

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Historia**

Maestría de Investigación en Historia

**“Esta gente fuertemente infestada de piojos”. Los discursos sobre la tifoidea y el tifus en Quito, entre 1927-1945**

**Higienismo y políticas municipales**

Sophia Viviana Estévez Reyes

Tutor: Santiago Cabrera Hanna

Quito, 2026

|                                                                                                                 |                                       |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional |                                       |                                                                                       |
|                              | Reconocimiento de créditos de la obra |  |
|                                                                                                                 | No comercial                          |                                                                                       |
|                                                                                                                 | Sin obras derivadas                   |                                                                                       |
| Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia                                             |                                       |                                                                                       |



## Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Sophia Viviana Estévez Reyes, autora del trabajo intitulado “Esta gente fuertemente infestada de piojos. Los discursos sobre la tifoidea y el tifus en Quito, entre 1927-1945: higienismo y políticas municipales” mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Historia en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

03 de marzo de 2026

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sophia Viviana Estévez Reyes', is written over a light blue grid background.



## Resumen

Esta tesis analiza los discursos médicos institucionales y las prácticas higienistas desplegadas en Quito entre 1927 y 1945 en torno a la fiebre tifoidea y el tifus exantemático, con una concentración documental particular en los brotes de 1927–1928 y en la coyuntura crítica de 1943–1944. A partir de fuentes municipales, sanitarias y periodísticas —misivas al Concejo Municipal, gacetas, informes, cartillas y prensa local— se examina cómo la gestión de estas enfermedades articuló intervenciones sobre el espacio urbano y la regulación de prácticas cotidianas. Esta tesis sostiene que la gestión del tifus y la tifoidea en Quito no se limitó a una respuesta epidemiológica, sino que operó como un mecanismo de gobierno urbano que racializó el riesgo y legitimó dispositivos de vigilancia, corrección y exclusión sobre sectores populares. El argumento central muestra que la enfermedad funcionó como un lenguaje de clasificación social y espacial, mediante el cual la higiene se convirtió en criterio de pertenencia urbana y el peligro fue territorializado en cuerpos, oficios y barrios considerados insalubres. El análisis evidencia que estas políticas se tradujeron en prácticas concretas: el control y desplazamiento de oficios populares vinculados a la alimentación y al comercio ambulante; la elaboración de cartografías sanitarias y la identificación de “focos” patológicos; la vigilancia de convalecientes y la figura del portador sano como amenaza latente; y la intervención diferenciada sobre espacios como El Panecillo o Chimbacalle. Paralelamente, la documentación revela reclamos, peticiones y negociaciones que disputaron el derecho al trabajo y a la permanencia en el espacio urbano. Metodológicamente, la investigación combina historia social urbana e historia intelectual para analizar el cruce entre discurso médico, acción municipal y respuestas ciudadanas en un contexto de modernización urbana desigual. En términos historiográficos, la tesis aporta a la historia urbana de Quito y a la historia social de la enfermedad al mostrar que el tifus y la tifoidea no fueron solo episodios sanitarios, sino escenarios donde se redefinieron jerarquías socioespaciales y fronteras de legitimidad urbana. Al situar la higiene como categoría de gobierno, la investigación ilumina las conexiones entre modernización desigual, racialización del riesgo y disputa por lo público en la primera mitad del siglo XX.

Palabras clave: Quito, tifus exantemático, fiebre tifoidea, civilización, profilaxis, raza, clase y progreso



## Agradecimientos

Agradezco a quienes, de distintas formas, acompañaron este camino. Mi familia, Fabián y los amigos estuvieron siempre ahí, sosteniendo la calma en medio del rigor académico y brindándome su apoyo en los momentos más exigentes. También hicieron posible este proceso los silencios, las noches largas y los instantes de claridad que aparecían justo cuando parecía imposible avanzar.

La guía de Santiago Cabrera, marcada por paciencia, empatía y constancia, fue decisiva en este recorrido. Sus aportes no se limitaron a orientarme en lo académico, sino que se tradujeron en un verdadero acompañamiento intelectual y humano. Cada retroalimentación fue, más que una corrección, una invitación a repensar, a mirar desde otros ángulos y a no conformarme con lo evidente. El conocimiento que me compartió, con rigor y generosidad, me abrió nuevos caminos de análisis que no hubiera explorado sola. Esa combinación de claridad y cercanía me impulsó a superar los límites que creía tener y, al mismo tiempo, a confiar en mi capacidad para sostener ese esfuerzo.

Agradezco también a Guillermo Bustos y Rocío Rueda, por sus observaciones y correcciones. Su lectura atenta y exigente contribuyó a afinar la estructura del texto, precisar el uso conceptual y fortalecer la claridad del argumento. Sus comentarios orientaron decisiones concretas que mejoraron la coherencia general de la tesis y su aporte historiográfico.

El Área Académica de Historia fue un pilar fundamental: primero con las enseñanzas recibidas en la fase de clases y luego con el acompañamiento durante la investigación. Sin ese respaldo constante no habría sido posible culminar esta etapa. A ello se suman los archivos que visité y las personas que me facilitaron documentos, cuya generosidad permitió que la investigación se desarrollara y llegara a buen término.

La compañía silenciosa de Mau, mi gato, fue un sostén emocional que me recordaba la importancia de la pausa y el cuidado en medio de las exigencias diarias. Del mismo modo, la memoria de mi abuelo Gris estuvo presente en cada paso: volver a sus relatos y a su época me permitió sentirlo cerca y dialogar con él aun en su ausencia.

Este trabajo es, en última instancia, el resultado de un entramado de afectos, diálogos y complicidades que no siempre se nombran aquí, pero que han dejado huella en cada página.





## Tabla de contenidos

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumen .....                                                                                                                     | 5  |
| Agradecimientos .....                                                                                                             | 7  |
| Tabla de contenidos .....                                                                                                         | 9  |
| Figuras .....                                                                                                                     | 11 |
| Introducción .....                                                                                                                | 13 |
| Capítulo primero El discurso médico como herramienta de estigmatización .....                                                     | 21 |
| 1. Caracterización del discurso médico-institucional .....                                                                        | 25 |
| 1.1 El médico como agente discursivo del higienismo .....                                                                         | 26 |
| 1.2 Instituciones médicas y espacios de enunciación del saber higienista .....                                                    | 28 |
| 2. Causas de la enfermedad según el discurso médico .....                                                                         | 31 |
| 2.1 Factores biológicos .....                                                                                                     | 31 |
| 2.2 Factores sociales y culturales .....                                                                                          | 32 |
| Capítulo segundo Del diagnóstico al control social: cuerpos vigilados y espacios normados .....                                   | 47 |
| 1.1 Tensiones entre medicina oficial y prácticas tradicionales .....                                                              | 48 |
| 1.2 Cuerpos disciplinados: la infancia, oficios y “portadores sanos” .....                                                        | 49 |
| 1.3 Cartografías y prensa en la construcción de espacios sospechosos .....                                                        | 53 |
| Capítulo tercero La configuración de la respuesta municipal y la disputa por la ciudad frente al tifus y la fiebre tifoidea ..... | 59 |
| 1. Infraestructuras urbanas y abandono institucional .....                                                                        | 61 |
| 1.1 Diagnósticos sobre agua alcantarillado y manejo de residuos .....                                                             | 61 |
| 1.2 Denuncias vecinales y segregación socioespacial .....                                                                         | 67 |
| 2. Biopolítica higienista y respuestas ciudadanas .....                                                                           | 72 |
| 2.1 De la campaña local a la centralización nacional .....                                                                        | 72 |

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2 Oficios prohibidos y juicios morales: exclusión social y resistencias cotidianas..... | 85 |
| Conclusiones.....                                                                         | 91 |
| Bibliografía.....                                                                         | 95 |
| Fuentes primarias.....                                                                    | 95 |
| Fuentes secundarias .....                                                                 | 95 |

## Figuras

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. “Plano General de Quito con las zonas permitidas para la urbanización”,<br>Quito, noviembre de 1934. Con señalización propia.....                       | 34 |
| Figura 2. Plano sanitario de Quito: con la localización de la tifoidea en la ciudad durante<br>los años de 1922–1923. Con señalización propia.....                | 54 |
| Figura 3. El tifus exantemático en el Ecuador .....                                                                                                               | 58 |
| Figura 4. Defienda su salud, consume leche y agua hervidas .....                                                                                                  | 66 |
| Figura 5. Ubicación espacial de convalecientes tíficos a partir de registros de la<br>Dirección de Sanidad de la Zona Central con señalización propia, 1944 ..... | 77 |



## Introducción

En las últimas décadas, la historia de las enfermedades en América Latina ha mostrado que los padecimientos colectivos no pueden leerse únicamente como hechos biomédicos. Lejos de ello, activan respuestas institucionales, producen interpretaciones socialmente situadas y configuran jerarquías, regulaciones y formas específicas de gobierno sobre la vida. En este sentido, el higienismo y la salud pública se constituyen no solo como saberes técnicos, sino como lenguajes y prácticas que articularon moralidad, espacio urbano y manejo institucional del riesgo.<sup>1</sup>

En esta investigación, el higienismo se entiende como una forma de intervención urbana que, bajo una apariencia técnica, estableció criterios de salubridad y de adecuación al orden urbano, moralizó prácticas cotidianas y fijó jerarquías sociales al asociar determinados cuerpos, oficios y espacios con el peligro. En contextos de modernización desigual, este repertorio articuló salubridad, ornato y disciplina social, y contribuyó a ordenar el espacio urbano a partir del riesgo, mediante inspecciones, campañas, regulaciones y lenguajes de corrección.

Si bien su matriz se consolidó en Europa durante el siglo XIX y circuló tempranamente en América Latina, lo central aquí es su modo de operación: cómo la higiene se convirtió en un criterio para regular pertenencias, delimitar diferencias y legitimar intervenciones. En Ecuador, y particularmente en Quito, estas lógicas se inscribieron en procesos de transformación urbana atravesados por profundas asimetrías sociales y territoriales.<sup>2</sup>

En Quito, la relación entre salud pública e higienismo se expresó en un conjunto de prácticas de gobierno urbano: campañas, inspecciones y regulaciones que no solo buscaron contener los brotes, sino también definir qué espacios y prácticas eran considerados aceptables. En ese sentido, la salubridad y el ornato funcionaron como

---

<sup>1</sup> En términos institucionales, *Salud pública* se entiende como el conjunto de responsabilidades, prácticas y dispositivos estatales orientados a la prevención y gestión de las enfermedades. Por su parte, *higienismo* refiere a un repertorio de ideas y acciones que, dentro de esas respuestas, articuló salubridad y ornato, moralizó la vida urbana y contribuyó a delimitar espacialmente el peligro sanitario.

<sup>2</sup> Según Eduardo Kingman esta corriente se expandió en el país entre los años 30 y 40 del siglo XX y buscó abarcar ámbitos como la salud, la educación, el cuidado de la infancia y el ordenamiento de la urbe.<sup>2</sup> Véase Eduardo Kingman, “Historia social y mentalidades: Los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales”. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 15 (2002): 110, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50901511>.

criterios para ordenar el espacio público y establecer límites de pertenencia social, como lo expresa Isidro Ayora al señalar que “el grado de civilización de un país se mide actualmente según la perfección de su higiene...”.<sup>3</sup> En este escenario, la investigación se sitúa entre 1927 y 1945, en el Quito de entreguerras, atravesado por crisis y restricciones materiales que condicionaron la expansión de la infraestructura y la capacidad de intervención municipal.

Bajo estas condiciones, la modernización urbana, la precariedad infraestructural y las políticas municipales convirtieron al tifus y la tifoidea en un campo privilegiado de administración del riesgo, clasificación social y disputa por el orden urbano. Situar esas restricciones no implica exculpar a las instituciones, sino mostrar cómo, en respuestas con premisa científica, se filtraron jerarquías, estigmas y lecturas racializadas del riesgo.

La pregunta que guía esta tesis es: ¿de qué modo los discursos médicos e higienistas sobre tifoidea y tifus contribuyeron a construir formas de control social, estigmatización y ordenamiento urbano en Quito? La hipótesis sostiene que la gestión del tifus y la tifoidea no se limitó al control sanitario: produjo una lectura jerarquizada del riesgo, con marcas racializadas y clasistas, y legitimó dispositivos de vigilancia, corrección y exclusión sobre sectores populares mediante su territorialización en el espacio urbano por parte de circuitos médico-municipales.<sup>4 5</sup> Este proceso se manifestó

---

<sup>3</sup> Isidro Ayora y Villavicencio, “Nociones Populares de Higiene. Publicadas con motivo de la 1ª Exposición de higiene en el Ecuador” (Quito: Editorial Chimborazo, 24 de mayo de 1922), 34, Biblioteca Nacional Eugenio Espejo (BBE), fondo *Ecuatoriano Republicano* 2. La influencia del pensamiento higienista encuentra un claro ejemplo en Isidro Ayora, que, como médico de profesión, se desempeñó como presidente de la República desde 1926 a 1931 y fue Presidente del Concejo Municipal de Quito en 1925. Según recoge Germán Rodas, Ayora “fue el mejor médico graduado de su generación. Ayora, si bien siguió con éxito los estudios de la especialidad, se preocupó de conocer los progresos que en Europa se habían producido en el campo sanitario, en las normas de higiene y aseo, en la naciente medicina social”. Véase Germán Rodas Chaves, *El pensamiento higienista público en el periodo liberal-alfarista y juliano y el pensamiento de salud pública en el periodo juliano-ayorista* (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador —UASB-E—, 2013), 92.

<sup>4</sup> En esta tesis, se entiende por discurso médico a un conjunto de enunciados y prácticas producidas desde el campo médico-higienista —a través de informes, campañas, cartillas y conferencias— en articulación con dependencias sanitarias, el municipio y la prensa, que contribuyeron a fijar causalidades, identificar poblaciones y delimitar espacios bajo sospecha sanitaria.

<sup>5</sup> Tales circuitos (como parte de los sectores dominantes de la época) comprenden al sector político de la ciudad, en este caso, el Consejo Municipal y la Comisión de Higiene y Policía, además se incluyen a las autoridades médicas correspondientes al poder central, como Enrique Garcés quien se desempeñó como Director Zonal de Salud. Por otra parte, La investigación tomará en cuenta como parte de sus actores al sector subalterno de la ciudad de Quito, específicamente, al fragmento mestizo, migrante e indígena, quienes se encontraban en condiciones precarias de vida. Estos grupos se caracterizaban por encontrarse en situación de pobreza y pobreza-extrema. Tal contexto reflejaba problemas en la alimentación, el trabajo y producía hacinamiento en viviendas. Adicionalmente, en base a la información encontrada en archivo se ha podido visualizar que estos sectores sociales en muchos de los casos se caracterizaban por dedicarse a actividades económicas como: las lecherías, venta de chupetes (helados) o venta y elaboración de alimentos en general. Por otro lado, dentro de este grupo también se encontraban: personas que migraron del campo

tanto en los mecanismos institucionales de la higiene (reglamentos, campañas, inspecciones) como en la cultura urbana que dotó a la limpieza y al pudor de un valor civilizatorio, con manifestaciones concretas en mercados, calles y viviendas. En ese sentido, la investigación se propone demostrar cómo la enfermedad fue un terreno de disputa donde se definieron proyectos de modernidad, orden y ciudadanía

El arco temporal (1927–1945) se delimita por dos hitos: el brote inicial de 1927–1928, que desembocó en la declaratoria de notificación obligatoria, y la consolidación de instrumentos profilácticos y fichas epidemiológicas hacia 1945. Aunque este periodo enmarca un proceso de institucionalización sanitaria, la documentación se concentra especialmente en dos momentos: 1927–1928 y la crisis de 1943–1945 (con pico en 1943–1944), cuando aumentan los registros médicos, municipales y la prensa. En esta tesis, los brotes se reconstruyen por las marcas que dejan las fuentes: estadísticas puntuales, informes, campañas, reclamos ciudadanos y prensa.

En este sentido, la investigación se ubica entre dos enfoques historiográficos principales: la historia social urbana y la historia intelectual. La historia social urbana, ofrece el marco para comprender cómo las políticas sanitarias se territorializaron en la ciudad y generaron dicotomías entre centro y periferia, entre lo decente y lo popular. La historia intelectual ofrece un marco para comprender los discursos médicos como producción de saberes y racionalidades que orientaron la acción estatal y municipal.

La tesis dialoga también con el campo de la historia de la salud y de la enfermedad, ampliamente consolidado en América Latina y en la historiografía internacional. Dicho campo ha mostrado cómo la medicalización, el higienismo y la gestión de epidemias produjeron representaciones del cuerpo, nociones de riesgo y mecanismos de exclusión. Este marco permite insertar el análisis del caso quiteño dentro de historiografía ya producida, pero con un énfasis particular: pese a que fueron patologías recurrentes y altamente estigmatizantes, la fiebre tifoidea y el tifus exantemático en Quito no han sido estudiados a partir de sus imbricaciones sociales. Este vacío historiográfico es el que esta tesis se propone cubrir.

El corpus documental incluye actas y misivas del Concejo Municipal publicadas en la *Gaceta Municipal* (1928, 1933, 1939), misivas de la Comisión de Higiene y de la Dirección de Higiene de la Zona Central (1944–1945), tesis, revistas, boletines y

---

a la ciudad, habitantes de sectores considerados periféricos para la época, como El Panecillo, La Floresta y barrios obreros que se estaban conformando en aquel momento.

publicaciones médicas (1927–1945) —entre ellas los trabajos de Luis A. León sobre tifoidea y tifus—, prensa local (*El Comercio*, *El Día*) y cartografía como el plano sanitario de 1922–1923 y mapas de la época. Estos materiales permiten reconstruir el campo de enunciación médico-administrativo y sus efectos, observar cómo se racializó el riesgo y rastrear los mecanismos materiales (obras, servicios, inspecciones) que dieron cuerpo a las políticas higienistas municipales. La metodología combina la historia social urbana con el análisis del archivo discursivo y atiende tanto a los dispositivos institucionales como a las sensibilidades que produjeron.

En diálogo con este archivo, el estado del arte se sostiene en un conjunto de aportes que han moldeado la manera de pensar la relación entre enfermedad, ciudad y poder. En primer lugar, los conceptos de biopoder y disciplina, propuestos por Foucault, se utilizan como herramientas analíticas para comprender la higiene como una forma de gobierno. Desde esta perspectiva, las medidas sanitarias no solo buscaron prevenir enfermedades, sino que también administraron cuerpos, regularon circulaciones y contribuyeron a producir jerarquías dentro del espacio urbano.<sup>6</sup>

Desde la historia social de la enfermedad, Diego Armus ha mostrado que las patologías exceden su dimensión epidemiológica y se inscriben en las tensiones sociales y culturales de la ciudad; su noción de la “ciudad impura” permite situar los brotes de tifoidea y tifus en Quito dentro de un escenario regional de modernización desigual y estigmatización.<sup>7</sup> En una línea complementaria, Nancy Stepan ha demostrado cómo los discursos médicos latinoamericanos de inicios del siglo XX articularon medicina, raza y eugenesia, y legitimaron proyectos de exclusión y reordenamiento social, lo que ayuda a comprender que, en el caso quiteño, los diagnósticos de insalubridad se vincularon a imaginarios de degeneración atribuidos a sectores indígenas y populares.<sup>8</sup>

Desde otro ángulo, Eduardo L. Menéndez propone la noción de *modelo médico hegemónico* para explicar cómo las prácticas biomédicas se consolidaron como marco dominante frente a otros saberes sobre la salud.<sup>9</sup> Esta perspectiva permite comprender

---

<sup>6</sup> Las obras destacadas que serán tomadas en cuenta son: Michel Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina, 2002), 305; Michel Foucault, *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)*, trad. de Horacio Pons (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006), 484.

<sup>7</sup> Diego Armus, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna,” *Asclepio* 54, n.º 2 (2002): 41-60, <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>

<sup>8</sup> Nancy Leys Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America* (Ithaca: Cornell University Press, 1991), 224.

<sup>9</sup> Eduardo L. Menéndez, “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias,” *Salud Colectiva* 16 (2020): 1-25, <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.



que las campañas contra la tifoidea y el tifus no solo promovieron prácticas higiénicas, sino que también deslegitimaron remedios populares y saberes locales, al imponer una visión única sobre la enfermedad y su tratamiento. En una línea complementaria, Steven Palmer, a través del concepto de *medical populism*, advierte que los discursos médicos podían convertirse en recursos de legitimidad política, lo que ayuda a matizar el uso de la higiene en Quito como herramienta para consolidar proyectos de orden impulsados por autoridades y sectores dominantes.<sup>10</sup>

En el caso ecuatoriano, Kim Clark muestra cómo la higiene se articuló como una campaña de reforma moral y educativa, sostenida por la prensa y organizada en un gradiente que iba de la prevención a la sanción. Por otro, sitúa la preocupación por la llamada “raza nacional” dentro de una ideología mestiza que buscó producir un “todo nacional” a través de la educación, los servicios médicos y la higiene social, al integrar estos dispositivos al proyecto estatal de orden y cohesión.<sup>11</sup>

En el ámbito local, Eduardo Kingman constituye la referencia central. Sus trabajos muestran que en Quito la higiene, ornato y policía se convirtió en ejes políticos de acción hacia la modernidad urbana, al vincular espacios públicos, mercados y prácticas cotidianas como los oficios, con jerarquías sociales y con un proyecto de ciudad presentable.<sup>12</sup> La relevancia de los estudios de Kingman reside en haber develado la articulación entre modernización y exclusión, un eje que esta tesis retoma, pero lo enfoca en la dimensión específica de las enfermedades. En diálogo con ello, Norbert Elias permite pensar sobre los “umbrales de tolerancia y repudio sociales”. Bajo esta dinámica los sectores dominantes justificaban la exclusión de aquellos grupos desfavorecidos mediante discursos que asociaban higiene con civilización y progreso.<sup>13</sup>

Por su parte, Sofía Luzuriaga ha documentado el acceso desigual al agua apta para el consumo humano en Quito y cómo la ampliación de las redes no eliminó las asimetrías sociales. Su obra conecta los discursos higiénicos con prácticas domésticas, y aporta datos clave para entender cómo la materialidad de los servicios básicos se convirtió en un

---

<sup>10</sup> Steven Palmer, *From Popular Medicine to Medical Populism: Doctors, Healers, and Public Power in Costa Rica, 1800–1940* (Durham: Duke University Press, 2003), 345.

<sup>11</sup> Kim Clark, “El sexo y la responsabilidad en Quito: prostitución, género y estado, 1920–1950”, *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia* 16 (2001): 42-59, <http://hdl.handle.net/10644/1531>.

<sup>12</sup> En esta línea, se encuentran las siguientes obras: Eduardo Kingman Garcés, *Los trajines callejeros: memoria y vida cotidiana* (Quito: FLACSO, Sede Ecuador; Instituto Metropolitano de Patrimonio; Fundación Museos de la Ciudad, 2014), 244. / Eduardo Kingman, “El higienismo y el ornato de la ciudad”, en *La ciudad y los otros: Quito, 1860-1940* (Quito: FLACSO / Universidad Rovira i Virgili, 2006), 431.

<sup>13</sup> Juan Carlos Jurado, “Sobre el proceso de la civilización de Norbert Elias”, *Nómadas* 10 (julio-diciembre 2004): 4.

campo de disputa.<sup>14</sup> Algo semejante sucede con los estudios de Fernando Carrión y Jaime Erazo sobre la forma urbana de Quito, que permiten ubicar los problemas sanitarios en una ciudad crecientemente segmentada entre centro y periferias.<sup>15</sup>

Andrea Salazar y Alejandro Becerra, con su análisis del Plan Odriozola (1942–45), aportan una visión de cómo el discurso higienista se produjo en políticas concretas de zonificación y ordenamiento, constituyendo un puente directo entre la retórica médica y la planificación urbana.<sup>16</sup> Al estudiar los imaginarios liberales y la construcción del sujeto indígena, Mercedes Prieto muestra cómo el higienismo y la educación sanitaria se articularon con proyectos de racialización y con la idea de civilizar a la población indígena, lo que permite leer la enfermedad como marcador de diferencia étnica.<sup>17</sup>

Otros estudios enriquecen este panorama: Milagros Villarreal ha estudiado la Facultad de Medicina y la producción médica local, aportando datos sobre cómo se formaron los profesionales que construyeron los discursos sobre la tifoidea y el tifus.<sup>18</sup> Nadia López ha estudiado a las trabajadoras sociales en Quito en las décadas de 1940 y 1950, lo que abre la dimensión de género en las prácticas de asistencia y muestra la presencia de mujeres en la pedagogía de la higiene. En cambio, Germán Rodas ofrece un recorrido sobre el pensamiento higienista en el Ecuador, específicamente en el arco liberal y ayorista.<sup>19</sup>

Finalmente, la compilación de estudios intitulada *Enfoques y estudios históricos Quito a través de la historia* reúne estudios que crean un contexto para rastrear cronologías de obras, servicios e infraestructuras, elementos indispensables para comprender el contexto material donde se desplegaron las políticas sanitarias. Esta mirada permite, además, ubicar a la ciudad de Quito en un horizonte más amplio, al presentar los procesos de formación y transformación urbana que condicionaron sus dinámicas

<sup>14</sup> Sofía Luzuriaga Jaramillo, *Quito y sus recorridos de agua. Abastecimiento, discursos y pautas higiénicas modernizantes* (Quito: UASB-E / Corporación Editora Nacional —CEN—, 2013), 163.

<sup>15</sup> Fernando Carrión y Jaime Erazo Espinosa, *La forma urbana de Quito: una historia de centros y periferias*, *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* 41, n.º 3 (2012): 507-510, <https://journals.openedition.org/bifea/361>.

<sup>16</sup> Andrea Salazar Veloz y Alejandro Becerra Martínez, “El legado de Jones Odriozola: Plan Regulador de Quito 1942–1945,” *Estudo Prévio* 23 (2023): 106, <https://doi.org/10.26619/2182-4339/23.01>

<sup>17</sup> Mercedes Prieto, *Liberalismo y temor: Imaginando los sujetos indígenas en el Ecuador postcolonial, 1895-1950* (Quito: FLACSO / Ediciones Abya Yala, 2004), 283.

<sup>18</sup> Milagros Villarreal Rivera, “La Escuela Nacional de Enfermeras entre 1942 y 1970: una historia sobre las dinámicas de control social” (tesis de maestría, 2018), <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6537/1/SM238-Villarreal-La%20escuela.pdf>.

<sup>19</sup> Germán Rodas Chaves, *El pensamiento higienista público en el periodo liberal-alfarista y juliano y el pensamiento de salud pública en el periodo juliano-ayorista* (Quito: UASB-E, 2013), 144.

sociales.<sup>20</sup> En esa misma línea, la investigación de Wilson Miño aporta a reconstruir la manera en que la infraestructura, particularmente el ferrocarril, y el ordenamiento urbano hicieron posible la modernización de la ciudad.<sup>21</sup>

En el campo de los estudios sobre enfermedades y sus representaciones sociales, varios trabajos resultan claves para situar esta investigación. Sophia Checa examina cómo las trabajadoras sexuales fueron ubicadas en el centro de discursos médicos y morales, al asociarlas con el riesgo de contagio de enfermedades venéreas, justificando así controles sobre su vida cotidiana.<sup>22</sup> En una perspectiva regional, América Molina estudia el caso del tifo en la Ciudad de México durante la Revolución Mexicana, al destacar que este mal se vinculó principalmente a espacios de pobreza y hacinamiento, y que la prensa jugó un papel decisivo al difundir medidas preventivas y educativas que buscaban orientar a la población.<sup>23</sup>

En el caso ecuatoriano, Germán Rodas hace un recorrido de larga duración sobre distintas epidemias donde muestra que la precariedad en el acceso a agua potable y alimentos, junto con condiciones de vida insalubres, fueron factores que propiciaron su expansión.<sup>24</sup> Finalmente, Manuel Miño analiza la epidemia de gripe española en Quito y señala su fuerte impacto en la vida urbana, desde el cierre de espacios de reunión hasta la manera en que la prensa representó a la ciudad como abatida y enferma, hecho que contribuyó a reforzar la percepción de crisis.<sup>25</sup>

Pese a esta riqueza bibliográfica, subsiste un vacío fundamental: si bien la historiografía ha estudiado el higienismo como motor de modernización urbana, no ha analizado en profundidad cómo enfermedades concretas —en este caso, la fiebre tifoidea y el tífus exantemático— fueron codificadas socialmente y gestionadas por las autoridades locales, ni cómo se convirtieron en criterios de clasificación socioespacial

<sup>20</sup> Evelia Peralta et al., *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia* (Quito: Dirección de Planificación, Municipio de Quito y Consejería de Obras Públicas y Transporte / Junta de Andalucía, 1992).

