sigue siendo un campo abierto para la reflexión, la comparación y el compromiso académico con la memoria de los territorios menos visibilizados por la historiografía nacional.

Bibliografía

- «53. Diarrea, disentería, mal de estómago, etc». En *Medicina popular en Colombia - Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*. Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, LVIII. Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y CUervo, Verbabuena, 1981.
- «69. Enfermedades de la mujer». En *Medicina popular en Colombia - Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*. Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, LVIII. Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y CUervo, Verbabuena, 1981.
- «83. Gripe, catarro». En *Medicina popular en Colombia - Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*. Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, LVIII. Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y CUervo, Verbabuena, 1981.
- «104. Llagas». En *Medicina popular en Colombia - Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*. Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, LVIII. Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y CUervo, Verbabuena, 1981.
- Abel, Christopher. «Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990». Bogotá: *Instituto de*, 1996. <https://core.ac.uk/download/pdf/144424672.pdf>.
- Administración Departamental de Higiene. «Informe de 1935». Gubernamental. Manizales - Caldas: Administración Departamental de Higiene, 1936.

Administración Departamental de Higiene, Alfonso Naranjo Lopez, y Felix Henao Toro. «Informe de 1939». Gubernamental. Manizales - Caldas: Administración Departamental de Higiene, 1939.

Administración Departamental de Higiene y Felix Henao Toro. «Informe de 1941». Gubernamental. Manizales - Caldas: Administración Departamental de Higiene, 1941.

Alcalde de Manizales. «Informe del Alcalde de Manizales». Gubernamental. Manizales - Caldas: Asamblea Departamental de Caldas, 1913.

Alfonso López Pumarejo. *Mensaje del Presidente López al Congreso Nacional 1934-1938*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1938.

Ali, Sofi Imtiyaz, B. Gopalakrishnan, y V. Venkatesalu. «Pharmacognosy, Phytochemistry and Pharmacological Properties of *Achillea Millefolium* L.: A Review: Achillea Millefolium L.: A Review». *Phytotherapy Research* 31, n.º 8 (agosto de 2017): 1140-61. <https://doi.org/10.1002/ptr.5840>.

Aliño Santiago, Miriam, Juana López Esquirol, Raymundo Navarro Fernández, y Pablo Duperval Maletá. «Aminoglucósidos: mirada actual desde su historia». *Revista Cubana de Pediatría* 79, n.º 2 (2007): 0-0.

Álvarez, Dulce María Delgadillo. «Historia breve de las enfermedades tropicales en América». *Apuntes de Ciencia & Sociedad* 5, n.º 2 (2015): 304-9.

Álvarez Hernández, Mario. «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946». En *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 27:7-26. Bogotá: Universidad Nacional, 2000.

———. «La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946». *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 27 (2000): 7-26.

Álvarez-Sousa, Antonio. «El constructivismo estructuralista: la teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu». *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 75 (1996): 145-72.

Araméndiz, Miguel Antonio Suárez, y Edwin Andrés Monsalvo Mendoza. «La higiene y el progreso. La institucionalización de la burocracia sanitaria en Manizales. 1920-1940». *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras* 18, n.º 1 (22 de agosto de 2013): 99-125.

Arando Lasagabaster, Maider, y Luis Otero Guerra. «Sífilis». *Enferm. infecc. microbiol. clín.* (Ed. impr.), 2019, 398-404.

Arcesio Londoño Palacio. *Informe de 1934 del Secretario de Gobierno al Gobernador*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1935.

———. *Mensaje del Gobernador de Caldas a la Asamblea del Departamento 1937*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1937.

Ariza Montañez, Vladimir Alejandro. «Atar a la sociedad: adolescencia, riesgo y población en la primera mitad del siglo XX». Universidad Nacional de Colombia, 2012. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/10610>.

Armus, Diego. «Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna». En *Higienizar, medicar, gobernar - Historia, medicina y sociedad en Colombia*, 13-41. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2004.

———. «Un médico higienista buscando ordenar el mundo urbano argentino de comienzos del siglo XX». *Reseña histórica / Historic Reviews*, 2007, 71-80.

Asamblea Departamental de Caldas. «Gaceta departamental de Caldas». Imprenta Departamental, 1951 de 1906. Archivo Histórico. Archivo de la Gobernación de Caldas.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1906». Imprenta Departamental de Caldas, 29 de noviembre de 1906.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1911». Imprenta Departamental de Caldas, 30 de noviembre de 1911. Archivo de la Gobernación de Caldas.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1914». Imprenta Departamental de Caldas, 15 de junio de 1914. Archivo de la Gobernación de Caldas.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1919». Imprenta Departamental de Caldas, 15 de julio de 1919. Archivo de la Gobernación de Caldas.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1920». Imprenta Departamental de Caldas, 19 de junio de 1920. Archivo de la Gobernación de Caldas.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1921». Imprenta Departamental de Caldas, 16 de mayo de 1921. Archivo de la Gobernación de Caldas.

- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1922». Imprenta Departamental de Caldas, 16 de junio de 1922. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1927». Imprenta Departamental de Caldas, 14 de julio de 1927. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1928». Imprenta Departamental de Caldas, 16 de julio de 1928. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1929». Imprenta Departamental de Caldas, 28 de junio de 1929. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1930». Imprenta Departamental de Caldas, 30 de junio de 1930. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1932». Imprenta Departamental de Caldas, 1 de julio de 1932. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1933». Imprenta Departamental de Caldas, 14 de junio de 1933. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1934». Imprenta Departamental de Caldas, 3 de julio de 1934. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1935». Imprenta Departamental de Caldas, 5 de julio de 1935. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1937». Imprenta Departamental de Caldas, 1 de julio de 1937. Archivo de la Gobernación de Caldas.

- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1939». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de julio de 1939. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1940». Imprenta Departamental de Caldas, 8 de julio de 1940. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1941». Imprenta Departamental de Caldas, 30 de junio de 1941. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1942». Imprenta Departamental de Caldas, 23 de julio de 1942. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1943». Imprenta Departamental de Caldas, 11 de enero de 1943. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1944». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1944. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1945». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1945. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1946». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1946. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1947». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1947. Archivo de la Gobernación de Caldas.
- . «Gaceta Departamental de Caldas de 1948». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1948. Archivo de la Gobernación de Caldas.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1949». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1949. Archivo de la Gobernación de Caldas.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1950». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1950. Archivo de la Gobernación de Caldas.

———. «Gaceta Departamental de Caldas de 1951». Imprenta Departamental de Caldas, 10 de enero de 1951. Archivo de la Gobernación de Caldas.

Avilés, Verónica Alexandra Muñoz, Cristina Dennisse Alencastro Sotovilla, María Belén Zhindón Astudillo, y Diana Cristina Ordoñez Serpa. «Tratamiento de disentería amebiana». *RECIMUNDO* 3, n.º 3 ESP (2019): 38-51.

