

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Historia

Maestría de Investigación en Historia

Higienismo y problemas sanitarios en Cuenca y su *hinterland*

Políticas municipales de salud pública 1930-1940

Daniel Patricio Veintimilla Vásquez

Tutor: Guillermo Bustos Lozano

Quito, 2025



Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Daniel Patricio Veintimilla Vásquez, autor del trabajo intitulado “Higienismo y problemas sanitarios en Cuenca y su *hinterland*: Políticas municipales de salud pública 1930-1940”, 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 Investigación 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 24 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.

07 de noviembre de 2025



Firma: _____

Resumen

La presente investigación estudia las políticas de higienización que desplegó el Municipio de Cuenca entre 1930 y 1940 frente a los problemas sanitarios que se advertían en la ciudad. Para esto, se explora las problemáticas alrededor de la gestación de la Oficina de Higiene Municipal que se adhirió al entramado de actores que tenían a su cargo la cuestión de la salud pública y del conocimiento médico-higienista. La tesis recorre en un primer momento, la administración, estructura y gestores que propició la organización de este organismo. Para, en un segundo momento, adentrarse específicamente en las normas y regulaciones sobre el expendio de víveres en los mercados de la ciudad. La investigación reveló que las políticas municipales en la década de 1930 estaban destinadas, en gran medida, hacia el control de las enfermedades contagiosas y de los espacios públicos para expendio de alimentos.

Palabras clave: higienismo, Cuenca, municipio, médicos, mercados, abastos, políticas sanitarias, primera mitad del siglo XX

Agradecimientos

Expreso mi agradecimiento a la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador y a quienes hacen el programa de la Maestría en Investigación en Historia por la valiosa oportunidad de continuar con este proceso de formación. Especialmente a mi director, Guillermo Bustos, quien ha sido el intérprete ideal en este constante trabajo de aprendizaje. Agradezco también a familiares y amigos quienes han estado presentes con su apoyo incondicional.

Tabla de contenidos

Introducción.....	11
Capítulo primero: Establecimiento de la Oficina de Higiene y Asistencia Municipal... 18	
1. Escenario y estructura local: estado de la sanidad pública en Cuenca a inicios del siglo XX.....	19
2. El Concejo Municipal y el temor a la peste bubónica en la región (1932-1934) 32	
3. La Oficina de Higiene Municipal en Cuenca: un organismo local en construcción 1934-1935	43
Capítulo segundo: Miradas higienistas sobre los problemas sanitarios de Cuenca: el caso de los mercados y expendio de alimentos	52
1. Mercados y control municipal: aplicación de normativas sobre el abastecimiento en la carne, leche y pan	53
2. Pensamiento biologicista en los médicos azuayos: el caso de la alimentación de la población.....	72
Conclusiones.....	85
Bibliografía.....	89

Introducción

La presente investigación explora el higienismo y la salubridad según lo concebido por el Municipio de Cuenca hacia la década de 1930-1940. Si bien los principales establecimientos que asumieron el rol discursivo en materia de salud pública, problemas sanitarios y regulaciones higienistas fueron el Concejo Municipal de Cuenca, la Universidad de Cuenca y la Dirección de Sanidad Austral; en este trabajo me oriento de forma primordial a estudiar las políticas de higienización y de sanidad pública elaboradas por el Concejo Municipal de Cuenca como parte de su agenda institucional.¹ En este proceso se resalta la figura de los médicos, quienes participaron en el Concejo Cantonal de forma continua y proporcionaron sus conocimientos como docentes de las principales instituciones educativas de la ciudad. Uno de los ejemplos más notorios de la versatilidad en la figura médica fue el doctor Agustín Cueva Tamariz, de quien examino su recorrido en el Municipio cuencano.

El trabajo prioriza el accionar de Cueva Tamariz; sin embargo, la cuestión sanitaria en Cuenca no se entiende sin los aportes de un conjunto de actores vinculados al municipio cuencano y a otras instancias locales. Es el caso de Carlos Aguilar Vázquez, quien a inicios de la década de 1930 figuró como ayudante y posterior director de la Sanidad Zona Austral. Más tarde fue presidente del Concejo Cantonal de Cuenca y editorialista del diario El Mercurio de la misma ciudad. Sumado a esta multiplicidad de actores se encuentra el territorio. En esta tesis los territorios involucrados por influencia política, cultural y discursiva se los entiende como *hinterland*. En el caso de Cuenca, su *hinterland* se considera a la región de influencia económica y comercial: cantones del Azuay, provincia del Cañar, incluso el norte de la provincia de Loja. Estos territorios superando el concepto de periferia, se vuelven determinantes en el desarrollo de la ciudad misma. Esta capacidad de relación se evidencia en las políticas municipales frente a las amenazas de enfermedades contagiosas por fuera de la ciudad, en este caso desde la vecina provincia del Cañar.

¹ Este tipo de acercamiento me remite a también explorar, aunque en menor medida, las respuestas del entramado social frente a las formulaciones del poder municipal, respuestas que se pudo evidenciar sobre todo en la posición de la prensa local frente a las nuevas normativas sanitarias.

La investigación considera los aportes de Kim Clark sobre el surgimiento de la idea de salud pública en Ecuador y el establecimiento de una red estatal de sanidad planteada en las primeras décadas del siglo pasado. Estos aportes resultan prioritarios para comprender la estructura de un sistema local de tratamiento en salud e higiene, conceptos que la autora los trabaja para reconstruir la función administrativa en la creciente actividad de control poblacional y perfeccionamiento de la sanidad pública estatal.² Los aportes de la autora abordan también otra dimensión de sumo interés en mi trabajo: la caracterización de los indios por parte de médicos de salud pública, antropólogos y sociólogos ecuatorianos de este período.³

Las contribuciones que realiza Eduardo Kigman, estudiando el caso de Quito, han brindado el panorama de políticas públicas en ornato e higiene y cómo estas transformaron el espacio urbano. Estos aportes han significado poder mirar los obstáculos, posibilidades y particularidades de las instancias locales producto de la aplicación de las normas sanitarias. Si bien, el caso de Quito del siglo XIX e inicios del XX no permite comprender a cabalidad los procesos llevados a cabo en Cuenca y en la región austral, si lo hace su propuesta conceptual entendida en “un higienismo práctico que acompañaba a las medidas municipales y la policía de la salud”.⁴ Kigman afirma que el higienismo en el país formó una escuela de pensamiento médico y social vinculado a las prácticas del Estado y a las políticas municipales, así como a las cátedras universitarias.⁵

Otros aportes a nivel nacional que han sido significativos en la construcción de esta tesis y que por supuesto remiten al estudio de la sanidad y políticas municipales han sido *La domesticación del obrero: un análisis de las políticas de higiene en la creación de barrios y comedores obreros municipales en la década de 1930* (2025) de Karina Rivera. En esta investigación, la autora recorre las políticas municipales que, bajo el discurso de mejorar la vivienda y alimentación de la clase obrera, fueron orientadas al control social y la domesticación de los hábitos y comportamientos de los obreros de Quito. Este trabajo permite reflexionar sobre lo ocurrido en otro espacio que, aunque

² Kim Clark, “Forging Public Health as State Idea and State System”, en *Conjuring the State. Public Health Encounters in Highland Ecuador, 1908-1945* (Pittsburg: University of Pittsburg, 2023), 60.

³ Kim Clark, “La medida de la diferencia: las imágenes indigenistas de los indios serranos en el Ecuador (1920 a 1940)”, en *Ecuador racista: imágenes e identidades* (Quito, FLACSO Ecuador, 1999), 111-26.

⁴ Eduardo Kigman Garcés, *La ciudad y los otros Quito 1860-1940 Higienismo, ornato y policía* (Quito: FLACSO Ecuador / Universitat Rovira I Virgili, 2006), 285, <https://biblio.flacoandes.edu.ec/libros/100133-opac>.

⁵ *Ibíd.*, 300-25.

perteneciente a la temporalidad propuesta en la tesis, se diferencia en particularidades locales, una de ellas el impacto económico de la crisis global.

En esta línea, aunque vinculada al abastecimiento de agua en la capital, está el trabajo de Sofía Luzuriaga Jaramillo *Quito y sus recorridos de agua abastecimiento, discurso y pautas higiénicas modernizantes* (2013). Este texto resulta importante en el análisis de una élite de médicos quienes, en medio de los planes de suministro de agua, formaron parte de las propuestas higiénicas en la ciudad. Ambos trabajos presentados — el de Rivera y Luzuriaga— convergen en que las medidas tomadas fueron producto de un crecimiento poblacional y de unas dinámicas sociales propias del pensamiento modernizante.

Para el caso de Cuenca es necesario el apoyo en las contribuciones de Galo Ordoñez Espinosa con su texto *De la bacinilla a la alcantarilla* (2008) y el trabajo de Ana Luz Borrero con *Transformaciones y modernización en Cuenca, 1920 – 1950* (2018). Estos aportes permiten entender los albores de la década de 1930 en la región, sus cambios y vicisitudes en materia de salubridad, modernización y sociedad. Otro grupo de trabajos que merecen ser destacados por su aporte al estudio local son aquellos elaborados por médicos de la región como Patricio Barzallo Cabrera, Felipe Díaz Heredia, Cesar Hermida Piedra, David Achig Valarezo y Jacinto Landívar. Sus estudios han girado en torno a la presencia fundamental que ha tenido la Facultad de Medicina y la Universidad de Cuenca en propender un desarrollo desde las ciencias médicas y las reflexiones acerca de la evolución de la salud pública en Cuenca.

Es en este sentido que la tesis se enmarca en un contexto local de crecimiento demográfico y de un incremento en el sector industrial en aras de la modernización de la ciudad. Para la década de los años 1930, empiezan a funcionar las primeras máquinas de la industria textilera Pasamanería de la familia Tosi, se había fundado la Cámara de Industrias de Cuenca y el creciente sector automotor requería de normativas que regularan el tránsito de automóviles y camiones de carga.⁶ La ciudad empezaría a crecer hacia el sector conocido como El Ejido, en un proceso que comenzó con la construcción de edificios como la Escuela de Medicina y el Colegio Benigno Malo en la década previa. En este contexto, la ciudad generó varias necesidades que fueron subsanadas a medida

⁶ Gabriela Bonilla Chumbi et al., “De lo privado” en *Una mirada internacional desde las prácticas de lo público, lo privado y la academia*, (Cuenca: Alcaldía de Cuenca/Casa Editor Universidad del Azuay, 2022), 40; Edgar Xavier Durán, Tamara León Cario y Martín Durán Hermida, “Transformaciones del espacio urbano y doméstico en el siglo XX por la presencia del automóvil en Cuenca, Ecuador”, *Urbis Boletín Científico* 10, n.º2 (2020): 81. <https://www.srg.com.co/bcsr/index.php/bcsr>

que avanzaba la década: pavimentación de calles, sistema de alcantarillado y acceso al agua potable.

El higienismo como práctica médico-social en Cuenca se consolida con este crecimiento de la población que, para el año de 1926, estuvo alrededor de 30000 habitantes y para 1938 pasó a la cantidad de 48300 habitantes y, según el primer Censo Nacional llevado a cabo en 1950, la ciudad alcanzó los 40274 habitantes.⁷ Sin embargo, con la llegada de servicios y obra pública en la ciudad, se acrecentaba la preocupación en el tema sanitario, aspecto que se debía regular mediante la política municipal. Entre 1930 y 1938 se elaboraron la Ordenanza sobre edificaciones y demás construcciones urbanas, y ornato y salubridad (1930); Ordenanza sobre Higiene y Sanidad del cantón Cuenca (1931); Proyecto de ordenanza para el control en la venta de ganado mayor en los mercados públicos (1932); Ordenanza de Mercado (1933); Reglamento de Higiene Municipal (1934); Ordenanza para atender y fomentar los servicios funerarios gratuitos de la Beneficencia (1936); Ordenanza de Cementerios (1938).

Ahora bien, el estudio del higienismo y la sanidad pública conlleva la participación de múltiples actores: agrupaciones sociales, prensa, comunidad intelectual, instituciones educativas, ciudadanía, entre otros. Su completa exploración me ha sido limitada por el acceso a las fuentes en circunstancias particulares, entre ellas el cierre y reorganización temporal de archivos y repositorios locales. Por esta razón, en su mayoría se ha utilizado las normativas institucionales antes mencionadas: ordenanzas y reglamentos. Estos documentos si bien no dan cuenta de la realidad que se estuvo construyendo en el momento, si permiten reconocer la respuesta del Concejo Municipal a los problemas de sanidad en la ciudad que se intentaron subsanar hasta bien entrado el siglo XX. Aun así, la investigación que aquí presento corresponde a estudios poco explorados a nivel local. Este trabajo pretende ser una apertura para esta línea de investigación.