<sup>21</sup> Wilson Miño Grijalva, *Quito y el ferrocarril: modernización, espacio y sociedad* (Quito: UASB-E / CEN, 2012), 45.

<sup>22</sup> Sophia Checa Ron, “Pecadoras e infectadas: la prostituta en la primera mitad del Siglo XX”, (tesis de maestría: UASB-E, 2012), <http://hdl.handle.net/10644/3029>.

<sup>23</sup> América Molina del Villar, “El tifo en la ciudad de México en tiempos de la Revolución Mexicana”, 1913-1916, *Historia mexicana* 64, n° 3 (2015): 1-85. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-65312015000101163&lng=es&tlng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-65312015000101163&lng=es&tlng=es)

<sup>24</sup> Germán Rodas, *Pandemias y enfermedades en la historia del Ecuador, siglos XVIII-XXI* (Quito: UASB-E / CEN, 2012), 139.

<sup>25</sup> Manuel Miño Grijalva, “Bajo la sombra del coqueluche: población y mortalidad en Quito entre 1910 y 1923”, *Boletín de la Academia Nacional de Historia* 98, n.º 203 (enero-junio 2020): 99-141.

que reforzaron la estigmatización de barrios, mercados y sujetos racializados. En Quito, las enfermedades han aparecido sobre todo como telón de fondo en estudios sobre agua, ornato o policía, pero no como objetos centrales de análisis. Esta tesis busca llenar ese vacío, mostrando que el tifus y la tifoidea no solo fueron problemas sanitarios, sino también dispositivos que reconfiguraron la ciudad y sus jerarquías sociales.

En términos de aportes, el trabajo propone una doble contribución. En el plano empírico, articula documentos municipales, prensa, tesis médicas y cartografía para reconstruir el vínculo entre saber médico y acción municipal, evidenciando cómo las enfermedades se territorializaron en mapas, calles y resoluciones administrativas. En el plano conceptual, vincula condiciones materiales (agua, alcantarillado y mercados) con matrices discursivas de orden y civilidad, mostrando la producción de una geografía sanitaria racializada. De este modo, se busca enriquecer la historia social urbana de Quito desde una perspectiva que combina historia intelectual, historia social de la enfermedad y análisis del discurso.

La tesis se organiza en tres capítulos que dialogan entre sí a partir de la construcción del tifus y la tifoidea como problemas de gobierno urbano. El primero analiza la conformación del discurso médico-institucional, mostrando cómo se fijaron causalidades, jerarquías morales y poblaciones bajo sospecha mediante la articulación entre higiene, diferencia social y moralización. El segundo examina el pasaje del diagnóstico al control social, evidenciando cómo esos saberes se inscribieron sobre cuerpos específicos —infancia, mujeres, indígenas y trabajadores populares— y habilitaron prácticas de vigilancia y normación del espacio urbano. El tercero reconstruye la traducción municipal de ese repertorio en regulaciones concretas sobre oficios y territorios, así como las respuestas, reclamos y negociaciones que emergieron desde los sectores afectados. En conjunto, los capítulos sostienen que la enfermedad operó como una categoría de administración del riesgo y de orden urbano en el Quito de la primera mitad del siglo XX.

## Capítulo primero

### El discurso médico como herramienta de estigmatización

Quito, en las primeras décadas del siglo XX, se configuraba como una ciudad en la que convivían contrastes entre la herencia colonial y los proyectos de modernización que buscaban transformar su imagen y funcionamiento. Sus calles empedradas, estrechas y sinuosas en el centro histórico se desplegaban entre edificaciones de adobe y teja, heredadas de un trazado urbano del siglo XVI. Por otro lado, en sus márgenes, especialmente al norte, surgían áreas residenciales y espacios de comercio, edificados por sectores dominantes que intentaban modernizar la ciudad. Esta modernización, sin embargo, coexistía con problemas estructurales de infraestructura y servicios que condicionaban la vida cotidiana y marcaban la relación entre centro y periferia. En varios puntos, la densidad poblacional, la precariedad de la vivienda y la carencia de servicios básicos convertían a ciertos barrios en focos de atención municipal y sanitaria.<sup>26</sup>

A nivel geográfico, Quito se asentaba en una hondonada andina rodeada de lomas como El Panecillo, Itchimbia y San Juan, y atravesada por quebradas profundas que no solo eran accidentes naturales, sino también límites físicos y simbólicos que separaban sectores sociales. El vínculo de determinadas zonas de la capital con estos elementos naturales y sumado al abandono de las autoridades, reforzaba percepciones sobre la salubridad de los entornos urbanos.<sup>27</sup> Ya a inicios del siglo XX, viajeros y cronistas subrayaban cómo estas elevaciones y quebradas marcaban la ciudad y condicionaban su distribución y crecimiento.<sup>28</sup>

En ese sentido, tales contextos materiales de la ciudad reflejaban las tensiones entre las aspiraciones de modernidad, las realidades socioeconómicas urbanas y las dinámicas rurales. Durante las primeras décadas del siglo XX, en la Sierra centro-norte, el sistema de haciendas, basado en relaciones de concertaje, limitaba la movilidad y autonomía de los campesinos, lo cual consolidaba una economía orientada hacia

---

<sup>26</sup> Eduardo Kingman, “Quito, vida social y modificaciones urbanas”, en *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia*, 144-5.

<sup>27</sup> Eduardo Kingman, *La ciudad y los otros*, 178-9.

<sup>28</sup> Pablo Ospina, “Quito en la colonia. Abastecimiento urbano y relaciones de poder local”, en *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia*, 116-7.

adentro.<sup>29</sup> Adicionalmente, el país vivía lo que Juan Maiguashca denominó “crisis de la autoridad paternal”: “la economía de la plantación fue transformada en un sistema de aparcería y los anteriores trabajadores y sembradores se transformaron en arrendatarios”.<sup>30</sup>

Este contexto también sufrió un cambio drástico con la llegada del ferrocarril a la ciudad en 1908, hecho que reconfiguró el abasto, incrementó el tránsito de la población y activó flujos migratorios que alteraron la composición social. Según detalla Wilson Miño, para 1932 la población quiteña se expande hasta en un 156% y recupera su relevancia demográfica frente a Guayaquil.<sup>31</sup> En consecuencia, se produjo un crecimiento demográfico que, después de la segunda década del siglo XX, llegaría a ser exponencial y que no podría haberse desarrollado “sin el contingente migracional, que las diversas fuentes –no cualitativas– nos describen”.<sup>32</sup>

Estas dinámicas impactaban directamente en la ciudad, ya que el desplazamiento de sectores campesinos generaba nuevas tensiones en los espacios urbanos quienes traían consigo costumbres y usos del espacio que resultaban extraños para los ciudadanos. Este hecho desembocaría en la creación de un “centro ciudadano” y una “periferia no ciudadana”.<sup>33</sup> Este proceso coincidió con la apertura de nuevas vías y rutas del tranvía impulsadas por la *The Quito Tranway Company*, que favorecieron la expansión hacia el norte. Adicionalmente la llegada del ferrocarril a Chimbacalle reforzó su carácter de barrio obrero y articuló sectores como La Magdalena con el casco urbano.<sup>34</sup>

Dichos procesos sociales se vieron reflejados en la configuración espacial de Quito, que durante “este período [la ciudad] va desplazando significativamente su frontera física y cambiando su configuración espacial interna, y como ya han planteado diversos autores, la ciudad redefine los usos de su espacio interior”.<sup>35</sup> Surgieron nuevos barrios, nuevas formas de negocio y, con ello, se produjeron transformaciones sociales, culturales y económicas que re-conformaron a la urbe; sin embargo, a la par, existían

---

<sup>29</sup> J. P. Deler, y Saint-Geours, comp., *Estados y Naciones de los Andes, Hacia una historia comparativa: Bolivia-Colombia-Ecuador-Perú* (Lima: Institut Français D'études Andines, 1986), 260.

<sup>30</sup> Juan Maiguashca y Liisa North, “Orígenes y significado del velasquismo: lucha de clases y participación política en el Ecuador, 1920-1972,” en *La cuestión regional y el poder*, ed. Rafael Quintero (Quito: Corporación Editora Nacional, FLACSO, CERLAC, 1991), 100.

<sup>31</sup> Wilson Miño, *Quito y el ferrocarril: modernización, espacio y sociedad*, 47.

<sup>32</sup> Eduardo Kingman, *La ciudad y los otros*, 227-233.

<sup>33</sup> *Ibíd.*, 234.

<sup>34</sup> Eduardo Kingman, “Quito, vida social y modificaciones urbanas”, en *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia*, 143-7.

<sup>35</sup> *Ibíd.*, 165.

intentos por extirpar las expresiones culturales que no se alineaban con los criterios de orden y progreso.

Los oficios desempeñados en calles y plazas daban forma a una cotidianidad urbana marcada por la presencia de aguateros, panaderos, cargadores y vendedores ambulantes. Como muestra Kingman, estas actividades no solo aseguraban el abasto y los servicios básicos, sino que configuraban una estructura social y sonora que definía el espacio público.<sup>36</sup> Sin embargo, desde las lógicas modernizantes, tales actividades eran interpretadas como prácticas desordenadas o insalubres, asociadas a lo popular y fueron objeto de intentos de regulación o exclusión. Los oficios callejeros se situaban en la tensión entre su rol indispensable en la economía y su estigmatización dentro de los proyectos de orden y progreso. Esta tensión revela cómo la vida urbana se encontraba atravesada por disputas sobre el uso del espacio, lo que anticipaba nuevas transformaciones físicas de la ciudad.

La llegada de los vehículos a gasolina introdujo una ruptura con los patrones previos de crecimiento urbano de Quito, al facilitar el ensanchamiento de calles y la apertura de caminos hacia los valles y el sur de la ciudad. Este proceso desdibujó antiguas fronteras naturales, como las colinas, que dejaron de funcionar como límites para convertirse en espacios habitados. A diferencia de etapas anteriores, en las que el crecimiento demográfico no implicó expansión espacial, la ciudad comenzó a extenderse territorialmente, mientras que en el centro urbano persistían el auge de los inquilinatos y las condiciones de hacinamiento.<sup>37</sup>

En ese marco, se consolidaron criterios técnicos para el crecimiento normal de la ciudad: reglamentos, campañas e inspecciones y rellenos de quebradas como parte de los procesos de saneamiento y embellecimiento. Junto con la policía, la escuela, la salud y la prensa, operó un conjunto de dispositivos urbanos de administración de poblaciones. Por otro lado, la concentración de mejoras en la zona central contrastaba con los barrios populares (considerados carentes de orden en su conformación), carentes de alcantarillado y agua potable, mientras las quebradas como sitios para descarga de desechos convertían a ciertos sectores en basureros públicos.<sup>38 39</sup>

---

<sup>36</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 43.

<sup>37</sup> *Ibíd.*, 180-235.

<sup>38</sup> Eduardo Kingman, “Quito, vida social y modificaciones urbanas”, en *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia*, 147.

<sup>39</sup> La historiografía local ha mapeado la traza histórica de las quebradas y su rol estructurante en la ciudad.

Sanitariamente, la ciudad experimentaba mejoras técnicas, pero con un acceso desigual a los recursos. Como señala Luzuriaga, el abastecimiento de agua pasó de un sistema rudimentario de acequias abiertas a una red de tuberías con procesos de purificación; sin embargo, los sectores periféricos y populares seguían careciendo de cobertura adecuada.<sup>40</sup> Este patrón ya se insinuaba desde finales del siglo XIX, cuando el agua llegaba “desde la chorrera del Pichincha, desde la Ermita, así como desde una roca nombrada ‘las llagas de San Francisco’ a través de cañerías abiertas o de conductos subterráneos de teja o de piedra, ambos en estado ruinoso por las resquebrajaduras hechas por el tiempo”.<sup>41</sup>

La suciedad de las acequias se agravaba por el paso de personas y animales, e incluso por la mezcla “con materias infectas provenientes de los lazaretos y los hospitales”. Aunque se planteó la distribución domiciliaria mediante pilas y grifos, “no llegó a todos del mismo modo ni en la misma época”.<sup>42</sup> Este patrón se repetía en otros servicios, como el alcantarillado y la recolección de basura, donde las zonas centrales recibían atención prioritaria, mientras que en los márgenes urbanos persistían condiciones insalubres que favorecían la propagación de enfermedades endémicas como el tifus exantemático y la fiebre tifoidea.

Tal vínculo patológico en el discurso, se observa en la lectura del plano sanitario de 1927, donde el Dr. Cristóbal González señalaba que en sectores periféricos “predominaba el tifus” y que estaban habitados “especialmente por obreros y gente pobre que, por añadidura, carece de hábitos higiénicos”, enlistando áreas como “Panecillo, Alpahuasi, Aguarico, San Juan, La Tola”.<sup>43</sup> La prensa amplificó estas asociaciones al señalar que el riesgo de contagio se incrementaba en los espacios de aglomeración, contribuyendo así a fijar una percepción selectiva del peligro en el imaginario urbano.<sup>44</sup>

En este clima, el discurso higienista vinculaba elementos como la salud pública, progreso y civilización, al proyectar la modernidad urbana como obra pública, normativa y pedagogías de hábitos. Lo expresaba Isidro Ayora: “el grado de civilización

---

<sup>40</sup> Sofía Luzuriaga Jaramillo, *Quito y sus recorridos de agua*, 84-5, 114.

<sup>41</sup> Eduardo Kingman, en “Quito, vida social y modificaciones urbanas”, en *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia*, 145.

<sup>42</sup> *Ibíd.*

<sup>43</sup> Cristóbal González Hidalgo, *El tifus exantemático en el Ecuador. Conferencia presentada en la Universidad Central* (Quito: Imprenta Gráficos de Educación, 1942), 9, BNEE, fondo *Ecuatoriano Republicano 2*, signatura FERIL004781.

<sup>44</sup> “Prescripciones que se deben practicar para evitar enfermedades contagiosas”, *El Día*, 20 de junio de 1945: 1, BNEE, Hemeroteca.



de un país se mide actualmente según la perfección de su higiene”.<sup>45</sup> Sin embargo, en la práctica, este discurso —a menudo paternalista— no transformó de raíz las condiciones de la mayoría: persistieron pobreza y hacinamiento, y se racializó la lectura de la enfermedad, al situar a lo indígena y lo popular como portadores de insalubridad.

## 1. Caracterización del discurso médico-institucional

En un contexto internacional, el pensamiento higienista europeo tuvo un impacto significativo en los médicos de América Latina, sobre todo en aquellos que ejercieron en ciudades como Quito durante la primera mitad del siglo XX. Este enfoque, desarrollado principalmente en Francia, Alemania e Inglaterra, sentó las bases para la comprensión de las enfermedades y su relación con las condiciones sociales y urbanas. Los avances en la microbiología y la epidemiología, promovidos por figuras como Louis Pasteur y Edwin Chadwick, influyeron directamente en la formación y prácticas médicas, al introducir conceptos sobre la prevención, la higiene pública y el saneamiento como pilares fundamentales para el control de epidemias.<sup>46</sup>

Al mismo tiempo, estas ideas estaban alineadas con los principios del higienismo público, consolidado en Ecuador durante el periodo liberal y la Revolución Juliana. Germán Rodas señala que, aunque inicialmente el higienismo fue adoptado como un proyecto estatal para contener las enfermedades, posteriormente sirvió para legitimar la exclusión y el disciplinamiento de los sectores más vulnerables.<sup>47</sup> El impacto de la Revolución Juliana en la gestión de la salud pública en Ecuador fue el punto de inflexión hacia un enfoque más social e integrador.

Este periodo representó un salto cualitativo del higienismo público hacia la conformación de una auténtica salud pública, especialmente a partir de 1926, cuando el Estado central —particularmente bajo el régimen de Isidro Ayora— asumió un papel activo como garante del bienestar colectivo. Este cambio no fue simplemente técnico, sino político y simbólico, pues implicó el reconocimiento de los sectores obreros, las mujeres y la infancia como sujetos de derecho en materia de salud.

---

<sup>45</sup> Isidro Ayora y Villavicencio, “Nociones Populares de Higiene”, 34.

<sup>46</sup> Gerardo G. Sánchez Ruiz, “Ciudades latinoamericanas entre mediados del siglo XIX y principios del XX: del Higienismo al Urbanismo,” *Arquitectura y Urbanismo* 41, n.º 2 (mayo-agosto 2020): 33-36, Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376864178004>.

<sup>47</sup> Germán Rodas Chaves, *El pensamiento higienista público en el periodo liberal y juliano* (informe de investigación: UASB-E, Sede Ecuador, 2013), 125.

En este contexto, la salud pública comenzó a organizarse desde una lógica de protección social que trascendía la práctica médica, al incorporar leyes laborales, reglamentos sanitarios y una nueva institucionalidad orientada al interés colectivo. La salud dejó de concebirse como un asunto individual para entenderse como un problema común, vinculado al orden urbano, la productividad y la estabilidad social, lo que legitimó la intervención estatal en ámbitos como el trabajo, la vivienda y el abastecimiento de agua.<sup>48</sup>

### **1.1 El médico como agente discursivo del higienismo**

Los médicos locales adoptaron estos conocimientos no solo como un marco científico, sino también como una herramienta para la transformación social. De esta manera se promovió la idea de que el progreso y la modernidad estaban vinculados al orden sanitario, al permitir que los médicos asumieran un papel central en la educación y disciplinamiento de la población. Este rol no se limitaba al tratamiento de enfermedades, sino que también abarcaba la implementación de medidas preventivas basadas en principios higienistas europeos, como la mejora en las condiciones de vida, la promoción de hábitos saludables y la regulación de los espacios urbanos.

En este punto, es preciso señalar que el pensamiento higienista como corriente médico-social en Quito, tuvo dos momentos. Eduardo Kingman menciona que el primero estuvo caracterizado por ser un “salubrismo práctico que acompañaba a las medidas municipales y de Policía, de saneamiento de la ciudad. El segundo formaba parte de una acción de mayor alcance, en la línea de la biopolítica”.<sup>49</sup> La frontera entre estos dos momentos fue difusa, aunque el higienismo en Quito (la primera corriente) empezó en el siglo XIX no fue hasta la tercera década del siglo XX que primaron conceptos científicos con relación a la población y al crecimiento de la urbe (segunda corriente).

Es fundamental señalar el vínculo entre el pensamiento higienista y la idea de raza. Como ha mostrado Kim Clark, en el caso ecuatoriano la preocupación por la salud de la llamada “raza nacional” se inscribió dentro de una ideología mestiza que concebía a la nación como un organismo único y vulnerable, más que como una suma de grupos raciales diferenciados. Desde esta perspectiva, la higiene, la educación y los servicios médicos se articularon como instrumentos para producir un “todo nacional” cohesionado en términos de comportamiento y moralidad. En ese marco, los discursos médicos e

---

<sup>48</sup> *Ibíd.*, 97-9.

<sup>49</sup> Eduardo Kingman, *La ciudad y los otros*, 301.

intelectuales de la época no solo identificaron a los sectores populares como responsables de la insalubridad, sino que legitimaron intervenciones orientadas a regenerar la raza mediante la educación del cuerpo y la higiene social.<sup>50</sup>

Así, el movimiento higienista, como un sistema disciplinario que vinculaba el progreso y la modernidad con la salubridad pública y el control del espacio urbano, encontró un terreno fértil en Quito debido a las condiciones precarias de la ciudad, especialmente frente a enfermedades como el tifus y la fiebre tifoidea. Las políticas higienistas, aunque tardías en su implementación en los Andes, adquirieron un carácter distintivo en Quito, donde debieron adaptarse debido a su contexto social y geográfico. Este proceso se dio en una ciudad profundamente desigual, con estructuras sociales aún marcadas por relaciones señoriales, una débil industrialización y una población urbana entrelazada con lo rural.<sup>51</sup>

En este marco, el médico fue convocado como un actor central de una cruzada civilizadora, encargado de “inculcar en el niño los principios higiénicos y liderar, junto con la escuela, una campaña moral de regeneración nacional”.<sup>52</sup> Esta función le otorgó una autoridad que excedía la práctica médica, al posicionarlo como agente de normalización de las conductas sociales y de intervención sobre las prácticas cotidianas, las costumbres y los espacios habitados por los sectores populares. Desde esta posición, el discurso médico proyectó una moral de clase que permitió definir determinadas formas de vida como signos de atraso o degeneración.

Esta lógica se expresa con claridad en el discurso del Dr. Cristóbal González, quien caracterizaba a los enfermos como “los que desatienden el cuidado de su persona”, “andrajosos” o “vencidos por la vida”, y atribuía esta condición a una herencia cultural al afirmar que el pueblo “ignora el valor de la higiene, siente poca simpatía por el baño, detesta el aseo; herencia nefasta que en gran parte la debemos a los españoles”.<sup>53</sup> Desde esta lectura, sostenía que los “médicos del Ecuador [estaban] en el deber de combatirlos”.<sup>54</sup>

---

<sup>50</sup> Kim Clark, “El sexo y la responsabilidad en Quito”, 58-9.

<sup>51</sup> *Ibíd.*, 359-61.

<sup>52</sup> Cristóbal González Hidalgo, *El tifus exantemático en el Ecuador*, 23.

<sup>53</sup> *Ibíd.*

<sup>54</sup> *Ibíd.*, 23-4.

## 1.2 Instituciones médicas y espacios de enunciación del saber higienista

La Universidad Central del Ecuador, a través de su Facultad de Medicina, se consolidó durante las décadas de 1930 y 1940 como el espacio de mayor legitimidad académica en el país para la formación médica. Su prestigio no solo reposaba en la enseñanza, sino también en su participación activa en los procesos de modernización institucional y en la producción de saberes orientados a la medicina social. Como lo ha demostrado Milagros Villarreal, estas transformaciones se vieron fuertemente influenciadas por el contexto político de la Revolución Juliana, que redefinió el rol de la universidad como actor clave en la regeneración nacional. En este sentido, la Facultad no solo formaba médicos, sino que también se convirtió en uno de los principales núcleos desde donde se enunciaban y circulaban ideas sobre la etiología de las enfermedades y su tratamiento, muchas veces articuladas con criterios clasistas y raciales.<sup>55</sup>

A través de revistas y tesis doctorales, los estudiantes y tesistas encontraban un espacio libre donde exponer inclusive criterios personales respecto a padecimientos como el tifus y la tifoidea. A través de estos textos, se plantearon propuestas dirigidas a transformar las condiciones de higiene en la ciudad, con un tono que atribuía a la medicina no solo la facultad de curar, sino la responsabilidad de intervenir en el orden moral y material de la sociedad.

En esa línea, otro enclave fundamental de la medicina de la época fue el Hospital San Juan de Dios, uno de los principales centros de atención sanitaria en Quito. Sin embargo, sus recursos limitados y la alta demanda reflejaban las desigualdades en el acceso a la salud pública. De manera paralela, desde este mismo espacio se impulsaron producciones escritas, como el *Boletín* trimestral, que recogía investigaciones sobre diversos padecimientos y publicaba columnas editoriales con críticas a la gestión de las autoridades sanitarias. En varias ocasiones, estas críticas señalaban que la gestión había sido “débil y pasajera, ha sido contraproducente y hasta absurda. Ha faltado tal vez entusiasmo y decisión”.<sup>56</sup> Los boletines, además, promovían campañas de higiene popular más efectivas, subrayando la importancia de la prevención mediante la educación sanitaria, lo que evidencia un giro hacia un enfoque social del pensamiento higienista.

---

<sup>55</sup> Milagros Villarreal Rivera, “La Escuela Nacional de Enfermeras entre 1942 y 1970: una historia sobre las dinámicas de control social” (tesis de maestría: UASB-E, 2018), 29–31, <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6537/1/SM238-Villareal-La%20escuela.pdf>.

<sup>56</sup> Enrique A. Aray, “Higiene Popular, Boletín del Hospital San Juan de Dios”, abril-junio de 1928, AHUCE, fondo *Facultad de Medicina*, 5.

Desde una perspectiva arqueológica, el discurso médico de la época configuró al médico no solo como autoridad científica, sino también como agente moral y político, cuya legitimidad se consolidó a través de instituciones como la Universidad Central del Ecuador y el Hospital San Juan de Dios. Estos espacios funcionaron como escenarios de enunciación desde los cuales se definía lo normal y lo patológico, inscribiendo un régimen de vigilancia sobre el cuerpo social en el que la enfermedad transcendía su dimensión biológica para operar como criterio de clasificación moral, social y espacial.

En este sentido, como plantea Peter Burke, las representaciones culturales no se limitan a reflejar la realidad, sino que la producen y delimitan quién está autorizado para hablar en nombre de la verdad.<sup>57</sup> Desde esta perspectiva, instituciones como la Universidad Central del Ecuador y el Hospital San Juan de Dios pueden entenderse como dispositivos que no solo legitimaron saberes médicos, sino que también contribuyeron a estructurar jerarquías sociales y raciales a través de los cuerpos definidos como insalubres.

Uno de los elementos a considerar entre estas instituciones es el vínculo que manifestaban. El *Boletín del Hospital San Juan de Dios* muestra secciones nombradas como *Página estudiantil* donde se recogían las investigaciones de estudiantes de la Facultad de Medicina. Es decir, mediante esta conexión se puede identificar la constante influencia y aplicabilidad del pensamiento médico desarrollado en la institución universitaria, en el tratamiento y diagnóstico de las enfermedades de quienes acudían a esta casa de salud.

Desde sus escritos, los profesionales de la salud no solo emitían diagnósticos clínicos, sino que también enunciaban juicios sobre las formas de vida del pueblo, al proyectar una ética de transformación cultural acorde al orden urbano. En este sentido, se afirmaba que, pese a los avances visibles en la higienización de la ciudad, la higiene del pueblo no había variado gran cosa, lo cual producía preocupación, ya que “mejores comodidades exigen mejores hábitos y adaptación con mejores maneras de vivir”. El atraso sanitario se asociaba así con una forma de vida, localizada sobre todo en los cuerpos populares, donde los médicos afirmaban conocer con detalle “las prácticas anti-higiénicas de la gente del pueblo”, y declaraban su repugnancia ante “la inmundicia en un espacio relativamente pequeño de un vestido de bayeta o de un poncho”.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Peter Burke, *¿Qué es la historia cultural?* (Barcelona: Editorial Paidós, 2003), 76, 117-8.

<sup>58</sup> Enrique A. Aray, “Higiene Popular”, 3-7.

Estas afirmaciones no solo permiten ver la función normativa del discurso médico, sino también la carga moral y civilizatoria con la que se articulaban sus intervenciones en el espacio urbano. En particular, la alusión a la bayeta y al poncho muestra cómo la mirada médica vinculaba la vestimenta indígena con suciedad y atraso, reforzando un imaginario en el que determinados sectores de la población eran leídos a través de sus ropas. La indumentaria, lejos de ser neutra, operaba como un signo racializado de insalubridad, lo que convertía a los cuerpos indígenas en blanco de políticas higienistas que pretendían transformar no solo los espacios, sino también las apariencias y modos de vida de quienes los habitaban.

Asimismo, estas publicaciones escritas revelan también los aportes de médicos con trayectoria dentro del campo de la salud pública, como el doctor Luis A. León, quien elaboró una investigación cronológica sobre el tifus y la tifoidea en el Ecuador.<sup>59</sup> Este documento no se limita a sistematizar datos clínicos o epidemiológicos, sino que constituye una fuente clave para comprender cómo el discurso médico de la época articulaba explicaciones científicas con narrativas morales y culturales. León no sólo describía los síntomas o tratamientos, sino que insistía en identificar las “causas sociales” de la persistencia de estas enfermedades, lo que evidencia la forma en que la medicina higienista se proyectaba más allá del cuerpo biológico para intervenir en el cuerpo social.

En esta misma lógica, médicos vinculados al Estado produjeron informes y resoluciones que no solo delineaban estrategias sanitarias, sino que también emitían juicios sobre las condiciones de vida de los sectores populares. Un ejemplo significativo se encuentra en el siguiente fragmento: “El problema de la tifoidea sigue siendo [...] de mayor preocupación por lo mismo que su erradicación es punto menos que imposible por el atraso en que viven los pueblos y por el factor portadores crónicos de bacilos que no se puede eliminar”.<sup>60</sup> Esta afirmación inscribe la enfermedad en una narrativa de atraso cultural y presenta a los enfermos —en particular a los portadores crónicos— como una amenaza permanente, desde la cual el discurso médico produce una lectura moral y política de la realidad social.