Bauer, J. H., y J. A. Keer. «Una enfermedad pirética confundida con la fiebre amarilla en la costa del atlántico de Colombia». *Laboratorio de la Fiebre Amarilla, División de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller*, 1933, 696-896.

Beatriz Castro Carvajal. *Caridad y Beneficencia. El tratamiento de la Pobreza y salud en Colombia 1870-1930*. Bogotá: Estudio Sectorial de salud: Universidad Nacional, 2009.

Biernat, Carolina, y Karina Inés Ramacciotti. *Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las ciencias sociales*. Editorial Biblos, 2014.

Bilbao Ramírez, Jorge Luis. «Legislación en Salud y Tuberculosis en Colombia en el periodo 1886-1946», 2013. <http://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/12240>.

Bisbal, Karen, Sissiliana Huamán, Mariana Loayza, Melissa Mariluz, Lucía Ronceros, y Kenia Vergara. «Elefantiasis». Accedido 30 de marzo de 2024.

https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/272509/UPC-610-BISB-2009-2693-me50_200-s.pdf.

Blair, Alicia Londoño. *El cuerpo limpio: higiene corporal en Medellín, 1880-1950*. Editorial Universidad de Antioquia, 2008.

Botero, María Mercedes. *La ruta del oro: una economía primaria exportadora: Antioquia, 1850-1890*. Universidad Eafit, 2007.

Botero-Jaramillo, Natalia, Laura Tatiana Padilla-Pinzón, María Alejandra Beltrán-Serrano, Rafael Humberto Ossa-Trujillo, Natalia Botero-Jaramillo, Laura Tatiana Padilla-Pinzón, María Alejandra Beltrán-Serrano, y Rafael Humberto Ossa-Trujillo. «Tratamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia: medicalización y control de la enfermedad a lo largo del siglo XX». *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 35, n.º 3 (diciembre de 2017): 358-68. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a06>.

Bueno Picón, Carlos F. «El dispensario anti leproso de Caldas». *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. I, n.º 2 (1938): 59-62.

Burke, Peter. *La revolución historiográfica francesa: la escuela de los Annales, 1929-1984 [i.e. 1989]*. Gedisa, 1999.

Caballero, Laura Natalia Torres, y Saray Orozco Gaitán. «Cuerpas moralmente enfermas: la prostitución y la expansión de la sífilis en Bogotá y Medellín a inicios del siglo XX». *Goliardos. Revista estudiantil de Investigaciones Históricas*, n.º XXVIII (2022): 44-31.

Capdevielle, Julieta. «Los aportes de la teoría configuracional de Norbert Elias a las ciencias sociales». *Question* 1, n.º 32 (2011): 17.

Cardona, Pere-Joan. «Patogénesis de la tuberculosis y otras micobacteriosis». *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica* 36, n.º 1 (2018): 38-46.

Carlos Eugenio Restrepo. «Mensaje del Presidente de Colombia al Congreso de 1914». Gubernamental. Manizales - Caldas: Congreso de Colombia, 1914.

Carlos, Villamil Jiménez, Luis, Sotomayor Tribín Hugo, y Esparza José. *Viruela en Colombia.: De la Real Expedición Filantrópica al Parque de Vacunación*. Universidad de la Salle, 2020.

Carvajal Castro, Beatriz. «Los inicios de la asistencia social en Colombia». *Revista CS* 1 (2008): 157-88.

Casas Orrego, Álvaro León. «Los circuitos del agua y la higiene urbana en la ciudad de Cartagena a comienzos del siglo XX». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 7 (octubre de 2000): 349-77. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000300006>.

Castaño Vasco, Julie Rocío. «El aire Viciado: Higiene, enfermedad y vicio en la Instrucción Pública del departamento de Caldas 1909-1919». Universidad Tecnológica de Pereira, 2018. <https://hdl.handle.net/11059/9608>.

Castro, Alonso Campos. «Generalidades sobre cáncer gástrico». *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* 69, n.º 604 (2012): 461-65.

Castro, Beatriz. *El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2009.

Charaudeau, P, y D Maingueneau. *Diccionario de análisis del discurso*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2005.

Codazzi, Ricardo Lleras. *Los minerales de Colombia*. Imprenta nacional, 1927.

Congreso de Colombia. «Ley 27 de 1946 - Diario Oficial. Año LXXXII. N. 26299.7, Diciembre, 1946. Pág. 1.» Accedido 20 de junio de 2022. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1583161>.

Consejo municipal de Manizales. «Consejo municipal de Manizales». Gubernamental. Manizales - Caldas: Consejo municipal, 1912.

Contagion - CURIOSity Digital Collections. «Tuberculosis in Europe and North America, 1800-1922», 26 de marzo de 2020. <https://curiosity.lib.harvard.edu/contagion/feature/tuberculosis-in-europe-and-north-america-1800-1922>.

Contraloría General de la República, Estadística Nacional, y Sección de Censos Nacionales. «Censo General de Población de la República de Colombia. Tomo V. Departamento de Caldas 1938». Editorial Minerva, 1941.

Contreras, César Augusto Contreras. *Educación rural en Caldas*. Univ. Nacional de Colombia, 2006.

Coronel Gustavo Sierra Ochoa. *El Gobernador de Caldas se dirige al Honorable Consejo Administrativo en sus sesiones ordinarias - Informe de Labores, Plan de realizaciones - 1954*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1954.

Corredor Arjona, Augusto. «De la sanidad a la salud pública», 1 de enero de 1999.

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/32261>.

Cuéllar Gempeler, Mónica. «La Voz del Proscrito: experiencia de la lepra y devenir de los lazaretos en Colombia». *Revista de Antropología y Sociología : Virajes* 21, n.º 2 (1 de julio de 2019):

211-16. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.11>.

Cuéllar-Sáenz, Jerson Andrés, Álvaro A. Faccini-Martínez, Alejandro Ramírez-Hernández, y Jesús Alfredo Cortés-Vecino. «Rickettsioses in Colombia during the 20th century: A historical review». *Ticks and Tick-borne Diseases* 14, n.º 2 (1 de marzo de 2023): 102118.

<https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2022.102118>.

Daniel Gutiérrez Arango. *Informe que el Gobernador del Departamento de Caldas presenta a la honorable Asamblea Departamental en sus sesiones ordinarias de 1927*. Manizales - Caldas: Imprenta Oficial, 1927.

———. *Informe relativo al año de 1929 que el Gobernador de Caldas rinde a la Honorable Asamblea Departamental en sus sesiones de 1930*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1929.

Dasso, Héctor. «Bio-patogenia de la difteria». En *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, Vol. 1, 1937. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/156200>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. «1951, Censo de edificios y viviendas de Caldas». Editorial Minerva, 1954.