El objetivo de este trabajo es estudiar las políticas de higienización que presentó el Municipio de Cuenca entre 1930 y 1940 frente a los problemas sanitarios que se advertían en la ciudad. Para esto, en el primer capítulo exploro la gestación de la Oficina de Higiene Municipal con su administración y estructura, así como sus gestores y los

⁷ Por supuesto que todos estos datos son aproximaciones ya que antes del censo de 1950 las estadísticas poblacionales no eran del todo confiables. Véase Julio Carpio Vintimilla, "Las etapas de crecimiento de la ciudad de Cuenca-Ecuador", en *El proceso urbano en Ecuador*, ed. Santiago Escobar (Quito: ILDIS, 1987), 70.

principales problemas que propició su creación. En este momento se hace énfasis en la propagación de las enfermedades contagiosas, específicamente el temor que representaba el avance de la peste bubónica hacia la provincia del Cañar. En este punto, la participación de la figura médica de Agustín Cueva Tamariz resulta fundamental en el proceso de organización de la Oficina de Higiene Municipal. Para entender el interés del municipio por el control de los ámbitos sanitarios de la ciudad, se examina también la normativa vigente en los primeros años de la década de los treinta, en particular la Ordenanza sobre Higiene y Sanidad del cantón Cuenca del año 1931.

En el segundo capítulo, estudio la incidencia del poder municipal en el control de los mercados y el expendio de los principales alimentos que circulaban en la ciudad: carne, leche y pan. El capítulo se divide en dos apartados. En el primero, se examina el problema del expendio de los alimentos siendo los mercados el principal lugar de venta de los artículos antes mencionados. De esta forma, se toma en consideración la normativa creada y aplicada para la regulación de los centros de expendio y las problemáticas que generó en la ciudad la construcción del nuevo mercado “Nueve de Octubre”. En el segundo apartado, se estudia los discursos elaborados por los médicos azuayos sobre los ejes que intersectan la investigación: mercados, alimentos y enfermedades. Aquí resulta fundamental observar un conjunto de médicos que formaban parte de las principales instituciones de la ciudad.

El trabajo de archivo se sustentó en documentos variados: institucionales, prensa escrita, difusión y producción académica. Los textos de importancia institucional que he analizado son los informes de los periodos presidenciales del Concejo Cantonal, ordenanzas sobre temas sanitarios y; reglamentos municipales y de la Dirección de Sanidad Austral. La relevancia en estudiar este tipo de documento no radica solamente por el contenido oficial que se encuentra en sus páginas, sino por la aparición misma del documento en momento coyuntural de preocupación sanitaria. Por su parte, los principales periódicos utilizados son diario *El Mercurio*, primer diario en importancia de Cuenca. Su circulación comenzó en 1924 y su revisión se complementó con otros diarios de similares características. Entre ellos *Diario del Sur* de tendencia conservadora e igual emisión diaria.

Otro conjunto documental de enorme relevancia es el resguardado en el Museo Municipal Remigio Crespo Toral de Cuenca. Se trata de las actas del Concejo Cantonal de Cuenca en las que recaen las principales preocupaciones administrativas y organizativas del Concejo Cantonal. Con este corpus analizado entre los años de 1930 y

1935 evidencia la progresiva participación de médicos en el Concejo y sus múltiples discusiones sobre decisiones en higiene poblacional, mejoramiento de establecimiento y control en la circulación de alimentos al interior de la ciudad. La investigación recoge también los artículos escritos por Agustín Cueva Tamariz y Carlos Aguilar Vásquez quienes se enmarcan en la realidad nacional de preocupación por el indio y su degeneración como grupo social.

En la historiografía local estos médicos y otros profesionales de la salud han sido evaluados a partir de recorridos biográficos y estudios enmarcados en la descripción de hitos científicos, descuidando, en cambio, su influencia como profesionales en instancias político-institucionales con decisiones sobre poblaciones enteras. En lo que respecta al análisis de actas, ordenanzas e informes en la mayoría de los casos, han sido estudiados desde un enfoque urbanista. Un elemento que, en el marco higienista, ha representado un aporte significativo, sin embargo, profundizar en estos estudios es referirse también a la comprensión del papel del municipio no solo en el ámbito de salubridad de los espacios urbanos producto de los cambios técnicos en términos modernizantes, sino en el control de la población mediante sus políticas, preocupaciones locales y avances en el área de la salud.

Una de las conclusiones que se obtuvo del estudio de las políticas de sanidad municipal nos hace pensar en lo paulatino que fue el proceso de establecimiento de los mecanismos efectivos de control, superando las “simples” penas que se incluía en las ordenanzas y reglamentos municipales. Las respuestas del municipio cuencano, aunque fueron oportunas dado el panorama sanitario que representaba el enfrentamiento a diversos cambios sociales, se elaboraron a partir de una práctica médica positivista y modernizante regulada por un círculo de médicos que conocían el contexto nacional e internacional y que, no obstante, pensaban en términos regionales: tema rural y campesino, por ejemplo. En este sentido, la creación de la Oficina de Higiene Municipal, la regulación del expendio de alimentos o la normativa generada a propósito de los mercados, respondieron no solo a ideas particulares de médicos, sino a una trama particular de preocupación por la higiene en la zona austral: control de enfermedades infecto-contagiosas y saneamientos de espacios públicos.

Capítulo primero

Establecimiento de la Oficina de Higiene y Asistencia Municipal

El presente capítulo estudia el establecimiento de la Oficina de Higiene Municipal en la primera mitad de la década de 1930. Para esto se explora las circunstancias que propiciaron la formación de este organismo y la actuación del municipio de la ciudad frente a la amenaza de la peste bubónica en estos años. Esta mirada me permite reconocer quiénes fueron los gestores en la creación de la oficina y las condiciones que hicieron posible su establecimiento en este periodo. La literatura que sigue este capítulo se sitúa en lo que Kim Clark concibe como salud pública. Esto es, una idea estatal y un sistema de sanidad pública que se consolidó a partir de la Revolución Juliana de 1925,⁸ en la que una de sus fortalezas fue la redirección de los quehaceres sanitarios hacia los municipios. Desde esta perspectiva, se explica que la organización de la Oficina de Higiene Municipal fue impulsada por la preocupación en la propagación de la peste en la zona austral.

El objetivo de este capítulo es estudiar las circunstancias, razones y estructura administrativa en la creación de la Oficina de Higiene que formó parte del municipio de la ciudad de Cuenca durante toda la década. Dentro de este marco cronológico 1933-1935 analizo la participación del médico Agustín Cueva Tamariz como miembro del Concejo, en un primer momento, y posteriormente como su presidente hacia 1934. Para conocer el papel de Cueva Tamariz en la disposición de la Oficina de Higiene se han utilizado como fuente básica las actas de cabildo y las ordenanzas publicadas al inicio de la década de 1930. De forma complementaria me he apoyado de fuentes diversas como la prensa de la región y una serie de normativas correspondiente al ámbito de salubridad e higiene de la ciudad.

Para llegar a comprender la creación de una Oficina de Higiene en este periodo, el presente capítulo se divide en tres subtemas. El primero hace referencia al seguimiento del estado sanitario de la ciudad y las principales enfermedades que amenazaron a la población en las primeras décadas del siglo XX. El segundo apartado estudia el temor en

⁸ La Revolución Juliana fue un proceso que involucró cambios sociales, económicos e institucionales en Ecuador. Inició el 9 de julio de 1925 con un golpe de Estado por parte del Ejército al derrocar al entonces presidente Gonzalo Córdova. Terminó el 24 de agosto de 1931 con la salida presidencial de Isidro Ayora. En materia de salud pública, la revolución marcó el fortalecimiento de la institucionalidad estatal dedicada a la salud, un ejemplo de aquello fue la creación de la Ley de Sanidad del año 1926 y su posterior reforma de 1932.

el avance de la peste bubónica hacia la región azuaya y cuáles fueron las disposiciones que tomó el Concejo Municipal de Cuenca frente a esta amenaza. En este punto, la figura del médico Agustín Cueva Tamariz cobra relevancia al formar parte de la comisión municipal enviada para confirmar la existencia de la peste en la provincia de Cañar. Finalmente, en el acápite tercero se detalla los objetivos que proponía la conformación de la Oficina de Higiene y al mismo tiempo, las primeras incidencias que respondían a circunstancias particulares de la región como problemas de personal, presupuestarios y organizativos.

1. Escenario y estructura local: estado de la sanidad pública en Cuenca a inicios del siglo XX

En los albores del siglo pasado, Ecuador se aventuraba a experimentar grandes cambios organizativos, económicos y sociales. “Se trataba de un proceso paralelo al desarrollo de un mercado internacional al que se incorporaban los países de la región”.⁹ Cuenca no se desligaría de este proceso económico-social con la producción de los sombreros de paja toquilla que permitía la expansión del sistema capitalista y la articulación de redes comerciales. Estas dinámicas fueron visibles en la fisionomía de la urbe. Para la década de los veinte se sancionaba la ordenanza que expande la ciudad hacia el sector denominado El Ejido con la avenida Solano como la principal arteria vial.¹⁰ En el resto de la ciudad se proyectaba continuar con la pavimentación de calles, ampliado de avenidas y construcción de puentes (puente el Centenario) que unieran las “dos ciudades”.¹¹

En esta primera parte del siglo XX, varios médicos retornaron de sus estudios de especialización en Europa y algunos de ellos formaron parte del cuerpo docente de la Universidad de Cuenca,¹² otros del Hospital San Vicente de Paúl y unos pocos iniciaron la práctica médica privada con la instauración de clínicas particulares. Estas clínicas estuvieron dedicadas a los problemas médicos de la época: quirúrgicos y obstétricos.

⁹ Kigman Garcés, *La ciudad y los otros*, 86.

¹⁰ Ana Luz Borrero, “Transformaciones y modernización en Cuenca, 1920-1950” en *América Latina: Espacios urbanos, arquitectónicos y visualidades en transición. 1860-1940*, ed. Alexandra Kennedy-Troya (Cuenca: Editorial Don Bosco: 2018), 253.

¹¹ *Ibíd.* 256.

¹² Aunque la que para entonces se llamaba Universidad del Azuay fue clausurada en 1925 por el gobierno juliano, reabrirla sus puertas con las tradicionales facultades de Medicina y Jurisprudencia ya con la denominación de Universidad de Cuenca.

Aurelio Espinoza fue el primer médico especializado en Alemania y Francia en generar la atención médica privada en su *Clínica Quirúrgica*. Otro caso el de Emiliano J. Crespo, quien localizó su clínica en las calles Benigno Malo, entre las calles Mariscal Lamar y Gaspar Sangurima.¹³ Como ellos varios médicos paulatinamente brindaron sus servicios de forma privada en la ciudad en la primera mitad del siglo pasado.

En términos de sanidad pública, uno de los principales problemas que requería inmediata atención fue el abastecimiento de agua potable. La preocupación por este tema se emprendió con los primeros trabajos de abastecimiento en 1927. Este servicio de agua se inauguró más tarde con la presidencia Dr. Andrés F. Córdova, y aunque para Carlos Aguilar Vázquez no podía ser considerada como agua potable solo por haber suprimido las fuentes de infección denominadas acequias, ya era un notable progreso de urbanización y sanidad para la ciudad.¹⁴ En 1930 empieza también el uso sistemático de excusados, desagüe en calles canalizadas y de cloacas de las casas particulares. Para fines de la misma década se inicia con la provisión de agua entubada domiciliaria desde tanques localizados en la colina de Cullca, así como el sistema de alcantarillado de la ciudad.¹⁵

Estas obras públicas e iniciativas locales relacionadas con la expansión urbana, con la necesidad de reproducir la fuerza de trabajo y con las aspiraciones modernizantes también estaban influenciadas por la profesionalización de la práctica médica y avances de la medicina moderna.¹⁶ En esta época se aspiraba que la formación científica de alumnos en las profesiones médicas involucraran los conocimientos vanguardistas del mundo occidental. Sin embargo, muchas de las cátedras aún se mantenían de forma teórica en las aulas de la universidad. Aun así, se mantuvo la atención de enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas, la tifoidea, tuberculosis o peste bubónica. La presencia de estas enfermedades no era nueva en la región, de hecho, a inicios del siglo varias de las instituciones locales se encontraron con la necesidad de intervenir de forma continuada su presencia.

¹³ Patricio Barzallo Cabrera y Felipe Díaz Heredia, *Historia clínicas y hospitales privados de Cuenca* (Cuenca: Graf & Pack, 2024), 27.