---

<sup>59</sup> El doctor León destacó en el país como médico, sobresaliendo como parasitólogo, microbiólogo, sanitarista e higienista además de ser biólogo y naturalista. Fue profesor de la Universidad Central del Ecuador en la cátedra de Medicina Tropical desde 1943 a 1972. Véase Ciudad de Otavalo, “Luis A. León Vinuesa”, *Otavalo.org*, accedido 10 de enero de 2025, párr. 3-5, <https://otavalo.org/luis-a-leon-vinueza/>

<sup>60</sup> “Memorándum que presenta la Dirección de Sanidad de la Zona Central”, Quito, 20 de enero de 1939, ANM, fondo Sanidad, signatura SA0699, f. 019.

## 2. Causas de la enfermedad según el discurso médico

Este contexto permite comprender el lugar central que ocupó el saber médico en la configuración de interpretaciones y respuestas frente a la enfermedad. Como señala Diego Armus, “las lecturas foucaltianas o post-foucaltianas de la concentración de poder que los médicos logran, como resultado del así llamado proceso de medicalización de la sociedad, han hecho un impacto en las historias [de las enfermedades]”.<sup>61</sup> En el caso del tifus y la tifoidea, el discurso médico adquirió una autoridad que fue ampliamente asumida por las autoridades y se tradujo en políticas de prevención y control, lo que vuelve necesario examinar el conocimiento científico disponible sobre estos padecimientos en la época.

### 2.1 Factores biológicos

En la literatura médica consultada, las explicaciones etiológicas del tifus y la tifoidea se apoyan en los avances bacteriológicos de inicios del siglo XX. Para el tifus exantemático, se difundió la identificación de un origen infeccioso y su asociación con la pediculosis —en particular, con el piojo del cuerpo humano—.<sup>62</sup> Sin embargo, junto a estas formulaciones, algunos médicos ecuatorianos incorporaron interpretaciones que hoy resultan científicamente insostenibles, pero que en su momento reforzaron imaginarios racializados sobre la enfermedad. En 1917, el Dr. Luis Espinosa Tamayo afirmaba que los piojos presentaban “cambios de color [...] en nuestro medio étnico, según el color de la piel de sus huéspedes”, idea que atribuía a observaciones extranjeras.<sup>63</sup>

En este punto resulta pertinente señalar el vínculo entre ambas enfermedades, cuya sintomatología semejante dificultó durante años su diferenciación clínica. Al tratarse de padecimientos infecciosos con manifestaciones generales comunes, los diagnósticos en etapas iniciales solían ser imprecisos, lo que favoreció la confusión persistente entre tifus y tifoidea en registros médicos y discursos especializados.<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> Diego Armus, “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna,” *Asclepio* 54, n.º 2 (2002): 56, <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>.

<sup>62</sup> Maricela González-Moya, “La venganza de la miseria: La epidemia de tifus exantemático en Santiago de Chile, 1933-1937”, *Historiolo. Revista de Historia Regional y Local* 15, n.º 34 (2023): 24, publicado en línea el 13 de marzo de 2024, consultado el 11 de enero de 2025, [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-132X2023000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-132X2023000300022&lng=en&nrm=iso).

<sup>63</sup> Luis Espinosa Tamayo, citado en Luis A. León, “Relación cronológica del tifus exantemático”, 53.

<sup>64</sup> Organización Mundial de la Salud, “Fiebre Tifoidea”, *WHO.int*, última modificación 30 de marzo, párr. 4, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>.

A este hecho se debe añadir que, la diferenciación oficial solo fue posible después de la Primera Conferencia de Jefes Sanitarios de la Zona Central llevada a cabo en 1945, donde se establecieron, por primera vez, fichas epidemiológicas diferentes para cada padecimiento y una campaña tífica especializada. Durante las primeras cuatro décadas del siglo XX, el vínculo estadístico y discursivo entre ambas enfermedades fue estrecho, y con frecuencia se registraron como un mismo fenómeno. Las publicaciones médicas, prensa y documentos de índole político también reflejaban este fenómeno hasta finales de la década de los años treinta.

## 2.2 Factores sociales y culturales

Frente a los factores sociales y culturales asociados a ambas enfermedades, los médicos centraron su intervención en presionar a ciertos sectores de la población para que abandonaran prácticas consideradas propicias para la dispersión de los gérmenes.<sup>65</sup> Entre estas se señalaban la falta de ventilación en las viviendas de los llamados barrios bajos, el uso de vestimenta calificada como antihigiénica, la resistencia a los procesos de desinfección —como el cambio de ropa y el baño obligatorio— y determinadas actividades comerciales descritas como insalubres.<sup>66</sup> Esta perspectiva médica tendía a omitir factores estructurales más complejos, como la pobreza, la desnutrición o la falta de acceso a recursos básicos, los cuales incidían de manera decisiva en la aparición de brotes tíficos y no dependían únicamente de las prácticas higiénicas de los sectores populares.

En esa línea, la prensa y los documentos sanitarios funcionaron como canales centrales para la difusión de los discursos médicos durante el brote de tifoidea de 1944. En el diario *El Día* se publicó un informe que señalaba como posible causa la contaminación del agua y la leche, al advertir que “por el momento hay una sospecha bastante fundada de que sea la leche y el agua los que se encuentran infectando”.<sup>67</sup> Tal

---

<sup>65</sup> No se debe perder de vista el hecho de que los médicos operaban en un marco conceptual influido por el higienismo europeo, donde las causas de las enfermedades se vinculaban tanto a factores biológicos como a condiciones sociales.

<sup>66</sup> José Cruz, Luis A. León, Aquiles Jijón, y Enrique Garcés, “Densidad de la población en Quito con relación al número de habitaciones”, *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* (1933): 57, [https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/issue/view/14](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/issue/view/14).

En años anteriores, específicamente en 1917, el Dr. Luis Espinoza Tamayo en su estudio sobre el tifus exantemático, sugirió “la conveniencia de luchar contra la abominable costumbre de los indios de masticar los piojos que se cogen de la cabeza”. Véase Luis Espinoza Tamayo citado en Luis A. León, “Relación cronológica del tifus exantemático en el Ecuador”, 53.

<sup>67</sup> “Campaña contra la tifoidea”, *El Día*, 22 de junio de 1944: 1, BNEE, Hemeroteca.



diagnóstico que también aparecía en columnas de opinión del mismo año al identificar la falta de agua como uno de los problemas más graves de la ciudad.<sup>68</sup>

De manera complementaria, estos enfoques se reforzaron en boletines y documentos oficiales, como la *Cartilla Profiláctica del tifus exantemático* recogida por el Dr. Luis A. León, donde se atribuía la propagación de la enfermedad a “el frío, la miseria, el hacinamiento...”, donde se consideró un marco interpretativo que vinculaba el contagio con condiciones sociales y ambientales.<sup>69</sup>

En este punto es preciso detenerse en lo que se refiere al hacinamiento. Quito presentaba un crecimiento poblacional exponencial a partir de la segunda década del siglo XX. Según las cifras recogidas por Guillermo Bustos, entre 1922 y 1936, la población de Quito pasó de aproximadamente 80.702 a 101.668 habitantes, sin que este crecimiento se tradujera en una expansión proporcional de la oferta habitacional, hecho que profundizó el hacinamiento urbano.<sup>70</sup>

La crisis inmobiliaria era de pleno conocimiento tanto para las autoridades políticas como para los médicos, como lo evidencia un estudio realizado en 1933 sobre la densidad poblacional de Quito. En él se describen las graves condiciones de vida de los sectores más desfavorecidos, al señalar que “en [las] visitas [se han] encontrado habitaciones miserables de los barrios apartados, en las que viven de siete a diez personas”, y que “estos hogares humildes situados en la barriada [...] no existe el servicio de agua potable, por tanto, tampoco el de canalización”.<sup>71</sup>

Las condiciones habitacionales de Quito no se pueden comprender sin atender a la configuración espacial de la ciudad en los años treinta. El plano de 1934 no solo organiza el crecimiento urbano: delimita espacialmente la pertenencia a la ciudad moderna. Al diferenciar zonas permitidas y prohibidas, convierte precariedad, densidad y falta de servicios en marcas territoriales de sospecha, articulando urbanismo, policía e higiene en una misma lógica de intervención.<sup>72</sup>

---

<sup>68</sup> “Hay que sanear la ciudad. Es preciso que se dote de agua potable y que la vivienda sea una garantía”, *El Día*, 30 de junio de 1944: 1, BNEE, Hemeroteca.

<sup>69</sup> Cartilla Sanitaria, citado en Luis A. León, “Relación cronológica del tifus exantemático”, 75.

<sup>70</sup> Guillermo Bustos, “Quito en la transición, actores colectivos e identidades culturales urbanas (1920-1950)”, en *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia*, 73. Este crecimiento interno se produjo en las antiguas residencias de los sectores acomodados de la capital, quienes “convirtiendo a sus antiguas moradas en casas de inquilinato, quienes no lo hicieron o no pudieron hacerlo optar[on] por arrendar piezas” Véase Eduardo Kingman Garcés y Nicolás Cuví, *El molino y los panaderos: cultura popular e historia industrial de Quito* (Quito: FONSAL, 2009), 46-7.

<sup>71</sup> *Ibid.*, 57.

<sup>72</sup> “Plano General de Quito con las zonas permitidas para la urbanización”, Quito, noviembre de 1934, Biblioteca Aurelio Espinosa Pólit (BAEP).



Figura 1. “Plano General de Quito *con las zonas permitidas para la urbanización*”, Quito, noviembre de 1934. Con señalización propia  
Fuente y elaboración: BAEP, fondo *Mapoteca*

Esta diferenciación entre lo urbanizable y lo no urbanizable revela que el proyecto modernizador no se desplegaba solo a través de discursos, sino también mediante dispositivos técnicos que fijaban habitables. En este marco, las áreas situadas fuera del límite definitivo, como barriadas periféricas, quebradas y asentamientos populares, no solo carecían de servicios básicos, sino que eran visual y simbólicamente excluidas de la ciudad y, por tanto, estigmatizadas. Esta geografía institucional de lo precario legitimaba intervenciones médicas y campañas de higienización, al inscribir espacialmente la otredad que los discursos médicos, urbanísticos y policiales buscaban corregir.

El plano de Quito de 1934 permite observar que la expansión urbana se concentraba en una franja delimitada entre El Panecillo, al sur, y los márgenes de La Mariscal, al norte, con la quebrada de Jerusalén como borde oriental y los sectores de San Roque y La Tola como límite occidental.<sup>73</sup> Dentro de este perímetro se concentraban los trazados viales, las edificaciones oficiales y parte de la infraestructura básica. Por el contrario, los espacios situados fuera de esta franja eran representados como zonas incompletas e irregulares, asociadas a la contaminación y concebidas como ajenas al proyecto de una capital moderna.

Estas áreas, identificadas como precarias y habitadas mayoritariamente por sectores populares, permanecían excluidas de los beneficios de la urbanización. Tal exclusión territorial se reflejaba en la elevada densidad poblacional y el hacinamiento documentados por estudios médicos, especialmente en los márgenes urbanos, donde la urbanización existía más como trazo cartográfico que como realidad material, agravando progresivamente las condiciones de vida.

Las condiciones de hacinamiento en Quito en 1933 mostraban una marcada diferencia entre las áreas centrales y periféricas, este hecho se refleja en un informe elaborado por los médicos José Cruz, Luis A. León, Aquiles Jijón, y Enrique Garcés. El documento muestra como en calles céntricas como Bolívar, García Moreno y Guayaquil, el número de habitaciones por casa era elevado (15-20 en promedio), pero la infraestructura urbana ofrecía un acceso relativamente mejor a servicios básicos. Este hecho mitigaba parcialmente los efectos del hacinamiento. En contraste, en zonas periféricas como las calles Maldonado, Rocafuerte y Chimborazo, la densidad poblacional era alarmante, con un número significativamente mayor de habitantes por

---

<sup>73</sup> La delimitación de este mapa muestra que El Panecillo no era considerado parte de la zona urbana. Esta concepción espacial se materializaría en años posteriores, cuando, durante el brote de fiebre tifoidea, la colina fue objeto de medidas específicas que reforzaron su exclusión del tejido urbano.

casa y una notable precariedad en los espacios habitacionales. La calle Rocafuerte se destacó como la calle más congestionada, con 2.708 habitantes en 127 casas, elemento que reflejaba las difíciles condiciones de vida.<sup>74</sup>

Tabla 1  
Densidad poblacional de Quito (1928-1934)

| Calle         | Casas | Habitaciones | Habitantes | Clasificación |
|---------------|-------|--------------|------------|---------------|
| García Moreno | 128   | 2,040        | 1,582      | Central       |
| Venezuela     | 152   | 2,763        | 1,322      | Central       |
| Guayaquil     | 96    | 1,710        | 2,260      | Central       |
| Chile         | 111   | 1,813        | 1,448      | Central       |
| Maldonado     | 83    | 1,320        | 2,097      | Periférica    |
| Rocafuerte    | 127   | 2,467        | 2,708      | Periférica    |
| Chimborazo    | 66    | 682          | 1,399      | Periférica    |
| Pichincha     | 52    | 911          | 982        | Periférica    |

Fuente: José Cruz, Luis A. León, Aquiles Jijón y Enrique Garcés, “Densidad de la población en Quito con relación al número de habitaciones”, *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* (1933): 55-60 [https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/issue/view/14](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/issue/view/14). Elaboración propia

Este hacinamiento fue interpretado por los discursos médicos de la época como un terreno propicio para la propagación de enfermedades como la tifoidea y el tifus. En esa narrativa, los sectores empobrecidos eran descritos como focos de insalubridad, donde —según el mismo informe de la época— “el cuadro de miseria [...] presenta un subido porcentaje del ciudadano indigente, del obrero indígena con más frecuencia”.<sup>75</sup> Por otro lado, aunque en las calles de la zona central también se registraban problemas de salubridad, la infraestructura urbana más desarrollada permitió un mayor control sanitario en comparación con los sectores más marginados.

En ese sentido, este fue el único documento identificado en las fuentes revisadas que abordó el problema del hacinamiento desde una perspectiva crítica sobre sus causas y la falta de acción estatal. No obstante, el propio texto concluía que las habitaciones empobrecidas “constituye[n] un zaquizamí agravado por las costumbres antihigiénicas, antes que por la pobreza”.<sup>76</sup> Esta afirmación introduce una contradicción, pues, aunque se reconoce el peso de factores estructurales como la pobreza, se termina privilegiando

<sup>74</sup> *Ibíd.*, 55-6.

<sup>75</sup> *Ibíd.*, 58.

<sup>76</sup> *Ibíd.*, 58.

una explicación basada en las costumbres, reforzando así una lectura moralizante del problema

Así también, se encuentra otra publicación médica producida durante uno de los brotes más fuertes de tifus y tifoidea que azotó a la capital en 1944. La tesis del Dr. Carlos V. Naranjo Moncayo hace también referencia a las condiciones inmobiliarias al mencionar que:

Existen barrios bajos con humildes y pequeñas moradas, verdaderos cuchitriles en los cuales, un enjambre de gente harapienta lucha desesperadamente por su existencia, sirviéndoles este mismo pésimo ambiente en el que viven, carente de comodidades, de medios alimenticios, para el descuido y verdadera degeneración, que caracteriza sus costumbres.<sup>77</sup>

La asociación entre las condiciones físicas del ambiente y la degeneración de las costumbres constituyó un eje central del discurso médico higienista. Desde esta perspectiva, la falta de higiene y orden en las viviendas populares no solo propiciaba la aparición de enfermedades, sino también comportamientos considerados indeseables, como la ociosidad, la criminalidad o la degeneración racial, configurando una visión determinista en la que los habitantes de estos espacios quedaban atrapados en un ciclo de decadencia condicionado por su entorno. En esta línea, como señala María Fernanda Vásquez, el higienismo social buscó intervenir sobre estas “enfermedades sociales” mediante estrategias orientadas al mejoramiento del comportamiento, especialmente de las clases empobrecidas, analizadas según su ubicación geográfica, alimentación e incluso el clima.<sup>78</sup>

Asimismo, el uso de términos como *enjambre* contribuyó a deshumanizar a los sectores populares, al presentarlos como masas desordenadas y sin agencia propia. Esta representación omitía sus formas de organización y resistencia, como la conformación de la Liga de Inquilinos, creada para defender a quienes, por su precariedad económica, residían en casas arrendadas.<sup>79</sup> Aunque las fallas estructurales eran ampliamente reconocidas como factores de los brotes infecciosos, el discurso médico insistió con mayor énfasis en la corrección de hábitos considerados incivilizados. De este modo, la

---

<sup>77</sup> Carlos V. Naranjo Moncayo, “El tifus exantemático en Quito y su tratamiento por la peptona” (tesis de doctorado, Universidad Central del Ecuador, 1944), 2.

<sup>78</sup> María Fernanda Vásquez, “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920-1930,” *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 13, n.º 1 (2006): 150 - 151, <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vsSrgfMYqM7DZkcHLFnWzpv/?format=pdf>.

<sup>79</sup> Fernando Carrión y Jaime Erazo Espinosa, “La forma urbana de Quito: una historia de centros y periferias”, *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* 41, n.º 3 (2012): 509, <https://journals.openedition.org/bifea/361>.

deficiencia inmobiliaria se consolidó como uno de los pilares que favorecieron la proliferación del tifus y la tifoidea.

La necesidad de solventar la problemática del hacinamiento tenía motivaciones diferentes, pero cada una con un grado de prioridad por sobre las otras. Primordialmente, los médicos presionaban a las autoridades políticas sobre la necesidad de atender la demanda habitacional en la ciudad, con el fin de evitar brotes de ambas enfermedades que propagaran al resto de la población. Al igual que en Europa las “élites desde el Estado se dieron a la tarea de anular espacios de hacinamiento e insalubres, por los efectos en las mismas élites”.<sup>80</sup>

Autores como Fernando Carrión y Jaime Erazo sostienen que el crecimiento urbano de Quito durante este periodo evidenció una marcada segregación socioespacial, en la que los sectores dominantes se asentaron en el norte de la ciudad, mientras que las poblaciones de menores recursos quedaron concentradas en el centro y el sur, donde las condiciones de tugurización favorecieron la proliferación de enfermedades.<sup>81</sup> En contraste, Andrea Salazar Veloz y Alejandro Becerra Martínez, en su estudio “*El legado de Jones Odriozola: Plan Regulador de Quito 1942–1945*”, atribuyen el desarrollo desigual de la ciudad a la ausencia de una planificación efectiva previa, señalando que la expansión desordenada generó “graves problemas de congestión vehicular, falta de servicios básicos y precariedad habitacional”.<sup>82</sup> A diferencia de la lectura de Carrión, que sitúa la segregación en el núcleo del modelo urbano, esta perspectiva subraya las limitaciones del aparato estatal y municipal para ordenar el crecimiento de la ciudad.

En esa línea, Kingman menciona cómo a hacia 1925, las descripciones sobre la higiene en Quito también evidenciaban aquella diferenciación social y espacial. Mientras que el centro comercial era considerado un espacio higiénico, con almacenes que ofrecían comodidades tanto a trabajadores como a transeúntes, y las zonas del norte eran vistas como áreas modernas hacia donde se trasladaban las familias con mayores recursos, los suburbios— cuya frontera visual era el fin de la vía pavimentada —eran percibidos como focos de insalubridad. En estos sectores periféricos vivían los sectores populares, quienes

---

<sup>80</sup> Maricela González-Moya, “La venganza de la miseria”, 33.

<sup>81</sup> Fernando Carrión y Jaime Erazo Espinosa, *La forma urbana de Quito*, 507-10.

<sup>82</sup> Andrea Salazar Veloz y Alejandro Becerra Martínez, “El legado de Jones Odriozola: Plan Regulador de Quito 1942–1945,” *Estudio Previo* 23 (2023): 106, <https://doi.org/10.26619/2182-4339/23.01>.

eran descritos como carentes de nociones de higiene y buenas costumbres, y habitaban en cuartuchos pequeños en condiciones precarias.<sup>83</sup>

Aunque en los párrafos anteriores se han expuesto —en una lectura a contrapelo— las principales causas de los brotes de ambas enfermedades, entre los médicos predominaba la tendencia a atribuir las a factores culturales de la población, por encima de otras problemáticas como las condiciones económicas y sociales de los sectores empobrecidos. Este hecho se observa en el artículo realizado por el doctor Luis G. Dávila denominado *Profilaxis de la fiebre tifoidea* donde menciona que:

Para encontrar la explicación de este fenómeno epidemiológico, y poder abordar francamente el problema de la Profilaxis entre nosotros es preciso remontarnos al estudio de ciertos factores de orden topográfico, climatérico y social, que intervienen inmediata o remotamente en el desenvolvimiento de la vida y costumbres de los pueblos situados en esta región del país.<sup>84</sup>

En este punto, el doctor Luis G. Dávila afirmaba que una parte significativa de Quito “no ha alcanzado todavía un grado de cultura apreciable”, lo que explicaría, a su juicio, el fracaso de los esfuerzos municipales por sanitizar la ciudad y el incremento “del desaseo de la gente baja, que por natural inclinación conserva costumbres primitivas y es reacia para acatar las disposiciones impartidas por la Autoridad”.<sup>85</sup> Este tipo de interpretación no fue exclusivo del caso quiteño. Como señala Steven Palmer, en Costa Rica médicos como el Dr. Gerardo Jiménez atribuían la persistencia de enfermedades entre el campesinado a factores como el clima, una dieta insuficiente y determinadas costumbres consideradas decadentes y asociadas a la raza.<sup>86</sup>

Por lo tanto, al igual que en el caso de Quito, se observa que, aunque se reconoce de cierto modo un problema estructural ligado a la pobreza o inaccesibilidad a servicios básicos, como causal prevalente de las enfermedades, la atención se centraba en explicaciones en torno a costumbres naturales o fruto de la decadencia racial. Paradójicamente, en varias publicaciones médicas se establecen inicialmente los factores culturales como base de la etiología de ambas enfermedades. Sin embargo,

---

<sup>83</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 299.

<sup>84</sup> Luis G. Dávila, “Profilaxis de la fiebre tifoidea”, *Revista Annales* (1 de diciembre de 1926): 205, AHUCE. (El doctor Luis G. Dávila se desempeñó como profesor de la cátedra de Anatomía Patológica y Parasitología en la Universidad Central del Ecuador).

<sup>85</sup> *Ibíd.*

<sup>86</sup> Steven Palmer, *From Popular Medicine to Medical Populism: Doctors, Healers, and Public Power in Costa Rica, 1800–1940* (Durham: Duke University Press, 2003), 153.



posteriormente se reconoce “que poco o nada influyen las razas en su evolución”<sup>87</sup> y se atribuye las causas de estos padecimientos al clima o a la escasa difusión de prácticas higiénicas entre las clases populares.

En este contexto, se debe considerar el estrecho vínculo de la época entre las costumbres o prácticas cotidianas y la idea de degeneración racial. Esto plantea una interrogante fundamental: ¿por qué se manejaban dos tipos de discursos, al parecer, contradictorios entre sí, inclusive dentro de una misma publicación? En esta línea, Nancy Leys Stepan sostiene, que, si bien ciertas enfermedades y hábitos eran adquiridos por los individuos a lo largo de su vida, los médicos de la época los consideraban responsables de una degeneración hereditaria que, con el tiempo, afectaría a poblaciones enteras.<sup>88</sup>

Este alegato también lo sostiene Luis A. León al mencionar, que “la gravedad de las infecciones tíficas entre nosotros parece guardar relación con el factor racial; tuvimos oportunidad ya de anotar acerca de la benignidad de estas infecciones en el indio”.<sup>89</sup> Sostiene este hecho en base a estadísticas del año 1944, donde menciona una mayor incidencia del padecimiento en indígenas, sin embargo, no profundizó en otros factores como las condiciones socioeconómicas de este sector poblacional, las mismas que provocaban dichas cifras.

El discurso sobre la benignidad de esta enfermedad sobre el indígena tenía una larga data. Desde el siglo XVIII, ya se hablaba del mal de manchas o peste de indios; discurso enunciado por Eugenio Espejo en 1764, quien menciona que dicha patología atacaba solamente a indígenas y a algunos mestizos. Luis A. León recoge este enunciado para acotar que, tras un análisis de la sintomatología descrita por Espejo, aquel mal era tifus exantemático que se desarrollaba de forma endémica en este grupo de la sociedad. Aun cuando habían transcurrido siglos de aquel discurso, todavía se encontraba un afincamiento en aquel criterio de entrelazamiento racial con el tifus.<sup>90</sup>

Dicha perspectiva no solo era parte del pensamiento médico, sino que también se extrapoló a leyes que manifestaban el estrecho vínculo entre determinadas enfermedades y su afectación a la “raza ecuatoriana”. Esto se refleja en el artículo 62 del Código Sanitario de 1944, donde menciona que “se consideran endemias nacionales de interés preferente del Estado y con goce de prioridad en las asignaciones presupuestarias, las

---

<sup>87</sup> Luis G. Dávila, “Profilaxis de la fiebre tifoidea”, 209.

<sup>88</sup> Nancy Leys Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America* (Ithaca: Cornell University Press, 1991), 85.

<sup>89</sup> Luis A. León, “Relación cronológica”, 114.

<sup>90</sup> *Ibíd.*, 47



siguientes enfermedades que afectan profundamente la economía nacional y el porvenir biológico de la raza ecuatoriana: malaria, anquilostomiasis, peste, fiebre amarilla, pian, tifus exantemático, rabia y fiebre tifoidea”.<sup>91</sup>

Esta focalización del discurso médico sobre los sectores populares e indígenas se expresa con claridad en la conferencia dictada en 1940 por el doctor Alfredo Valenzuela en el hospital de San Vicente de Paúl, en Cuenca, en un contexto de debate sobre la existencia del tifus exantemático en el Ecuador.<sup>92</sup> En dicha intervención, el galeno afirmaba que “la enfermedad existió desde la época colonial y persiste todavía —dice— especialmente entre la población indígena, en estado endémico, con brotes epidémicos que la diezman”.<sup>93</sup> El uso del término *endémico* refuerza la idea de que la enfermedad era concebida como intrínseca a la población indígena, al sugerir que formaba parte de su entorno natural y social.

Así también, el discurso médico de la época, buscaba sustentar la lectura cultural y racializada de la enfermedad a través de una supuesta evidencia estadística. En un informe clínico sobre fiebre tifoidea, se señala que la gravedad de las infecciones “parece guardar relación con el factor racial”,<sup>94</sup> donde se alude a una supuesta resistencia biológica en el cuerpo indígena frente a los casos graves. Aunque este dato no es profundizado en el informe, muestra cómo los factores culturales y raciales eran considerados, incluso cuando el foco principal del discurso era de carácter clínico y epidemiológico.

Esta construcción del cuerpo indígena como portador natural de la enfermedad y, por tanto, como un riesgo constante, revela la lógica racial en la que se inscribe el discurso médico: no se trataba solo de prácticas insalubres, sino de una supuesta predisposición biológica que posicionaba al indígena fuera del ideal moderno y saludable. En esa línea, se encuentra un artículo nombrado “Tifus imperat”, publicado en el diario *El Comercio* por Valenzuela. En este apartado estrecha aún más la relación entre la enfermedad, el piojo y la población indígena al mencionar que “En la población indígena interandina, el piojo encuentra el desiderátum para su multiplicación y el virus, para propagarse indefinidamente por todos los siglos de los siglos. Sacramentalmente, deberíamos decir

---

<sup>91</sup> *Ibíd.*, 105-6.

<sup>92</sup> Como médico destacado del Guayas impulsó la creación de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, además de realizar aportes al estudio de las patologías de la época. Es por esta razón que se encuentran discursos emitidos en torno al tifus de manera recurrente en libros y boletines médicos. (Lo dicho por el doctor Valenzuela en la conferencia, lo recoge Luis A. León en su obra sobre el tifus exantemático).

<sup>93</sup> Alfredo Valenzuela, citado en Luis A. León, “Relación cronológica del tifus exantemático”, 66.

<sup>94</sup> Atilio Macchiavello, citado en Luis A. León, “Relación cronológica”, 115.

‘Amén’, pero como, esta palabra significa ‘Así sea’ y es todo lo contrario, nuestro deseo, nos abstenemos de pronunciarla”.<sup>95</sup>

Bajo este discurso, se reforzaba la idea de que el piojo encontraba su entorno natural entre la población indígena y consolidaba una asociación presentada como permanente. Desde este enfoque, la enfermedad no era comprendida como resultado de condiciones estructurales de pobreza y falta de acceso a la salud pública, sino como un rasgo propio de determinados sectores sociales. De este modo, la persistencia del tifus en comunidades indígenas no solo evidenciaba desigualdad, sino que también funcionaba como un argumento para legitimar discursos de exclusión y segregación.