———. «Censo de Población de 1951 - Departamento de Caldas». Imprenta Minerva, 1959.

———. «Censo nacional de la República de Colombia de 1951». Editorial Minerva, 1951.

Departamento de Higiene. *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinarios] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*. Mar, Abril, Junio, Sep, Oct, Nov y Dic. Vol. I. Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fé, 1932.

———. *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinarios] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*. Ene, Feb, Mar, Abril, Junio, Sep, Oct, Nov y Dic. Vol. III. Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fé, 1933.

———. *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinarios] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*. Ene, Feb, Mar, Abril, Junio, Sep, Oct, Nov y Dic. Vol. VII. Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fé, 1938.

———. *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinarios] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*. Ene, Feb, Mar, Abril, Junio, Sep, Oct, Nov y Dic. Vol. VIII. Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fé, 1939.

———. *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinarios] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada)*. Ene, Feb, Mar, Abril, Junio, Sep, Oct, Nov y Dic. Vol. IX. Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fé, 1940.

———. *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar* (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinarios] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada). Ene, Feb, Mar, Abril, Junio, Sep, Oct, Nov y Dic. Vol. X. Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fé, 1941.

———. *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar* (Publicación mensual del Departamento Nacional de Higiene [Sección de uncinarios] para la propagación y vulgarización de la higiene pública y privada). Ene, Feb, Mar, Abril, Junio, Sep, Oct, Nov y Dic. Vol. XI. Bogotá, Colombia: Editorial Santa Fé, 1942.

Departamento Nacional de Higiene de Colombia. «Enfermedades transmitidas por los zancudos». *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 8 y 9 (1932): 90.

———. «Enfermedades transmitidas por otros insectos». *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 8 y 9 (1932): 93.

———. «La higiene es la defensa más eficaz del colono». *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 8 y 9 (1932): 108.

———. «La protección infantil». *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 25-26 (1934): 4.

———. «Paludismo». *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 67 (1938): 1.

———. «Para maestros y discípulos - Enfermedads de la suciedad». *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 25-26 (1934): 9.

———. «Para maestros y discípulos - Las pulgas». *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 15 (1933): 93.

———. «Sección de protección infantil - Difteria». *Salud y Sanidad - Mejor es prevenir que curar*, n.º 68 (1938): 93.

Departamento técnico de la seguridad social campesina y Ministerio del trabajo - República de Colombia. *Caldas - Estudio de su situación geográfica, económica y social, como base para el establecimiento de un régimen de seguridad regional*. Litografía ARCO - Bogotá - Colombia, 1955.

Doctor A. Benchetrit. «Informe que el doctor A. Benchetrit rinde al gobernador del Departamento de Caldas (República de Colombia), en relación con los enfermos de lepra caldenses confiados a sus cuidados y reclusos en el Lazareto de Agua de Dios». Gubernamental. Bogotá, Colombia: Lazareto Agua de Dios, 1934.

Dr. Alfonso Villegas Arango. *Informe del director de Instrucción Pública de Caldas Dr. Alfonso Villegas Arango al Gobernador del Departamento relativo al año de 1919*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1920.

Echeverri, Adriana María Alzate. «Los manuales de salud en la Nueva Granada (1760- 1810) ¿El remedio al pie de la letra?» *Fronteras de la Historia* 10 (19 de diciembre de 2005): 209-52. <https://doi.org/10.22380/20274688.587>.

Echeverri, Tiberio Álvarez. «Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: ciento veinte años de historia». *Iatreia*, 24 de marzo de 1991, ág. 117-119. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.3449>.

Eduardo Santos Montejo. Decreto 1858 de 1938 - por el cual se reglamente la Ley 93 de 1938, y se crea una dependencia administrativa., Pub. L. No. 93, § Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, 1858 12 (1938).

———. *Mensaje presidencial al congreso de 1941*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1941.

Elias, Norbert. *El proceso de la civilización: Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica, 2016.

Emilio Robledo. «Informe del Gobernador de Caldas al Sr. Ministro de Gobierno». Gubernamental. Manizales - Caldas: Congreso de Colombia, 1914.

———. *Mensaje del Gobernador a la Asamblea Departamental de 1914*. Manizales - Caldas: Imprenta «El Renacimiento», 1914.

Enrique Gómez Latorre. *Mensaje del Gobernador de Caldas a la Asamblea del Departamento 1936*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1936.

Enrique Olaya Herrera. *Mensaje del Presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1932*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1932.

———. *Mensaje del Presidente de la República al Congreso Nacional en 1934*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1934.

Espinel, Manuel. «La cuestión social de la sanidad». *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34, n.º 2 (2016): 225-37. <http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53529>.

Estrada Orrego, Victoria. «¿Cuántos somos? Una historia de los censos civiles y de la organización estadística en Colombia en la primera mitad del siglo XX». *Historia Crítica*, n.º 64 (1 de abril de 2017): 141-60.

Estrada Orrego, Victoria, y Jorge Márquez Valderrama. «Etiología parasitaria y obstáculos epistemológicos: el caso de la malaria en Colombia». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 14 (2007): 91-118.

Estrada-Mesa, Diego Alejandro, y Jaiberth Antonio Cardona-Arias. «La medicina en la obra de Michel Foucault: Meta-síntesis1». *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas* 18, n.º 34 (2018): 223-36.

Fajardo, Luis. «Apuntes de la Historia de la Nutrición en Colombia.» *Historias de la Nutrición en América Latina.*, 2005, 144.

Felacio Jiménez, Laura Cristina. «Por unos cerros saneados y embellecidos: La influencia de la higiene y el ornato sobre la protección institucional de los cerros orientales de Bogotá, 1874-1945». Maestría en Historia, Universidad Nacional de Colombia, 2016.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76861>.

Fermoselle Bacardí, Joaquín. «Encuesta sobre educacion sanitaria». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 31 (6), dic. 1951, 1951.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11856/v31n6p521.pdf?sequence=1>.

«Filariasis linfática - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud», 16 de octubre de 2023.
<https://www.paho.org/es/temas/filariasis-linfatica>.

Finlay, Carlos J. *Obras completas*, 1965.

Foucault, Michel. «7. Historia de la medicalización». En *La vida de los hombres infames*, 84-106.

La Plata, Argentina: Altamira, 1999.

———. *La vida de los hombres infames*. México: Altamira, 1996.

Gallego, Erika. «Eduardo Vasco Gutiérrez: higiene mental, educación y eugenesia en la medicalización de la infancia en Colombia. 1930-1964». Tesis de maestría en historia, Universidad Nacional de Colombia sede Medellín, 2018.

Gallo, Oscar. «Los límites de la protección a la salud de los trabajadores en Colombia, 1915-1946».

Trashumante. Revista Americana de Historia Social, n.º 21 (2023): 150-73.