¹⁴ Carlos Aguilar Vázquez, *Conferencia sobre la Historia de la Sanidad en Cuenca* (Cuenca: 1936), citado en Galo Ordóñez Espinosa, *De la bacinilla a la alcantarilla* (Cuenca: UEdiciones, 2008) 67.

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ Esta mirada sanitaria en la ciudad fue sostenida por un interés educativo creciente destinado a instruir a la población en materia de higiene diaria. Si bien, la asignatura de higiene estuvo presente en el *pensum* de la Facultad de Medicina desde la misma creación de la Corporación Universitaria del Azuay en 1868, su relevancia como materia o parte de una cátedra en el plan de estudios fue fluctuando a lo largo de los años en la ya posterior Universidad de Cuenca.

En 1916 se presentan dos epidemias que llamarían la atención de los médicos azuayos y de sus instituciones rectoras. La primera afección fue el llamado *tifus exantemático*, una enfermedad producida por una bacteria denominada *Rickettsia prowazeki*, que fue transmitida a través de piojos. Su presencia estuvo vinculada a la sobrepoblación de piojos o por los entornos de hacinamiento de las personas y, principalmente, fue asociada a la falta de higiene personal y de vestido. La segunda afección fue la *Peste Bubónica* iniciada en marzo.¹⁷ Ambas con respuestas de la Facultad de Medicina y del Concejo Municipal. Se organizaron comisiones de estudiantes, juntas con representantes médicos, participación entre instituciones —Facultad de Medicina, Gobernación, Concejo Municipal— dictándose cartillas sanitarias regulatorias del movimiento humano, así como la vigilancia de los desperdicios que se generaban en la ciudad y la prohibición del cuidado de animales dentro de las viviendas.¹⁸

Respuestas similares generó la aparición de la *gripe española* en noviembre de 1919:¹⁹ reformas en actividades diarias, generación de cartillas sanitarias, disposiciones sobre aseo y aislamiento de la población, entre otras aplicaciones a la cotidianidad. En este punto, los conocimientos sobre higiene diaria resultaban indispensables. Por ello, se pidió a los profesores de higiene dictar conferencias en las instituciones educativas acerca de los “males” que acechaban la ciudad.²⁰ Más tarde a mediados de la década de 1920 debió presentarse, según César Hermida Piedra y Jacinto Landívar, una epidemia de Fiebre Tifoidea, en la que, una vez más las medidas preventivas de “valor higiénico” resultaron indispensables para el cuidado de las actividades cotidianas, entre ellas, el abastecimiento de agua en las mejores condiciones.²¹

¹⁷ A finales del siglo XIX Alexander Yersin identificaba la bacteria *Yersinia pestis* (de ahí su nombre) como causa de la peste, mientras que Paul-Louis Simond descubría que la rata era el huésped primario y que las pulgas de las ratas actuaban como el nexo de la transmisión de la enfermedad entre la rata y el ser humano. Vease Historia de la Facultad de Medicina, p. 46.

¹⁸ Actas de las sesiones de la Facultad de Medicina, *Actas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca*, 15 de marzo de 1916, 15.

¹⁹ La primera información oficial de la gripe de 1918 se publicó en España, país que no participó en la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Esta denominación fue equivocada pero inspirada en su alta mortalidad, ya que proviene de minuciosos registros en el país ibérico y de que en aquella ocasión no perdonara ni siquiera a la familia real española. “A pesar de su nombre, los investigadores creen que lo más probable es que la gripe haya tenido su origen en Estados Unidos. Uno de los primeros casos conocidos ocurrió el 11 de marzo de 1918, en la base militar *Fort Riley, Kansas*”. Véase en Organización Panamericana de Salud, “La muerte púrpura: La gran gripe de 1918”, *Organización Panamericana de Salud*, accedido 10 de septiembre de 2025, párr. 6, <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/muerte-purpura-gran-gripe-1918>.

²⁰ Actas de las sesiones de la Facultad de Medicina, *Actas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca*, 15 de marzo de 1916, 15.

²¹ César Hermida Piedra y Jacinto Landívar, *Crónicas de la Historia de la Facultad de Ciencias Médicas* (Cuenca: Universidad de Cuenca, 1993), 124.

En la década de 1920 los aspectos higiénicos en las regulaciones de instituciones locales encontraron sostén en los espacios adecuados para su difusión: el hospital San Vicente de Paúl; la Escuela de Medicina y el Anfiteatro; y el colegio “Benigno Malo”. Estos lugares fueron pieza fundamental en la preparación de los estudiantes de medicina de la ciudad quienes a su vez formaron la primera línea contingente destinada a trabajar en los brotes epidémicos, regulaciones sanitarias de establecimientos, vacunación, entre otras. Sin embargo, bajo las reformas julianas de 1926 la relación entre el Estado y los gobiernos municipales cambió rotundamente. En este año se expidió la Ley de Sanidad con la formación de las jefaturas de Sanidad Fiscal que eran dependencias independientes de la Asistencia Pública²², pero mantenían la complementariedad de los diferentes municipios.

En Ecuador se construyó desde 1927 una red provincial con hospitales públicos articulados bajo la Asistencia Pública. La entonces Junta de Beneficencia creada en 1904 fue sustituida por esta nueva institución y con base a la Ley de Sanidad se crearon las jefaturas de sanidad, independientes unas de otras separando de esta forma la medicina curativa de la preventiva.²³ En Cuenca el Hospital San Vicente de Paul fue la principal casa de salud para la atención de las enfermedades, sobre todo de la población pobre. Solo unos años más tarde, en 1929, Agustín Cueva informó de sus labores en la reciente reformulada Asistencia Pública sobre la creación de una sala en el hospital, expresamente para la atención de la tuberculosis. La respuesta de la institución fue positiva en la creación de un laboratorio de análisis y otro de esterilización.²⁴

Estos cambios administrativos pretendían una centralidad estatal en el manejo de la sanidad pública, también se reconocía que el quehacer sanitario competía tanto al gobierno central como al local (municipio).²⁵ De la misma forma según Kim Clark “el servicio de Sanidad se concibió como el órgano directivo y técnico y los municipios como los gestores inmediatos de la higiene de los núcleos de población” .²⁶ Esto significó que los municipios debían cooperar con la Sanidad Fiscal no simplemente en emprender

²² Margarita Velasco, “La salud de la población: medio siglo de cambios”, en *Estado del país Informe cero 1950-2010*, ed. Otto Zambrano (Quito: Activa, 2011), 324.

²³ Ernesto Cañizares Aguilar, “Sucesos en la Facultad” en *Historia de la Facultad de Ciencias Médica*, ed. Jacinto Landívar (Cuenca: ediciones Don Bosco, 2017) 38.

²⁴ César Hermida Piedra y Jacinto Landívar, *Crónicas de la Historia de la Facultad de Ciencias Médicas*, 128.

²⁵ León Jiménez, “La salud pública en el Ecuador durante las primeras décadas del siglo XX”, 73.

²⁶ Kim Clark, “Forging Public Health as State Idea and State System”, en *Conjuring the State Public Health Encounters in Highland Ecuador, 1908-1945*, ed. Kim Clark (Pittsburgh: University of Pittsburgh, 2023), 78.

proyectos defensivos cuando aparezca una amenaza, sino en realizar programas duraderos y definitivos de prevención que aseguren la tranquilidad y el progreso público, sobre bases de higiene y salubridad.²⁷ El resultado fue una especie de dualidad en el encargo del servicio sanitario del país. La nueva estructura sanitaria estuvo en manos del poder central y del poder local o municipal.

El poder central residía en el Ministerio de Previsión Social; la Dirección General de Sanidad con sede en Quito; las Direcciones de Zona y las Delegaciones de Sanidad Provincial. Funcionaron tres direcciones de zona: la Dirección del Norte, la Dirección del Litoral y la Dirección del Sur o Austral, esta última con sede en Cuenca. La Dirección de Sanidad Zona Austral estuvo conformada por las provincias de Azuay, Cañar, Loja y Santiago-Zamora. Al frente de esta dirección estuvo el doctor Luis Carlos Jaramillo León desde su creación en 1926 hasta 1935 y desde 1935 hasta 1945 a cargo de Carlos Aguilar Vásquez. Entre sus primordiales funciones estaban el control de enfermedades transmisibles, la organización de la estadística, la supervigilancia de todos los problemas referentes a la higiene infantil, escolar, obrera y militar.²⁸ En otras palabras, a la Dirección de Sanidad le correspondía la responsabilidad pública de las patologías de mayor incidencia en la población y todo lo relacionado al control mediante la policía sanitaria del país.

Esta redistribución del servicio sanitario del país estuvo marcada también por un ente supranacional como lo fue la Oficina Sanitaria Panamericana, aquí se mantenía diálogo directo con las autoridades de la sanidad pública de los países de la región. Su órgano de publicación, el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* fue una vitrina para demostrar los avances que se han llevado a cabo en cada localidad. En este boletín, Pablo Arturo Suárez, Director de Sanidad del Ecuador en 1927 presentaba algunas reflexiones sobre la organización sanitaria del país. En el documento se explicaba, entre otras cosas, las responsabilidades que las municipalidades tenían en materia de higiene urbana. Para Suárez el Municipio debía mantener las condiciones del medio ambiente favorables para el desarrollo de la comunidad cuando el mismo individuo no pueda lograrlo. Sin embargo, dice el director, los municipios no se han compenetrado para

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ “Informe que presenta a la nación, el Sr. Dr. Pedro Pablo Eguez Baquerizo, Ministro de Previsión Social y Trabajo 1925-1928” (Quito: Ministerio de Previsión Social y Trabajo, 1928), 26.

cumplir este deber fundamental, por ello la sanidad ha luchado sin la capacidad de conservar el beneficio de los resultados.²⁹

En el informe que presenta el Dr. Pedro Pablo Eguez, ministro de Previsión Social de los años 1925-1928, se afirma que el poder municipal reside en los respectivos concejos, médicos, comisarios y directores de obras públicas municipales. Por lo tanto, concierne a estos funcionarios ocuparse de solucionar los asuntos de higienización del medio ambiente local y; de acuerdo con la respectiva Dirección de Sanidad, reglamentar los siguientes aspectos en su actividad: 1) Higiene Urbana; 2) Higiene de Alimentos; 3) Higiene Pública y 4) Estadística Municipal y Sección de Vacuna.³⁰ Producto de las reformas julianas, nos dice Ernesto Cañizares, las acciones preventivas quedaron bajo responsabilidad del Estado; en otras palabras, las actividades de vacunación, saneamiento ambiental e higiene en términos generales quedaron en manos estatales aunque parcialmente en asociación con la sanidad municipal que estaba encargada del control de los mercados y recolección de los desechos.³¹

La idea era que los municipios comprendieran que, con este cambio, su deber primordial sería dedicar sus energías a la obra de saneamiento e higiene de las ciudades. Es decir, proyectos con el objetivo de salvaguardar primero la salud, el bienestar y el pleno desarrollo físico de los habitantes más que solamente aspiraciones de embellecimiento. En el caso de Cuenca, la nueva normativa fue un paso trascendental en la forma de concebir y trabajar sobre el ornato de la ciudad en clara intención de diferenciarlas de las condiciones higiénicas de la población. La acción municipal si bien se dispuso desde el acompañamiento con las actividades realizadas en la propagación de enfermedades, trabajo continuo con la Facultad de Medicina, control del estado del agua y su abastecimiento, entre muchas otras dinámicas diarias, hacen de la municipalidad una firme institución interventora de la fisonomía higiénica de la ciudad y, de los médicos municipales, unos verdaderos agentes sanitarios.

Uno de los documentos que reafirma el interés por el control higiénico de la región fue el Reglamento Interno del Concejo Municipal de Cuenca del año 1931 que exponía una instancia utilizada por múltiples organismos locales pero que, desde mi perspectiva,

²⁹ Pablo Arturo Suárez, “Organización Sanitaria del Ecuador”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 6, n.º2 (1927): 109, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/13950>.

³⁰ *Ibíd.*, 27.