El vínculo que establecían los médicos de la época entre las enfermedades y la raza también se extrapolaba a los denominados vicios sociales. El alcoholismo era visto como uno de los factores que predisponía a los individuos a las enfermedades, no obstante, es común encontrar en los discursos médicos su entrelazamiento con el indígena. El doctor Valenzuela, quien es constantemente citado durante esta época y en la posteridad en los estudios sobre el tifus, hace hincapié sobre este hecho cuando menciona que:

El crecimiento vegetativo de la raza indígena es quiza solo el 2 por ciento, nos dicta un ilustrado agricultor que vive en Quito [sic]. El tifus exantemático, unido a otras plagas, entre ellas la Tb [tifo bacilosis o tifoidea], y sobre todo, el aguardiente con que nosotros envilecemos y degeneramos a esa raza autóctona, que nos es tan útil, acabaran por exterminarla [sic].<sup>96</sup>

Este enunciado pone en evidencia una visión paternalista y racializada de ambas enfermedades, en la que los vicios o males sociales eran concebidos como causantes de la supuesta degeneración de los pueblos indígenas y, en consecuencia, de la persistencia de estos padecimientos. Desde esta perspectiva, la población indígena era representada como un recurso útil al Estado, cuya permanencia en el campo se justificaba bajo la premisa de preservar un supuesto espíritu genuino, útil en términos sociales, económicos y productivos.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> Alfredo Valenzuela, citado en Luis A. León, “Relación cronológica”, 108.

<sup>96</sup> Luis A. León, “Relación cronológica”, 108.

<sup>97</sup> Mercedes Prieto, “La exploración del espíritu y el cuerpo de la raza india, c. 1930-1950,” en *Liberalismo y temor: Imaginando los sujetos indígenas en el Ecuador postcolonial, 1895-1950* (Quito: FLACSO- Ecuador / Ediciones Abya Yala, 2004), 169-179.

En este marco, el discurso médico tendió a focalizar las causas de la tifoidea y el tifus en determinadas prácticas culturales consideradas atrasadas o insalubres, entre ellas la vestimenta. Estas críticas no eran nuevas. En el contexto del centenario del 24 de mayo de 1922, figuras médicas como Isidro Ayora cuestionaban el uso de la bayeta al afirmar que “ya sea en centros, anacos o rebozos es motivo por el que nuestra gente de pueblo es calificada, y con razón de desaseada [...] alberga muchos parásitos del cuerpo! el vestido de bayeta, no debería ser permitido por la Sanidad siquiera en nuestra Capital”.<sup>98</sup>

Este tipo de discursos se intensificó durante los brotes tíficos. En 1928, el doctor Enrique Aray sostenía que “el vestido autóctono es un verdadero foco de infección que desdice de la ciudad y de la higiene individual, y que debe ser definitivamente extirpado por cualquier medio. La bayeta, por su misma constitución, se presta admirablemente para albergar toda clase de gérmenes, y sirve muy bien como excelente medio de cultivo y propagación de gérmenes y parásitos”.<sup>99</sup> De manera similar, en 1944, el doctor Carlos V. Naranjo retomaba esta etiología social del tifus al señalar que:

Nuestra raza india, con su vestimenta característica: poncho, rebozo, bolsicones. El descuido notable en sus costumbres higiénicas, la indiferencia inconcebible a esta clase de parásito, el piojo, las grandes agrupaciones en las que esta clase social tuerca en la vida corriente como: templos, mercados, chicherías, guaraperías, autobuses, etc. Son mecanismos poderosos para esta enfermedad.<sup>100</sup>

Con respecto a las chicherías y guaraperías, estos establecimientos compartían los espacios comunes en la ciudad y estaban “estrechamente relacionados con los sistemas de mercados y de ritualidad indígenas”.<sup>101</sup> El supuesto vínculo de estos lugares con prácticas como la hechicería provocó que, además de ser considerados focos de propagación del tifus o la tifoidea, se convirtieran también en espacios marcados por el rechazo simbólico de los sectores que se distanciaban de aquello percibido como decadente o peligroso. No obstante, este imaginario parecía distorsionar la realidad cotidiana: como señalan Goetschel y Kingman, las chicherías, las tabernas y las

---

<sup>98</sup> Isidro Ayora y Villavicencio. “Nociones Populares de Higiene”, 10. La bayeta se constituye como un tejido de uso común, elaborado con lana de oveja o vicuña y que se fabricaba en telares verticales. Su uso se extiende en toda la región andina de América del Sur, desde la época prehispánica hasta la actualidad. Véase Sandra Imelda Huargaya Quispe, “Significado y simbolismo del vestuario típico de la danza Llamaq'atis del distrito de Pucará-Puno, Perú”, *Comuni@cción* 5, n.º 2 (2014): 35-47, <http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v5n2/a04v5n2.pdf>.

<sup>99</sup> Enrique A. Aray, “Higiene Popular”, 8.

<sup>100</sup> Carlos V. Naranjo Moncayo, “El tifus exantemático en Quito y su tratamiento por la peptona”, 14.

<sup>101</sup> Eduardo Kingman Garcés y Ana María Goetschel, “Quito: las ideas de orden y progreso y las nuevas extirpaciones culturales”, en *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia* (Quito: Dirección de Planificación, I. Municipio de Quito y Junta de Andalucía, 1992), 161.

guaraperías se develaban, más bien, como “espacios sencillos, humanos, donde la gente también chanceaba y reía mucho”.<sup>102</sup>

La estigmatización de la vestimenta y de los lugares frecuentados por la población indígena, reforzaron la desconfianza hacia cuerpos considerados como peligrosos.<sup>103</sup> En ese sentido, los discursos higienistas no solo intentaban prevenir el contagio del tifus, sino que alimentaron los prejuicios sociales y consolidaron una percepción hacia determinados grupos y espacios, como amenazas a la salud pública.

Aquella rebeldía del cuerpo popular se convertía en una problemática que necesitaba ser disciplinada, porque no solo representaba una crisis sanitaria, sino también una amenaza a la estabilidad social. Fenómenos similares se dieron en otros contextos latinoamericanos: en Chile, durante los brotes de peste bubónica, se generaron imaginarios de miedo epidémico en torno a mercados y zonas de comercio, espacios que, aun sin evidencias visibles de suciedad, ya cargaban con un estigma social.<sup>104</sup>

La mácula que se generó en determinados espacios de uso común por parte de los médicos, encontró, además, una vía de difusión a través de la prensa. El periódico *El Día* recoge en su primera plana una serie de prescripciones que pretendían evitar el contagio de enfermedades infecciosas, específicamente, el tifus exantemático. Entre ellas se detalla que “la infección por pediculosis es elevada en nuestra población, más abundante en los sitios donde se aglomera la gente”.<sup>105</sup>

Este tipo de publicaciones, lejos de ser neutrales, contribuían a generar en la población una percepción de amenaza asociada a sectores populares, al tiempo que reforzaban la autoridad de un grupo médico con notable influencia social. Como ha demostrado Nadia López en su estudio sobre contextos urbanos latinoamericanos, la prensa, los boletines y los folletos no solo transmitían prescripciones higiénicas, sino que también incidían en las prácticas cotidianas de los sectores subalternos, incluso en espacios que se encontraban alejados de los centros de poder.<sup>106</sup>

---

<sup>102</sup> Ibid. 162.

<sup>103</sup> Eduardo Kingman, *La ciudad y los otros*, 328.

<sup>104</sup> María Angélica Illanes, *Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las visitadoras sociales (1887-1940)* (Santiago de Chile: Ediciones SUR, 2007), 11.

<sup>105</sup> “Prescripciones que se deben practicar para evitar enfermedades infectocontagiosas”, *El Día*, 20 de junio de 1945: 1, BNEE, Hemeroteca.

<sup>106</sup> Nadia López, “Fábricas de ángeles: género e ideales de maternidad en los informes de las trabajadoras sociales de la asistencia pública de Quito en el periodo 1940–1952,” *Historia Mexicana* 73, n.º 4 (2024): 67-8, <https://doi.org/10.24201/hm.v73i4.4764>.

Los señalamientos etiológicos del tifus no solo afectaban a los espacios comunes de la sociedad quiteña, sino también existían señalamientos directos a la vivienda indígena. Así lo expone Luis A. León cuando manifestaba que:

[El] origen tífico de los grandes, brotes epidémicos que causaban mortíficos estragos en el Altiplano, [era] el problema sanitario del piojo [que] no había cambiado absolutamente; seguía siendo un mal sin remedio; estos temibles vectores, sin el menor temor, ni escrúpulo eran tolerados en las escuelas, cuarteles, hospitales y sobre todo en el mísero hogar del indígena.<sup>107</sup>

El abordaje del discurso a partir de la premisa de la tolerancia deja entrever la falta de una perspectiva o análisis más profundo de la verdadera razón del por qué el sector indígena se veía tan asolado por estas patologías. La problemática del hacinamiento, la falta de acceso a una alimentación adecuada y la precariedad económica eran vectores mencionados por los médicos en sus estudios, sin embargo, el señalamiento resultaba más visible en las publicaciones médicas hacia este grupo social que históricamente había sido relegado.

Los señalamientos a la vivienda indígena no eran aislados. En la tesis de Enrique Ortega, estudiante de medicina, también se encuentra una alusión, en cuyas conclusiones de la investigación sobre el tifus menciona que, “sería obra de los municipios el permitir solamente la construcción de *chozas* higiénicas y bien ventiladas”.<sup>108</sup> Es preciso puntualizar en el término *choza*, ¿Esta era una forma de referirse a las casas en general? o, por el contrario, ¿manifestaba un claro direccionamiento a un sector social? Desde una perspectiva cultural, lo expuesto por el Dr. Ortega señala un problema social, donde la clase y posiblemente la etnicidad aparecen como elementos centrales en su discurso que refleja una estigmatización hacia sectores marginados de la población.

Como advierte Mercedes Prieto, la categoría de “choza” fue utilizada en informes para referirse específicamente a la vivienda indígena, asociándola con atraso, promiscuidad e insalubridad: suelos de tierra, cubiertas de paja y ausencia de ventilación fueron interpretados como signos de degeneración, lo que evidencia que más que una descripción arquitectónica, se trataba de una etiqueta social y étnica cargada de estigmas.<sup>109</sup>

---

<sup>107</sup> Luis A. León, “Relación cronológica del tifus exantemático en el Ecuador”, 51.

<sup>108</sup> Luis Enrique Ortega, “Comprobación de la Existencia del Tifus Exantemático en la Provincia de Pichincha” (tesis de doctorado, Universidad Central del Ecuador, 1944), 34.

<sup>109</sup> Mercedes Prieto, “La inscripción de la vivienda indígena en el Programa Indigenista Andino: civilización y disputas,” *Procesos. Revista Ecuatoriana de Historia*, n.º 53 (enero-junio 2021): 209–210.

Durante los brotes epidémicos, los médicos focalizaron su atención en factores como la vivienda, aunque este interés trascendía la mera mejora sanitaria. La habitación higiénica fue concebida como un dispositivo clave para la salud pública, en tanto se articulaba un proyecto más amplio de orden, civilización y fortalecimiento del imaginario nacional y racial.<sup>110</sup>

En contraste con esta realidad, existían profesionales de otras áreas, como profesores que, curiosamente, encontraban en los boletines de higiene escolar, el medio para hacerse eco de las críticas en torno a las difíciles condiciones de la población empobrecida de la ciudad. Un caso que vale la pena rescatar es la publicación titulada “Los servicios de Higiene: Sus dolorosas verdades económicas”, de Humberto Arellano. Este documento realiza el siguiente análisis:

Una realidad ecuatoriana es [...] Institutos inatendidos [sic], higiene incauta, reglamentaciones obreras pésimas, desatención a las madres pobres, carestía de víveres, servicios sanitarios y valimentados [sic], casas cuna en escaso número, circunstancias todas que obedecen al estado de postración económica en la que nos encontramos. [...] Sencillamente, la vida miserable de un campesino, por más que se le provea de libros de los más ilustres profesores, o de cartillas precautelatorias, pues su clamorosa situación económica no facilitaría el empleo de los consejos que los maestros de la higiene concretan. [...]

Ante la constante crítica que se realizaban los higienistas a la vestimenta de determinados sectores de la población, Arellano también menciona que “usarán las familias desposeídas la misma vestimenta en el cuerpo, y en el campo los mismos arados de hace siglos, siempre que la pobreza haga de sobre todo [sic] de la colectividad”.<sup>111</sup>

Encontrar dichos cuestionamientos a las políticas higienistas como parte de un documento producido por médicos resulta relevante y permite conocer el pensamiento de otros sectores letrados de la población, que encontraban formas de hacer público su criterio en torno al contexto de la ciudad. De la misma manera, aunque la prensa servía en muchas ocasiones como vehículo para la difusión de los discursos higienistas, también se manifestaba como medio para quienes deseaban realizar una crítica sistemática a las condiciones sanitarias de Quito. Por medio de columnas de opinión se cuestionaba la falta de una gestión eficaz por parte de las autoridades ante los brotes tíficos, el aprovisionamiento de agua a determinados sectores periféricos y la desatención a la gente en condición de pobreza.

---

<sup>110</sup> Eduardo Kingman Garcés, “Historia social y mentalidades”, 111.

<sup>111</sup> *Ibid.*, 38.

## **Capítulo segundo**

### **Del diagnóstico al control social: cuerpos vigilados y espacios normados**

El diagnóstico del tifus y la tifoidea no solo se limitaba al tratamiento y contención de la enfermedad, sino que también se convertía en una herramienta que no solo clasificaba, sino que también diferenciaba y jerarquizaba. Un ejemplo claro aparece en un informe médico de 1945, donde se afirma que “la gravedad de las infecciones tíficas entre nosotros parece guardar relación con el factor racial”.<sup>112</sup> En dicho documento se reporta una tasa de mortalidad significativamente menor entre pacientes indígenas (1,9%) frente al resto de pacientes (10,41%), donde se concluye que los indígenas padecían formas más benignas de la enfermedad. El documento sostiene que “observamos una gran diferencia a favor de la raza india”,<sup>113</sup> y que esa diferencia puede explicarse por condiciones biológicas propias de dicho grupo.

Esta interpretación, sostenida desde un lenguaje aparentemente técnico, incide en la producción de un saber-poder que fija al cuerpo indígena como resistente, distinto y, por tanto, menos prioritario. No se trata solo de una descripción clínica, sino de un dispositivo de diferenciación que, bajo la lógica de la biomedicina, permite que ciertos cuerpos—subalternos y racializados—queden fuera del campo inmediato de intervención, salvo cuando representan un foco de amenaza colectiva. De este modo, el diagnóstico actúa como dispositivo de control y exclusión, ya que habilita tanto la vigilancia como el abandono según las circunstancias.

Esta lógica diferenciadora también se expresó en la manera en que el discurso médico representó los cuerpos femeninos, especialmente en espacios religiosos y escolares como colegios de monjas o internados femeninos. En estos contextos, el riesgo sanitario fue asociado no solo a condiciones materiales, sino también a una supuesta incapacidad de las mujeres para reconocer y gestionar los síntomas de la enfermedad.<sup>114</sup>

---

<sup>112</sup> Atilio Macchiavello citado en Luis A. León, “Relación cronológica”, 115.

<sup>113</sup> Ibid.

<sup>114</sup> El Colegio de la Providencia se encontraba en la intersección de las calles Benalcázar y Espejo, en el centro histórico de Quito. En relación con dicho establecimiento, el Jefe de Higiene Escolar alertó en 1944 sobre la acumulación de basura en una quebrada contigua al colegio, lo que constituía un foco de

En palabras de González, “por desgracia, priman en la conciencia de gran parte de personas, sobre todo en las del sexo femenino” ciertos prejuicios que habrían obstaculizado la denuncia oportuna de casos de tifoidea.<sup>115</sup>

### 1.1 Tensiones entre medicina oficial y prácticas tradicionales

Los discursos médicos también incorporaron juicios sobre determinados comportamientos de la población, en especial de indígenas y sectores populares, a quienes se representó como vectores que favorecerían los brotes de tifoidea y tifus. Un ejemplo de esta deslegitimación de saberes populares se encuentra en un texto del Dr. Cristóbal González publicado en la revista *Atlántida* en 1927, donde se atribuía la falta de atención oportuna a la costumbre de “recurrir a los remedios caseros en los primeros días de enfermedad”, práctica que, según el autor, era compartida tanto por “la gente del pueblo” como por “personas de algún viso social”.<sup>116</sup> Asimismo, se señalaba que los síntomas eran interpretados por el enfermo y su entorno a partir de “viejas costumbres ancestrales”, guiadas empíricamente y con “un aplomo que sorprende”.<sup>117</sup>

El uso de saberes no biomédicos se asociaba con la falta de racionalidad y con el peligro que esto implicaba; la enfermedad se presentaba como algo que se expandía desde lo popular, lo indígena, lo mestizo y lo no moderno. Por otro lado, aunque no se reconocía que el retraso en acudir a la atención médica podía deberse a factores socioeconómicos, se reforzaba una imagen del indígena y del mestizo pobre construida desde la terquedad y un supuesto déficit cultural.

Tal como plantea Eduardo Menéndez en su formulación del *modelo médico hegemónico*, las orientaciones biomédicas tienden a minimizar o descartar los factores socioculturales y económicos de quienes padecen una enfermedad, invalidando su capacidad de decisión respecto al tratamiento más acorde con su contexto de vida. Aunque su análisis se refiere a contextos contemporáneos, su perspectiva resulta útil para comprender cómo, ya en la primera mitad del siglo XX, el discurso médico en Quito

---

infección y un riesgo para los vecinos. Véase: “Informe de la Comisión de Higiene”, [Comunicaciones de la Comisión de Higiene Municipal], 29 de noviembre de 1944, AMHQ, f. 11.

<sup>115</sup> Cristóbal González, “Fiebre tifoidea. Estudio de las causas de su propagación en Quito”, *Atlántida. Órgano de la Federación de Estudiantes Ecuatorianos*, n°. 10 (abril 1927): 76, BAEP, fondo hemeroteca, signatura: 050 A881 10.

<sup>116</sup> Cristóbal González, “Fiebre tifoidea. Estudio de las causas de su propagación en Quito”, 77.

<sup>117</sup> *Ibid.*



desacreditaba los saberes populares y posicionaba a los sectores indígenas y mestizos pobres como irracionales o culturalmente deficitarios.<sup>118</sup>

## 1.2 Cuerpos disciplinados: la infancia, oficios y “portadores sanos”

La indumentaria indígena, especialmente la bayeta y el poncho, fueron asociados con la suciedad y la falta de higiene. Desde el discurso médico, se promovía su reemplazo como parte de un proceso más amplio de transformación de costumbres y control cultural. Según los médicos, su extirpación se basaba en que “Por razones fisiológicas [era] un imperativo categórico. Revolucionar ciertas costumbres [era] un deber higiénico y un derecho sentado sobre bases firmes [...] drástico debe ser el medio que se escojite [sic]”.<sup>119</sup>

En esa línea, los médicos recurrieron a diferentes mecanismos, como la enseñanza en las escuelas, la misma que era considerada como el único medio por el cual se lograría cambiar las costumbres de la población, dado el supuesto rechazo de la población adulta a la educación sanitaria.

Durante una conferencia realizada en 1942, el Dr. Cristóbal González menciona que, en la lucha contra el tifus, la escuela es considerada como uno de los recursos más importantes. En sus palabras, “el maestro será el aliado de la Sanidad en esta cruzada: él vendrá en nuestro auxilio e inculcará en el niño a los principios higiénicos que tanta falta han hecho a la mayor parte de las generaciones actuales; porque los buenos o los malos hábitos se adquieren en la infancia”.<sup>120</sup> La escuela, en ese sentido, no solo era un espacio de formación académica, sino también un lugar de disciplinamiento, donde el saber médico encontraba en el maestro un agente clave para moldear costumbres e interiorizar normas.

Esta labor derivó en la estigmatización de los niños indígenas en el ámbito escolar a partir de su vestimenta. Así lo señalaba el Dr. Enrique Aray, al afirmar que “dada la labor que se hace en la escuela, la prédica diaria del maestro y el rechazo de la alumna o del alumno que se presenta con vestidos de bayeta” esta práctica tendería a desaparecer.

<sup>121</sup> En esta misma línea, Sonia Fernández Rueda ha mostrado que la escuela rural serrana fue concebida como un dispositivo de asimilación cultural, destinado a “asegurar la

---

<sup>118</sup> Eduardo L. Menéndez, “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias,” *Salud Colectiva* 16 (2020): 21, <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.

<sup>119</sup> Enrique A. Aray, “Higiene Popular”, 8.

<sup>120</sup> Cristóbal González Hidalgo, “El tifus exantemático en el Ecuador”, 23.

<sup>121</sup> Enrique A. Aray, “Higiene Popular”, 7.

transformación de los usos sociales comunitarios referentes a ‘alimentación, vestido, vivienda, distracciones, etc., modificando las costumbres viciosas y creando las necesidades propias de la vida civilizada’”.<sup>122</sup> La vestimenta de los niños indígenas fue interpretada por médicos y pedagogos como un signo de atraso y un potencial foco de contagio, susceptible de ser erradicado desde la escuela como espacio de modernización y homogeneización cultural.

El disciplinamiento del cuerpo se convirtió en una tarea central para los médicos. Normar el comportamiento —y en este caso particular, la vestimenta— reflejaba la intención de encasillar o ajustar a los niños dentro de los estándares de lo moderno. Las medidas sanitarias orientadas a contener el tifus o la tifoidea se convertían en argumentos precisos para despojar a los niños de sus formas culturales heredadas. Por ello, el infante indígena o popular era entendido como un cuerpo maleable, instrumentalizado dentro de un dispositivo de disciplinamiento, que buscaba erradicar no solo la enfermedad, sino también aquellos elementos que representaban un obstáculo para la formación del ciudadano moderno.

La producción de cuerpos que debían ser vigilados también se vinculó estrechamente con aquellos oficios o profesiones que, desde el discurso médico, eran señalados como focos de contagio de la tifoidea. A continuación, se presentan fragmentos que permiten entrever cómo esta lógica de sospecha y control se materializaron durante la época y construyeron un imaginario del cuerpo del trabajador popular como una amenaza epidémica: “No todas las profesiones favorecen el desarrollo de la tifoidea de la misma manera; hay unas que favorecen enormemente; [...] Entre las profesiones que contribuyen más a favorecer este contagio figuran en primera línea, la de pastelero, panadero, vivandero, frutero y lechero.”<sup>123</sup>

Una segunda fuente refuerza este vínculo entre el oficio y el riesgo sanitario. El artículo de opinión de los estudiantes de la Facultad de Medicina, en la sección Crónicas Universitarias menciona: “La profesión u oficio del portador del germen influye poderosamente en su difusión: un pastelero, por ejemplo, causa estragos por los artículos

---

<sup>122</sup> Alfredo Boada, citado en Sonia Fernández Rueda, “La ‘pedagogía del examen y la homogeneización’: educación de los indígenas rurales serranos en Ecuador, 1925-1948”, en *Educación para indígenas en América Latina: ensayos históricos*, coords., por Yamila Liva y Carlos Escalante Fernández (Zinacantepec: El Colegio Mexiquense, 2024), 205.

<sup>123</sup> Cristóbal González, “Fiebre tifoidea. Estudio de las causas de su propagación en Quito”, 74.

que produce para la venta diaria. Ya se ha comprobado el contagio en esta forma, cuando algunos niños decentes se vieron atacados por haber ingerido dulces infectados”.<sup>124</sup>

Es preciso profundizar en el nexo que presuponían algunos de los trabajos populares con el sector indígena. Según Eduardo Kingman, existía una diferenciación o clasificación de los oficios de los sectores populares con base en su adscripción étnica o racial. Oficios como la albañilería eran asumidos por indígenas, en cambio, oficios como la panadería eran propios de mestizos.<sup>125</sup> A su vez, las dinámicas socioeconómicas heredadas del Antiguo Régimen sobrevivieron hasta el siglo XX bajo nuevas formas. A su vez, esto produjo una división racial del trabajo, donde “El indígena se incorporó a las urbes en las actividades más ‘bajas’: servicio doméstico, servicios públicos marginales, [...] Cocineras, lavanderas, aguateros, barrenderos, jardineros, cargadores, peones de obras públicas o privadas, vendedores ambulantes de mercados, etc.”.<sup>126</sup>

El discurso médico no se limitaba a describir esta realidad, sino que contribuía activamente a su producción simbólica. Al asociar a las cocineras, lavanderas o criadas con la propagación de enfermedades se reforzó la idea de que los cuerpos indígenas portaban, por su sola proximidad, un riesgo para los sectores sociales más altos. Esta estigmatización se evidencia en una frase contundente, incluida en un folleto de higiene bajo la autoría de Isidro Ayora, donde se alerta a las amas de casa urbanas: “Señora: las enfermedades de sus criadas se contagian a sus hijos”.<sup>127</sup> La oración reafirma una estigmatización, inclusive dentro del espacio doméstico y, a su vez, propició una política del miedo que profundizó el imaginario sobre cuerpo indígena como portador de enfermedad, no solo en lugares públicos sino también en el ámbito privado.

Esta lógica condujo a que determinadas actividades quedaran marcadas como peligrosas, especialmente aquellos asociados a la población indígena. En consecuencia, los discursos médicos no solo patologizaron ciertas prácticas laborales, sino que las representaron como vectores de contagio, como en el caso de la fiebre tifoidea. El recelo promovido desde el discurso médico conllevó, en algunos casos, a la prohibición de ciertos oficios como se abordará más adelante.

---

<sup>124</sup> “Crónicas universitarias”, *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, n.º 4 (mayo de 1928): 67, AHUCE, fondo *Facultad de Medicina*, signatura 15434.

<sup>125</sup> Eduardo Kingman Garcés y Nicolás Cuvi, *El molino y los panaderos: cultura popular e historia industrial de Quito* (Quito: FONSAL, 2009), 40.

<sup>126</sup> Milton Luna, “Los mestizos, los artesanos y los vientos de la modernización en el Quito de inicios de siglo”, en *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia*, 192.

<sup>127</sup> Isidro Ayora y Villavicencio. “Nociones Populares de Higiene”, 34.

Por otro lado, la lógica de control de los cuerpos (sobre todo, de aquellos racializados) manifestaba ciertas particularidades. Según estudia Eduardo Kingman, los indígenas de las parroquias cercanas a Quito eran responsables de labores como el manejo de cadáveres y enfermos durante las pestes.<sup>128</sup> Estas prácticas no solo evidenciaban una racialización del trabajo, sino también una forma de disciplinamiento corporal ejercida sobre el cuerpo indígena, en el que se entrelazaban las representaciones de amenaza y utilidad sanitaria: en algunos contextos como foco de contagio, en otros como una fuerza útil al orden higienista. Es decir, el cuerpo indígena era tolerado —bajo vigilancia— en la medida que cumplía con su rol dentro del funcionamiento de la ciudad moderna. Esta ambivalencia presente en el discurso higienista no representaba una contradicción sino otra forma de gobernar lo social donde se reforzaron jerarquías ya establecidas.

La necesidad de contener al tifus y a la tifoidea demandó la producción de otro tipo de cuerpos bajo vigilancia; en este caso los denominados: *portadores sanos*. En palabras del Dr. Alfonso Mosquera son “individuos a quienes les ha atacado la fiebre tifoidea y habiendo curádose [sic] la enfermedad, parece que estuvieran sanos, más resulta que sólo es aparentemente, pues llevan en su interior gran cantidad de bacilos de Eberth”.<sup>129</sup> Los enfermos crónicos de tifoidea se veían sometidos no solo a una vigilancia médica durante el periodo habitual de permanencia de la enfermedad en el cuerpo, sino también a largo plazo. Eran considerados factores de diseminación, que necesitaban ser vigilados con especial atención, ya que su condición requería declaración obligatoria a las autoridades por parte del médico tratante

Ebullición de los alimentos, lavado de manos en los no contagiados, desinfección de locales [...] son meros y costosos paliativos si se conserva intacto al sembrador de gérmenes, el portador sano o convaleciente de microbios tíficos y paratíficos [...].<sup>130</sup>

El portador sano o crónico no tenía la facilidad de poder integrarse a oficios o labores con normalidad, pues era visto como un elemento peligroso permanente. Este hecho puede observarse en la publicación del Dr. Juan José Samaniego en el diario *El Día*, donde recoge una serie de recomendaciones profilácticas:

- 1) La separación temporal del contagioso; 2) curación del mismo de forma habitual hasta que varios exámenes de Laboratorio repetidos muestren que ya no es peligroso (y

---

<sup>128</sup> Eduardo Kingman, *La ciudad y los otros*, 282.