Garbarino, Maximiliano. «Consideraciones sobre el cuerpo según Marx». En *Cuerpo, identidad, sujeto: Perspectivas filosóficas para pensar la corporalidad*, 32-116. Buenos Aires: Universidad Nacional de la Plata, 2018.

García, Claudia M., y Emilio Quevedo. «Ankylostomiasis (Uncinariasis) and Coffee: The Antecedents of the Rockefeller Foundation's Intewention in Colombia: 1900-192». *Biomédica* 18, n.º 1 (1 de marzo de 1998): 5-21.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v18i1.966>.

García Nossa, Antonio. *Geografía económica de Caldas*. Bogotá: Banco de la República, 1952.

García, Víctor Manuel. «ACCIDENTES TERAPÉUTICOS Y NUEVAS PRÁCTICAS DE SALUD: LA MEDICINA COLOMBIANA FRENTE A LA CATÁSTROFE DE LA

VACUNACIÓN ANTIDIFTÉRICA EN MEDELLÍN, 1930». *Historia Crítica*, n.º 46 (abril de 2012): 110-31.

Garzón, María Catalina. «La Fundación Rockefeller y la dimension experimental en la campaña contra la Anemia Tropical en Colombia, 1920-1934». *Historia y MEMORIA*, n.º 23 (2021): 161-96.

Garzón Vargas, Rocío Del Pilar. «La ciudad subterránea - reflexiones de médicos e ingenieros sobre la salubridad pública y el alcantarillado de Bogotá. 1880-1910». Maestría en Historia, Universidad de los Andes, 2014. <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/12757>.

General Pompilio Gutiérrez. *Informe que el Gobernador del Departamento de Caldas rinde a la Asamblea de 1920*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1920.

General Ramón Jaramillo. «Informe del Gobernador a la Asamblea Departamental de Caldas». Gestión gubernamental. Manizales - Caldas: Asamblea Departamental de Caldas, 1912.

Glaziou, Philippe, Katherine Floyd, y Mario Raviglione. «Trends in Tuberculosis in the UK». *Thorax* 73, n.º 8 (1 de agosto de 2018): 702-3. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-211537>.

Gobierno de Colombia. Ley 17 de 1905 Asamblea Nacional Constituyente - Gestor Normativo - Función Pública. Accedido 12 de octubre de 2023. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=13666>.

Gobierno del Departamento. «Registro Oficial». Imprenta Departamental, 1910 de 1908. Archivo Histórico. Archivo de la Gobernación de Caldas.

Gómez, Fernando, Sebastián López, Arnoby Chacón, Fernando Gómez, Sebastián López, y Arnoby Chacón. «Salubridad y enfermedad en las minas de oro de Marmato en el siglo XIX: entre la epidemia de viruela y la guerra de los mil días». *Biomédica* 41 (octubre de 2021): 37-47. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5945>.

Gonzalo Restrepo. *1931 del Secreatorio de Gobierno al Gobernador*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1931.

Gonzalo Restrepo. *1933-1934 - Informe del Secreatorio de Gobierno al Gobernador*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1934.

Gordillo, Jaime Vallecilla. *Café y crecimiento económico regional: el Antiguo Caldas, 1870-1970*. Manizales: Universidad de Caldas, 2001.

Guiral Julio, Diana María. «La lepra en Cartagena: exclusión y control social sobre el leproso 1873-1898». Thesis, Universidad de Cartagena, 2014. <https://hdl.handle.net/11227/2483>.

Gutiérrez, D, y F Arango. «Epitelioma». *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales*, n.º 14 (1908): 42-51.

Gutiérrez Flórez, Juan Felipe. «La estructura territorial de Colombia entre 1843 y 1928: en el horizonte de su comportamiento demográfico». *Revista de Extensión Cultural*, n.º 71 (Diciembre, 2023) (s. f.): 132-55.

Gutierrez, J. B. «Trabajos originales - Fiebre recurrente (Enfermedad de Chagas o de Lyme)». *Boletín de Medicina, Organo de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 15 (1908): 73-78.

Gutiérrez, María-Teresa. «Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo xx». *Estudios Socio-Jurídicos* 12, n.º 1 (2010): 73-97.

Gutiérrez Ospina, José Manuel. «Informe que rinde el Oficial de Sanidad del Batallón. “Ayacucho” de Inf. N° 11, doctor José Manuel Gutiérrez Ospina, al Comando de la Cuarta Zona Territorial Militar, de conformidad con el inciso “E” del artículo 193 del Reglamento 37 bis». *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas.*, 1938.

Gutierrez Rueda, Carlos. «Análisis del discurso: presupuestos filosóficos y aplicaciones». Maestría en Estudios del Discurso, Universidad Autónoma de Tlaxcala, 2014.

Henao, Diana Carolina, y Juana Manuela Gómez Ramírez. «El impacto de la gran depresión en el sector industrial colombiano durante el periodo 1923 a 1936». *Grafías Disciplinarias de la UCPR*, n.º 13 (2011): 7-12.

Henao Toro, Felix. «Epidemia de tifo en “La Merced”». *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. I, n.º 4 (1938): 127-34.

———. *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 1938.

Hernández-López, Guillermo David, Ernesto Deloya-Tomás, Jenner J. Martínez-Mazariegos, y Manuel Lomelí-Terán. «Preeclampsia posparto». *Revista del Hospital Juárez de México* 79, n.º 3 (2012): 174-78.

Hollman-Montiel, Juan Pablo, y Gerardo Rodríguez Aguíñiga. «Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna». *Archivos de investigación materno infantil* 6, n.º 1 (2014): 25-30.

James, Robinson, y Miguel Urrutia, eds. *Economía colombiana del siglo XX - Un análisis cuantitativo*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica y Banco de la República, 2007.

Jiménez Cortéz, Néstor. «La industrialización en Caldas (1930-1945)». Tesis de pregrado en historia, Universidad de Caldas, 2021.
<https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/17139>.

Jiménez, Luis Carlos Villamil, y Hugo Armando Sotomayor Tribín. «El virus de la vacuna colombiana de viruela: ¿cowpox o horsepox?» *Medicina* 44, n.º 2 (22 de julio de 2022): 262-69. <https://doi.org/10.56050/01205498.1684>.

Jiméneza, R. Jurado, C. Arenas Muñoz, A. Doblas, A. Rivero Delgado, y J. Torre-Cisnerosa. «Fiebre tifoidea y otras infecciones por salmonellas». *Medicine* 10, n.º 52 (2010): 3497-3501.

Jorge Marquez, Álvaro Casas y Victoria Estrada. *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2004.

José Ignacio Villegas. *Informe que el gobernador del departamento de Caldas presenta a la Asamblea en sus sesiones de 1916*. Manizales - Caldas: Imprenta «El Renacimiento», 1916.