³¹ Ernesto Cañizares Aguilar, “De la higiene a la medicina social en carrera de medicina de la Universidad de Cuenca”, *Anales Revista de la Universidad de Cuenca* 57 (2015): 179, <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22954>.

se ha omitido su fuerza discursiva y práctica en el campo sanitario. Se trata de las comisiones.³² Ya sea de carácter ordinario o especial, su desempeño estuvo liderado por un concejal. La primera de ellas duraba el periodo de un año y la segunda (especiales) tardaban el tiempo necesario para completar su objetivo sobre asuntos educativos, administrativos, legales o sanitarios. Un ejemplo que se trabaja con más detalle en el siguiente apartado es el tema de las comisiones enviadas producto de la presencia de enfermedades infecto-contagiosas en la región.³³

Aunque se trate de comisiones y no de departamentos permanentes, la sanidad e higiene se introdujeron junto al tema benéfico y de cárceles, mas, separados de la policía, del camal y el mercado. Elementos que *a priori* existieron en consonancia con las miradas de limpieza, orden y modernidad. No es de extrañar esta división intencional ya que, a pesar de existir esfuerzos precedentes en el saneamiento de las poblaciones, no es sino hasta los años treinta y luego de una renovación en el marco organizativo de la sanidad nacional que toma cuerpo esta preocupación de décadas pasadas. Una visión que marca Eduardo Kigman para el caso quiteño dado que se trataba de un proceso paralelo al desarrollo de un mercado internacional en el que los países de la región comenzaban a involucrarse.³⁴ Para Cuenca el reglamento interno de la municipalidad no solo indica una preocupación por la sanidad local, sino que el propio documento es una muestra de que a inicios del siglo XX se crearon organismos especializados resultado del crecimiento urbano.

Se trataba de esfuerzos institucionales nuevos producto del desarrollo de las actividades urbanas (económicas, científicas, culturales), así como de la consolidación del municipio como ente administrativo en materia higiénica. A este proceso se sumaría un conjunto de dispositivos y conocimientos especializados desde la ciencia médica.³⁵

³² Reglamento Interno del Concejo Municipal de Cuenca, 5 de febrero de 1931, art. 40, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

³³ En la estructura administrativa del municipio la Sanidad, Higiene, Beneficencia y Cárceles aparecía como una comisión ordinaria.

³⁴ Kigman, *La ciudad y los otros*, 286.

³⁵ El siglo XX se caracterizó por el rápido avance de la ciencia, en general y, de la medicina, en particular. El perfeccionamiento del microscopio e instrumentos tecnológicos hace que progresen las investigaciones. Si bien los primeros descubrimientos de instrumentos como las lentes destinadas al perfeccionamiento del microscopio se iniciaron en el siglo XVII, la aplicación de esta tecnología en el campo de la medicina comenzó en el siglo siguiente. Sin embargo, estos avances no tendrían mayor alcance sin la preparación técnico-profesional del personal de salud. Por esta razón, es importante resaltar que entre 1909 a 1911 viajaron a Europa los médicos cuencanos David Díaz Cueva, Emiliano J. Crespo Astudillo quienes, a diferencia de sus colegas de otras partes del país, estos financiaron por cuenta propia sus estudios. A su regreso se pudo observar en su práctica médica los aportes científicos de haber cursado en Europa, sobre todo en el uso del microscopio y la aplicación de la teoría infecciosa desarrollados bajo la influencia de Louis Pasteur y Robert Koch. Véase David Achig Valarezo, “Hitos de la Ciencia y la tecnología médica

Otro aspecto que resalta el mencionado reglamento es la progresiva autonomía administrativa en las configuraciones sanitarias de interés municipal. Si bien el reglamento no define lo que se concibe como comisiones,³⁶ sí pondera que estas podían solicitar los datos a cualquier oficina del municipio, más aun en temas de control y salubridad. Cinco de las nueve comisiones ordinarias remiten a la vigilancia de acciones, orden comunitario y espacios modernos.

Para mediados de 1931, la legislación municipal dictaba la Ordenanza sobre Higiene y Sanidad del cantón Cuenca. El objetivo principal fue la vigilancia y el incremento de la higiene local, de acuerdo con el Reglamento de la Dirección de Sanidad, sobre todo, en la profilaxis³⁷ de enfermedades contagiosas. El municipio requería de una legislación que permitiera el uso de las herramientas médicas y sociales, no solamente para el control de las enfermedades sino para la completa extinción de las mismas. Un objetivo ambicioso pero accesible si se ponía en marcha las regulaciones a la venta y transporte de alimentos, al barrido y recolección de basura e incluso a la delimitación del espacio personal en las habitaciones de las viviendas.

En esta ordenanza se puede examinar el papel que jugaría uno de los agentes sanitarios más influyentes en la región: el Médico Municipal. Según la Ley de Régimen Municipal, los médicos municipales eran responsables no solo de la higiene local, sino también de la “buena marcha administrativa y técnica de los servicios públicos de higiene”.³⁸ Del mismo modo y de manera especial, el médico municipal debía presentar un plan y actividades que ayudasen a la higiene local; así como dirigir los servicios de vacunación, desinfección y estadística sanitaria. El médico no solo tenía potestad sobre dependencias sanitarias sino también tenía a su cargo el personal destinado a ejercer la visión higiénica del municipio.

Para entender el rol del profesional médico y su responsabilidad en materia organizativa, y como el rostro de autoridad que modelaría las dinámicas sociales y los sectores urbanos me he valido las ideas de Mercé Tatjer. Para la autora los hábitos y

en Cuenca durante el siglo XX”, en *Ciencia, tecnología y desarrollo en el Azuay desde una perspectiva histórica (siglos XIX y XX)*, ed. María Cristina Cárdenas Reyes (Cuenca: Universidad de Cuenca, 2014), 171.

³⁶ Las comisiones ordinarias que completan el listado en el documento son: De legislación y Redacción; Reforma Social; Obras Públicas y Ornato; Hacienda; Bienes Municipales y Agua Potable; Policía, Tráfico y Peticiones; Mercado y Camal; Instrucción Pública y Luz.

³⁷ La profilaxis es el conjunto de medidas o procedimientos que se toman para prevenir la aparición de una enfermedad o infección. En materia de salud pública, esta se aplicaba generalmente mediante campañas sanitarias.

³⁸ Ley de Régimen Municipal, 1 de enero de 1934, art.17, Biblioteca Ecuatoriana Aurelio Espinosa Pólit BEAEP, Quito.

prácticas individuales y familiares muy posiblemente fueron modelados con la ayuda del poder municipal.³⁹ Esta reflexión se apoya, entre otras cosas, en el constante asesoramiento y orientación científica por parte de los médicos que formaban parte del Concejo municipal. Para la región de Cuenca los médicos con su aporte en datos estadísticos y dirección de las labores sanitarias debían resolver lo que se consideraba como problemas higiénicos.⁴⁰

Un ejemplo de aquello fue la obligación que tenía el médico municipal de Cuenca en entregar las patentes que autorizaban la venta y regulación de los alimentos, entre ellos la leche y la carne. Este trabajo se basaba en cinco categorías regulatorias: 1) el sitio de la venta; 2) los recipientes en los que se expendería el alimento; 3) el transporte; 4) la apariencia del vendedor y 5) la descripción del producto.⁴¹ Las condiciones que el peticionario debía cumplir con respecto al lugar de venta se resumía en que estos sitios debían ser independientes y de fácil limpieza. Es decir, que fueran exclusivamente destinados para la venta de los alimentos y provistos de una entrada propia. Los locales, en el caso de la venta de leche, debían contar con pisos lavables, paredes pintadas al óleo o blanqueadas a la cal, esto último debido a las propiedades desinfectantes que brindaba este compuesto.

En el caso de la venta de carne, el establecimiento destinado debía agregar la característica de mayor amplitud y ventilación con pisos de cemento o madera para mayor facilidad en el aseo. Además, los lugares que expidieran el alimento cárnico debían estar provistos de mostradores con planchas de mármol pulido.⁴² Muy posiblemente para mejor manipulación de instrumentos por parte del vendedor y para mayor confianza en la observación del comprador. Incluso se detallaba que las uniones del mármol debían ser hechas sin solución de continuidad, es decir sin la mínima posibilidad de contaminación con algún químico o sustancia que se podría desprender de los estantes. Para ambos casos (venta de leche o carne) los establecimientos no debían conservar depósitos de basura, aguas sucias, objetos que no hayan sido parte de la venta del alimento, ningún tipo de animal, incluso no se permitía la presencia de niños.⁴³

³⁹ Tatjer, "Control municipal de la salubridad y de la higiene doméstica en Barcelona", 61.

⁴⁰ Los problemas higiénicos fueron considerados desde aspectos físicos de la ciudad como la canalización y el orden de las vías públicas, hasta determinar las enfermedades propensas a ser denunciadas en los barrios de la ciudad.

⁴¹ Ordenanza de Higiene y Sanidad, 29 de julio de 1931, cap. 8. Archivo Histórico y Fotográfico "Víctor Manuel Albornoz" del Museo Pumapungo MCyP, Cuenca.

⁴² *Ibíd.*

⁴³ *Ibíd.*

La conservación de la leche al interior de los establecimientos de expendio se lo debía hacer en recipientes de cristal o metálicos siempre y cuando estos estuvieran estañados. El estaño es un metal versátil que es utilizado como protector contra la corrosión y para revestir otros metales evitando así la oxidación. Por ello, hasta el día de hoy se utiliza en la elaboración de latas de alimentos. La carne por su parte debía conservarse suspendida en ganchos dentro de armarios cerrados sin rendijas ni roturas para que así se impida la penetración de moscas, agentes de transmisión de enfermedades. Ya sea en el caso de tercenos o lecherías la Ordenanza sobre Higiene y Sanidad Municipal fue clara: no se permitirá colocar como empleado u operario a ninguna persona que no haya obtenido previamente un certificado de salud conferido por el Médico Municipal.⁴⁴ En el Informe de la Comisión Panamericana de Alimentación, elaborado por el presidente de la comisión, Dr. Elmer V. McCollum se relataba lo siguiente relacionado a la alimentación adecuada:

Donde la gente vive en condiciones de relativa abundancia y sus entradas le permiten comprar suficiente leche, carnes y frutas, hortalizas frescas, así como alimentos enlatados, conservados al frío o congelados, no hay mayor dificultad en conseguir una alimentación equilibrada y suficiente [...] El mejoramiento de esta alimentación en todo lo posible y en la forma más económica, es lo que constituye uno de nuestros más urgentes problemas de investigación en el campo de la nutrición.⁴⁵

El conocimiento que debía brindar el personal médico sobre la “correcta alimentación” consistía entonces en la necesidad de incluir la suficiente información sobre los elementos nocivos en los alimentos, así como de aquellos elementos protectores con el propósito de mejorar la dieta comúnmente formada por cereales de consumo cotidiano. Por lo tanto, el buen estado de la leche y carne ni siquiera tenía que entrar en tela de juicio, mucho menos ameritar sanciones debido a su incorrecto expendio o manipulación. No obstante, la realidad fue otra. Los alimentos de uso corriente fueron los más propensos a ser adulterados y contaminados convirtiéndose en un potencial conductor de bacterias y produciendo, como consecuencia, enfermedades como la tifoidea, la tuberculosis, la brucelosis y otras.⁴⁶ Por otra parte, la alimentación adecuada

⁴⁴ *Ibíd.*, 12.

⁴⁵ Elmer McCollum, “Informe de la Comisión Panamericana de Alimentación”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 6, n.º 23 (1944): 511, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12871>.

⁴⁶ La brucelosis es una infección causada por la bacteria *Brucella*, que se transmite de animales a humanos principalmente por el consumo de productos lácteos no pasteurizados o carne poco cocida, y por el contacto con fluidos corporales de animales infectados; Nevin Scrimshaw, “La leche en relación con la salud pública”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 5, n.º 37 (1944): 522, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/12038>.

involucraba también a “personas con cierta educación” en reconocer el valor de, por ejemplo, la leche envasada, distribuida y producida en las condiciones higiénicas exigidas por una sociedad moderna.

La normativa cuencana puntualizaba la importancia de la hermética en el transporte y la preocupación por la alteración de los alimentos. En el caso de la leche, su transporte se tenía que realizar en embaces con tapas metálicas ajustables herméticamente y cerradas con candado cuyas llaves no se las confiaría por ningún motivo a los conductores del transporte.⁴⁷ Sumado a esto a inicios de la década de 1930 la regulación por parte del municipio corresponde a una declaración de principios que muestran un interés municipal por intervenir en la salubridad de la ciudad y su preocupación por crear servicios públicos municipales de higiene que compensen la insuficiencia de los existentes en el ámbito doméstico,⁴⁸ la ordenanza en Cuenca ajustaba la vestimenta del expendedor de alimentos, enumeraba los utensilios necesarios para su aseo y el estado de salud que debía mantener.

Por último, la municipalidad prohibiría en ambos casos, el establecimiento de los lugares de venta cerca de cementerios, establos, basureros, hospitales e instalaciones públicas de servicios higiénicos. Por supuesto que el Médico Municipal o la Dirección de Sanidad podían ordenar la clausura temporal o definitiva de los establecimientos que incumplan con los preceptos anteriores o cuando así lo haya dispuesto el personal por razones de salubridad pública. Las medidas tomadas responderían a la contención de enfermedades como la tifoidea que estuvieron ligadas a la falta de buenos servicios urbanos, costumbres higiénicas e higiene alimenticia en general.⁴⁹ Según los médicos, las enfermedades disminuirían con la mejora del aseo personal, de la higiene doméstica y sobre todo con la aplicación de preceptos higiénicos sobre los alimentos.