<sup>129</sup> Alfonso Mosquera, “Manual del experto sanitario” (Quito: Imprenta Nacional, 1929), 15, BAEP, fondo *General*, signatura 611M912m.

<sup>130</sup> “Tifoidea a raudales y su verdadera profilaxia”, *El Día*, 16 de mayo de 1944:3, BNEE, Hemeroteca.

si es necesario se le indemnice por la pérdida de trabajo) 3) las demás medidas sanitarias especiales como si se tratase de un caso agudo (y que no excluyen la educación popular sobre la biología del contagio [...]).<sup>131</sup>

El impacto de la difusión de esta información en la prensa incidía en la separación social del enfermo tífico, no solamente del portador sano, sino de todo aquel que podía haber adquirido la enfermedad en algún momento de su vida. La duda generada en el ciudadano de a pie a partir de estos discursos produjo un resquemor permanente: quien había contraído tifoidea podía ser acusado de ser un portador sano o crónico en la posteridad y quien padecía activamente la enfermedad podía abstenerse de acudir al tratamiento médico por temor a ser sujeto de medidas profilácticas que, además de ser severas, implicaban una exposición social del cuerpo enfermo. El silencio, como recurso de auto preservación del enfermo era, posiblemente, el único recurso viable para quien temía la pérdida del empleo y la discriminación en su entorno social.

### **1.3 Cartografías y prensa en la construcción de espacios sospechosos**

El disciplinamiento del cuerpo popular y racializado también se manifestaba en la construcción simbólica de espacios que podían ser intervenidos. La elaboración de planos sanitarios a partir de la localización de casos tíficos se convirtió, no solo en un instrumento para la ubicación geoespacial de la enfermedad, sino también en el medio para que autoridades sanitarias intervengan en aquellos lugares considerados como focos infecciosos. El mapa urbano pasó a convertirse en un mapa de riesgos y amenazas. Este es el caso del Plano Sanitario elaborado por el Dr. Benjamín Wandemberg en 1923, que, aunque no corresponde al arco temporal de esta investigación, siguió utilizándose como referencia espacial de la enfermedad para los médicos quiteños en años posteriores.

---

<sup>131</sup> Ibid.

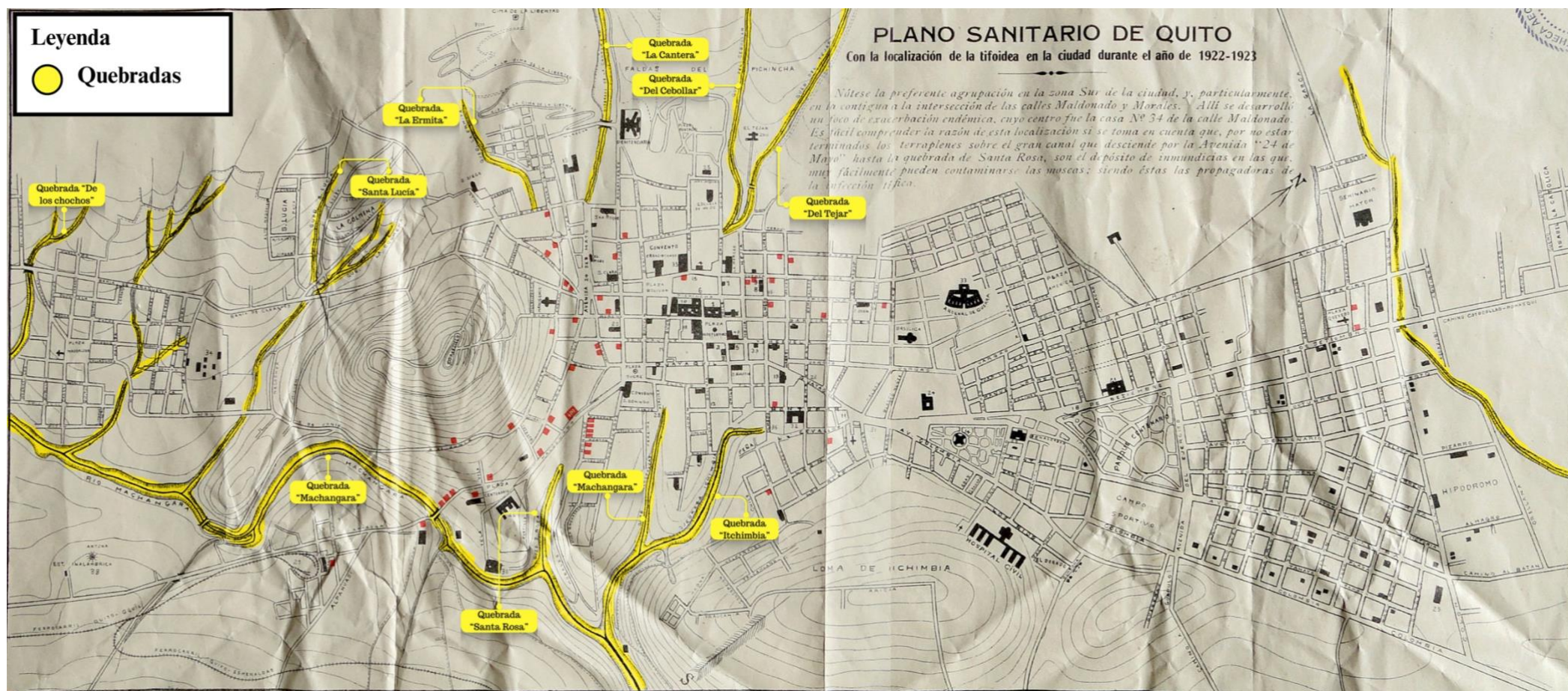


Figura 2. Plano sanitario de Quito: con la localización de la tifoidea en la ciudad durante los años de 1922–1923. Con señalización propia

Fuente y elaboración: BAEP, fondo *Mapoteca*, signatura: MC00015, mueble n.º 1, gaveta n.º 1.



En 1927, el Dr. Cristóbal González elaboró un plano sanitario en el que vinculaba la concentración de casos de fiebre tifoidea con la proximidad a las quebradas. Aquellos corredores naturales fueron asociados a la acumulación de basura, humedad y precariedad habitacional. Además, se codificaron como espacios insalubres que, en la lógica higienista, debían ser eliminados o transformados. Este vínculo entre lo insalubre y la naturaleza se reforzó, a su vez, con la percepción de los espacios rurales, que para la época eran vistos como símbolo de atraso y riesgo, lo que consolidó aún más la asociación anteriormente analizada entre el campo y el indígena.

En esa línea, la cartografía sanitaria contribuyó al reforzamiento de las fronteras sociales y étnicas. A inicios del siglo XX las fronteras imaginarias reflejaron las distintas realidades del centro y la periferia, como también de los diversos sectores de la población blanca, mestiza e indígena.<sup>132</sup> Aun cuando las delimitaciones eran invisibles manifestaron dinámicas de exclusión y clasificación, especialmente cuando dispositivos como la cartografía sanitaria incitaba a la creación simbólica de espacios ‘no transitables’, ‘ajenos’ o prohibidos. Este hecho se refleja en el plano sanitario mencionado previamente, donde se puede observar cómo la localización de los casos de fiebre tifoidea se concentra en sectores de la ciudad considerados como periféricos o en aquellos que carecían de la infraestructura sanitaria que sí estaba disponible en el centro de la ciudad.

En particular, los focos aparecen distribuidos hacia el sur y suroccidente, así como en las inmediaciones del Hospital San Juan de Dios, el antiguo Camal y el barrio La Loma. También se registran casos en sectores colindantes con las quebradas de La Guaragua y La Recoleta, zonas que coincidían con áreas de asentamiento popular y menor cobertura de servicios públicos.

La ausencia de marcadores tanto en el centro como —sobre todo— en el norte de la ciudad evidenciaba la orientación que asumió la gestión municipal sobre la mejora de los servicios básicos. Este elemento resulta aún más significativo si se considera que el sector aristocrático y de mayor nivel económico residía desde la Alameda hacia el norte. No obstante, resulta indispensable cuestionar si la ubicación de la enfermedad en estos sectores respondía únicamente a un fenómeno epidemiológico o si, en cambio, reflejaba un énfasis selectivo en el registro, así como un posible silenciamiento médico sobre la presencia de casos en otras zonas de la ciudad.<sup>133</sup>

---

<sup>132</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 179.

<sup>133</sup> Este hecho se puede corroborar cuando González menciona como el contagio indirecto de la fiebre tifoidea es el más peligroso, ya que permite que la enfermedad se presente “en los barrios centrales,

Por otro lado, este tipo de cartografía también sirvió para justificar la modernización urbana. Como reconoce González en los análisis que acompañan al Plano Sanitario, el relleno de quebradas transformó “sucios abismos” en espacios urbanos modernos, vinculando el embellecimiento de la ciudad con la prevención de la fiebre tifoidea.<sup>134</sup> De este modo, estos dispositivos geoespaciales no operaron únicamente como herramientas sanitarias, sino como tecnologías de poder que legitimaron una geografía excluyente.<sup>135</sup>

En esta línea, el discurso médico amplió su foco hacia otros espacios de convivencia social (especialmente durante el brote de tifus de 1944) como ómnibus, mercados, cines e iglesias, identificados como lugares de alto riesgo sanitario. Esta preocupación fue difundida a través de distintos medios y conferencias, entre ellas la dictada por González en la Universidad Central del Ecuador, donde recomendaba “evit[ar] las aglomeraciones de gente, sobre todo en los ómnibus, galerías de los cines y mercados, porque es ahí en donde Ud. puede contagiarse de Tifus Exantemático”.<sup>136 137</sup> Asimismo, el autor vinculaba estos espacios con las condiciones de vida de los sectores pobres al señalar que “[la] gente pobre que, por añadidura, carece de hábitos higiénicos; hecho que guarda íntima relación con el carácter del Tifus, esto es, ser propio de la miseria, la suciedad y del hacinamiento”, lo que convertía a estos lugares en “un peligro latente y diario”.<sup>138</sup>

Durante los años cuarenta, la prensa quiteña desempeñó un papel activo en la difusión del discurso médico higienista, al reproducir de forma reiterada las advertencias emitidas por profesionales de la salud sin establecer distanciamiento crítico. El periódico *El Día*, en particular, replicó con frecuencia las declaraciones de figuras como Enrique Garcés, al difundir mensajes que asociaban la insalubridad urbana con la presencia de sectores populares. En una nota titulada “El estado higiénico de Quito” de 26 de abril de 1944, se afirmaba que la situación sanitaria de la capital “es una cosa que

---

en los cuales los cuidados de higiene son mayores, tanto por parte de la Oficina de Sanidad, como por la de sus habitantes”, sin embargo, no se evidenciaba este registro de casos en Planos Sanitarios como el abordado. Véase González, “Fiebre tifoidea,” 73.

<sup>134</sup> González, “Fiebre tifoidea,” 78-9.

<sup>135</sup> Michel Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2002), 191-212.

<sup>136</sup> Cristóbal González Hidalgo, “El tifus exantemático en el Ecuador”, 26.

<sup>137</sup> El Dr. Cristóbal González se desempeñó como médico epidemiólogo del Servicio Sanitario Nacional. Este cargo explicaría porqué existen varias publicaciones de su autoría en torno al tifus y la fiebre tifoidea.

<sup>138</sup> *Ibid.*, 9.



debe preocupar a todos”, discurso que reforzaba la idea de que el problema higiénico era de interés colectivo, aunque situado especialmente en los barrios empobrecidos.

De manera insistente, el periódico publicó artículos donde se señalaban espacios como la Plaza Marín, Santo Domingo o El Tejar como “focos de infección que son una vergüenza para la ciudad”.<sup>139</sup> Este tipo de lenguaje trasladaba el discurso técnico al terreno del escándalo y contribuyó a reforzar una geografía moralizada del riesgo. Categorizaciones como zona peligrosa o barrios abandonados eran retomadas y amplificadas sin discusión, sin que se manifestara ningún análisis sobre las condiciones estructurales que sostenían la precariedad sanitaria. Bajo este contexto, la limpieza, la salud y la modernidad eran privilegios asociados al espacio, la clase y la raza.

A pesar del carácter categórico del discurso médico y de la multiplicidad de estrategias puestas en marcha para contener la enfermedad, los resultados obtenidos evidenciaron una notoria disociación entre la retórica higienista y sus efectos reales. En lugar de disminuir, los casos de tifus exantemático aumentaron de forma sostenida entre 1940 y 1942, como se muestra en un cuadro estadístico de la época (figura 3). Este incremento no solo pone en duda la eficacia de las campañas sanitarias, sino que también refuerza la idea de que más que erradicar el contagio, el dispositivo médico operó como un mecanismo de clasificación social y espacial, donde la vigilancia recaía sobre los cuerpos y lugares precarizados antes que sobre las condiciones estructurales del problema.

---

<sup>139</sup> “La higiene de la capital”, *El Día*, 4 de mayo de 1944, BNEE, Hemeroteca.

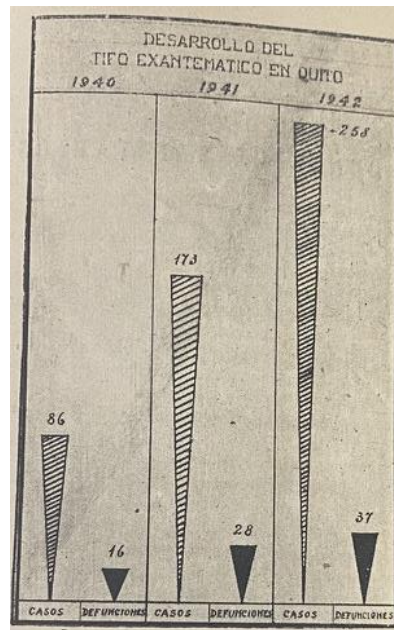


Figura 3. El tifo exantemático en el Ecuador

Fuente y elaboración: Cristóbal González Hidalgo, Conferencia presentada en la Universidad Central (Quito: Imprenta Gráficos de Educación, 1942), 25, BNEE, fondo *Ecuatoriano Republicano 2*, signatura FER1L004781

Este discurso, legitimado por instituciones como la Universidad Central, el Hospital San Juan de Dios y la prensa, articuló una narrativa que asociaba la insalubridad con la pobreza, el atraso cultural y la degeneración racial, hecho que reforzó jerarquías que excedían el campo de la medicina. En ese marco, la enfermedad se transformó en una categoría política: una vía para intervenir en los cuerpos, disciplinar costumbres y reorganizar el espacio urbano en función de un ideal de modernidad excluyente. El capítulo siguiente analizará cómo este mismo discurso fue retomado, apropiado y reformulado por las instituciones municipales en trabajo conjunto con las entidades estatales, las cuales —desde su lugar de autoridad— desplegaron políticas que no solo respondían a los brotes epidémicos, sino que también consolidaron estructuras de control, exclusión y ordenamiento social.

### Capítulo tercero

## La configuración de la respuesta municipal y la disputa por la ciudad frente al tifus y la fiebre tifoidea

“La higiene debe aparecer en todos los programas de embellecimiento y desarrollo urbanos: sólo así los habitantes serán factores de progreso, por su optimismo, buena salud y decencia y no factores negativos cuando inunden los hospitales y las cárceles”.<sup>140</sup> Esta cita formaba parte del decálogo urbano publicado en la *Gaceta Municipal* en 1935, en el que se establecían los principios bajo los cuales se concebía el urbanismo moderno. La equiparación entre enfermedad y delito evidencia una lógica municipal que entendía la patología como un problema susceptible de vigilancia, control y sanción, condición necesaria para legitimar el ideal de progreso y embellecimiento urbano.

Estas ideas no se limitaron a un plano discursivo, sino que orientaron transformaciones materiales que afectaron directamente los trazados urbanos y las formas de habitar. A partir de la segunda mitad de los años treinta, comenzó a consolidarse una lógica de intervención urbana que articulaba el discurso médico-higienista con el despliegue de infraestructuras materiales. Lejos de tratarse únicamente de respuestas técnicas a problemas sanitarios, los sistemas de agua potable, alcantarillado y disposición de residuos funcionaron como dispositivos de ordenamiento espacial y distinción social, bajo la premisa de contener enfermedades como la tifoidea.

Esta articulación entre urbanismo y salubridad, aún en sus formas más precarias o inacabadas, delineó un mapa moral de la ciudad: mientras ciertos sectores eran objeto de obras públicas que los redimían en nombre del progreso, otros quedaban marginados, expuestos como inviables o intrínsecamente insalubres. Este capítulo examina cómo estas condiciones materiales se entrelazaron con clasificaciones de clase, raza y cultura, al operar como tecnologías de poder que construyeron jerarquías en el territorio urbano y en los cuerpos que lo habitaban.

La gestión sanitaria frente al tifus y la fiebre tifoidea no puede ser comprendida únicamente desde el plano institucional o normativo. Las respuestas municipales estuvieron profundamente atravesadas por un discurso médico que no solo orientaba las medidas de control ante los brotes epidémicos, sino que también contribuía a reproducir

---

<sup>140</sup> “Decálogo urbano”, *Gaceta Municipal*, n.º 84 (1936): 150, AMHQ.

prácticas de segregación social y espacial. El prestigio creciente del sector médico en la estructura política local reforzó esta tendencia. No es casual que figuras como Isidro Ayora, referente nacional en el campo médico, presidiera el Concejo Municipal en 1927, o que Carlos Andrade Marín —también médico destacado— ejerciera la vicepresidencia en 1939. Estas trayectorias evidencian cómo el saber higienista penetró la administración urbana y el gobierno del espacio público.<sup>141</sup>

A partir de 1938, los registros constatan un aumento sostenido en los brotes de fiebre tifoidea, que culminaron en un punto crítico entre 1943 y 1944. Durante este último brote, además, se esclareció por primera vez de forma oficial, la existencia del tifus exantemático como enfermedad distinta, y se dejó atrás la frecuente confusión con la tifoidea que había prevalecido durante décadas. Este giro no fue meramente diagnóstico: habilitó nuevas formas de nombrar y gobernar la enfermedad, al redefinir los focos de intervención y, con ello, los cuerpos y territorios como objeto de vigilancia.

Este capítulo abordará las imbricaciones bajo las cuales se implementaron —o se dejaron de implementar— mejoras urbanas relacionadas con el agua, el alcantarillado y el manejo de residuos en la capital. También examinará cómo las medidas sanitarias aplicadas durante los brotes típicos funcionaron como dispositivos biomédicos que patologizaron a sectores populares específicos, entre ellos indígenas, obreros, mestizos y comerciantes.

En este proceso, la presencia de registros ciudadanos permite visualizar las tensiones entre dichos grupos y el Concejo Municipal. La estigmatización se trasladó, además, al plano espacial, afectando tanto a zonas centrales como periféricas, donde El Panecillo destacó como caso emblemático. Finalmente, se abordarán los lineamientos de contención y prevención frente al tifus y la tifoidea emanados de la Primera Conferencia de Jefes Sanitarios en 1945, junto con los entramados presentes en los instrumentos de publicidad, concebidos como parte de una pedagogía sanitaria.

Resulta pertinente analizar cómo las infraestructuras urbanas, en particular el abastecimiento de agua potable, funcionaron como una extensión material de las jerarquías sanitarias y políticas delineadas por el discurso médico-higienista. Lejos de constituir simples dispositivos técnicos, los sistemas de provisión hídrica materializaban decisiones estatales que favorecían a ciertos sectores urbanos en detrimento de otros. El abandono en barrios populares no se debía exclusivamente a limitaciones presupuestarias,

---

<sup>141</sup> “Representantes de Pichincha y varias provincias apoyan al Concejo quiteño”, *Gaceta Municipal*, n.º 92 (1939): 22, AMHQ.

sino a una lógica estatal de diferenciación, que evaluaba qué zonas eran merecedoras de inversión y cuáles podían ser postergadas.

Entre los estudios previos sobre el agua y las condiciones materiales de la ciudad, se encuentran los aportes de Sofía Luzuriaga, que detallan la transición hacia redes de abastecimiento modernas de agua potable, cuya implementación no se develó como un proceso lineal ni homogéneo. El agua, que se manifestó como una herramienta de control, fue supeditada a discursos higienistas tanto en su distribución como en su evacuación, donde se omitió las necesidades y conflictos del entorno rural.<sup>142</sup>

## 1. Infraestructuras urbanas y abandono institucional

La imbricación entre saber médico y poder político no solo condicionó el tipo de respuestas institucionales frente a las epidemias, sino que también influyó en la forma en que se diagnosticaron las condiciones materiales de la ciudad. En ese marco, la precariedad de las infraestructuras urbanas fue interpretada como un foco permanente de amenaza sanitaria. Esto justificó una serie de intervenciones que, lejos de ser neutras, respondían a una lógica selectiva y jerarquizante. En este marco, resulta clave revisar las disposiciones recogidas en la *Gaceta Municipal* de 1937, donde se registran resoluciones e informes que permiten rastrear cómo se construyeron estos diagnósticos sobre la infraestructura urbana.

### 1.1 Diagnósticos sobre agua alcantarillado y manejo de residuos

La importancia del agua para el aseo de la población quiteña era un discurso ampliamente arraigado en el imaginario de las autoridades municipales de la época. En 1935, Jacinto Jijón y Caamaño como presidente del Concejo manifestaba que “El dotar a Quito y a las parroquias rurales del Cantón, de agua abundante y buena, es empresa que requiere muchos millones; otros tantos son necesarios para completar la canalización y pavimentación de la Capital, y para higienizar los pueblos”.<sup>143</sup>

Este precepto se mantuvo en los años siguientes, particularmente desde 1938, cuando los brotes de tifus se intensificaron hasta alcanzar su punto crítico en 1943–1944. En ese contexto, la *Gaceta Municipal* de 1938 evidenciaba la preocupación por la higiene

---

<sup>142</sup> Sofía Luzuriaga Jaramillo, *Quito y sus recorridos de agua. Abastecimiento, discursos y pautas higiénicas modernizantes* (Quito: UASB-E / CEN, 2013), 84-100.

<sup>143</sup> “Publicaciones a propósito del Gran Proyecto de urbanización de la zona norte de la ciudad”, *Gaceta Municipal*, n.º 92 (1939): 20, AMHQ.

urbana, al tiempo que reconocía las limitaciones de las medidas implementadas por el Concejo Municipal, especialmente en relación con la escasez de agua potable. Según se señalaba, “la cantidad de agua de que dispone la ciudad oscila entre 160 a 180 litros por segundo”, cifra insuficiente para una población de aproximadamente doscientos mil habitantes.<sup>144</sup>

Esta deficiencia se atribuía a la falta de recursos económicos asignados al Concejo Municipal. En una misiva de 1938, en pleno brote de tifoidea, el entonces presidente del Concejo, Galo Plaza Lasso, solicitaba al Ministerio de Previsión Social “apoyo económico, como único medio capaz de conjurar el peligro y salvar a la ciudad del flagelo que la amenaza”.<sup>145</sup> No obstante, incluso el Gobierno central reconocía la “absoluta falta de fondos”, situación que se arrastraba desde la crisis agroexportadora de la década anterior y que las posteriores políticas de reestructuración económica no lograron revertir.<sup>146</sup>

El déficit presupuestario fue una de las principales limitaciones que enfrentó el Concejo Municipal, lo que se tradujo en una atención precaria de la infraestructura urbana. En este contexto, el discurso municipal se distanció del discurso médico al enfatizar los factores materiales del tifus y la tifoidea, particularmente la carencia de agua. En la *Gaceta Municipal* se señalaba que la resolución del problema hídrico constituía el único medio para “hacerse labor eficiente, que signifique verdadera mejoría individual y social” en materia de higiene.<sup>147</sup> El crecimiento poblacional de Quito y el estado de la infraestructura higiénica al interior de los domicilios fue registrada por las autoridades municipales. Según los datos estimados por la *Gaceta Municipal* —cuya cifra no provenía de un censo oficial— la capital contaba con aproximadamente 172.486 habitantes en 1941.<sup>148</sup> Existían 5147 baños de tina o de ducha y 10.553 servicios higiénicos.

Para marzo de 1938, el Concejo Municipal identificó la implementación del agua potable como una medida prioritaria para contener el brote tífico en Quito. Aunque el gobierno del general Enríquez ofreció un financiamiento inicial, pronto se reconoció que los recursos eran insuficientes, ya que el monto requerido para concretar el servicio

---

<sup>144</sup> “Decretos supremos y circulares”, *Gaceta Municipal*, n.º 87 (enero-octubre de 1938):17, AMHQ.

<sup>145</sup> *Ibid.*, 70.

<sup>146</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 90.

<sup>147</sup> “Decretos supremos y circulares”, *Gaceta Municipal*, *Ibid.*, 17, AMHQ.

<sup>148</sup> Esta cifra no contemplaba a la población flotante de Quito, es decir, quienes se hospedaban en fondas, pensiones, hoteles, etc. Según las propias fuentes documentales del Concejo, dicha población rondaba en las 25.000 personas aproximadamente. Véase “Quito en números”, *Gaceta Municipal*, n.º 102 (1942): 138, AMHQ.

superaba ampliamente las asignaciones disponibles.<sup>149</sup> A ello se sumaron limitaciones estructurales, como la deficiente capacidad de recaudación fiscal, que profundizaron el déficit presupuestario de la ciudad.

En este contexto, el propio Concejo admitía que no podía resolver el problema integral del agua potable, pues sus rentas “alcanzando actualmente a sólo dos millones quinientos mil sucres [...] se encuentran comprometidas en algo como novecientos mil sucres, por leyes especiales”.<sup>150</sup> Este escenario evidencia la rigidez presupuestaria que restringía la autonomía de los gobiernos locales y limitaba su capacidad de responder a necesidades sanitarias urgentes.

Esta limitación estructural se expresaba también en barrios populares, donde la demanda creciente no era respondida con ampliación de redes, sino con soluciones improvisadas. Por ejemplo, la Ciudadela Los Andes —ubicada entre Chimbacalle y la Villaflora— diagnosticada como “una de las zonas más amagadas por la tifoidea”, apenas se contaba con 23 llaves de agua y 6 excusados para más de 203 familias. En la Ciudadela Chimborazo—ubicada en la parroquia San Roque— 99 casas compartían apenas 2 llaves y no contaban con excusados.<sup>151</sup>

Lo que enunciativamente se presentaba como incapacidad técnica era, en efecto, una decisión política de priorización selectiva del abastecimiento que venía gestándose desde décadas anteriores. Ya en los años veinte, por ejemplo, se destinaban mejoras como la pavimentación o implementación de agua a zonas de prestigio comercial y simbólico, en función del tipo de habitantes y actividades que allí se concentraban, como el caso de la calle Venezuela.<sup>152</sup> Este hecho se evidenció especialmente durante el brote más fuerte de tifus o tifoidea de 1943-1944. En una carta remitida al periódico *El Día*, los vecinos del barrio El Belén —ubicado al norte del parque La Alameda— manifestaban que ya no sólo no se contaba con “el agua sucia municipal”, sino que su distribución privilegiaba a otras zonas como el barrio El Ejido:

El Presidente del Concejo Municipal proclamó por la prensa a los cuatro vientos la noticia de que un pozo de La Carolina había empezado ya a proveer de agua al barrio El Ejido (donde tiene su casa el Presidente del Concejo y también el de la República) [...] con este aumento considerable no volvería la ciudad a sufrir de la escasez de agua en el presente

---

<sup>149</sup> “La obra de Agua Potable de la Ciudad y sus principales fuentes de consumo público”, *Gaceta Municipal*, n.º 88 (1938): 1, AMHQ

<sup>150</sup> *Ibíd.*, 85.

<sup>151</sup> “Decretos y circulares”, *Gaceta Municipal*, n.º 71 (1938): 1, AMHQ.