Jose Manuel Ángel. *Informe del Director de Instrucción Pública del Departamento de Caldas al Gobernador*. Manizales - Caldas: Imprenta de la Tradición, 1925.

José Miguel Arango. *Asamblea de Alcaldes 1939*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1939.

José Vicente Concha. *Mensaje del Presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1918*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1918.

Karaca, Nursenem, Betül Demirci, y Fatih Demirci. «Evaluation of *Lavandula Stoechas* L. Subsp. *Stoechas* L., *Mentha Spicata* L. Subsp. *Spicata* L. Essential Oils and Their Main Components against Sinusitis Pathogens». *Zeitschrift Für Naturforschung C* 73, n.º 9-10 (25 de septiembre de 2018): 353-60. <https://doi.org/10.1515/znc-2017-0150>.

Leguízamo Jurado, Carlos Javier. «Los empresarios cafeteros de Manizales y sus proyectos políticos territoriales : la configuración del departamento de Caldas». Tesis de maestría en historia, Universidad Javeriana, 2019. <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/44770>.

Leitner, R. M. C., Carlos Körte, Dora Edo, y María Eugenia Braga. «Historia del tratamiento de la Sífilis». *Revista argentina de dermatología* 88, n.º 1 (2007): 6-19.

Lella, Pedro di. «Blenorragia y sulfanilamidas.» *Revista Argentina de Urología* 14, n.º 1-6 (1945): 97-98.

León Segovia, Antonio. «Tratamiento de la metritis ulcerosa», 2015. <http://catalogo.museomedicina.cl:8080/handle/123456789/2400>.

Loaiza Cano, Gilberto. «Reseña - Caridad y beneficencia. El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870 - 1930 de Castro Carvajal Beatriz». *Trabajo Social* 10 (2008): 209-11.

Londoño, Jaime. «El modelo de colonización antioqueña de James Parsons. Un balance historiográfico». *Fronteras de la Historia*, n.º 7 (2002): 187-226.

López Noreña, Mauricio. «Manizales la ciudad prodigio. Población, muerte y asistencia pública en Manizales, 1925 y 1935». Tesis de pregrado para optar al título de historiador, Universidad de Caldas, 2017.

López Pacheco, Jairo Antonio, y John Jaime Correa Ramírez. «Disputas por la centralización/descentralización administrativa en el Viejo Caldas, 1905-1966: los casos de Manizales y Pereira». *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 39, n.º 2 (diciembre de 2012): 187-216.

López, Valerín Saurith. «Entre tetas y tetes: políticas de la lactancia materna en Colombia». PhD Thesis, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, 2015. <https://ramwan.net/tesis/90.valerin-saurith.pdf>.

Lozada-Castellanos, Jenny Norela. «Desarrollo económico, modernización y cambio demográfico: aportes para la historia social de Manizales, 1900-1940». *Eleuthera* 23, n.º 2 (1 de julio de 2021): 79-100. <https://doi.org/10.17151/eleu.2021.23.2.5>.

Manrique-Abril, Fred G., Abel F. Martínez-Martín, y Bernardo F. Meléndez-Álvarez. «Defunciones en niños a principios de los siglos xx y xxi en boyacá-colombia», 2012. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/70672>.

Mantilla Quiñonez, Vanessa. «Insalubridad Pública y Mortalidad Infantil en Cartagena, 1925-1930». Thesis, Universidad de Cartagena, 2013. <https://hdl.handle.net/11227/239>.

Manzo, Enrique Guerra. «Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus». *Estudios Sociológicos* 28, n.º 83 (2010): 383-409.

Marco Fidel Suárez. *Mensaje del Presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1921*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1921.

Marian Ospina Pérez. Decreto 699 de 1949 por el cual se reglamentan los artículos 2º a 5º del Decreto-ley 2473, de 19 de julio de 1948, elevado a categoría de norma permanente por el Decreto legislativo 4133, de 16 de diciembre del mismo año., Pub. L. No. 2473, § Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 3 (1949).

———. Ley 27 de 1946 - “Por la cual se crea el Ministerio de Higiene”, Pub. L. No. 27, § Ministerio de trabajo, higiene y prevención social, 2 (1946).

———. Ley 44 de 1947 - Por la cual se crea el Instituto Nacional de Nutrición e Investigaciones Fisiológicas y se provee a la yodización artificial de la sal, Pub. L. No. 44, § Ministerio de Higiene y Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2 (1947).

Márquez-Valderrama, Jorge Humberto, y Óscar Gallo-Vélez. «Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940». *Historia Crítica*, n.º 32 (2006): 21-48.

Martín, Abel Fernando Martínez, Andrés Ricardo Otálora Cascante, y Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá. «La ciudad enferma. El hospital de Tunja y sus miasmas (1777-1822)*». *Historia y MEMORIA*, n.º 23 (2021): 97-130.

Martínez, Abel Fernando, y Samuel Alfonso Guatibonza. «Cómo Colombia logró ser la primera potencia leprosa del mundo: 1869-1916». *Colombia Médica* 36, n.º 4 (2005): 244-53.

———. «Cómo Colombia logró ser la primera potencia leprosa del mundo: 1869-1916». *Colombia Médica* 36, n.º 4 (diciembre de 2005): 244-53.

Martínez Hincapie, Wilmar Alexander. «Lepra e invisibilidad social en Cartagena, 1888-1909. El problema de la medicalización». Thesis, Universidad de Cartagena, 2007. <https://hdl.handle.net/11227/10834>.

MATTE, RAUL, y ERNESTO SALDIAS. «Consideraciones sobre pleuresía serofibrinosa tuberculosa y su pronóstico». *Revista chilena de pediatría* 15, n.º 8 (1944): 638-59.

Mazo Ballestas, Keila María. «Limpieza y enfermedades en la provincia de Cartagena 1760-1791». Thesis, Universidad de Cartagena, 2015. <https://hdl.handle.net/11227/2219>.

McGraw, Jason. «Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación moral-racial de la periferia del Caribe colombiano, 1900-1930». *Revista de Estudios Sociales* 27 (2007): 62-75.

Miguel Abadía Méndez. «Ley 84 de 1914 (noviembre 21) - Por la cual se derogan las Leyes 19 de 1911 y 33 de 1913, y se dictan algunas disposiciones sobre extinción de la langosta y sobre higiene pública y privada». Suin-Juriscol, 1914. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1627989>.

———. *Mensaje del Presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1929*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1929.

Mills Guerrero, Martha Beatriz. «La hermenéutica histórica y la teoría de la recepción en historiografía». *Fuentes Humanísticas* 46 (2013): 21-35.

Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. «Conclusiones de la primera conferencia nacional de tuberculosis». *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. I, n.º 4 (1938): 155-62.