La ordenanza de sanidad de 1931 además de sostener las premisas sobre higiene de los alimentos más importantes en la dieta local, también explicaba las características que debía tener las habitaciones, su higiene y ciertas condiciones domiciliarias. Para el Concejo Municipal se consideraba una habitación a toda pieza destinada a la estancia habitual de personas durante el día o la noche. Siguiendo esta definición se descartaba la presencia de animales domésticos y el almacenamiento de basuras o cualquier tipo de

⁴⁷ Ordenanza de Higiene y Sanidad, 29 de julio de 1931, cap. 8, Archivo Histórico y Fotográfico “Victor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

⁴⁸ Tajter, “Control municipal de la salubridad y de la higiene doméstica en Barcelona (1856-1932)”, 77.

⁴⁹ Suárez, “Organización Sanitaria del Ecuador”, 113.

deshechos.⁵⁰ Del mismo modo, se descartaba por completo el uso de las piezas para otros destinos que no sea el de una habitación; probablemente las piezas se utilizaban como abacerías o establecimientos de venta de artículos alimenticios.

Las habitaciones debían reunir tres condiciones para ser consideradas como tales. La primera nos remite a la llamada *cubicación*; es decir, debían tener al menos 12 m³ por persona para considerarse habitable. La segunda condición se trataba de la correcta *ventilación* de la habitación. Para ello la pieza tendría que estar dotada de al menos una ventana que dé a un espacio libre y; finalmente la tercera condición nos habla de los *revestimientos*.⁵¹ Esto significaba que las paredes y cielos rasos tenían que ser revestidos de una capa de cal o yeso, siempre y cuando no fueran metálicos o de madera. Si no se cumplía estas disposiciones las autoridades sanitarias nacional o municipal podían sancionar con la clausura temporal o definitiva previa visita e inspección sin que el propietario pueda oponerse.

Una vez más se demuestra el poder de la autoridad local en la intervención domiciliaria en nombre de la higienización de los espacios. A pesar de estos esfuerzos institucionales la realidad local fue una en la que los procedimientos municipales estuvieron aún lejos de concretarse. Según Carlos Aguilar Vázquez para 1937 la ciudad se conformaba de 2670 casas que es su mayoría fueron construidas en adobe. Para el caso de las habitaciones, el médico sostiene que existieron 4873 habitaciones de las cuales 1746 no poseían ventana lo que permitía afirmar que “una tercera parte de las familias estaba condenada a vivir en verdaderos tugurios, donde la vida era privarse de aire, de sol y de condiciones salubres”.⁵² Las habitaciones en condiciones higiénicas se tornaban de enorme interés dado la relación vivienda-juventud-porvenir. A decir de Aguilar Vázquez:

La vivienda es una unidad social armónica en sus elementos, completa en su función, eficaz en sus resultados. Roto el concierto higiénico, la morada tornase en foco de infecciones y enfermedades orgánicas y en peligro social, para la mengua de la salud, de la vida y del trabajo, elementos atacados de muy diversos modos y distinta intensidad, según el grado de desarmonía entre los factores higiénicos que constituyen ese todo maravilloso que el idioma castellano llama hogar [...] ¿Qué juventud destinada a ser fecunda aun en los campos serenos de la vejez, puede nacer en habitaciones antigénicas?... Fracasan los esfuerzos de la Raza, mueren sus esperanzas de un porvenir mejor, sin que nadie se preocupe en atacar el mal en su foco mismo: el hogar malsano.⁵³

⁵⁰Ordenanza de Higiene y Sanidad, 29 de julio de 1931, art. 28, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

⁵¹ *Ibíd.*

⁵² Carlos Aguilar Vázquez, “Páginas de Higiene”, *Anales de la Universidad de Cuenca* 1, n.º 1 (1940): 136, <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/35915>

⁵³ *Ibíd.*, 137.

La relación que se pretendió establecer fue la que llevaría a la población a una completa armonía entre su lugar de residencia y la prosperidad en lo cotidiano. Se penaba que todo lo sano, lo armónico, lo higiénico, nace en la intimidad del hogar. Se evidencia, en este sentido, un mecanismo en el actuar del cuerpo intelectual que formaba la municipalidad hacia la puesta en práctica de “convenciones higiénicas con la intención de convertir en hábito ciertos preceptos fundamentales, tanto en el ámbito urbano espacial como individual ciudadano.”⁵⁴ La preocupación del “hogar malsano” radicaba en la propagación de enfermedades contagiosas en el que el foco de contagio recaería en el domicilio pero no en cualquiera, sino en uno pobre y débil de raza que la comunidad la llamaría *tienda criolla*.⁵⁵

La potestad de determinar que habitación se consideraría como una malsana, inadecuada o insalubre recaía en el médico municipal, quién previa inspección podía emitir la contravención correspondiente. De la mano de la visita o inspección el médico municipal tenía la responsabilidad de conformar un modelo para elaborar los recipientes adecuados para la recolección de basuras las casas. Sin embargo, las funciones municipales bajo el cobijo de higiene se las podían observar también en el ámbito público. Los establecimientos como hoteles, casa de posada, restaurantes, abacerías, iglesias, talleres, bibliotecas y otros lugares de acceso público debían ser limpiados y barridos mientras se encuentren desocupados. Para esto se utilizaría agua no servida previo al barrido y un líquido desinfectante para la superficie del piso.⁵⁶

Todas estas formas y recursos que debían utilizarse en las habitaciones, establecimientos alimenticios y áreas públicas formó parte de las medidas higienistas que desarrollaría el Estado y el Municipio de Cuenca. Las actividades constituyeron un reflejo de aquel pensamiento médico y social, ligado a las políticas de los poderes locales y nacionales en salubridad e investigación universitaria. Su interés primordial radicaba en mejorar las condiciones salud y con ello las condiciones de vida de la población; aunque si bien sus parámetros de intervención social eran destinados a la localidad, fueron sujetos a reestructuraciones que respondieron a los distintos contextos nacionales y supranacionales. Para el caso de la región cuencana el temor por las enfermedades

⁵⁴ Sofía Luzuriaga Jaramillo, *Quito y sus recorridos de agua Abastecimiento, discursos y pautas higiénicas modernizantes* (Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador/Corporación Editora Nacional, 2013), 98, <http://hdl.handle.net/10644/4016>

⁵⁵ En el siguiente capítulo se profundiza sobre lo que Aguilar Vázquez llamaba *tienda criolla*.

⁵⁶ Ordenanza de Higiene y Sanidad, 29 de julio de 1931, art. 36, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

infecto-contagiosas a inicios de la década de 1930 fue un factor decisivo en las próximas regulaciones institucionales.

2. El Concejo Municipal y el temor a la peste bubónica en la región (1932-1934)

La estructura administrativa de la municipalidad de Cuenca se componía de un Concejo Cantonal integrado por un presidente, un vicepresidente, vocales principales y vocales secundarios, además de otros funcionarios como el procurador síndico, tesorero, secretario y médico municipal. El rol de los médicos a órdenes de la municipalidad sería fundamental en estos años. Esto fue lo que ocurrió en 1933 cuando el presidente, en sesión extraordinaria del 21 de mayo convocaba a la mayoría de sus miembros con énfasis en la presencia de los médicos que configuraban el cuerpo administrativo, entre ellos el Médico Municipal y el Médico Inspector, doctores Alfonso Neira y Gabriel Vintimilla, respectivamente.⁵⁷ La razón fue un brote de peste bubónica en la vecina provincia del Cañar.

Se ha dicho que las luchas contra enfermedades infecto-contagiosas no eran nuevas en el continente. De hecho, a inicios del siglo XX la preocupación por las epidemias en las ciudades principales fue creciente, sobre todo en las regiones costeras. Según un informe del médico “John Long, Comisionado viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana, la peste bubónica apareció por primera vez en la costa occidental de Sudamérica en 1903, descubriéndose los primeros casos en los puertos de Pisco y el Callao en el Perú”. Se presentó también casi al mismo tiempo en los puertos de Chile y en Ecuador se conoció luego de encontrar ratas infectadas y casos humanos en el año de 1908 en Guayaquil.⁵⁸ En 1909 la enfermedad invadió las poblaciones de Huigra, Yaguachi y Milagro, sobre todo en las estaciones del ferrocarril. Más tarde, en 1912 y 1913 surgieron los primeros infectados en Durán y Naranjito; luego la infección continuó hacia otros sitios del interior del país, en particular caseríos de indígenas.⁵⁹

La enfermedad se extendió hacia Quito y demás localidades de la región interandina del país, principalmente a través de la vía férrea. En este sentido, la higiene

⁵⁷ “Actas de las sesiones del Concejo Municipal de Cuenca”, *Libro de actas del M. I. Concejo Municipal*, 21 de mayo de 1933, AHM/C.

⁵⁸ John Long, “La Peste Bubónica en la Costa Occidental de Sudamérica en 1934”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 7, n.º 14 (1935): 617, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18274>.

⁵⁹ Oficina Sanitaria Panamericana, “Crónicas Peste”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 4, n.º 13 (1934): 330, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10192>.

se utilizó como un método médico-científico para la profilaxis de la peste hasta lograr en 1931 que Guayaquil sea declarada “puerto limpio clase A” por haber presentado el último caso de la enfermedad un año antes (taxonomía que, por supuesto, estaba ligada a fines económicos e intereses estadounidenses).⁶⁰ Sin embargo, la peste bubónica aún se mantenía presente en algunos espacios de la Sierra ecuatoriana, específicamente en las provincias de Chimborazo y Loja. A continuación, se presenta un mapa recuperado de un balance del movimiento de la peste en el territorio ecuatoriano que fue escrito por Oswaldo Jervis, subjefe de la Campaña Nacional de Control de la Peste.

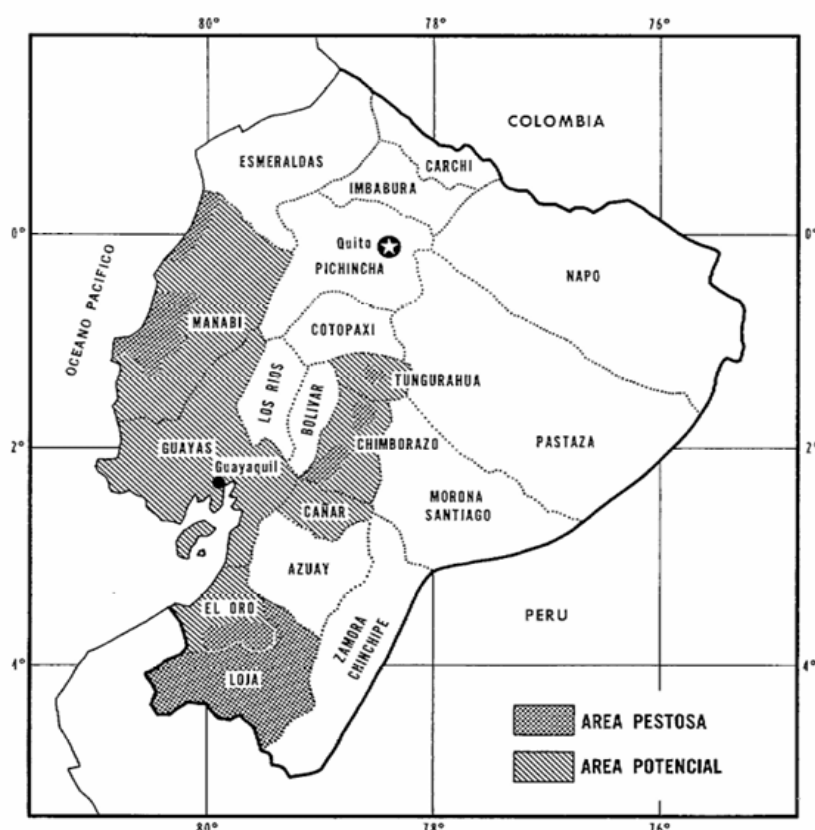


Figura 1. Localización geográfica de la peste en Ecuador hacia 1967. Oswaldo Jervis, “La Peste en el Ecuador de 1908 a 1965”⁶¹

Esta imagen fue utilizada para demostrar el grado de incidencia de la peste en las provincias del Ecuador. Su autor evaluó que el tránsito de la enfermedad se pudo dividir en tres períodos. El primero que abarcaba desde 1908 a 1939 donde la mortalidad y morbilidad fue muy elevada en comparación al siguiente periodo: 1940-1959. Aquí las consecuencias de la peste disminuyeron para elevarse ligeramente en el siguiente periodo:

⁶⁰ León Jiménez, “La salud pública en el Ecuador”, 74.