<sup>152</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 201.

verano. [...] El agua del barrio El Belén está sirviendo para incrementar las aguas del barrio El Ejido y dar así una ilusión del pozo de La Carolina.<sup>153</sup>

Estas demandas vecinales muestran que la higiene también fue un campo de disputa: los habitantes no solo denunciaron riesgos sanitarios, sino que cuestionaron el abandono municipal y exigieron intervención. En lugar de leerlas como fallas técnicas aisladas, conviene entenderlas como conflictos por infraestructura, dignidad y acceso a la ciudad. En esa línea, la dotación de servicios a partir de la división espacial de la ciudad (a la que Kingman denomina como un “nuevo tipo de configuración del espacio”) por parte de la gestión municipal, estuvo dirigida a beneficiar a “la llamada ciudad nueva, mientras que, por el contrario, los problemas urbanísticos de los barrios populares que se formaban con la migración, eran resueltos por los propios pobladores, mediante mingas”.<sup>154</sup>

La problemática en torno al agua profundizó cuando se señalaron a las fuentes hídricas como causantes de la tifoidea, debido a la contaminación que sufrían en su recorrido. Como medida de solución se destinaron recursos a la desinfección del agua mediante clorización. Dicho método era considerado como el único medio por donde la Dirección de Higiene podía solventar tal situación. En esa línea, otros “procedimientos no [eran] factibles por el mal estado de la tubería de distribución, y principalmente por la falta de tubería de recolección, que hace posible la infección del agua durante su trayecto al decubierto [sic]”.<sup>155</sup>

Inclusive la urgencia sanitaria no siempre se tradujo en intervenciones estructurales efectivas. En plena crisis epidémica de 1944, el director de Sanidad de la Zona Central, Enrique Garcés, advertía al Concejo Municipal sobre la necesidad de instalar duchas, servicios higiénicos y tanques especiales para combatir la pediculosis, señalando que “la gente fuertemente infestada de piojos [...] disemina aumentando el índice del tifus exantemático que se registra en Quito, ya que este repugnante parásito es el vector de tan grave enfermedad”.<sup>156</sup> La apelación a la urgencia de estas obras evidenciaba no solo el estado precario de la infraestructura sanitaria, sino también la fragmentación institucional entre municipio, sanidad y otras entidades estatales.

A pesar de reconocer el riesgo sanitario, las respuestas eran postergadas o delegadas. Es también el caso de la fiebre tifoidea, ya diferenciada del tifus, cuyas

<sup>153</sup> “Ahora no hay ni el agua sucia municipal”, *El Día*, 22 de julio de 1944: 4, BNEE, Hemeroteca.

<sup>154</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 224-5.

<sup>155</sup> “Campaña antitífica”, 1944, ANM, fondo *Sanidad*, signatura SA-0598, f. 0073.

<sup>156</sup> “Carta dirigida al presidente del Concejo Municipal”, 20 de septiembre de 1944, *Ibíd.*, f. 37



medidas se quedaban en el plano de la planificación o la exhortación. La utilización de agua de albañal para el uso doméstico en las zonas rurales fue reconocida como una de las causas de la enfermedad; sin embargo, la construcción de filtros no se ejecutaba con la premura que exigía la situación.<sup>157</sup> Esta situación no solo revela una insuficiencia presupuestaria, sino una forma de abandono institucional donde las soluciones no llegaban, incluso en contextos de emergencia. Así, el acceso al agua se convirtió en un eje de desigualdad sanitaria y de respuesta estatal diferenciada

Respecto a esta carente gestión de las autoridades, sobre todo en las zonas rurales, se encontraban demandas en los periódicos. En la columna “Tupac Amaru” del diario *El Día* se realizó el siguiente reclamo: “Un programa mínimo, urgente, inaplazable, único podía condensarse en el país en estas dos palabras: agua y letrina. [...] no se ha construido ni siquiera un filtro para purificar el agua, no se han resuelto los infinitos asuntos pendientes y es un yugo que alarga sus miserias y el agua que toma es el peor enemigo”.<sup>158</sup>

En esa línea, la prensa operó simultáneamente como canal de denuncia ciudadana y como reproductora de estigmas. Así lo evidencia una columna de opinión publicada en *El Día* en junio de 1944, donde se señalaba que la “falta de agua que ha sido y es el problema más serio que ha venido confrontando la ciudad” y la carencia de “servicios higiénicos amplios y adecuados” explicaban la gravedad del brote de tifoidea.<sup>159</sup> No obstante, más allá de denunciar una precariedad estructural, el texto desplazaba la responsabilidad hacia los sectores populares, al atribuir estas condiciones a una supuesta “idiosincrasia del pueblo bajo, para vivir en el desaseo personal y de sus propias habitaciones”.<sup>160</sup>

Esta operación discursiva calificaba las viviendas populares como “pocilgas y criaderos de microbios”, y legitimó su intervención.<sup>161</sup> Como advierte Kingman, estos criterios higienistas “servían de base (y aún sirven) a las acciones de la Policía dirigidas a desalojar a los sectores populares y sobre todo, a ‘los usos populares’”, de modo que la reconfiguración de barrios enteros quedaba justificada bajo el discurso del orden y la modernidad urbana.<sup>162</sup> En este sentido, la prensa no solo visibilizó la crisis sanitaria, sino

---

<sup>157</sup> *Ibíd.*

<sup>158</sup> “Agua y letrina” *El Día*, 29 de junio de 1944: 3, BNEE, Hemeroteca.

<sup>159</sup> “Hay que sanear la ciudad”, *El Día*, 30 de junio de 1944: 1, BNEE, Hemeroteca.

<sup>160</sup> *Ibíd.*

<sup>161</sup> *Ibíd.*

<sup>162</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 328.

que también actuó como caja de resonancia de marcos higienistas que patologizaban la cultura popular y naturalizaban una administración diferenciada del espacio urbano.

Posiblemente ante la incapacidad de las intervenciones técnicas para solventar la contaminación del agua, la Dirección de Higiene Municipal implementó discursos orientados a la autogestión sanitaria de la población. Una publicación realizada en la prensa exhortaba a la ciudadanía a hervir el agua y la leche, a cubrir alimentos de las moscas y a la limpieza de las calles (véase figura 4). Esta medida evidencia cómo el agua era reconocida institucional y públicamente como vector de contagio, aunque se evitaba establecer responsabilidades directas respecto a las fallas de la infraestructura urbana. En esa línea, la recomendación sanitaria operaba como una estrategia de parte del poder político, que pretendía desplazar la responsabilidad sobre la salud al ámbito familiar e individual.

Esta apelación al cuidado individual puede leerse a la luz de lo que Foucault denomina *tecnologías de poder pastoral*, en la medida en que promovía formas de autogobierno bajo la guía del saber médico. A través de este enfoque, se incentivó una ética higiénica que trasladaba la responsabilidad de la prevención de la tifoidea al ámbito de la vida cotidiana.<sup>163</sup> Sin embargo, estas exigencias —como hervir el agua— presuponían condiciones materiales que no estaban garantizadas para amplios sectores de la población.

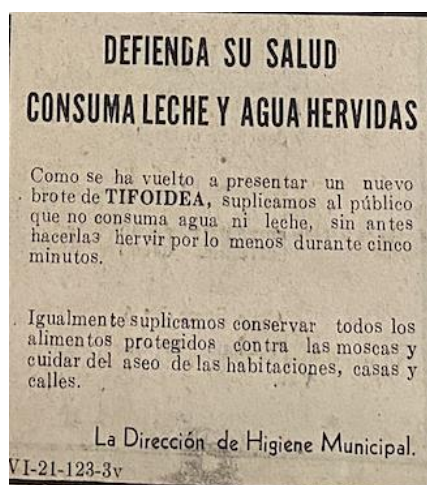


Figura 4. Defienda su salud, consuma leche y agua hervidas  
Fuente y elaboración: El Día, 21 de junio de 1944: 1, BNEE, Hemeroteca

<sup>163</sup> Michel Foucault, *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)*, traducción de Horacio Pons (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006), 157, 219.

En este contexto, el aseo personal —en especial el baño— fue promovido de manera insistente por los médicos. El manejo de residuos también representó un grave problema para las autoridades de aquel entonces. Quito se debatía entre calles carentes de alcantarillado en zonas azotadas por la tifoidea debido al abandono institucional, hecho que se profundizaba con la presencia de basura a la intemperie.

Estas deficiencias fueron objeto de reclamos tanto ciudadanos como médicos, especialmente a través de la prensa. Se criticaba la gestión sanitaria de años anteriores, donde, según el Dr. Alfonso Campuzano, la “más absoluta anarquía ha[bía] imperado en estas actividades: cada departamento de sanidad ha hecho derroche de rutina y desorden de sus trabajos”.<sup>164</sup> En la misma línea, se afirmaba que la gravedad de la tifoidea “no era sino el resultado de esta lamentable imprevisión”, al haberse priorizado “estatuas, en lindezas de adornos, olvidando que los mejores monumentos de una población son precisamente las alcantarillas”.<sup>165</sup>

Como parte de las soluciones para el manejo de residuos, se planteó la construcción de hornos para incinerar la basura, sin embargo, ante la carencia de soluciones efectivas y la prohibición de arrojar desechos en las calles, la población se veía obligada a hacinarlos dentro de sus domicilios.<sup>166</sup> Por otro lado, Enrique Garcés, quien se desempeñaba como Director de Sanidad de la Zona Central, solicitaba al Concejo Municipal que asumiera la responsabilidad con respecto a las quebradas que “se encontraban en un abandono muy grande. Existe basura y materias fecales en muchas de ellas” y se sugería una limpieza decisiva de las mismas.<sup>167</sup> En este escenario, la acumulación de residuos en los hogares y el abandono de las quebradas evidencian cómo la falta de intervención municipal efectiva trasladó el peso de la crisis sanitaria a la vida cotidiana de la población.

## 1.2 Denuncias vecinales y segregación socioespacial

Las voces populares permiten reconstruir una lectura espacial del abandono urbano, en la que calles, mercados y quebradas aparecen reiteradamente asociados a la falta de intervención sanitaria. Testimonios y misivas revelan cómo el agua circulaba sin

---

<sup>164</sup> “La situación sanitaria del Ecuador”, *El Día*, 29 de junio de 1944: 3, BNEE, Hemeroteca.

<sup>165</sup> “Agua y letrina”, *El Día*, 29 de junio de 1944: 3, BNEE, Hemeroteca.

<sup>166</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 284.

<sup>167</sup> “El Servicio Sanitario Nacional presenta varias sugerencias para impedir la propagación de la fiebre tifoidea”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 26 de junio de 1944, AMHQ, f. 106.

tratamiento y los residuos se acumulaban en distintos sectores, convirtiendo estos espacios en focos de enfermedad durante el brote de 1944. En este contexto, el cruce entre estas denuncias y el espacio urbano muestra que la propagación de la tifoidea estuvo estrechamente ligada a la materialidad de un territorio sistemáticamente desatendido.

Ese señalamiento inicial cobró cuerpo en la crónica de *El Día* del 9 de mayo de 1944, donde los moradores de la calle Egas, situada detrás del Teatro Capitol, advertían que “la quebrada [cercana al lugar] se ha convertido en un inmundo muladar donde se depositan toda clase de basuras y desperdicios con grave perjuicio para la salud de los moradores de ese sector”. Señalan, además, que aquel foco de desechos era especialmente peligroso “hoy que la tifoidea está extendiéndose de forma alarmante por la ciudad”.<sup>168</sup>

Asimismo, entre otros registros ciudadanos se encuentra la misiva de Alejandro Melo, fechada el 21 de junio de 1944 y dirigida al presidente del Concejo Cantonal.<sup>169</sup> El denunciante subraya como, en las inmediaciones del mercado de San Blas, “en ciertos momentos la calle se convierte en un servicio higiénico público”, y que entre las calles Caldas y Los Ríos se acumulaban “verdaderos montones de toda suerte de desperdicios”.<sup>170</sup> Este hecho que representaba un verdadero peligro se vio agravado por las lluvias y la falta de intervención municipal, donde: “los Inspectores de Higiene Municipal, [...] por las noches, en especial, brillan por su ausencia”.<sup>171</sup>

A este hecho se suma la identificación de una amenaza concreta: un caso de tifoidea ya registrado en la zona, que “nos ha puesto a todos los vecinos del barrio en un inminente peligro”.<sup>172</sup> En este marco, la voz ciudadana no solo reclama medidas higiénicas, sino que participa activamente en la delimitación de espacios peligrosos. Al denunciar públicamente ciertos tramos urbanos como focos infecciosos, la propia población contribuye, aunque sea desde el temor o la experiencia directa, a consolidar un imaginario territorial donde la enfermedad se asocia a calles específicas, imaginario que posteriormente pudo ser validado o instrumentalizado por las autoridades.

El contexto que se visualiza en las denuncias no fueron exclusivas del caso quiteño. En diversas ciudades latinoamericanas, las intervenciones higienistas también promovieron una reorganización desigual del espacio urbano. Los servicios sanitarios

---

<sup>168</sup> “Focos de infección que son vehículos para propagación de tifoidea”, *El Día*, 11 de mayo de 1944: 1, BNEE, Hemeroteca.

<sup>169</sup> La misiva fue direccionada a la Comisión de Higiene Municipal.

<sup>170</sup> “Pídase se sitúe a un Inspector de Higiene, entre las calles Caldas-Los Ríos”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 21 de junio de 1944, AMHQ, ff. 87-8.

<sup>171</sup> *Ibíd.*

<sup>172</sup> *Ibíd.*

tendieron a concentrarse en zonas privilegiadas, y dejaron marginadas a las áreas populares. Como señala Diego Armus en su estudio sobre Buenos Aires, las campañas de salubridad se articularon a partir de una “imaginación higienista urbana”. Esta vinculaba la suciedad material con la degeneración moral. Así, se proyectó sobre los denominados ‘conventillos’ y barrios obreros un discurso de contaminación física y social que justificó su inspección constante y propuestas de erradicación progresiva.<sup>173</sup>

Por su parte, Christopher Abel muestra cómo, a pesar del auge técnico-sanitario en varias capitales latinoamericanas, la infraestructura básica no se extendió con la misma rapidez hacia los sectores más pobres. Servicios como el acceso a agua potable, cloacas o recolección de residuos fueron limitados en estas zonas. Allí persistieron los desagües abiertos y la acumulación de basura, lo que alimentó brotes de enfermedades evitables.<sup>174</sup> En ese marco, los reclamos vecinales en Quito no solo evidencian un entorno material deteriorado. También configuran una experiencia de marginación urbana que dialoga con patrones sanitarios regionales.

En ese marco, la persistencia de estas condiciones no puede leerse como una simple deficiencia técnica, sino como parte de una política urbana que toleraba, por omisión o desinterés, la configuración de espacios proclives al contagio. Esta dimensión estructural de los vectores de riesgo contribuyó directamente al agravamiento del brote de tifoidea en 1944 y reveló los límites de muchas de las recomendaciones higienistas centradas en la educación o la higiene doméstica. Mientras los discursos sanitarios apuntaban a cambios individuales o a la vigilancia moral de las prácticas populares, la falta de intervención real en los focos de contagio invalidaba tales esfuerzos y permitía que la enfermedad se asentara allí donde la gestión era más deficitaria.

Si bien varias denuncias vecinales coincidían en describir condiciones de insalubridad material la carta suscrita por vecinos de la Plazoleta Marín introduce una capa discursiva más elaborada, donde el malestar sanitario se enlaza con categorías morales y estéticas del espacio público. Lejos de tratarse únicamente de una queja por pestilencia o desorden, la misiva construye al mercado como un símbolo de regresión

---

<sup>173</sup> Diego Armus, “On Hygiene in a Modern Peripheral City: Buenos Aires, 1870–1940,” en *Urban Histories of Science: Making Knowledge in the City, 1820–1940*, eds. Oliver Hochadel y Agustí Nieto-Galan (New York: Routledge, 2018), 186–207.

<sup>174</sup> Christopher Abel, *Health, Hygiene and Sanitation in Latin America, c.1870–c.1950* (London: Institute of Latin American Studies, University of London, 1996), 31–48, [https://sas-space.sas.ac.uk/3408/1/B24\\_-\\_Health%2C\\_Hygiene\\_and\\_Sanitation\\_in\\_Latin\\_America\\_c1870\\_to\\_c1950.pdf](https://sas-space.sas.ac.uk/3408/1/B24_-_Health%2C_Hygiene_and_Sanitation_in_Latin_America_c1870_to_c1950.pdf).

urbana, que trasciende de sus límites físicos para atentar contra nociones de civismo, progreso y decencia.

Los firmantes relatan cómo una antigua estructura (construida originalmente para la venta de flores entre 1922 y 1924) fue reconvertida en “comedor al aire libre para jornaleros”, con lo que “los vecinos de esta zona de tránsito forzoso [...] no pueden sustraerse al mal olor que despidе”. Sin embargo, la crítica no se limita al hedor: enfatizan que el lugar representa una “calamidad pública inexplicablemente tolerada por el I. Ayuntamiento” y reclaman que “el Concejo integrando en buena hora [...] ciudadanos íntegros y dinámicos que vienen dando abundantes pruebas de su preocupación por el bienestar de la ciudad” tomen medidas urgentes.<sup>175</sup>

La demanda de los vecinos no es solamente sanitaria, sino también simbólica. Buscan recuperar ese espacio no solo para “detener los padecimientos de que nos sentimos condenados”, sino para reinstaurar un orden urbano guiado por una idea de higiene entendida como expresión de civilidad.<sup>176</sup> En este contexto, el espacio impuro del mercado —donde conviven jornaleros, vendedores ambulantes, niños y restos de comida— se construye como el reverso de la ciudad ordenada, blanca y funcional que proyectan los reclamantes. Así, la carta permite rastrear cómo el discurso vecinal se convierte en una herramienta de estigmatización espacial, donde lo insalubre no solo es peligroso, sino indecente; no solo debe ser limpiado, sino moralmente expulsado.

Este afán por recuperar el espacio urbano de la Plazoleta Marín puede leerse en continuidad con los dispositivos de disciplinamiento y moralización desplegados en Quito desde finales del siglo XIX, cuando las autoridades impulsaron procesos de adecentamiento no solo arquitectónico, sino también social y corporal. Como muestra Kingman, instituciones como el Hospital San Juan de Dios y el Camarote de Santa Marta operaban como espacios de encierro y vigilancia dirigidos especialmente a cuerpos considerados problemáticos como mujeres pobres, enfermos venéreos, jóvenes descarriados que, al igual que los trabajadores del mercado, sobrepasaban los límites de la norma urbana. Allí, la limpieza del entorno se articulaba con una lógica de decoro que

---

<sup>175</sup> “Coloma Silva y otros vecinos de la Plaza Marín, solicita la demolición del Mercado”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 2 de mayo de 1944, AMHQ, f. 109.

<sup>176</sup> *Ibid.*

equiparaba la suciedad con la inmoralidad, y el desorden espacial con una amenaza a la salud social.<sup>177</sup>

La reconfiguración de patios y plazas bajo principios de ornato, y la vigilancia profiláctica sobre los cuerpos populares, responden a la misma racionalidad higienista que aflora en la carta vecinal: una en la que el mercado mestizo no es solo una anomalía funcional, sino una mancha moral que debe ser erradicada para preservar la fantasía de una ciudad ordenada. En tal medida, aquellas demandas cuya premisa era el bienestar encubrían un imaginario de segregación que, al nombrar lo indecente, fija fronteras simbólicas sobre quién pertenece y quién debe ser desplazado de lo que se consideraba paisaje moderno.

Por contraste, una carta dirigida en junio de 1945 al presidente del Concejo Municipal, Humberto Albornoz, permite observar cómo sectores populares disputaron el sentido de la higiene y del espacio público. En ella, los firmantes cuestionaban el cobro de cinco centavos por el uso de los servicios higiénicos, al sostener que “los que necesitamos de este beneficio público somos los proletarios, la clase ínfima del pueblo, que no tenemos casa para estas necesidades inaplazables”.<sup>178</sup> Esta demanda revela cómo la exclusión económica transformaba una política sanitaria en una práctica punitiva y evidencia una interpelación directa al poder municipal desde una noción de la higiene como derecho colectivo.

Las denuncias vecinales aquí revisadas no solo documentan la precariedad material que facilitó la propagación de la tifoidea, sino que permiten observar cómo los propios habitantes participaron en la producción de un mapa moral y sanitario de la ciudad. Ya fuera desde el temor al contagio, la defensa de nociones como el decoro o la exigencia de derechos básicos, estas voces delimitaron fronteras entre lo limpio y lo sucio, lo digno y lo indecente, y contribuyeron, de forma consciente o no, a reforzar imaginarios que también sirvieron al poder municipal para justificar intervenciones selectivas en la ciudad.

Ahora bien, la distinción entre una cartografía institucional de la insalubridad — centrada en la producción de otredades étnicas y de clase a partir del discurso médico— y una cartografía vecinal —anclada en la denuncia de las carencias de agua, alcantarillado

---

<sup>177</sup> Eduardo Kingman Garcés, “El camarote de Santa Marta, la profilaxis y la policía” y “Modernidad, disciplinamiento, desborde urbano”, en *Etnicidad y poder en los países andinos*, eds. Christian Büschges, Guillermo Bustos y Olaf Kaltmeier (Quito: UASB / CEN, 2007), 99–109.

<sup>178</sup> [Misiva al presidente del Concejo Municipal], [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 12 de junio de 1945, AMHQ, ff. 79-80.

y recolección de basura—debe entenderse como una frontera porosa. En ciertos reclamos, los vecinos reproducían la lógica estigmatizante de la higiene oficial al responsabilizar a los vendedores ambulantes y a quienes ocupaban el espacio público por la suciedad de calles y plazas.

De este modo, la cartografía vecinal se movía en un terreno ambiguo: por un lado, cuestionaba la precariedad de la infraestructura urbana, pero por otro retomaba categorías de deslegitimación que dialogaban con el discurso médico-institucional, y que muestran cómo la participación ciudadana podía entrelazarse con lógicas de control sanitario. Esta ambigüedad se vuelve más evidente al observar que dichas intervenciones, al centrarse en la vigilancia de cuerpos y oficios populares y no en la solución estructural de los focos insalubres, revelan el carácter político del higienismo urbano de la época.

## **2. Biopolítica higienista y respuestas ciudadanas**

La emergencia del tifus exantemático y la fiebre tifoidea activó discursos médicos e higienistas que clasificaron espacios, prácticas y poblaciones como focos de riesgo y orientaron medidas municipales de intervención. En esta sección, “biopolítica” se usa para referir a ese conjunto de prácticas de regulación —inspecciones, campañas, control de mercados, restricciones a ciertos oficios y seguimiento de pacientes— mediante las cuales se buscó organizar la vida urbana en nombre de la salubridad.

Estas acciones se intensificaron en coyunturas epidémicas y, hacia 1945, se consolidaron con lineamientos nacionales (Primera Conferencia de Jefes Sanitarios) que estandarizaron campañas y registros. Al mismo tiempo, las fuentes permiten observar respuestas ciudadanas (reclamos, solicitudes y negociaciones) que cuestionaron o reorientaron algunas de estas medidas, mostrando que la higiene fue también un campo de disputa por el trabajo, la movilidad y el derecho a habitar la ciudad.

### **2.1 De la campaña local a la centralización nacional**

Desde 1927, cuando ambas enfermedades comenzaron a manifestarse con mayor frecuencia en Quito, las autoridades municipales y centrales impulsaron campañas sanitarias para contener su avance; sin embargo, el tifus y la tifoidea fueron tratadas como una misma patología, lo que limitó la formulación de respuestas específicas. No fue sino hasta el brote de 1944-1945 y la Primera Conferencia de Jefes Sanitarios del Ecuador, celebrada en 1945, que se establecieron lineamientos nacionales diferenciados, se definieron etiologías distintas y se elaboraron protocolos oficiales de contención, cartillas



de registro y campañas educativas. Este proceso marcó un intento de centralizar, tecnificar y profesionalizar la gestión sanitaria frente a un problema endémico que afectaba principalmente a las clases populares.

Uno de los primeros documentos en ofrecer un diagnóstico institucional detallado sobre la tifoidea en Quito corresponde al año 1927. Se trata del informe elevado por la Dirección de Sanidad de la Zona Central, donde se anotaba un “aumento de la morbilidad tífica con relación a los años anteriores” y se proponían cinco causas principales para explicar el fenómeno: la deficiente desinfección en los domicilios, la pérdida de inmunidad en los vacunados, la llegada de enfermos desde el campo, el origen alimenticio y la existencia de portadores crónicos. Tal como lo señala el informe: “Hemos tenido cinco brotes en otras tantas casas en las que el contagio se hizo claramente por infección de la ropa y los enfermos fueron atacados sucesivamente [...]”.<sup>179</sup>

Esta clasificación temprana de causas que, combina elementos domésticos, rurales y alimentarios, revela cómo incluso los mecanismos considerados más eficaces para combatir la tifoidea, como la vacunación, no ofrecían resultados concluyentes. A pesar de las campañas para administrar una primera dosis, los brotes persistieron durante los años posteriores. La revacunación, esencial para garantizar la inmunidad, fue prácticamente inexistente, probablemente debido a los altos costos logísticos y económicos que implicaba para las autoridades sanitarias.

El fragmento también sugiere que se consideraba la pediculosis como uno de los posibles vectores de contagio, al vincular la transmisión con la ropa infectada. Esta asociación, sin embargo, da cuenta de la confusión existente en la época entre la tifoidea y el tifus exantemático (este último sí transmitido por el piojo), lo que evidencia las limitaciones diagnósticas y conceptuales que marcaron las primeras respuestas institucionales frente a estas enfermedades.

De manera significativa, el informe destaca también la procedencia rural de buena parte de los pacientes atendidos, al señalar que “hay un buen porcentaje de enfermos que vienen del campo y que son asistidos en el Lazareto. Aún más, no solamente vienen de los alrededores de la capital, sino también de ciudades lejanas (Ambato, Latacunga, Machachi etc.)”.<sup>180</sup> En el contexto quiteño, este señalamiento adquiere un sesgo racializado: los cuerpos campesinos, indígenas o empobrecidos no solo son percibidos

---

<sup>179</sup> [Misiva al Director General de Sanidad], 31 de diciembre de 1927, ANM, fondo *Sanidad*, signatura SA-0698, f. 185.

<sup>180</sup> *Ibid.*

como portadores de enfermedad, sino también como sujetos que vulneran el orden sanitario moderno.

Al mismo tiempo, el documento da cuenta de un incipiente intento por estructurar medidas de contención. Aunque aún no existían protocolos unificados a escala nacional, se recomendaba, por ejemplo, el control de los convalecientes tíficos y una mayor rigurosidad en la desinfección de los hogares. Estas disposiciones, basadas más en la observación empírica que en una política pública consolidada, prefiguran los futuros lineamientos que en los años posteriores serían normalizados. Por otro lado, el control de convalecientes también consistía en registros estadísticos de los enfermos tíficos atendidos en el Lazareto en 1927, donde se detallaba sus direcciones domiciliarias.<sup>181</sup>

Las clasificaciones se establecieron no solo por edad y sexo, sino también por ocupación. El informe evidencia una preocupación institucional por asociar ciertos oficios al riesgo sanitario. La presencia destacada de jornaleros, escolares, vivanderas y empleadas domésticas revela que las clases trabajadoras, especialmente mujeres y niños, eran los más expuestos a la enfermedad. Asimismo, este tipo de registros donde se visualizan a vivanderas, incorporaban a determinados oficios en un discurso que las apuntaba como potenciales transmisores y que sustentaba las medidas implementadas en torno a comercios populares.

En 1939, el control sobre los convalecientes tíficos alcanzó un mayor grado de sistematización, como lo evidencia el documento *Instrucciones para los controladores de convalecientes tíficos*.<sup>182</sup> Estas directrices consolidaron la figura del controlador como agente central de la vigilancia doméstica, al atribuirle la responsabilidad directa sobre el cumplimiento de las medidas sanitarias durante la convalecencia. En este marco, se establecía que: “El controlador de tíficos es responsable si se repiten casos en una casa, por la falta de precauciones tomadas en la convalecencia de un enfermo”.<sup>183</sup>

Esta formulación ilustra el paso de una vigilancia eventual a una supervisión sostenida y con sanción institucional, al enmarcar al hogar como un espacio médico-administrativo. Por otro lado, el documento distingue el tratamiento que debían recibir los convalecientes según su procedencia. Quienes venían del campo requerían la

---

<sup>181</sup> *Ibíd.*

<sup>182</sup> El controlador de convalecientes tíficos tenía a su cargo la vigilancia y registro de enfermos. Este registro contemplaba el oficio o profesión del paciente y su dirección domiciliaria. Además, se encargaba de instaurar medidas profilácticas en los hogares donde se hallaban casos de tifoidea.