Molina Castaño, David Esteban, Renzo Ramírez Bacca, y Albeiro Valencia Llano. «Caminos en el territorio del Gran Caldas (Colombia): su historicidad y revisión». *HiSTORELo. Revista de historia regional y local* 15, n.º 32 (2023): 240-81.

Morón Duarte, Lina Sofía. «La institucionalización de las medidas higiénicas para el control de la sífilis en Colombia, 1886-1953». Trabajo de grado - Maestría en Historia, Universidad Nacional de Colombia, 2014. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/21663>.

Muñoz Rojas, Catalina. *Los problemas de la raza en Colombia: más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las 'dolencias sociales'*. Editorial de la Universidad del Rosario, 2011. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/11074>.

Murillo Ramirez, Juan Carlos. «Anexitis», 1986. <https://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/handle/20.500.11764/2751>.

Narváez, Gerardo López. «Pián y Campaña Antipiánica en Colombia». *Revista de la Facultad de Medicina* 24, n.º 4 (1 de abril de 1956): 294-342.

Noguera, Carlos E. *Medicina y política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Universidad Eafit, 2003.

Noguera R., Carlos Ernesto. «La higiene como política, barrios obreros y dispositivo higiénico: bogotá y medellín a comienzos del siglo xx», 1998.

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/30466>.

«Nuestra historia | Territorial». Accedido 21 de enero de 2022.

<https://saluddecaldas.gov.co/nuestra-historia/>.

Obregón, Diana. «Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951)».

História, Ciências, Saúde-Manguinhos 9 (2002): 161-86. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000400008>.

Oficina de Estadística Departamental de Caldas. «Población del año de 1928. Departamento de Caldas.» Imprenta Departamental, 1928.

Organización médica de Caldas. *Asamblea Médica de Caldas - 1940*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental de Caldas, reimpresión de la Corporación Financiera de Caldas, 1940.

Palacios, Marco. *El café en Colombia, 1850-1970: una historia económica, social y política*. El Colegio de México, 1983.

Paniagua-Zambrana, Narel Y., Rainer W. Bussmann, Javier Echeverría, y Carolina Romero.

«Ambrosia Arborescens Mill. Ambrosia Artemisioides Meyen & Walp. Ex Meyen Ambrosia Cumanensis Kunth Asteraceae». En *Ethnobotany of the Andes*, editado por Narel Y. Paniagua-Zambrana y Rainer W. Bussmann, 1-9. *Ethnobotany of Mountain Regions*. Cham: Springer International Publishing, 2020. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77093-2_21-1.

Parada Sanabria, Pompeyo José. «La cultura del trabajo en el campesinado cafetero colombiano: el caso de Caldas». Tesis doctoral Relaciones Interétnicas en América Latina, Pasado y Presente, Universidad de Sevilla, 2016. <https://idus.us.es/handle/11441/39069>.

Pedraza, Dr Héctor. «Enfermedades por contaminación de las aguas y de los alimentos en la zona rural tropical». *Revista de la sociedad colombiana de Pediatría y Puericultura, año XXVII, Bogotá, agosto, No. 4 (pág. 272-277), 1972.*

Pedraza Gómez, Zandra. *En cuerpo y alma - visiones del progreso y de la felicidad : educación, cuerpo y orden social en Colombia (1830-1990)*. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Lenguajes y Estudios Socioculturales, 2011. <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/8243>.

Pedro Nel Ospina Vázquez. «Ley 15 de 1925 (enero 31) - Sobre higiene social y asistencia pública». Gubernamental, 1925.

———. *Mensaje del Presidente de Colombia al Congreso Nacional en las sesiones de 1926*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1926.

Pérez Naranjo, Ana María. «Vivir en policía: reforma a la moral y las costumbres en los centros urbanos de Medellín y Antioquia. 1760-1810». Universidad Nacional de Colombia, 2020. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78390>.

«Pian». Accedido 29 de abril de 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yaws>.

Pinilla Díaz, Alexis V. «Reseña - Entre la caridad cristiana y la beneficencia ilustrada - Diálogos incompletos con el texto Sujeción, corrección y disciplina: pedagogía social de masas en

Santa Fe de Bogotá 1780 - 1820, de Sandra Patricia Rodríguez Ávila». *Folios* 26 (2009): 115-23.

Pinilla, Edgar Antonio Ibáñez. «Vigilantes de la salud. Un siglo de historia del Instituto Nacional de Salud». *Revista Salud Bosque* 9, n.º 1 (2019).
<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/download/2648/2142>.

Pohl-Valero, Stefan, Sebastián Albán, J. Ariza, J. Becerra, Natalia Camacho, Claudia Cortés, y Beatriz Macías. «Cartografía del gobierno alimentario en Colombia durante los inicios del desarrollo, 1938-1960». *Pohl-Valero, Stefan; Vargas Domínguez, Joel. El hambre de los otros: ciencia y políticas alimentarias en Latinoamérica, siglos XX y XXI. Bogotá: Editorial de la Universidad del Rosario, 2021.*
https://www.researchgate.net/profile/Stefan-Pohl-Valero/publication/353584212_Cartografía_del_gobierno_alimentario_en_Colombia_durante_los_inicios_del_desarrollo_1938-1960/links/6116a6cd0c2bfa282a41fac4/Cartografía-del-gobierno-alimentario-en-Colombia-durante-los-inicios-del-desarrollo-1938-1960.pdf.

Poveda, Gabriel. «El antiguo ferrocarril de Caldas». *Dyna* 70, n.º 139 (2003): 1-10.

«Preeclampsia posparto - Síntomas y causas - Mayo Clinic». Accedido 30 de marzo de 2024.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/postpartum-preeclampsia/symptoms-causes/syc-20376646?p=1>.

Presidente Alfonso López Pumarejo. «Decreto 110 de 1935 (enero 23) - Por el cual se traslada el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública al Ministerio de Agricultura y

- Comercio». Gubernamental, 1935. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1024465>.
- . «Decreto 1375 de 1945 (junio 07) Por el cual se crea la Dirección Nacional de Salubridad». Gubernamental, 1945. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1275710>.
- Presidente Carlos E. Restrepo. «Ley 33 de 1913 (octubre 18) - Por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada». Gubernamental, 1913. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1787716>.
- Presidente Eduardo Santos Montejó. «Decreto 2392 de 1938 (diciembre 30) “Por el cual se organiza el Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social”». Gubernamental, 1938. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1445765>.
- Presidente Enrique Olaya Herrera. «Decreto 1828 de 1931 (octubre 15) - Por el cual se dictan unas disposiciones sobre el ramo nacional de higiene». Gubernamental, 1931. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1357422>.
- Presidente Laureano Gómez. *Un año de gobierno 1950-1951, Segundo Tomo, Informes de las labores Desarrolladas en los Departamentos y Territorios Nacionales de 7 agosto de 1950 al 7 agosto de 1951*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia, 1951.
- Presidente Marco Fidel Suárez. «Ley 12 de 1919 - Por la cual se provee a una necesidad de salubridad pública», 1919. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1567995>.