⁶¹ Oswaldo Jervis, “La Peste en el Ecuador de 1908 a 1965”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 62, n.º 5 (1967): 419, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15281>.

1960-1965.⁶² Sin embargo, lo que me interesa destacar es que en los años treinta la enfermedad que predominó en los puertos, se extendió hacia población andina a lo largo de vía férrea, lo que formó una especie de encajonada hacia la provincia del Azuay. Era natural entonces pensar que se transmitiera una preocupación real por el avance de la enfermedad desde su parte más occidental fronteriza con la provincia del Guayas (Molleturo), así como desde el sur (Loja) y el norte (Cañar).

En Cuenca la peste había causado alarma ya en décadas anteriores. En 1908 el Concejo Municipal dictaba una ordenanza en la que se creaba la Estación Sanitaria de Molleturo debido a la amenaza de la “peste negra” en la provincia. Este acontecimiento no pasó inadvertido por la prensa nacional. *El Tiempo*, periódico con presencia en Quito y Guayaquil informaba en las siguientes palabras: “las autoridades azuayas han establecido estaciones sanitarias en Molleturo (vía Naranjal) y el Tambo (vía Huigra) disponiendo la fumigación de pasajeros y carga, y colocando escoltas en los respectivos caminos para imponerse”.⁶³ En efecto, el principal objetivo de la estación fue el control de la carga que se transportaba por la vía de Naranjal. En la estación los productos debían ser fumigados y las personas debían sujetarse a los preceptos higiénicos que había dictado el personal, entre ellos cuarentena de tres días en la parroquia.⁶⁴

La estación de Molleturo se planeó para funcionar por algunos meses mientras la amenaza era controlada. Sin embargo, los brotes esporádicos continuaron en zonas cercanas durante el siguiente año, como por ejemplo en Huigra. Más tarde el 15 de marzo de 1916 la facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca sesionaba con motivo de la presencia de la enfermedad en las provincias internas del país. El temor de los facultativos fue que de un momento a otro se manifieste en la provincia del Azuay sin que la comunidad tenga respuesta alguna. Por ello se resolvió que el Decano oficiara al Gobernador de la provincia y al presidente del Municipio de Cuenca con el objetivo de organizar cuanto antes una Junta de Sanidad entre estos tres organismos.⁶⁵ La junta fue creada con la participación de las tres instituciones y se llegó a organizar una cartilla sanitaria con siete medidas higiénicas que debía tomar la ciudad.

⁶² *Ibíd.*

⁶³ Luciano Coral, “Servicio Telegráfico”, *El Tiempo*, 13 de abril de 1908, 2.

⁶⁴ El personal que componía la Estación se conformaba de un médico, un practicante de medicina y de diez miembros de la Policía de Orden y Seguridad. Véase Ordenanza sobre creación de la Estación Sanitaria de Molleturo, 9 de abril de 1908, art. 1-11, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

⁶⁵ Actas de las sesiones de la Facultad de Medicina, *Actas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca*, 15 de marzo de 1916, 17.

Entre las medidas tomadas estuvo la regulación del aseo de viviendas y tiendas mediante visitas domiciliarias; en caso de que estallase la epidemia se pidió que los desechos sean incinerados o alejados aún más de la ciudad. Por otra parte, se enfatizó en la obtención de sueros y demás medicamentos antipestosos antes de que haya noticias de su cercanía en la vecina provincia del Cañar; dada su proximidad sería imposible tomar las medidas adecuadas sin los medicamentos y antisépticos necesarios.⁶⁶ En toda la década de 1920 la peste reaparecía en las provincias australes del país. Varios poblados de la provincia de Loja serían invadidos por la enfermedad en 1923, 1925, 1926 y 1927 de forma ocasional.

En 1930 se organizó un Servicio Antipestoso dividido en siete sectores y con un personal de tres médicos, cuatro inspectores y sus respectivos cazaratas.⁶⁷ Mediante el Servicio Antipestoso se llegó a comprobar, según Carlos A. Miño,⁶⁸ que el factor rata no tuvo que ver en la propagación de la peste, sino que la mayoría de las veces, al presentarse en casos humanos ha sido previa *epizootia* en cobayos y, según el Inspector, también en los chinches.⁶⁹ En otras palabras, los casos humanos confirmados en esta región del país fueron previo contagio entre las especies animales descritas, epizootia equivaldría a una epidemia en el caso humano.

El brote de peste bubónica ocurrido en la provincia del Cañar en 1933 preocupó a todas las instancias sanitarias de la ciudad de Cuenca y del país. Una de las primeras sospechas fue publicada en el *Diario del Sur* el 19 de mayo de 1933. El diario escribía: “Estragos produce una enfermedad desconocida en Cañar”. Aquí el médico de Asistencia Pública de Cañar hacía un llamado al Director de Sanidad de la región por una enfermedad que causaba alta mortalidad entre los residentes del caserío Quilloac.⁷⁰ Sin embargo, un vez trasladado el personal de la Sanidad Fiscal hacia la provincia de Cañar se envió un telegrama en el que se sostenía que no correspondía a la bubónica sino a una “eventualidad patológica sumamente desconocida”.⁷¹ El secretario de la sanidad informó así de la desconocida enfermedad que fue mortal en cuatro individuos aparentemente sanos.

⁶⁶ *Ibíd.*, 20.

⁶⁷ Carlos A. Miño, *La peste bubónica en Ecuador* (Quito: Imprenta Nacional, 1933), 17.

⁶⁸ El Dr. Carlos A. Miño fue Inspector General de Sanidad de Ecuador y Jefe del Servicio Nacional Antipestoso.

⁶⁹ Miño, *La peste bubónica en Ecuador*, 17.

⁷⁰ *Diario del Sur*, “Estragos produce una enfermedad desconocida en Cañar”, *Diario del Sur*, 19 de mayo de 1933, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

⁷¹ *Ibíd.*

El telegrama sostuvo que se denuncie aquel trascendental asunto a la Facultad de Medicina para que brindase cooperación científica y experta en la técnica bacteriológica para la calificación de la enfermedad. En efecto la ayuda por parte del decanato se presentó en forma de una comisión de profesores y alumnos entre los que se contó con el Sr. Humberto León ayudante del laboratorio en el Hospital Civil.⁷² Tres días después el Director de la Asistencia Pública, Alfonso Ordoñez Mata, informaba y solicitaba colaboración del doctor Leopoldo Dávila Córdova, profesor de la Facultad de Medicina para que el médico realice los estudios correspondientes en cuatro tubos de suero antipestoso ya que la Asistencia Pública los había pedido hace algún tiempo al Instituto Pasteur y temía que el medicamento haya expirado.⁷³ La cantidad total que se remitiría a la Dirección de Sanidad de la Zona Austral sería de 40 tubos del suero siempre y cuando los estudios revelen el buen estado de los mismos.⁷⁴

La propia presidencia del Concejo Municipal envió una comunicación a la Dirección de Sanidad en un tono de incertidumbre y duda sobre la emergencia. “De manera particular se dice que la enfermedad aparecida en Cañar y que ha ocasionado varias defunciones, es bubónica”,⁷⁵ se expresaba sobre lo ocurrido en Cañar. Del mismo modo, la municipalidad enviaba otro documento a la Asistencia Pública informando que, si el director de Sanidad confirmaba que el rumor que circulaba en la ciudad era peste bubónica, estas instituciones trabajarían para dictar las medidas correspondientes, especialmente sobre los recursos y medios económicos para tratar el “mal”. Esta información evidencia que en los primeros días el ambiente fue de zozobra e inquietud en todas las instancias locales.

Dado la sintomatología que se describió en las personas afectadas y el 100% de mortalidad de los primeros diez casos estudiados por el ayudante de la Dirección de Sanidad, Carlos Aguilar Vázquez, la mayoría de médicos municipales creyeron que se trataba de peste bubónica. Por ello y ante el temor de la propagación el Concejo intervendría en sesión extraordinaria del 21 de mayo de 1933. El doctor Alfonso Neira, Médico Municipal realizó tres sugerencias:

⁷² Daniel Díaz Cueva a Alfonso Ordoñez Mata, 19 de mayo de 1933, párr. 2, Archivo Asistencia Pública, Museo de la Medicina, Cuenca.

⁷³ Alfonso Ordoñez Mata a Don Leopoldo Dávila Córdova, 22 de mayo de 1933, párr. 1, Archivo Asistencia Pública, Museo de la Medicina, Cuenca.

⁷⁴ Alfonso Ordoñez Mata a Director de Sanidad de la Zona Austral, 22 de mayo de 1933, párr. 1, Archivo Asistencia Pública, Museo de la Medicina, Cuenca.

⁷⁵ Julio Torres a Director de la Junta de Asistencia, 21 de mayo de 1933, párr. 1, Archivo Asistencia Pública, Museo de la Medicina, Cuenca.

- 1) Reformar la Ordenanza de Ornato prohibiendo en lo absoluto construcciones de bahareque;
- 2) organización completa de la Oficina de Higiene Municipal de acuerdo con la ley y;
- 3) se adicione a la Ordenanza Municipal todas las disposiciones de la Ley de Sanidad que se relacione con el poder municipal.⁷⁶

La vivienda popular de bahareque consistía en una estructura básica formada con madera y tierra cruda como elemento de relleno y acabado. Además, los muros en unión con los maderos de las viviendas no emplean clavos. Este tipo de pared que integra elementos básicos se denomina “Bahareque” y es destacada por su durabilidad desde épocas pasadas. Sin embargo, por las mismas características se originaban grietas profundas cuando el barro se secaba o cuando no se realizaba un buen trabajo en la estructura. Por esta razón, para garantizar su solidez en la construcción de bahareque, esta debía estar libre de humedad y polillas lo que puedan constituir verdaderas guaridas de insectos diversos que los médicos tildaban de focos inmediatos de enfermedades, tarea compleja si se consideraba el clima local y la economía cotidiana de inicios del siglo XX.

Las ideas del Dr. Alfonso Neira demuestran lo que Ricardo González Leandri llama la “conformación de la salud/enfermedad como parte de la Cuestión Social”.⁷⁷ Esto es, “el recorte de atribuciones a un conjunto muy amplio de otros agentes, de procesos internos de disciplinamiento y subordinación y, además, de reforma y creación de instancias institucionales que facilitarían a los médicos la obtención de un monopolio cognitivo”.⁷⁸ En realidad, las intervenciones institucionales en un contexto de avance epidémico responden a la necesidad de establecer el bienestar público del momento. Se trató de un articulado dispositivo institucional y discursivo, no solamente en el campo moral, sino hacia los sectores sociales (un grupo indígena y rural) afectados en primera instancia por la enfermedad, pero también en aquellos sectores que estarían por ser perjudicados por su avance, sobre todo el grupo urbano.

Este panorama permitió a los médicos abarcar un gran abanico de cuestiones. De hecho, el Dr. Francisco Cisneros y Bárcenas mocionó el envío de una comisión a fin de que, en asociación con la Dirección de Sanidad, procure la calificación del brote epidémico.⁷⁹ “Procurar la calificación” representó asegurar de manera definitiva la

⁷⁶ “Actas de las sesiones del Concejo Municipal de Cuenca”, *Libro de actas del M. I. Concejo Municipal*, 21 de mayo de 1933, AHM/C.

⁷⁷ Ricardo González Leandri, “Miradas médicas sobre la cuestión social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX”, *Revista de Indias* 219 n.º55 (2000), 426.

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ “Actas de las sesiones del Concejo Municipal de Cuenca”, *Libro de actas del M. I. Concejo Municipal*, 21 de mayo de 1933, AHM/C.

presencia de peste bubónica y desligarse de los “rumores”, “falsas creencias” o “equivocaciones diagnósticas”. Sin embargo, el concejal David Ponce se opuso rotundamente a esta idea al asegurar que en la provincia de Cañar ya existe una comisión conformada por el director y Ayudante de Sanidad y que el Concejo debía emprender sus esfuerzos en evitar la llegada y propagación de la enfermedad al interior de la ciudad.⁸⁰

Luego de la discusión fue aprobado el envío de la comisión con una serie de medidas preventivas para la ciudad de Cuenca. Se convino que la comisión sea integrada por los médicos municipales y liderada por los doctores Francisco Cisneros y Bárcenas y el Dr. Agustín Cueva Tamariz.⁸¹ El 22 de mayo la comisión llegaba al cantón Cañar en espera del arribo del Dr. Luis C. Jaramillo, director de Sanidad para así coordinar el trabajo conjunto. Sin embargo, dado la premura en el retorno a la ciudad de Cuenca con la información del brote y los pormenores ocurridos en la localidad afectada, la comisión se trasladó a Quilloac a 2 km del cantón Cañar sin la presencia del director.⁸² Una vez alcanzado su destino procedieron a tomar muestras de los ganglios inguinales⁸³ de un enfermo para observarlos en el microscopio que habían llevado consigo.