<sup>183</sup> “Instrucciones para controladores de pacientes tíficos”, 28 de abril de 1939, ANM, fondo *Sanidad*, signatura SA-0699, f. 078.

intervención del *Inspector de Sanidad Rural*, debían ser ubicados en casas con letrinas o pozos ciegos adecuados y se estipulaba que las deyecciones se esterilizaran con cal, fuego o “ceniza sulfato de cobre”. En el ámbito urbano, se recomendaba no permitir que convalecientes habitaran en “casas que no tengan excusados”.<sup>184</sup>

Este diagnóstico diferenciado entre campo y ciudad no solo perduró en el tiempo, sino que se profundizó en los años siguientes. Las instrucciones sanitarias de 1939 ya establecían una segmentación rural–urbana que diferenciaba los procedimientos según el origen geográfico y social de los convalecientes; sin embargo, los informes elaborados durante la campaña antitífica de 1944, bajo la dirección de la Zona Central, introducen un cambio significativo en el enfoque institucional. Si bien persisten las lógicas de control territorial, lo que emerge ahora es una expansión más sistemática y articulada de las herramientas de vigilancia y clasificación.

A diferencia de los reglamentos normativos previos, estos documentos incorporaron relatos detallados de las intervenciones en terreno, haciendo visibles tanto las condiciones materiales de los sectores intervenidos como las resistencias y tensiones enfrentadas por los equipos de salud. Su lectura permite observar el paso de una lógica prescriptiva a una práctica cartográfica, donde la ciudad y sus alrededores son recorridos, mapeados y jerarquizados en función del riesgo epidémico, reconfigurando los vínculos entre salud, espacio y orden urbano.

Uno de los aspectos más reveladores del informe de 1944 es el reforzamiento de un orden urbano vigilado en múltiples niveles, donde el hospital, la calle y la vivienda se integran como nodos de control sanitario. La reconfiguración del Hospital San Juan de Dios en tres secciones: “enfermos tíficos”, “convalecientes tíficos” y “tifus exantemático”, ilustra una forma de ordenamiento espacial. La clasificación de cuerpos según su nivel de riesgo, fue un intento de producir una topografía interna de lo anómalo, sin embargo, lo más relevante fue la división de tipos de enfermos acorde con su patología, lo que refleja que existía ya en este momento una diferenciación médica entre ambas enfermedades.<sup>185</sup>

Por otro lado, el convaleciente pasó a ser objeto de un seguimiento sistemático de mayor alcance. Así lo expresa el informe: “Todo convaleciente de tifóides, sea que estuviese atendido en su casa o en el Lazareto de Aislamiento, está sujeto a exámenes de

---

<sup>184</sup> Ibid, 077.

<sup>185</sup> “Informe de la Campaña Anti-tífica”, 24 de junio–20 de julio de 1944, fondo *Sanidad*, signatura SA-0699, ff. 067-093.

control de Laboratorio; no pudiendo en ningún caso dársele de alta, mientras todos estos exámenes de control no fuesen negativos”.<sup>186</sup> El estado de convalecencia se convirtió entonces en un estado sospechoso, marcado por la incertidumbre y subordinado a la autoridad médica, que extendió su influencia más allá del diagnóstico y la cura. La sospecha no solo recae sobre el enfermo, sino también sobre su entorno doméstico, que queda bajo inspección permanente de médicos y sus ‘ayudantes’ (estudiantes de medicina).

La campaña de 1944 introdujo con fuerza el uso del *mapa epidemiológico* como herramienta de control territorial. Este tipo de registro permitió trazar una cartografía de la anormalidad que, además, se vio alimentada de las denuncias ciudadanas sobre casos típicos. Por tanto, ya no eran únicamente las autoridades quienes vigilaban, sino que la propia población había incorporado una mirada panóptica sobre su entorno social.<sup>187</sup>

A partir de estos registros epidemiológicos, se reconstruyó la distribución espacial de casos de tifoidea para 1927 y 1944. La información fue normalizada por lugar/calle y luego agrupada por zonas (centro, centro-sur, periferia sur, periferia norte y periferia este) para construir una lectura comparativa del riesgo. Más que presentar listados exhaustivos, se sintetizan aquí los principales focos y patrones que emergen del cruce entre denuncias y registros institucionales, con el fin de contrastar los supuestos del discurso médico-político sobre la localización periférica de la enfermedad.

---

<sup>186</sup> Ibid., 073.

<sup>187</sup> Ibid., 076.

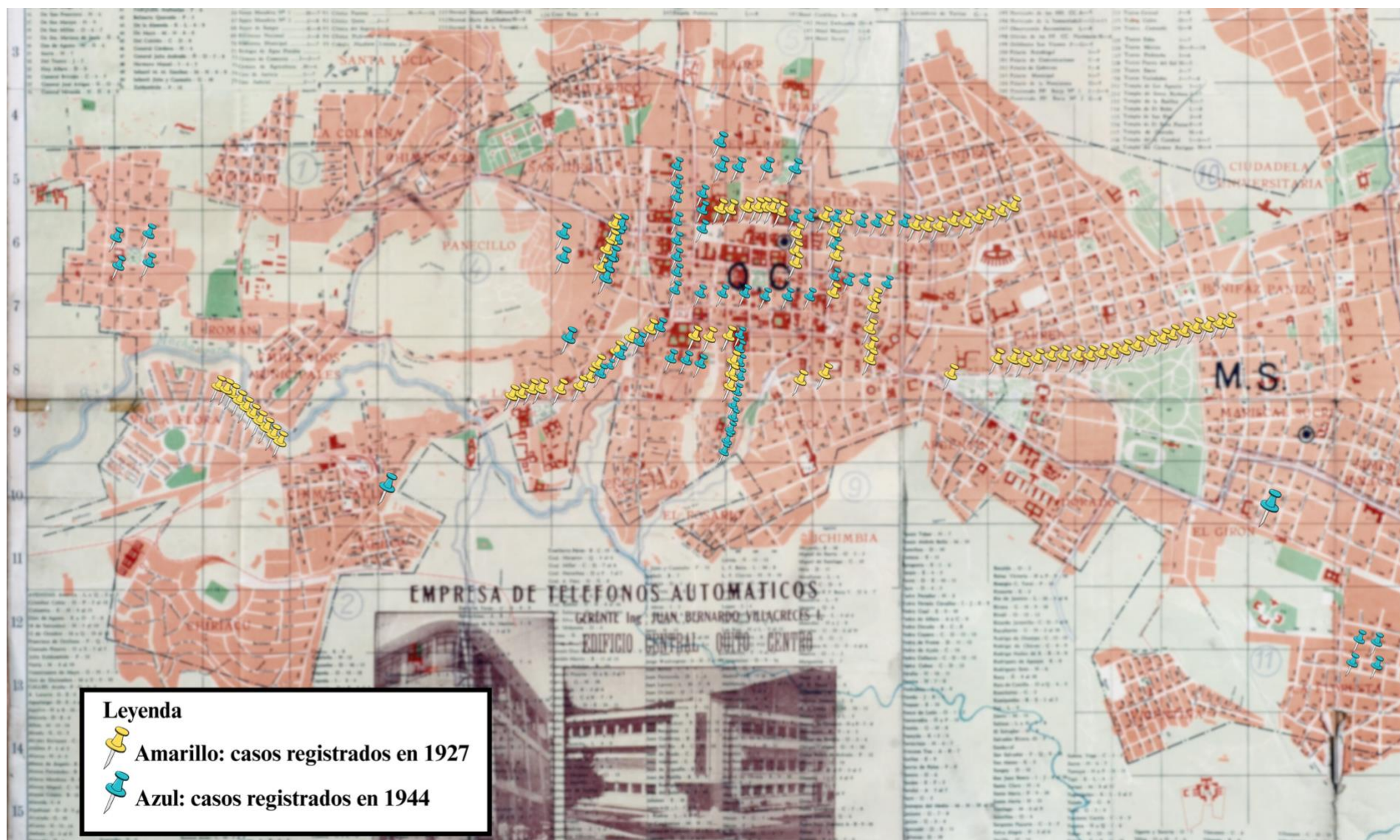


Figura 5. Ubicación espacial de convalecientes tíficos a partir de registros de la Dirección de Sanidad de la Zona Central, con señalización propia, 1944  
Fuente y elaboración: ANM, fondo *Sanidad*, signatura SA-0598, ff. 144-145-156-157-175-083-080-081-082

La ubicación espacial de la enfermedad, reconstruida a partir de los registros de 1927 y 1944, permitió identificar una notable persistencia de ciertos focos de concentración de casos, especialmente en calles como Rocafuerte, Maldonado o Ambato, que ya figuraban en los informes de la década de 1920 y reaparecen en los registros de mediados de los cuarenta. La distribución de estos puntos revela que, si bien existían núcleos significativos en zonas alejadas del centro, como La Recoleta o La Chilena, la tifoidea no fue exclusiva de dichos sectores. Calles céntricas y arterias comerciales, como Guayaquil o Venezuela, también registraron cifras relevantes, lo que cuestiona el discurso oficial que situaba la enfermedad principalmente en los márgenes de la ciudad.

En este sentido, los datos muestran que la enfermedad se distribuyó indistintamente entre zonas centrales y periféricas. Esto pone en entredicho las narrativas higienistas, como la de 1944, que justificaban intervenciones drásticas en determinados barrios bajo el argumento de que existían altos índices de insalubridad. En realidad, los registros revelan que algunos de estos sectores, señalados como prioritarios para la intervención, presentaban una incidencia baja en comparación con otros puntos de la ciudad. Este desajuste entre el diagnóstico estadístico y las acciones emprendidas evidencia cómo la geografía sanitaria podía operar más como herramienta política de reorganización urbana que como reflejo fiel de la propagación de la epidemia.

Por otro lado, la campaña de 1944 también concentró sus esfuerzos en la depuración material y moral del espacio urbano. Esta no se limitaba a la clausura y sanción a escuelas, mercados, oficios o expendios populares, sino que se extendía también al ámbito doméstico. Las viviendas donde se constataban condiciones de hacinamiento o deficiencias en los servicios básicos eran objeto de desalojo. La expresión en tal informe fue tácita: “en todas ellas se nota gran aglomeración de gente y falta casi absoluta de servicios higiénicos”, lo cual justificaba la clausura de casas enteras.<sup>188</sup> Esta estrategia no solo habilitaba una intervención coercitiva sobre ciertos hogares quiteños, sino que profundizaba la precariedad de quienes, obligados por situaciones económicas adversas, habitaban en esas condiciones y, sin otra opción, enfrentaban el desalojo.

Las medidas institucionales también ejercieron sobre el espacio doméstico rural, donde, inclusive alcanzaron un nivel aún más drástico en el intento de contener el tifus exantemático. La vivienda indígena, nombrada *choza*, era un elemento incompatible con la salubridad pública por sus: pésimas condiciones higiénicas y ausencia completa de

---

<sup>188</sup> *Ibíd.*, 074.

higiene y comodidad para el examinador. Bajo el argumento de su estado sanitario se exigía que las: “chozas indígenas [...] sean quemadas para evitar así que sean focos de contagio”.<sup>189</sup> Sin embargo, la incapacidad de indemnización limitó la aplicación de tal medida: “se encontró con la dificultad económica, por la indemnización de las chozas; sería conveniente dar este paso previo apoyo del Municipio respectivo”.<sup>190</sup>

La disposición de quemar las viviendas indígenas trascendía la simple eliminación de un supuesto foco epidemiológico. Dirigida específicamente contra la población indígena, implicaba una forma radical de desposesión territorial que reproducía prácticas históricas de despojo y control racializado del espacio. Aunque su ejecución se vio limitada por la falta de presupuesto para indemnizaciones y la necesidad de apoyo municipal, su sola formulación evidenciaba como se naturalizaba la erradicación física de un hábitat asociado a lo indígena.

Ya en 1944 se publica una de las primeras cartillas profilácticas para la fiebre tifoidea de parte de la Dirección de Sanidad de la Zona Central. En el documento se detalla la identificación de oficios alimentarios específicos como peligrosos: “ordeñadores, distribuidores de leche, heladeros y todas aquellas personas que se dediquen a manipular con artículos alimenticios: cocineros, vendedores ambulantes, etc.”.<sup>191</sup> Este enunciado marca un punto de inflexión en la circulación del discurso higienista. Hasta entonces, este tipo de clasificaciones solían encontrarse en documentos internos, reglamentos o publicaciones médicas de circulación restringida, dirigidas a técnicos y autoridades.

La cartilla, en cambio, traslada ese señalamiento al terreno de la divulgación pública, con un formato pensado para maestros, estudiantes y la comunidad en general. De este modo, el etiquetado de ciertos trabajos populares como focos de riesgo deja de ser un conocimiento especializado para convertirse en saber común, legitimado por la autoridad sanitaria y transmitido como parte de la educación cívica. Este paso no solo amplifica el alcance del control social, sino que también consolida, en el imaginario colectivo, la asociación entre determinadas ocupaciones y el peligro sanitario, instalando jerarquías laborales y distancias sociales bajo el amparo de un discurso oficial de salubridad.

---

<sup>189</sup> *Ibid.*, 85

<sup>190</sup> *Ibid.*

<sup>191</sup> “Cartilla sanitaria sobre fiebre tifoidea”, 1944, ANM, fondo *Sanidad*, signatura SA-0699, f. 100.



En el contexto de las campañas sanitarias de 1944, ciertos sectores de Quito fueron señalados reiteradamente como focos de riesgo en la comunicación oficial y la prensa. Entre ellos, El Panecillo ocupó un lugar central, al articular discursos médicos y medidas municipales que lo definían como un espacio problemático y legitimaban su inspección y control. Como se afirmaba en la época: “Una colina como el Panecillo a cuyo pie se hallan las fuentes de agua potable del ‘Sena’, constituyen un verdadero atentado contra la salubridad. [...] Felizmente el Municipio parece que tiene proyectado convertir esa vergüenza urbana en un amplio parque, que tanta falta hace en aquel sector”.<sup>192</sup>

En correspondencia con el Concejo Municipal, Enrique Garcés, director de Sanidad de la Zona Central, insistía en la “urgente necesidad de despoblar el Panecillo”, al que describía como “un verdadero atentado contra la salubridad”.<sup>193</sup> Lo importante de este señalamiento no es solamente el diagnóstico técnico sobre la falta de alcantarillado o agua potable, sino la forma en que la colina narrativamente fue representaba. Según la misiva, “esas viviendas constituyen un constante foco productor de tifus exantemático y como carecen de canalización y agua potable, son además de antihigiénicas, imposibles de fiscalizar”.<sup>194</sup>

Este encuadre se ligó a la caracterización de sus moradores: “Es constante la venida de gente infeliz [del campo], indígenas especialmente, que se alojan donde más pueden, sin la posibilidad de un control”.<sup>195</sup> Esta relación entre lo indígena y lo insalubre se refuerza con afirmaciones como “esta gente, fuertemente infestada de piojos, los disemina aumentando el índice del tifus exantemático que se registra en Quito”.<sup>196</sup> De este modo, se configura un discurso donde lo técnico, lo moral y lo racial se imbrican para justificar la intervención sobre un espacio que, al ser presentado inhabitable para la ciudad civilizada, debía ser despejado, higienizado y, eventualmente, transformado.

La estigmatización del Panecillo también se sustentó en cifras concretas que, desde el discurso médico, pretendían justificar la urgencia de su despoblamiento. Según datos publicados en la *Gaceta Municipal*, en ese sector existían “403 familias, 1668 habitantes, únicamente 10 llaves de agua y sin excusados”.<sup>197</sup> Esta desproporción se

---

<sup>192</sup> Misiva de la Dirección de Sanidad de la Zona Central al Presidente del Concejo Municipal, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 20 de septiembre de 1944, AMHQ, f. 26.

<sup>193</sup> Misiva de la Dirección de Sanidad de la Zona Central al Presidente del Concejo Municipal, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 26 de junio de 1944, AMHQ, f. 106.

<sup>194</sup> Misiva de la Dirección de Sanidad de la Zona Central al Presidente del Concejo Municipal, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 20 de septiembre de 1944, AMHQ, f. 36.

<sup>195</sup> *Ibíd.*

<sup>196</sup> *Ibíd.*

<sup>197</sup> “Decretos y circulares”, *Gaceta Municipal*, n.º 89 (1939): 72, AMHQ.



presentaba como evidencia objetiva del riesgo sanitario, aunque en realidad revelaba una precariedad estructural. En un entorno urbano que carece casi por completo de infraestructura básica —como sistemas de eliminación de excretas o acceso permanente al agua potable—, los focos infecciosos no solo eran imaginarios sanitarios, sino consecuencias materiales inevitables.

Este llamado a la despoblación se inscribe en un momento en el que la crisis sanitaria se profundiza y genera una intensa interacción entre los actores técnicos y políticos de la ciudad. La serie de cartas cruzadas permite observar cómo se reconfiguran las respuestas institucionales a medida que el brote epidémico se agrava. En julio, en una primera respuesta a las recomendaciones de Garcés, el Concejo Municipal reconoce que la situación del Panecillo es grave, pero asume una postura prudente.

La Comisión reconocía que “privar de sus habitaciones a centenares de habitantes en un momento dado, no es posible puesto que habría que contar con el número suficiente de casas a donde podrían trasladarse aquellos moradores”.<sup>198</sup> Desde esta lógica, la respuesta municipal optaba por una gestión gradual del problema, al sugerir que “el Concejo siga el plan de expropiaciones y que las intensifique”, y se trasladó la resolución del conflicto a un proceso legal y progresivo.

No obstante, para octubre de ese mismo año, la postura institucional se modifica. En una nueva carta, se admite “la despoblación del Panecillo, porque constituye el foco del tifus exantemático” y se solicita “la desocupación de todas las viviendas que han sido adquiridas y que se las demuela”.<sup>199</sup> Este cambio coincide con la intensificación del brote y con la presión ejercida por las advertencias sanitarias, donde se evidenció el desfase entre la urgencia epidemiológica y los tiempos del aparato burocrático.

Este giro hacia una política de expulsión no anuló otras propuestas técnicas. Paralelamente, Enrique Garcés planteó intervenciones sanitarias orientadas a mejorar las condiciones materiales del foco infeccioso sin recurrir de manera inmediata al desalojo, al señalar al doctor Cornelio Donoso la “imperiosa necesidad de construir en algunos barrios de Quito, un pequeño equipo” que constaría de:

- a) Un pequeño horno para con el calor seco matar a los piojos que se encuentran en los vestidos de las gentes; b) Una instalación de una o dos duchas con agua caliente que el mismo horno puede hacerlo; c) Un tanque en el que se coloque el líquido antipiojicida

---

<sup>198</sup> “Informe de la Comisión de Higiene”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 12 de julio de 1944, AMHQ, f. 104.

<sup>199</sup> “Informe de la Comisión de Higiene”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 04 de octubre de 1944, AMHQ, f. 34.

correspondiente para lavar con él las cabezas de los infestados; d) Una instalación de servicios higiénicos.<sup>200</sup>

Garcés insiste en la urgencia de estas obras no solo por la proliferación del tifus exantemático, sino también por el riesgo de una “pandemia como las que se han presentado en algunas ciudades de América que descuidaron la campaña contra el piojo”.<sup>201</sup> Sin embargo, la respuesta de la Comisión de Higiene del Municipio de Quito ignora de forma casi total esta propuesta técnica. En su carta del 4 de octubre de 1944, el Cabildo declara que este tema queda subsumido dentro de las acciones ya previstas para la despoblación del Panecillo, al reafirmar que “el Municipio ordenó ya la desocupación de todas las viviendas que han sido adquiridas” y que se continuará con las expropiaciones en el presupuesto del año siguiente.<sup>202</sup>

Esta misma lógica de disciplinamiento y control se despliega en la propuesta de construir dormitorios públicos como solución a la diseminación del tifus a causa de quienes migraban del campo a la ciudad. Dicha infraestructura sanitaria pretendía establecer una cuarentena obligatoria antes de su ingreso a la urbe.<sup>203</sup> En este contexto, la propuesta del pequeño equipo sanitario constituía el umbral de ingreso a estos espacios de encierro. El dormitorio público no era una alternativa de vivienda, sino un filtro de tránsito para sujetos que debían ser higienizados antes de ser tolerados en la ciudad.

En definitiva, estos dispositivos condensan una lógica de contención que desborda el control sanitario y se proyecta sobre el control social, al regular cuerpos, desplazamientos y formas de circulación en la ciudad. En esta clave, se configura una disciplina que busca producir cuerpos gobernables y ajustados a las exigencias del orden urbano.<sup>204</sup>

A diferencia de la campaña antitífica de 1944, marcada por intervenciones masivas en el terreno, pero aún atravesada por acciones coyunturales y dispersas, las resoluciones emanadas de la Primera Conferencia de Jefes Sanitarios de 1945 expresan un cambio hacia un control sanitario más sistemático y agrupado. Este nuevo marco no solo fija procedimientos técnicos para la vigilancia diferenciada del tifus y la tifoidea,

---

<sup>200</sup> Misiva de la Dirección de Sanidad de la Zona Central al Presidente del Concejo Municipal, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 21 de septiembre de 1944, AMHQ, ff. 36-7.

<sup>201</sup> Ibid., 37.

<sup>202</sup> “Informe de la Comisión de Higiene”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 04 de octubre de 1944, AMHQ, f. 34.

<sup>203</sup> Misiva de la Dirección de Sanidad de la Zona Central al Presidente del Concejo Municipal, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 20 de septiembre de 1944, AMHQ, f. 36.

<sup>204</sup> Michel Foucault, *Vigilar y castigar*, 141.

sino que también consolida una lógica de intervención que articula territorio, cuerpo y norma desde una perspectiva unificada. El análisis de estas disposiciones permite observar la configuración de un lenguaje médico más estructurado. A través de fichas epidemiológicas y controles especializados, se reorganizó el espacio urbano bajo claves biomédicas que estandarizaron registros, centralizaron directrices y segmentaron barrios según niveles de riesgo.

Uno de los mecanismos que se consolidaron a partir de la conferencia fue la articulación sistemática entre planos, registros de pacientes y condiciones de infraestructura urbana. Los planos y registros debían realizarse en la posteridad con alcance provincial, cantonal y parroquial. La elaboración de mapas con indicaciones precisas sobre agua, alcantarillado, basurales y casos de enfermedades transmisibles no solo organizaba el conocimiento médico y epidemiológico de manera espacial, sino que transformaba el territorio en un tablero de gestión sanitaria.

Esta cartografía no era neutra, pues se solicitaba que “sobre estos planos se [marque] con alfileres y banderines los casos de enfermedades transmisibles”, produciendo una visualización espacial de la enfermedad a través de documentos oficiales.<sup>205</sup> Esta representación funcionó como criterio para priorizar intervenciones y estigmatizar zonas según su condición sanitaria. La medida se complementó con la zonificación de la ciudad, ya que “se ha dividido la ciudad en once zonas o sectores a cada uno de los cuales concurre diariamente un Inspector y una Enfermera”. Como señala Kingman, este dispositivo buscaba impedir el traspaso de enfermedades entre sectores y controlar el flujo de personas, objetivo que se perfeccionó a partir de 1945 para obtener información sanitaria en el menor tiempo posible.<sup>206</sup>

Por otro lado, se implementó un registro de enfermos y convalecientes tíficos mediante fichas epidemiológicas que incluían datos de residencia, lugar de trabajo u ocupación. Estas se diferenciaban por colores: rosado para la tifoidea y celeste para el tifus exantemático. Se pretendía llevar un control exhaustivo sobre los denominados “portadores sanos”, pero de un modo más restrictivo donde se podía limitar su movilidad, modificar inclusive sus oportunidades laborales y el sometimiento a una vigilancia sostenida en el tiempo. Si en años anteriores ya había intentado controlar a este tipo de

---

<sup>205</sup> “Conclusiones aprobadas en las sesiones del 23 de abril”, [Comunicaciones de la Dirección Central de Sanidad], 1945, ANM, signatura SA-0598, f. 0006.

<sup>206</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 294.

paciente tífico, los mecanismos establecidos a través de la conferencia efectivizaron el nivel de vigilancia.

En este punto, la atención de las autoridades parece dar un viraje sobre lo que se consideraba como vectores etiológicos de la tifoidea. El discurso ya no giraba únicamente en torno a las costumbres o modos de vida del sector indígena o popular como causantes de las enfermedades, en los años venideros sobre quien recae en gran medida la gestión sanitaria será sobre el convaleciente tífico y, sobre todo, sobre el portador sano.

En esa línea, el control de convalecientes tíficos también pretendía agudizarse a través del perfeccionamiento del sistema de registro de las ‘visitas domiciliarias’. Kingman menciona como este dispositivo aplicado desde décadas anteriores, permitía conocer las condiciones de habitabilidad de los hogares quiteños y, a su vez, intentar modificar aquellas costumbres.<sup>207</sup> La diferencia establecida a partir de 1945, radicó en la estandarización de los datos que debían recoger médicos o delegados durante las visitas domiciliarias y determinar la red de sujetos que rodeaba al enfermo como posibles elementos de riesgo tífico.

En el caso del tifus exantemático, las medidas dictaminadas apuntaron a un control corporal más minucioso además del aislamiento del enfermo en el lazareto:

- a. Corte de pelo en los hombres y aplicación de parasitocidas en las mujeres (ácido acético);
- b. Baño de limpieza con abundante jabonado;
- c. Tratamiento de las ropas interiores por hervido o el cianogas;
- d. Tratamiento de vestidos externos por el cianogas o por lo menos el planchado
- e. Incineración de ropas, colchones u otros útiles que por su estado no pueden ser tratados de otra manera.<sup>208</sup>

A diferencia de los discursos médicos contemporáneos a la conferencia, en estas medidas de intervención directa sobre el cuerpo ya no existía un sesgo o direccionamiento hacia determinados sectores poblacionales específicos, sobre todo del indígena. Especialmente, el despiojamiento y la desinfección de ropas ya no manifestaba fundamentos etiológicos ligados a la raza o la clase como en los años anteriores. Si bien el disciplinamiento como dispositivo de biopoder parecía profundizarse, las medidas radicales propuestas por las mismas autoridades, sobre todo, en 1944, parecían ya considerarse.

---

<sup>207</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 296.

<sup>208</sup> “Conclusiones aprobadas en las sesiones del 23 de abril”, f. 0006.

A la par de estas disposiciones centradas en el cuerpo, la Conferencia reforzó un control minucioso sobre la circulación del dato epidemiológico. Los Jefes Provinciales debían llevar registros estandarizados que incluían fichas epidemiológicas por duplicado, controles de contactos, listados alfabéticos de enfermos y sospechosos, además de gráficos mensuales y mapas que visualizaran la distribución urbana y geográfica del tifus. Este sistema de estadísticas y partes mensuales no solo buscaba estandarizar la vigilancia en todo el país, sino también producir una geografía médica centralizada, donde el espacio urbano y regional quedara segmentado según la incidencia del contagio.<sup>209</sup>

## **2.2 Oficios prohibidos y juicios morales: exclusión social y resistencias cotidianas**

Desde las primeras décadas del siglo XX, las autoridades municipales de Quito desplegaron una serie de normativas, prohibiciones y criterios estéticos (ornato) que no solo buscaron regular los espacios públicos, sino también definir quiénes podían habitarlos y en qué condiciones. El higienismo urbano, entendido no solo como una política sanitaria, sino como un régimen de moralidad espacial, fue clave para deslegitimar determinadas formas de trabajo popular, sobre todo aquellas asociadas a mujeres indígenas en oficios callejeros. Tales prácticas y concepciones estigmatizantes fueron mucho más intensivas y severas durante la curva epidemiológica ascendente del tifus y la tifoidea: entre abril de 1944 y octubre de 1945.

Durante este periodo específico, ciertas prácticas económicas fueron sancionadas como indignas del espacio moderno y urbano. En contraste, otras actividades eran toleradas o simplemente invisibilizadas, lo que revela una dinámica desigual de legitimidad. A través del estudio de cartas, reclamos y respuestas institucionales, se evidencia que la marginalización no operó de forma absoluta: allí donde se prohibía o desplazaba bajo la premisa de contener el brote tífico, también surgían formas de resistencia cotidiana, solicitudes colectivas y reapropiaciones del lenguaje normativo para sostener el derecho al trabajo y a la presencia en la ciudad.