Presidente Mariano Ospina Pérez. *Mensaje presidencial al Congreso de 1949*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional, 1949.

Presidente Pedro Nel Ospina. «Decreto 1757 de 1923 - (diciembre 27) - Por el cual se dispone el traslado de varios servicios y partidas en la liquidación de la Ley de Apropriaciones para el año fiscal de 1924». Gubernamental, 1924. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1817150>.

Prieto Ruiz, Andrés. «Trading and military cooperation between colombia and the united states, 1946-1953». *Análisis Político*, 2013. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/74600>.

Quevedo, Emilio. «Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX». *Biomédica* 16 (1996): 345-60.

Quevedo V., Emilio. «Historia de la lucha contra la fiebre amarilla, fase I : la construcción social del concepto de fiebre amarilla selvática, entre 1907 y 1948.», 2007. <http://repositorio.minciencias.gov.co/handle/11146/33939>.

Quinche Castaño, Carlos Andrés. «El Quinquenio de Rafael Reyes y la transformación del mapa político-administrativo colombiano». *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 38 (2011): 51-78.

Rafael Gonzales. *Informe que el intendente Departamental de Chamí presenta al Gobierno del Departamento en el mes de Noviembre de 1926*. Manizales - Caldas: Imprenta de la Tradición, 1926.

Ramírez, Jhon Jaime Correa, y Héctor Alfonso Martínez Castillo. «Progreso, moral y civilización.

La preocupación higienista en la Sociedad de Mejoras Públicas de Manizales,(Colombia); primera mitad del siglo XX.» *Revista Gestión y Región*, n.º 10 (2010): 7-28.

República de Colombia. «Censo nacional de 1912 - Departamento de Caldas». Imprenta Nacional de Colombia, 1912.

———. *Libro Azul de Colombia - Bosquejos biográficos de los personajes más eminentes, Historia condensada de la República, Artículos especiales sobre el Comercio, Agricultura y Riqueza*. New York, U.S.A: The J.J. Little & Ives Company, 1918.
<https://hdl.handle.net/2027/loc.ark:/13960/t41r7mg43>.

Restrepo Escobar, Nicolás. «Alrededor de la lucha antivenérea». *Higiene, publicación de la Administración Departamental de Higiene de Caldas*. 1, n.º 2 (1938): 39-47.

Rizo, Marta. «El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación.», s. f., 20.

Robledo, Emilio. «Apuntes para la cirugía de Manizales - Histerectomía abdominal». *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 1 (1907): 113-18.

———. «El peligro venéreo [Consejos á mis hijos, cuando sean núbiles]». *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 7 (1907): 75-99.

———. «La gripa, epidemia de 1907». *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 5 (1907): 35-45.

- . «Las manifestaciones raras del paludismo». *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales*, n.º 15 (1908): 78-81.
- . «Trabajos originales - Fiebre Recurrente en Manizales». *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 7 (1907): 113-18.
- . «Trabajos originales - Informe del Dr. Emilio Robledo, sobre los trabajos ejecutados en el Hospital de San Juan de Dios, de Manizales, durante el año de 1907». *Boletín de Medicina, Organo de la Sociedad Médica de Manizales.*, n.º 12 (1908): 297-98.
- Rodríguez, Paola Mejía. «De ratones, vacunas y hombres : el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948». *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* 24 (2004): 119-55.
- Rodríguez-Gómez, Rodolfo. «Historia del tabardillo en Colombia». *Medicina* 44, n.º 2 (22 de julio de 2022): 220-26. <https://doi.org/10.56050/01205498.1681>.
- Rojas-Sepúlveda, Claudia M., José Vicente Rodríguez-Cuenca, Ancízar Sánchez-Urriago, Claudia M. Rojas-Sepúlveda, José Vicente Rodríguez-Cuenca, y Ancízar Sánchez-Urriago. «Condiciones de vida de algunos habitantes de Bogotá (Colombia) en el ocaso del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX: primeros aportes desde el análisis bioarqueológico». *Memorias: Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe*, n.º 42 (diciembre de 2020): 75-110. <https://doi.org/10.14482/memor.42.986.148>.
- Romero Baquero, Carmen Astrid, y Pascual Amézquita Zárate. «Gasto público departamental en educación y salud en Colombia (1918-1973)». *Investigaciones de Historia Económica = Economic History Research* 17, n.º 4 (2021): 29-46.

Romero Sierra, Kebby. «El Real Hospital de San Lázaro de Cartagena de Indias y las reformas borbónicas (1760-1810)». Universidad Javeriana, 2012.
<http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/2425>.

Sala, Viviana Valeria Vallana. «“La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto». *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.º 34 (2020): 90-107.
<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>.

Sánchez, Alfredo Martínez. «Historia y antropología a propósito del cuerpo». *Gazeta de antropología*, n.º 22 (2006): 19.

Sánchez Salcedo, Fernando José. «Los hospicios y asilos de la Beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928: discursos y prácticas». *Sociedad y Economía* 26 (2014): 65-92.

Sánchez, Sergio Alexander Ordóñez, y Fernando Augusto López Osma. «Tuberculosis en Colombia, de la historia al entendimiento de la enfermedad». *MedUNAB* 16, n.º 3 (2014): 127-42.

Santainés-Borredá, E. «Florence Nightingale: higienista y estadística de referencia para Pedro Felipe Monlau». *Revista Española de Salud Pública* 96, n.º 1 (2022): e1-11.

Santos, Fernando Sergio Dumas dos, Leticia Pumar Alves de Souza, y Antonio Carlos Siani. «Chaulmoogra oil as scientific knowledge: the construction of a treatment for leprosy». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 15 (2008): 29-46.

Santos Reyes, Edwin Hernán. «“Pobres pero no cochinos”. Higiene corporal y orden social en Bogotá a finales del siglo XIX». Universidad de los Andes, 2012. <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/12141>.

Secretaria de Higiene y Asistencia Social. *Curso para inspectores de Higiene*. Manizales - Caldas: Imprenta Departamental, 1943.

Secretaria de Salubridad y Asistencia Social. *Primera conferencia de salubridad (Conclusiones)*. 1945. Manizales: Imprenta Departamental, 1945.

Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas. «Informe a la Asamblea de 1948». Gubernamental. Manizales - Caldas: Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1948.

———. «Informe de la secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946». Gubernamental. Manizales - Caldas: Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1946.

Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, y Rafael Ramirez Ramirez. «Informe a la Asamblea de 1949». Gubernamental. Manizales - Caldas: Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1949.

Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, y Ángel Velasquez C. «Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, Informe a la Asamblea de 1947». Gubernamental. Manizales - Caldas: Secretaria de salubridad y asistencia social de Caldas, 1947.

Secretario General del Gobernador de Caldas. «Informe del Secretario General al Gobernador del Departamento de Caldas». Gestión gubernamental. Manizales - Caldas: Asamblea Departamental de Caldas, 1913.

Sepulveda, Waldo H., y J. Cabrera. «Prolapso uterino en primigesta.» *Rev. chil. obstet. ginecol*, 1984, 111-14.

Será-Florés, Roberto. «Apuntes para la historia de la medicina. Santander y la UIS». *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 2007, 157-67.

Serret, Félix. *Viaje a Colombia 1911-1912*. Instituto Colombiano de Cultura-Colcultura, Biblioteca Nacional de Colombia, 1994.

Sevilla Ramos, P., R. Martino Alba, A. Carrasco Torres, Alonso Cristobo, J. E. Blanco González, y J. E. García de Frías. «Escarlatina: una enfermedad actual (revisión de 165 casos)». *Acta pediatr. esp*, 2003, 292-95.

Simkin, David O., Angel Vannelli, Osvaldo González Aguilar, Hugo Pardo, Ariel Rossi, Alejandro Rubino, y Diego Simkin. «Cáncer de labio: un tumor de buen pronóstico o de agresividad oculta?» *Rev. argent. cir*, 2001, 79-85.

Social, Colombia Ministerio de la Protección. *Vademécum colombiano de plantas medicinales*. Ministerio de la Protección Social, 2008.

Téllez, Marlin, y Emilio Quevedo. «The birth of a Ministry of Public Health in Colombia, 1946-1953: Cold War, invisible government and asymmetrical interdependence». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 29, n.º 2 (2022): 461-80.

- Téllez Pedroza, Marlín. «Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia», 2011. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/7690>.
- Tobón, Gabriel Jaime Vélez, y Victoria Estrada Orrego. «Deformaciones y contagios. La lucha contra el pian en Colombia en la primera mitad del siglo XX». *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n.º 18 (2021): 28-51.
- Torres, Diana Obregón. «Medicalización de la lepra: una estrategia nacional». *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, n.º 24 (1 de enero de 1997): 139-65.
- Toscano, Oliver Mora. «Los dos gobiernos de Alfonso López Pumarejo: estado y reformas económicas y sociales en Colombia (1934-1938, 1942-1945)». *Apuntes del Cenes*, 2010, 151-71. <https://doi.org/10.19053/01203053.v29.n50.2010.49>.
- «Unmask SILENT KILLER: 19th Century TB IMPACT Revealed». Accedido 30 de marzo de 2024. <https://19thcentury.us/why-was-tuberculosis-so-deadly-in-the-19th-century/>.
- Uribe Gómez, Mónica. «Entre la beneficencia y la asistencia pública». *Trabajo Social* 8 (2006): 37-44.
- Valderrama, Julia, Fernando Zacarías, y Rafael Mazin. «Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla». *Revista Panamericana de salud pública* 16 (2004): 211-17.
- Valencia, Albeiro. «Colonización Antioqueña y vida cotidiana». *Memorias Seminario Científico Cenicafé* 71 (2020): e71107-e71107.

- Vásquez, María Fernanda. «Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 25, n.º suppl 1 (agosto de 2018): 145-58. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000300009>.
- Vázquez, Mirella, Patricia Cravioto, Fernando Galván, Diana Guarneros, y Víctor Hugo Pastor. «Varicela y herpes zóster: retos para la salud pública». *salud pública de méxico* 59 (2017): 650-56.
- Velasco Cabrera, Benigno. «Sanidad en Colombia». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 3 (1938): 191-201.
- Velazquez, F. «Trabajos originales - Eclampsia puerperal». *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Manizales*. 16, n.º 2 (1908): 106-18.
- Vélez Tobón, Gabriel Jaime, Victoria Estrada Orrego, Gabriel Jaime Vélez Tobón, y Victoria Estrada Orrego. «La medicina social en zonas rurales: una historia de la lucha contra el pian en Antioquia, 1918-1941». *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 49, n.º 2 (diciembre de 2022): 97-126. <https://doi.org/10.15446/achsc.v49n2.97207>.
- Venegas, José Antonio Concha y. «El control del paludismo en Colombia». *Revista de la Facultad de Medicina* 25, n.º 9-12 (1 de octubre de 1957): 437-42.
- Vergara Izquierdo, Indira. «La medicalización de la lepra en la ciudad de Cartagena 1870 - 1930». Thesis, Universidad de Cartagena, 1998. <https://hdl.handle.net/11227/10458>.

Vergara, Maribel de la Cruz. «La United Fruit Company y su relación con las zonas bananeras en países del Mar Caribe y Caribe colombiano.» *El Taller de la Historia* 7, n.º 7 (2015): 399-425. <https://doi.org/10.32997/2382-4794-vol.7-num.7-2015-730>.

Vergara y Velasco, Francisco Javier. *Atlas completo de Geografía Colombiana - 60 planchas, texto explicativo é índice alfabético general; Cartas generales, Cartas departamentales, Cartas Seccionales y Locales, Cartas Históricas y Cuadros estadísticos y geográficos*. Bogotá: Imprenta Eléctrica, 1910.

Vila, Cecilia Muñoz, y Ximena Pachón Castrillón. «Mortalidad infantil, crecimiento demográfico y control de la natalidad: una lucha por la supervivencia de la infancia bogotana (1900-1989)». *Maguaré*, n.º 6-7 (1988). <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/14224>.

Villamil Jiménez, Luis Carlos. «La vacuna colombiana de viruela: un aporte de la medicina veterinaria a la salud pública». *Revista de Medicina Veterinaria*, n.º 42 (junio de 2021): 7-11. <https://doi.org/10.19052/mv.vol1.iss42.1>.

Vitalone, Cristina. «Ramón Carrillo, salud y vivienda (1946-51): una visión integral de políticas públicas», 2011. https://www.lareferencia.info/vufind/Record/AR_9dd0cdf49461ff98f846ca45571d866e.

«Yoduro de potasio (KI) CDC», 13 de abril de 2022. <https://www.cdc.gov/nceh/radiation/emergencies/es/ki.htm>.

Young, A. «The Anthropologies of Illness and Sickness». *Annual Review of Anthropology* 11, n.º 1 (octubre de 1982): 257-85. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>.

Zuluaga, Loaiza, y Yasaldez Eder. «Origen de las Escuelas Normales en el Departamento de Caldas». *Revista historia de la educación latinoamericana* 18, n.º 26 (2016): 47-70.

Zuluaga, Luisa Fernanda Giraldo. *La colonización antioqueña y la fundación de Manizales*. Biblioteca de Escritores Caldenses, 1983.