Al retornar al cantón Cañar la comisión se encontró con la molestia del director de Sanidad quién argumentó que los doctores debían guardar cuarentena de cinco días antes de trasladarse al lugar afectado. Según el director sus acciones constituían un serio peligro en la difusión de la epidemia, además de violar las órdenes dictadas por la Sanidad.⁸⁴ Este acontecimiento no quedaría aislado y representaría una pugna de poder entre las dos instituciones dado que el diagnóstico preciso del brote epidémico suponía un grado de prestigio para en el trabajo médico-local. *El Mercurio* en una publicación atribuía la prueba bacteriológica a la Dirección de Sanidad Austral. La respuesta de la comisión no tardaría. Desde El Tambo se envió un telegrama en el que se sostenía que la “positiva para bubónica” pertenecía a Comisión Municipal en compañía del Dr. Aguilar Vásquez quién había acompañado en el traslado hacia la localidad afectada.

En efecto luego de realizar los estudios bacteriológicos en conjunto con el profesor de Bacteriología doctor Luis Alberto Sojos se confirmaba la presencia del agente

⁸⁰ *Ibíd.*

⁸¹ *Ibíd.*

⁸² Actas de las sesiones del Concejo Municipal de Cuenca”, *Libro de actas del M. I. Concejo Municipal*, 30 de mayo de 1933, AHM/C.

⁸³ Los ganglios linfáticos son pequeñas glándulas ovaladas que producen células que combaten enfermedades. En este caso el conjunto de ganglios linfáticos estaba ubicado en la región de la ingle que forma parte del sistema inmunitario y actúan como filtros del sistema linfático para combatir infecciones y enfermedades.

⁸⁴ *Ibíd.*

patógeno correspondiente a peste bubónica. Según un informe el brote tuvo origen en cierta vestimenta infectada que llegó a la localidad de Quilloac. Por lo tanto, se descartaba que su origen haya sido por tráfico ferroviario como en anteriores brotes de la enfermedad en el territorio ecuatoriano⁸⁵ (ver figura 2). La Comisión Municipal enviaba un mensaje de tranquilidad al revelar que no existía la presencia de ratas y que las medidas desplegadas por la Dirección de Sanidad eran efectivas. Sin embargo, solamente un día después la municipalidad recibió un comunicado del concejal Cisneros Bárcenas quién sostenía que la peste se había extendido en la provincia reportándose una defunción en la localidad denominada “Playa”.



Figura 2. Sitio Quilloac, Lazareto de emergencia. Carlos A. Miño, *La peste bubónica en Ecuador* (Quito: Imprenta Nacional, 1933)

El Concejo Municipal inició una serie de actividades después de consolidar la presencia de la peste en Cañar. Entre las medidas tomadas estuvieron la limitación en la circulación de vehículos que procediese de Cañar, la prohibición en el traslado de cadáveres al interior de la ciudad y la desinfección y fumigación de la carga procedente de la provincia afectada.⁸⁶ El procedimiento en que se hicieron efectivo las medidas dispuestas por el Concejo Cantonal me permite remarcar que el aparato de control público intentó modelar e imprimir una forma de entender, no solo los brotes epidémicos, sino la cotidiana forma de transitar la ciudad y sus alrededores. Para el caso de la circulación vehicular el Comisario de Tráfico debía poner en conocimiento al Presidente del Gremio

⁸⁵ PROA, “Actividades Municipales”, *PROA*, 25 de mayo de 1933: 6, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

⁸⁶ Actas de las sesiones del Concejo Municipal de Cuenca”, *Libro de actas del M. I. Concejo Municipal*, 21 de mayo de 1933, AHM/C.

de Choferes, las graves penas a que estarían sujetos aquellos que contravinieren a las leyes sanitarias.

Las sanciones a los conductores que incumplieran lo dispuesto por la municipalidad fueron de tres clases. La primera fue el retiro del *brevet* que era un permiso de conducir, lo que hoy equivaldría al retiro de la licencia de conducir. La segunda fue una multa económica de cincuenta sucres. Otra de las sanciones fue también la incineración de la carrocería de los camiones.⁸⁷ Las sanciones solo se hacían efectivas si los choferes habían conducido desde la zona infestada hasta la ciudad de Cuenca con personas enfermas de bubónica; es decir, los vehículos que se sometían a cuarentena y desinfección no tendrían prejuicio de las dos primeras penas descritas.

La aplicación de las medidas fue algo más compleja en el caso del traslado de cadáveres en la ciudad. La idea de esta medida se germinó en la discusión del Concejo Cantonal cuando llegaron las primeras noticias de la enfermedad. En la sesión extraordinaria del 21 de mayo de 1933 el concejal Alfonso Vásquez G. mocionaba en las siguientes palabras: “que el Concejo dirija al señor Director de Sanidad recabando el cumplimiento de las leyes sanitarias, en lo que se refiere a la prohibición absoluta del traslado de cadáveres a los templos”.⁸⁸ Estas palabras resultaban controversiales dado la importancia de la Iglesia en los ritos fúnebres de la ciudadanía y la relaciones políticas locales que se tenía con su autoridad.

Por esta razón el concejal se justificaba: “No se diga que hago esta moción porque soy contrario a la Iglesia, antes bien, todos me conocen, convencido como el que más en el catolicismo. Deseo que se evite la propagación de tanta enfermedad infecto-contagiosa”.⁸⁹ La moción fue aprobada por unanimidad. Más tarde se publicaba como ordenanza el 18 de julio de 1933 en el que se hacía referencia a la ya mencionada prohibición en el traslado de cadáveres a las templos y capillas y que en su defecto se lo realizase directamente del lugar de defunción hacia el cementerio. Pero también a la pena para quienes incumplan con la ordenanza. La contravención fue multada con 500 sucres, una cantidad elevada si se piensa que en la década de 1930 el país se desarrolló en un contexto de crisis económica con altos niveles de pobreza.

Era común que el traslado de cadáveres de personajes relevantes en la ciudad se lo haga con presencia masiva de habitantes. Solo unos meses antes del debate de los

⁸⁷ *Ibíd.*

⁸⁸ *Ibíd.*

⁸⁹ *Ibíd.*

concejales sobre la posibilidad de prohibición del traslado, se había realizado un despliegue para el funeral y posterior entierro de Honorato Vázquez y para la repatriación de los restos de Federico Proaño en enero de 1933.⁹⁰ Con la resolución oficial en julio del mismo año se pensaría que estas disposiciones también incluirían para grandes personajes. Si embargo, solo un mes después de la publicación de la ordenanza, se volvía a presentar una situación de tal magnitud, esta vez con el fallecimiento de Rafael María Arízaga.⁹¹ Tal parece que la medida dispuesta se resolvió para el ciudadano común que, si bien también convocaba gente cuando un familiar o conocido fallecía, las cantidades no eran comparables.

Otra medida tomada por la municipalidad fueron las visitas sanitarias a los conventos de la ciudad. Esta acción se realizó, por supuesto, en presencia del obispo de la Diócesis, Daniel Hermida y varias autoridades de la Sanidad. El objetivo era constatar la más absoluta higiene y salubridad de las instalaciones, así como la necesidad de la correcta instalación de los servicios higiénicos. Pensemos que los conventos son como muchos otros establecimientos, lugares con habitaciones, cocinas, patios y espacios de cría de animales. Por esta razón si al momento de la inspección existían algunos cobayos o conejos, luego de las visitas estos tendrían que desaparecer. A propósito de estas visitas la prensa hacía un llamado a la colaboración de la ciudadanía en lo que se consideraba como “noble y humanitaria campaña sanitaria”.⁹²

La colaboración no solo se pretendió de los moradores de la ciudad, sino también de aquellos agentes sanitarios huéspedes en aquellas fechas. Es el caso del médico guayaquileño Luis Mariano Cueva⁹³ a quien el Concejo Municipal creyó oportuno

⁹⁰ Honorato Vázquez Ochoa nació en Cuenca en 1885 y falleció en enero de 1933 a la edad de 78 años. Estudió en el colegio Benigno Malo y en la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca en donde obtuvo su título de abogado. Se desempeñó como docente, abogado, político y diplomático. Esto último lo llevó a ocupar los cargos de concejero municipal, diputado de la Asamblea Nacional Constituyente, diputado por el Azuay, ministro de Interior y Relaciones Exteriores, rector de la Universidad de Cuenca, entre otros importantes cargos que evidenciaron su compromiso con Cuenca y la región. Por su parte, Federico Proaño fue un importante político y periodista cuencano nacido en 1848 y exiliado en varias ocasiones por problemas con el poder. Fundó y escribió en varios periódicos de diferentes países mientras se mantenía exiliado, hacia 1894 fallece en Quetzaltenango, Guatemala. Sus restos fueron exhumados en el cementerio de dicha ciudad en noviembre de 1932 y llegaron a Cuenca un año más tarde en 1933.

⁹¹ Rafael María Arízaga nació en Cuenca en 1858, fue un destacado escritor, abogado y político. Candidato a la presidencia de la república en 1915 por el Partido Conservador siendo vencido por el General Leónidas Plaza. Además, fue diputado por el Azuay, senador por el Cañar y ministro plenipotenciario del Ecuador en Brasil. Falleció en su ciudad natal un 8 de agosto de 1933.

⁹² PROA, “Actividades Municipales”, *PROA*, 29 de mayo de 1933: 6, Archivo Histórico y Fotográfico “Victor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

⁹³ El Dr. Cueva fue miembro de la lucha antipestosa en Guayaquil en 1929 siendo director de Sanidad del Litoral. En aquella ocasión en conjunto con el Dr. John Long, Comisionario de la Oficina Sanitaria Panamericana tomaron como principal punto de partida la caza, envenenamiento y clasificación del factor rata para terminar con la clasificación del Guayaquil como puerto clase A en 1930.

dirigirle una comunicación oficial. En ella el presidente Julio T. Torres solicitaba los servicios técnicos apelando a su experticia en materia sanitaria y en específico en el combate a la peste bubónica. La respuesta de Cueva no se hizo esperar, en un memorándum detallaba varios puntos que el municipio debía tomar en consideración. Los más novedosos se resumían en solicitar 1000 dosis de Linfa Hafkine y 1000 de tubos Yersin.⁹⁴ Además, decía el doctor, “persecución de las ratas de un modo general con envenenamientos sistemáticos por el arsénico y con trampas guillotinas”.⁹⁵

Una de las sugerencias de Cueva tenía que ver con lo ya explicado por la municipalidad; es el caso de los velorios y la aglomeración de alrededor de un cadáver. Finalmente, el médico explicaba la necesidad de establecer un laboratorio biológico para, según su experiencia, examinar las ratas y las pulgas con la finalidad de conocer el índice que revele si la epidemia tiende a disminuir o por el contrario pueda ocurrir nuevos brotes. No hay certeza de que todas las sugerencias las haya absorbido institucionalmente el Concejo Municipal, pero si algunas tuvieron relación con las normas generadas y puestas en circulación como el caso de la prohibición en el traslado de cadáveres o la vigilancia de carga y vehículos desde las zonas afectadas.

La institución que tomó el mando en la campaña antipestosa fue la Dirección de Sanidad. Dado su jurisdicción el Concejo Municipal se limitó a Cuenca y a las localidades de la provincia del Azuay. No obstante, la atención siempre estuvo en lo que sucedía en la vecina provincia del Cañar. A finales de mayo llegaba a la localidad afectada el Dr. Carlos A. Miño, Inspector General de Sanidad y Jefe de la Campaña Antipestosa en el país. *Diario del Sur* de Cuenca publicaba el 31 de mayo de 1933 el plan general dictado por el doctor,⁹⁶ sumado a la distribución del trabajo del personal sanitario en el que se encontraba involucrado el Dr. Carlos Aguilar Vásquez quien fue pieza fundamental en los primeros estudios del brote como Ayudante de la Dirección de Sanidad y que años más tarde desempeñaría la presidencia del Consejo Cantonal de Cuenca.

⁹⁴ Estas dosis se trataban de las primeras vacunas contra la peste elaborado por el ucraniano Waldemar Haffkine.