La carta dirigida al Concejo Municipal por mujeres residentes en los alrededores de la estación de ferrocarril de Chimbacalle constituye una fuente relevante para comprender cómo las políticas higienistas afectaron directamente las prácticas de subsistencia popular. En ella, las firmantes relatan que “hace algún tiempo teníamos el

---

<sup>209</sup> “Conclusiones aprobadas en las sesiones del 23 de abril”, f. 0015.

negocio de preparación de comidas y venta ambulante de pan, frutas, etc. en la Estación de los Ferrocarriles del Norte y del Sur”, pero que les fue prohibido “con diferente pretexto [...] privándonos así de ese negocio que constituía nuestra única forma de vida”.<sup>210</sup> De esta forma denunciaban el carácter arbitrario de la regulación municipal bajo la lógica sanitaria

La carta fue redactada en pleno brote epidémico de 1944, en un contexto de respuestas sanitarias imprecisas y generalizadas, lo que permite leerla como un testimonio de los efectos concretos de políticas aplicadas sin distinción sobre sectores vulnerables, no solo en barrios estigmatizados, sino también sobre prácticas laborales consideradas impropias del espacio urbano moderno. A pesar del desplazamiento, las mujeres formulan su pedido en términos de acatamiento normativo, al solicitar “se nos sirva conceder la respectiva autorización para instalar nuevamente nuestro negocio”, y al asegurar que la venta se realizaría sin afectar a viajeros, empleados ni al tránsito.<sup>211</sup> Este recurso discursivo revela una estrategia de negociación que adapta el lenguaje higienista para disputar el derecho a permanecer en el espacio urbano.

Finalmente, la inscripción de nombres femeninos al cierre del documento —como Rosa Chanoluisa, Rosa Guamba o María Pilataxi— pone en evidencia una dimensión colectiva y de género, al mostrar a mujeres indígenas como sostenedoras de la economía doméstica y, al mismo tiempo, como sujetas afectadas por las políticas de higienización del espacio público.

En contraste con la carta de las vendedoras, la respuesta emitida por la Comisión de Higiene del Municipio el 21 de junio de 1944 reafirma una lógica de deslegitimación basada en criterios morales y espaciales. Mientras las mujeres apelaban a su derecho al trabajo y ofrecían condiciones de orden y limpieza, el pronunciamiento oficial sostuvo que “no es posible permitirles porque las condiciones de aseo, por el lugar mismo en que se expende, deja mucho que desear”.<sup>212</sup>

El documento no prohibía explícitamente el ejercicio del trabajo, pero lo condicionaba a una reubicación periférica, al señalar que “se les permita ejercer su negocio, si así lo creen conveniente, en la plaza que queda junto a la iglesia de

---

<sup>210</sup> “Vecinas de Chimbacalle, piden se les permita nuevamente la preparación de comidas en este sector de la ciudad”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 26 de mayo de 1944, AMHQ, f. 117.

<sup>211</sup> *Ibíd.*

<sup>212</sup> Informe de la Comisión de Higiene, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 21 de junio de 1944, AMHQ, f. 115.

Chimbacalle”.<sup>213</sup> Esta medida operó como una estrategia de desplazamiento espacial que convirtió la actividad comercial popular en un objeto prioritario de vigilancia sanitaria, donde lo insalubre no se definía solo por la práctica, sino por la corporalidad social que la sostenía, bajo criterios tanto sanitarios como de ornato.

En este marco, la afirmación de las vendedoras de que esta actividad constituía su único sustento no recibió reconocimiento alguno. Al quedar subsumidas bajo un discurso técnico que se pronunciaba desde arriba, sus demandas fueron anuladas, y el informe reafirmó su postura al señalar que se les había prohibido continuar con las ventas “por lo antihigiénico que se ha comprobado que lo hacen”.<sup>214</sup>

Este tipo de desplazamientos no fue excepcional del brote: venía de décadas previas, cuando el ornato y la salubridad ya operaban como criterios para reordenar el comercio popular en plazas y portales. Si bien las políticas de exclusión se intensificaron durante el brote epidémico de 1944, tenían antecedentes claros: ya en 1909 una ordenanza prohibía a las comerciantes instalarse en los portales de plazas, bajo el argumento de que se trataba de una costumbre incompatible con el ideal de progreso.<sup>215</sup>

Esta perspectiva era compartida por ciertos sectores ciudadanos que exigían reemplazar los puestos callejeros por vitrinas ornamentales más acordes con el buen gusto. Las vendedoras de fruta, por su parte, denunciaban que se les pretendía retirar de espacios que históricamente habían ocupado, sin que su presencia afectara ni la salubridad ni el ornato y apelaban, además, al carácter indispensable de esa actividad para la subsistencia familiar.<sup>216</sup>

Un caso paralelo fue el del Sindicato de Frescos, dedicado a la venta de chupetes (helados), que en 1944 enfrentó la suspensión de su oficio al ser señalado como posible foco de tifoidea. En su defensa, las vendedoras subrayaban que “hasta hoy no se ha presentado ningún caso de enfermedad contraída por medio de nuestros chupetes”, y denunciaban la falta de pruebas para ubicar el verdadero origen de la epidemia.<sup>217</sup> Aunque

---

<sup>213</sup> Ibid.

<sup>214</sup> Ibid.

<sup>215</sup> Eduardo Kingman Garcés, “Oficios y trajines callejeros”, en *Los trajines callejeros: memoria y vida cotidiana* (Quito: FLACSO, Sede Ecuador, Instituto Metropolitano de Patrimonio, Fundación Museos de la Ciudad, 2014), 83.

<sup>216</sup> Ibid.

<sup>217</sup> “Vendedores de chupetes, piden reconsideración de prohibición de venderlos”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 21 de febrero de 1944, AMHQ, f. 195.

la Comisión mantuvo la prohibición, en marzo otorgó un permiso parcial reconociendo su fabricación higiénica.<sup>218</sup>

Las pugnas en torno a la contención sanitaria en el segundo año del brote tífico también se revelaron en los mercados. Esto se refleja en la misiva enviada en 1945 por el Sindicato de Vendedores de los Mercados al Concejo Municipal de Quito. En este documento, el sindicato no solo expone carencias materiales como: falta de infraestructura, deterioro de mercados, trato irrespetuoso de los empleados municipales, sino que enmarca estas demandas en una narrativa que conjuga civismo, dignidad laboral y responsabilidad colectiva. Tal como expresan de forma categórica: “No es posible que en una población de más de trescientos mil habitantes no se cuente con un Mercado adecuado que reúna las más elementales condiciones higiénicas”.<sup>219</sup>

La argumentación de la misiva sostiene con firmeza las siguientes demandas: la solicitud de un nuevo andén cubierto en la avenida 24 de Mayo, la reconstrucción del Mercado Central, la ubicación digna de las vendedoras de comida y la exigencia de un trato no vejatorio por parte de los empleados municipales dan cuenta de un repertorio amplio de demandas que rebasan lo meramente económico y apuntan al derecho a habitar y trabajar en la ciudad en condiciones de respeto. Particularmente revelador es el punto cuarto del reclamo:

Existen personas que hacen uso de un vocabulario grosero e inadecuado para la autoridad que representan, tomándose atribuciones que entendemos no las tienen, pues estamos bajo su capricho y por cualesquier pretexto ordenan y disponen el cambio de puestos de venta, amenazándonos que en caso de no ser obedecidos, nos retirarían definitivamente de los puestos de nuestro trabajo honrado.<sup>220</sup>

Frente a este pliego, la Comisión de Mercados accedió a la reconstrucción del Mercado Central o la habilitación de un comedor popular en San Blas, pero por otro, negó de forma tajante la posibilidad de instalar un andén provisional en la Plaza de San Francisco. El rechazo se formuló con una argumentación que apeló al ornato de la ciudad. “La Comisión tiene que manifestar que sería un atentado contra la higiene y belleza de la

---

<sup>218</sup>Informe de la Comisión de Higiene Municipal, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 1 de marzo de 1944, AMHQ, f. 194.

<sup>219</sup> “Memorándum del Sindicato de Vendedores del Mercado”, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 21 de febrero de 1945, AMHQ, f. 101.

<sup>220</sup> *Ibíd.*



Plaza más histórica de Quito, convirtiéndola nuevamente en sitio de venta de productos alimenticios”.<sup>221</sup>

La respuesta revela un modelo de ciudad donde el valor simbólico de determinados espacios físicos emblemáticos prevalece sobre las necesidades cotidianas de quienes lo habitan y trabajan. Así, los cuerpos vendedores son desplazados en nombre de una higiene idealizada y una belleza urbana que oculta las condiciones reales de precariedad de los mercados periféricos. El intercambio revela una disputa por el uso legítimo del espacio público y por las condiciones dignas de trabajo.

Kingman menciona que en el caso de Quito las fronteras entre los lineamientos generados a partir del ornato y los que se dictaminaban a partir de la salud pública, no tenían demarcaciones claras. Es así como oficios o lugares de comercio ligados a los sectores indígenas, rurales y populares se veían desplazados bajo argumentos de embellecimiento y de salubridad.<sup>222</sup> Esta lógica de desplazamiento, que en las primeras décadas del siglo se aplicó a las buhoneras y vendedoras de fruta en las principales plazas y calles de la ciudad, encontró nuevas expresiones durante el brote epidémico de 1944.

El análisis de las condiciones materiales de la ciudad, las campañas de control sanitario y la cartografía epidemiológica permite comprender que la gestión de la tifoidea en Quito operó simultáneamente como una política de salud y como un mecanismo de ordenamiento social. A través de narrativas que asociaron insalubridad, sectores populares y espacios racializados, las autoridades legitimaron intervenciones territoriales que no siempre se correspondieron con la distribución real de la enfermedad, como evidencia el caso de El Panecillo.

Frente a este poder médico-político, diversos actores populares recurrieron a cartas y peticiones para defender su derecho al trabajo y a la permanencia en el espacio urbano, mostrando que las campañas de saneamiento fueron también escenarios de disputa. Así, la higiene funcionó como un dispositivo de poder que, bajo una aparente neutralidad técnica, definió las condiciones de integración de cuerpos y territorios a la ciudad moderna y dejó una huella duradera en su configuración material y simbólica.

---

<sup>221</sup> Informe de la Comisión de Higiene, [Comunicaciones de la Dirección de Higiene Municipal], 16 de mayo de 1945, AMHQ, f. 99.

<sup>222</sup> Kingman, *La ciudad y los otros*, 298.



## Conclusiones

El análisis desarrollado en esta tesis permite afirmar que, en Quito entre 1927 y 1945 —con una densidad documental particular en 1927–1928 y en la coyuntura de 1943–1944—, el tifus exantemático y la fiebre tifoidea no fueron tratados únicamente como problemas de contención epidemiológica. En los registros médicos, administrativos y periodísticos consultados, la enfermedad operó como un marco de interpretación que habilitó clasificaciones y jerarquías sobre el espacio urbano: fijó umbrales de salubridad y legitimó intervenciones sobre poblaciones específicas. En ese marco, la salud pública funcionó como una tecnología de administración urbana que articuló saber médico, gestión municipal y producción de imaginarios sociales y que, en coyunturas de crisis, intensificó campañas, inspecciones y restricciones, en estrecha relación con criterios estéticos de ornato y con juicios sobre lo apropiado en el espacio público.

Un primer hallazgo es que la asociación del tifus y la tifoidea con población indígena y con sectores populares no puede explicarse como un reflejo directo de una “realidad epidemiológica exclusiva”, sino como una construcción discursiva persistente. Si bien los brotes incidieron con mayor fuerza en barrios precarizados y en espacios definidos como “focos” por su falta de infraestructura, la documentación muestra que la enfermedad no se restringió a esos territorios. Con todo, el repertorio médico-municipal insistió en anclar el riesgo en cuerpos y prácticas específicas —indígenas, migrantes recientes, comerciantes informales, habitantes de periferias—, y convirtió el contagio en un criterio de clasificación social y racial que excedía lo biomédico y se articulaba a procesos de reorganización urbana. En esa operación, la pobreza tendió a leerse como insalubridad y la precariedad como signo de desorden, desplazando la discusión sobre condiciones materiales hacia juicios sobre costumbres y conductas.

Un segundo hallazgo se relaciona con la forma en que esa lectura del riesgo se sostuvo en la convergencia de tres actores: el discurso médico, el poder municipal y la prensa. El primero dotó de autoridad técnica a diagnósticos y recomendaciones; el segundo tradujo esa autoridad en resoluciones, campañas, fiscalización y controles concretos; y la prensa funcionó como mediación ambivalente, al reproducir argumentos higienistas y, a la vez, permitir la circulación de reclamos ciudadanos. La triangulación no fue lineal ni homogénea: el archivo deja ver tensiones institucionales, cambios de

prioridades y limitaciones de ejecución. Por ello, las políticas sanitarias pueden leerse como un campo de negociación entre saberes, administración y vida cotidiana, antes que como un conjunto coherente de medidas aplicadas de manera uniforme.

Un tercer hallazgo es la centralidad de la dimensión espacial en la gestión sanitaria. La enfermedad fue localizada, cartografiada y narrada en términos territoriales: se delimitaron zonas, se produjeron listados y se atribuyeron cualidades de peligrosidad a ciertos barrios, calles, mercados, estaciones o colinas. Esa espacialización del riesgo reforzó una jerarquía urbana en la que la salubridad —y su correlato estético— operó como condición de pertenencia. En ese sentido, la higiene funcionó como criterio de ciudadanía: la regulación de vivienda, mercados, circulaciones y oficios definió formas aceptables de habitar y trabajar, y se reiteró la idea de que la limpieza corporal y doméstica debía ser un requisito para el reconocimiento urbano. Más que una pedagogía neutral, se trató de un régimen de moralidad espacial, donde la corrección de prácticas se justificó como condición de orden sanitario y de preservación de una ciudad presentable.

En este marco, las disposiciones sobre oficios cotidianos y espacios populares muestran con claridad el carácter social del dispositivo higienista. La vigilancia de mercados y ventas, las restricciones a ciertos trabajos y los intentos de prohibir actividades consideradas insalubres se sostuvieron en una lógica que, aun vinculada a preocupaciones sanitarias, produjo jerarquías de obediencia y fiscalización. La insistencia institucional en responsabilizar a ciertos grupos por la propagación del contagio operó como desplazamiento: el problema de infraestructura incompleta y de mejoras selectivas quedó con frecuencia subsumido bajo un régimen de culpabilización moral. De este modo, la enfermedad se convirtió en argumento para reforzar distinciones de raza y de clase y para justificar intervenciones que reorganizaban el espacio urbano según parámetros de salubridad y ornato, en una distribución desigual de legitimidad: algunas presencias y prácticas fueron sancionadas como impropias del espacio moderno, mientras otras fueron toleradas o invisibilizadas.

Un cuarto hallazgo, no menos importante, es que el archivo permite observar respuestas ciudadanas que complejizan la idea de una imposición unilateral. Cartas colectivas, solicitudes, reclamos y adaptaciones estratégicas del lenguaje normativo muestran que actores populares desplegaron estrategias de interlocución: apelaron a dignidad, necesidad de subsistencia y derecho al trabajo, y en algunos casos reapropiaron parcialmente el discurso higienista —orden, limpieza, buena conducta— para sostener su permanencia en la ciudad. Estas respuestas rara vez adoptan el registro de una oposición

frontal, pero sí dejan ver resistencias cotidianas que disputaron, en los márgenes, la definición de lo público. Al mismo tiempo, la ausencia de determinadas voces no debe leerse como consentimiento: responde a la desigualdad de acceso a los canales de expresión y archivo. Lo relevante es que, aun con esa desigualdad, la documentación permite rastrear huellas de disputa y negociación sobre el uso del espacio y sobre quién podía habitar y trabajar legítimamente en la ciudad.

El periodo estudiado muestra, además, una transición institucional. En las décadas de 1930 y 1940 conviven herencias del higienismo con una salud pública más centralizada y técnica, cristalizada en 1945 con lineamientos nacionales, campañas estandarizadas y registros epidemiológicos más sistemáticos. Ese giro no eliminó las jerarquías sociales inscritas en la gestión sanitaria; más bien, tendió a reconfigurarlas bajo formas administrativas y epidemiológicas, reforzando capacidades estatales de seguimiento, fiscalización y clasificación. En ese sentido, la tecnificación no desactiva la dimensión social del riesgo: la reorganiza y permite observar cómo se articulan continuidad y cambio entre discursos moralizantes, medidas municipales y nuevas modalidades de administración sanitaria.

Desde el punto de vista metodológico, el cruce de documentación municipal (actas, resoluciones, gacetas), registros sanitarios (informes, cartillas, fichas, boletines), prensa y correspondencia ciudadana permitió reconstruir no solo medidas y discursos, sino su traducción espacial y sus efectos sociales. Este montaje documental permitió entender cómo se justificaron intervenciones, qué prioridades se establecieron y qué tensiones emergieron entre lo técnico, lo administrativo y lo cotidiano. Sin embargo, el archivo no ofrece una serie continua para todo el periodo: la densidad de fuentes se concentra en coyunturas de crisis, y la voz popular aparece fragmentaria y mediada. Por ello, el análisis se sostiene en marcas documentales.

El aporte historiográfico de la investigación se ubica en dos niveles. En primer lugar, propone leer las epidemias no solo como crisis sanitarias, sino como momentos de intensificación de prácticas de gobierno urbano que produjeron clasificaciones sociales y espaciales del riesgo, articulando salubridad, ornato y moralización de costumbres. En segundo lugar, al articular de manera sistemática discursos médicos, gestión municipal y registros ciudadanos, permite comprender el higienismo como dispositivo institucional y, a la vez, como campo de disputa: allí se definieron sentidos sobre trabajo, dignidad, pertenencia y derecho a la ciudad. En esa línea, el estudio contribuye a una historia urbana de Quito que integra salubridad, infraestructura y ordenamiento espacial como

dimensiones inseparables de una modernización desigual. Un ejemplo emblemático de esa lógica aparece en las intervenciones proyectadas sobre El Panecillo, donde salubridad, expropiación y promesa de ornato condensaron la tensión entre diagnóstico técnico, proyecto urbano y conflicto social.

Finalmente, esta tesis abre líneas para profundizar comparaciones con otras ciudades latinoamericanas, con el fin de identificar convergencias y diferencias en los modos en que las epidemias fueron interpretadas y gestionadas en el espacio urbano. Asimismo, permite examinar con mayor detalle la dimensión de género implicada en las regulaciones sobre oficios, movilidad y uso del espacio público, así como la articulación entre sanidad, policía y justicia en la administración cotidiana del riesgo.

En esa misma dirección, resulta pertinente impulsar estudios en otras ciudades del Ecuador que permitan analizar la gestión municipal frente al tifus y la tifoidea, así como sus márgenes de coordinación —o tensión— con instancias estatales. Este enfoque ayudaría a precisar tanto las posibilidades de acción conjunta como los límites administrativos, presupuestarios y políticos que condicionaron la eficacia de las medidas adoptadas. Del mismo modo, queda abierta la posibilidad de rastrear la trayectoria posterior de los imaginarios raciales del contagio, atendiendo a su circulación más allá de la coyuntura epidémica y a las huellas que dejaron en la sociedad quiteña en términos de estigmatización, trato institucional y prácticas sociales.

En conjunto, las conclusiones muestran que las respuestas frente al tifus y la tifoidea no solo abordaron estas enfermedades como hechos biológicos, sino como escenarios de clasificación y ordenamiento urbano, donde salubridad y ornato operaron como criterios de intervención y legitimidad social. Con ello, la tesis deja establecido que estos dispositivos contribuyeron a redefinir —de manera desigual y conflictiva— los límites de lo público en la ciudad.

## Bibliografía

### Fuentes primarias

#### Archivos consultados

Archivo Metropolitano de Historia (AMH). Quito, Ecuador.

*Gaceta Municipal*

Comisión de Higiene

Archivo Nacional de Medicina (ANM). Quito, Ecuador.

Fondo *Sanidad*.

Biblioteca Nacional Eugenio Espejo. (BNEE). Quito, Ecuador.

Fondo *Republicano Ecuatoriano 1*

Fondo *Republicano Ecuatoriano 2*

Archivo Histórico de la Universidad Central del Ecuador (AHUCE). Quito, Ecuador.

Fondo *Facultad de Medicina*

Archivo General de la Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

Fondo *Tesis doctorales de la Facultad de Medicina*

Biblioteca Aurelio Espinoza Pólit (BAEP). Quito, Ecuador.

Fondo *General*

Hemeroteca

Mapoteca

Instituto Nacional de Patrimonio Cultural

Fondo fotográfico *Colección Estrada Ycaza*

Ministerio de Cultura y Patrimonio

Catálogo virtual del Archivo Histórico

#### Prensa

Diario *El Día*. Quito, 1944-1945.

### Fuentes secundarias

Abel, Christopher. *Health, Hygiene and Sanitation in Latin America, c.1870–c.1950*.

Londres: Institute of Latin American Studies, University of London, 1996.

[https://sas-space.sas.ac.uk/3408/1/B24\\_-](https://sas-space.sas.ac.uk/3408/1/B24_-)

[\\_Health%2CHygieneandSanitationinLatinAmericac1870toc1950.pdf](https://sas-space.sas.ac.uk/3408/1/B24_-Health%2CHygieneandSanitationinLatinAmericac1870toc1950.pdf).

- Antelo, Raúl. “La potencialidad del archivo”. Artículo escrito para la cátedra de Filología Hispánica de la FaHCE-UNLP, 2008. [https://filologiaunlp.files.wordpress.com/2011/08/antelo-la-potencialidad-del-archivo\\_marzo2017.docx](https://filologiaunlp.files.wordpress.com/2011/08/antelo-la-potencialidad-del-archivo_marzo2017.docx).
- Armus, Diego. “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”. *Asclepio* 54, n.º 2 (2002): 41–60. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>.
- . “On Hygiene in a Modern Peripheral City: Buenos Aires, 1870–1940”. En *Urban Histories of Science: Making Knowledge in the City, 1820–1940*, editado por Oliver Hochadel y Agustí Nieto-Galan, 186–207. Nueva York: Routledge, 2018.
- Burke, Peter. *¿Qué es la historia cultural?* Barcelona: Paidós, 2003.
- Carrión, Fernando, y Jaime Erazo Espinosa. “La forma urbana de Quito: una historia de centros y periferias”. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* 41, n.º 3 (2012): 503–21. <https://journals.openedition.org/bifea/361>.
- Cerda L., Jaime, y Gonzalo Valdivia C. “John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna”. *Revista chilena de infectología* 24, n.º 4 (2007): 331–4. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000400014>.
- Checa Ron, Sophia. “Pecadoras e infectadas: la prostituta en la primera mitad del Siglo XX”. Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2012. <http://hdl.handle.net/10644/3029>.
- Ciudad de Otavalo. “Luis A. León Vinueza”. *Otavalo.org*. Accedido el 10 de enero de 2025. <https://otavalo.org/luis-a-leon-vinueza/>.
- Clark, Kim. “El sexo y la responsabilidad en Quito: prostitución, género y estado, 1920–1950”. *Procesos: Revista Ecuatoriana de Historia* 16 (2001): 35–59.
- Deler, J.P., y Y. Saint-Geours, comp. *Estados y Naciones de los Andes, Hacia una historia comparativa: Bolivia – Colombia – Ecuador – Perú*. Lima: Institut Français D'études Andines, 1986.
- Fernández Rueda, Sonia. “La ‘pedagogía del examen y la homogeneización’: educación de los indígenas rurales serranos en Ecuador, 1925–1948”. En *Educación para indígenas en América Latina: ensayos históricos*, coordinado por Yamila Liva y Carlos Escalante Fernández, 181–212. Zinacantepec: El Colegio Mexiquense, 2024.
- Foucault, Michel. *El orden del discurso*. Traducido por Alberto González Troyano. Buenos Aires: Tusquets Editores, 2005.



- . *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977–1978)*. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.
- . *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina, 2002.
- Illanes, María Angélica. *Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las visitadoras sociales (1887–1940)*. Santiago de Chile: Ediciones SUR, 2007.
- Jurado, Juan Carlos. “Sobre el proceso de la civilización de Norbert Elias”. *Nómadas* 10 (2004): 4.
- Kingman, Eduardo. “Historia social y mentalidades: Los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales* 15 (2002): 107–118.
- Kingman Garcés, Eduardo. “El camarote de Santa Marta, la profilaxis y la policía” y “Modernidad, disciplinamiento, desborde urbano”. En *Etnicidad y poder en los países andinos*, compilado por Christian Büschges, Guillermo Bustos y Olaf Kaltmeier, 99–109. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador (UASB-E) / Corporación Editora Nacional (CEN), 2007.
- . *Los trajines callejeros: memoria y vida cotidiana*. Quito: FLACSO, Sede Ecuador; Instituto Metropolitano de Patrimonio; Fundación Museos de la Ciudad, 2014.
- , y Nicolás Cuvi. *El molino y los panaderos: cultura popular e historia industrial de Quito*. Quito: Fondo de Salvamento del Patrimonio Cultural de Quito (FONSAL), 2009.
- López, Nadia. “Fábricas de ángeles: género e ideales de maternidad en los informes de las trabajadoras sociales de la asistencia pública de Quito en el periodo 1940–1952”. *Historia Mexicana* 73, n.º 4 (2024): 53–85. <https://doi.org/10.24201/hm.v73i4.4764>.
- Luzuriaga Jaramillo, Sofía. *Quito y sus recorridos de agua. Abastecimiento, discursos y pautas higiénicas modernizantes*. Quito: UASB-E / CEN, 2013.
- Maiguashca, Juan, y Liisa North. “Orígenes y significado del velasquismo: lucha de clases y participación política en el Ecuador, 1920–1972”. En *La cuestión regional y el poder*, editado por Rafael Quintero, 89–160. Quito: CEN, FLACSO-E, CERLAC, 1991.

- Menéndez, Eduardo L. “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”. *Salud Colectiva* 16 (2020): 1–25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.
- Miño Grijalva, Manuel. “Bajo la sombra del coqueluche: población y mortalidad en Quito entre 1910 y 1923”. *Boletín de la Academia Nacional de Historia* 98, n.º 203 (2020): 99–141.
- Miño, Wilson. *Quito y el ferrocarril: modernización, espacio y sociedad*. Quito: UASB-E / CEN, 2012.
- Molina del Villar, América. “El tifo en la ciudad de México en tiempos de la Revolución Mexicana, 1913–1916”. *Historia Mexicana* 64, n.º 3 (2015): 1–85. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-65312015000101163](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-65312015000101163).
- Palmer, Steven. *From Popular Medicine to Medical Populism: Doctors, Healers, and Public Power in Costa Rica, 1800–1940*. Durham: Duke University Press, 2003.
- Prieto, Mercedes. “La inscripción de la vivienda indígena en el Programa Indigenista Andino: civilización y disputas.” *Procesos. Revista Ecuatoriana de Historia*, n.º 53 (enero-junio 2021): 199–234.
- Prieto, Mercedes. *Liberalismo y temor: Imaginando los sujetos indígenas en el Ecuador postcolonial, 1895–1950*. Quito: FLACSO / Ediciones Abya Yala, 2004.
- Peralta Evelia, Paúl Aguilar, Guillermo Bustos, Ana María Goetschel, Eduardo Kingman Garcés, Milton Luna, Pablo Ospina, Juan Fernando Pérez, Galo Valarezo, Guadalupe Soasti y Rosemarie Terán Najas. *Enfoques y estudios históricos, Quito a través de la historia*. Quito: Dirección de Planificación del I. Municipio de Quito / Consejería de Obras Públicas y Transporte / Junta de Andalucía, 1992.
- Rodas Chaves, Germán. *El pensamiento higienista público en el periodo liberal-alfarista y juliano y el pensamiento de salud pública en el periodo juliano-ayorista*. Quito: UASB-E, 2013.
- . *Pandemias y enfermedades en la historia del Ecuador, siglos XVIII–XXI*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional, 2012.
- Salazar Veloz, Andrea, y Alejandro Becerra Martínez. “El legado de Jones Odriozola: Plan Regulador de Quito 1942–1945”. *Estudo Prévio* 23 (2023): 106–116. <https://doi.org/10.26619/2182-4339/23.01>.

- Sánchez-Lera, Rita María, e Isael Armando Pérez-Vázquez. “Pasteur y Koch: los padres de la microbiología”. *Revista 16 de Abril* 61, n.º 1 (2022). [https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/1183/764](https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1183/764).
- Sánchez Ruiz, Gerardo G. “Ciudades latinoamericanas entre mediados del siglo XIX y principios del XX: del Higienismo al Urbanismo”. *Arquitectura y Urbanismo* 41, n.º 2 (mayo–agosto 2020): 31–45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376864178004>.
- Stepan, Nancy Leys. *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, 1991.
- Vásquez, María Fernanda. “Degeneración y mejoramiento de la raza: ¿higiene social o eugenesia? Colombia, 1920–1930”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 13, n.º 1 (2006): 145–158. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vsSrgfMYqM7DZkcHLFnWzpv/?format=pdf>.
- Villarreal Rivera, Milagros. “La Escuela Nacional de Enfermeras entre 1942 y 1970: una historia sobre las dinámicas de control social”. Tesis de maestría, UASB-E, 2018. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6537/1/SM238-Villareal-La%20escuela.pdf>.