⁹⁵ PROA, “Actividades Municipales”, PROA, 29 de mayo de 1933: 6, Archivo Histórico y Fotográfico “Victor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

⁹⁶ El plan general en la campaña antipestosa se dividía en seis acciones: 1) aislamiento riguroso de los enfermos, en una casa acondicionada provisionalmente como la Lazareto; 2) control diario, por diez días, del estado de salud de todas las personas que rodean al enfermo y de las casas vecinas; 3) destrucción total de los cobayos en la zona infectada; 4) esterilización ropas de cama y de uso personal de la casa habitación del enfermo. Se procederá por medio de ebullición de preferencia, o lavado de dichos objetos con jugo de cabuyo; 5) servicio de propaganda higiénica en la zona afectada; 6) vacunación antipestosa. Véase *Diario del Sur*, “De sanidad”, *Diario del Sur*, 31 de mayo de 1933: 4, Archivo Histórico y Fotográfico “Victor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

3. La Oficina de Higiene Municipal en Cuenca: un organismo local en construcción 1934-1935

El brote de peste bubónica en Quilloac-Cañar impulsó otro aspecto de enorme interés que se resaltó en las actas de cabildo de la ciudad y que se replicó en la prensa local: la importancia de la Oficina de Higiene Municipal. “Organización completa de la oficina”⁹⁷, decía el Concejo Municipal. “Se preocupan por la enfermedad aparecida en Cañar”, afirmaba el *Diario del Sur* con respecto al envío de la comisión. Esto me permite apuntar con más detalle que las políticas de higiene emergen como un proyecto que expresa la necesidad de consolidar el poder y de ejercer un control efectivo sobre aspectos sanitarios, hasta entonces acaparados por múltiples departamentos. Sin embargo, en un contexto epidémico, el objetivo principal no era precisamente detallar las condiciones y responsabilidades de una oficina de higiene municipal, sino de atender a las necesidades prácticas del avance de la enfermedad. La creación de la Oficina se lo haría una vez controlado el brote de bubónica en el siguiente periodo de gobierno municipal, el de Agustín Cueva Tamariz.

Agustín Cueva Tamariz nace en Cuenca en 1903, nieto del primer decano de la facultad de Medicina, Agustín Cueva Vallejo. Cueva Tamariz inicia como docente de Ciencias Naturales en el Colegio Nacional “Benigno Malo” en 1925 cuando aún era estudiante universitario. Una práctica común entre los intelectuales locales, sobre todo en el área médica. Para 1930 se había graduado como médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Más tarde, un joven Agustín se hacía cargo de la presidencia del Concejo Municipal de la ciudad en 1933, después de haber formado parte del Concejo como vocal suplente y médico municipal. Bajo su presidencia se creaba la Oficina de Higiene y Asistencia Municipal en mayo de 1934. Luego de completar su periodo al frente de la municipalidad se desempeñó como docente en la Facultad de Filosofía de la Universidad Central de Quito.

El Dr. Agustín Cueva Tamariz puede ser inscrito en lo que se entiende por médicos-intelectuales; es decir, aquellos académicos que además de formar parte de las áreas médicas, se encargaron de construir un imaginario social de la región a partir del ejercicio de su práctica profesional y por, sobre todo, aquellos que persiguieron el

⁹⁷ *Ibíd.*

progreso y modernidad de Cuenca. Es lo que Agatha Rodríguez llama “una elite letrada” que empezó a consolidar sus imaginarios de ciencia y cultura mientras ejercían sus profesiones, ocupaban puestos políticos y eran profesores de las principales instituciones educativas de la ciudad.⁹⁸ En este sentido, Cueva Tamariz, además de ser uno de los médicos en el poder municipal también fue uno de los principales intelectuales de la época que estudiaría en clave biológica, psiquiátrica y racial a las poblaciones de la región.

El recorrido de Cueva Tamariz en la década de 1930 siendo un joven profesional demostró el vínculo con las instituciones locales (Municipio y Asistencia Pública). Sus ideas sobre la definición biológica del individuo y las condiciones de eugenesia se pueden observar a lo largo de su trayectoria con publicaciones alrededor del campesino o indio. Sus acciones estaban dirigidas hacia el emprendimiento de una “acción sanitaria muy intensa y sabiamente dirigida contra enfermedades y vicios sociales”.⁹⁹ Con esta atención prioritaria Cueva pretendía subsanar enfermedades como la tuberculosis, enfermedades venéreas y los llamados vicios sociales como la vagancia y alcoholismo.

Cueva Tamariz se instalaba como miembro del Concejo Municipal en el periodo de 1932-1933 bajo la presidencia de Julio T. Torres. Un periodo de gobierno criticado por la prensa conservadora por las acciones de la presidencia en materia económica, administrativa y de sanidad. *Diario del Sur* presentaba una nota titulada: “Se vota el dinero del pueblo en experimentos”.¹⁰⁰ Aquel “experimento” remitía al uso de la cal y arena para pavimentar una vía de la ciudad; el experimento también involucraba la colocación de excusados públicos en el mismo lugar en el cual se erigiría una estatua a Julio María Matovelle. Con esta corta nota no trato de analizar el componente ideólogo de la localidad ni mucho menos las rencillas prensa-municipio, sino tratar de mostrar al lector que la problemática de sanidad e higiene formaba parte de la vida institucional.

Los meses siguientes al brote bubónico en Quilloac fueron particularmente dinámicos en la relación municipios-higiene-salubridad. En noviembre de 1933 se realizó

⁹⁸Agatha Rodríguez Bustamante, “La corporación universitaria del Azuay: El proyecto cultural de la élite letrada azuaya (1867-1920)”, en *Hablar desde el Sur andino: historia de Azuay, Cañar y Loja*, comp. Ana Luz Borrero Vega y María Gabriela Neira Escudero (Cuenca: Universidad del Azuay, 2023), 176.

⁹⁹ Agustín Cueva Tamariz, “Problemas de la Eugenesia”, *Revista de la Asociación Médica de Cuenca* 3, n.º 10 (1942): 6.

¹⁰⁰ Diario del Sur, “Se vota el dinero del pueblo en experimentos”, *Diario del Sur*, 20 de junio de 1933, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

la *Codificación de la Ley de Régimen Municipal*. En su primer artículo se enfatizaba que el municipio goza de autonomía en el ejercicio de su administración, mientras que en el art. 4 se determinó que la actividad municipal corresponde a los intereses comunales, a la vitalización del organismo comunal y a la creación de una personalidad social.¹⁰¹ En otras palabras, al municipio le correspondía la organización y dirección de los servicios públicos locales en beneficio de la vida cantonal, entre ellos, por supuesto, la higiene de la ciudad. La responsabilidad de los municipios en materia higiénico-médica lo ponía a consideración el Dr. Ignacio Campos, Secretario Jefe de Estadística de la Dirección General de Sanidad en estas palabras:

Aun cuando existen leyes expresamente prescriben que los Municipios de la República crearán dentro de sus jurisdicciones Oficinas de Higiene o Servicios médicos gratuitos, según sus comodidades, son contados los Concejos que han dado cumplimiento a estas disposiciones clarísimas y terminantes. [...] Entre los motivos que han inducido a la creación de los Municipios, existen las explícitas razones de vigilar el ornato de las poblaciones y garantizar la salud pública...¹⁰²

Según las líneas expuestas por el secretario de la Dirección General de Sanidad, los concejos municipales como entidades representativas de la comunidad, estaban llamadas a vigilar las necesidades públicas y atenderlas por cuantos medios sea necesarios. Es en este escenario en que Agustín Cueva Tamariz llega a la presidencia del Concejo Municipal de Cuenca. Cueva Tamariz fue electo en sesión ordinaria del 1 de diciembre de 1933. Su vicepresidente fue aquel compañero al frente de la comisión municipal enviada para la ayuda en la campaña antipestosa en la provincia de Cañar, el doctor Francisco Cisneros y Bárcenas.¹⁰³ Una de sus primeras acciones al frente del Concejo fue la inclusión del presupuesto municipal de un Médico Director con un sueldo de 150 sucres mensuales, quien sería el encargado de la nueva Oficina de Higiene y Asistencia Municipal.¹⁰⁴

La creación de la oficina¹⁰⁵ se aprobó en el proyecto de Ordenanza sobre Higiene Municipal en las sesiones de los días 28 de febrero; 7 y 8 de marzo de 1934 y se publicó

¹⁰¹ Juan Carlos Benalcázar, "El Municipio", en *Régimen jurídico municipal en Iberoamérica*, coord. David Cienfuegos Salgado (México: UNAM, 2008), 259, www.juridicos.unam.mx.

¹⁰² Ignacio Campos, "Designación de médicos municipales", *Boletín de la Dirección General de Sanidad* 3, n.º 10 (abril-diciembre 1933): 6-7.

¹⁰³ "Actas de las sesiones del Concejo Municipal de Cuenca", *Libro de actas del M. I. Concejo Municipal*, 1 de diciembre de 1933, AHM/C.

¹⁰⁴ "Actas de las sesiones del Concejo Municipal de Cuenca", *Libro de actas del M. I. Concejo Municipal*, 8 de enero de 1934, AHM/C.

¹⁰⁵ En adelante puedo utilizar indistintamente Oficina de Higiene Municipal, Dirección de Higiene Municipal o simplemente OHM.

en la legislación municipal n.º 15 titulada “Reglamento de Higiene Municipal”. La OHM comprendía tres secciones: la de Desinfección y Vacunas; Estadística y Construcciones Urbanas. Si bien estas secciones ya habían sido propuestas en la ordenanza sobre higiene municipal del año 1931, no se había detallado su alcances y finalidades en la estructura administrativa de la municipalidad. No hay duda de que la experiencia con el brote de peste bubónica en la zona austral permitió “acelerar” el proceso de organización interna del municipio cuencano en materia sanitaria.

A la sección de Desinfección y Vacunas le correspondía la vacunación antivariólica de los habitantes del cantón durante los primeros, séptimos y vigésimos quintos años de edad. Por su parte, la sección de Estadística se encargaría de la recolección y ordenación de todos los datos de natalidad, mortalidad y morbilidad del territorio. Lo que en palabras de Kim Clark “puso en relieve una tarea central de la sanidad: el seguimiento de las tendencias en la incidencia de enfermedades mediante el trabajo estadístico”.¹⁰⁶ Con esto se intentaba superar el examen individual del médico e intentar mirar a la población en su conjunto logrando identificar las enfermedades contagiosas y nutrir el conocimiento nacional con datos locales para cumplir con las exigencias de organismos internacionales de salud.¹⁰⁷ Estos movimientos estadísticos serían visualizados con mayor detalle en los informes de fin de periodos presidenciales durante toda la década de 1930-1940.

Con la sección de construcciones urbanas se demuestra que las responsabilidades de la oficina seguía ligada a los aspectos de higiene urbana e intervención pública en ramas como establecimientos públicos, cementerios, mataderos, escuelas, entre otras.¹⁰⁸ Esta sección se ocuparía del estudio y aprobación de los planos, vigilancia de las construcciones y los asuntos relacionados con conexiones, desagües, y escusados. En este punto, la relación de la oficina con la obra pública de la municipalidad es evidente, es así que como parte de su administración se encontraba un Inspector de Obras Públicas encargado de vigilar las construcciones públicas, privadas y la conservación de los edificios. La importancia de estas disposiciones radicaba en que los edificios en mal estado o a punto de ruina puedan amenazar la salud pública.

¹⁰⁶ Clark, *Conjurando el Estado*, 76.

¹⁰⁷ Para caso quiteño, Eduardo Kigman realiza una diferencia entre las acciones preventivas y las labores de atención a la salud. El autor nos dice que, en el primer caso, “el objetivo era la ciudad, pero sobre todo los pobres, en cuyos barrios se originaban los contagios; mientras que, en el segundo caso, la preocupación eran los individuos”. Véase Kigman, *La ciudad y los otros*, 293.

¹⁰⁸ Reglamento de higiene municipal, Legislación municipal n.º15, 18 de mayo de 1934, art. 1, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

La higiene y la práctica se corrigen mutuamente, decía el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* al inicio de 1930, “deben unir sus esfuerzos, pues son las dos alas de la medicina, cada una de las cuales debe contar con la otra para mayor bien de la comunidad”.¹⁰⁹ Según este boletín no bastaba con atender a los accidentes y padecimientos del momento; había que mirar más adelante para evitar los que amenacen a futuro. El médico práctico resultaba, por tanto, una suerte de escudo vanguardista en el gran ejército de la sanidad. En este sentido, la OHM presentaba en su administración a un Médico Director, quien al momento de que se presente una epidemia con carácter de generalización podría oficiar el Concejo Municipal y solicitar los recursos para iniciar una campaña que trabaje con la Dirección de Sanidad, con los otros médicos municipales¹¹⁰ y los médicos de los cantones vecinos.

El servicio médico-educativo quedaba regulado y asistido por el poder municipal tanto en los planteles educativos como en los domicilios con visitas constantes a escuelas del distrito dispuesto por el presidente del Concejo. Estas visitas estaban encargadas al Médico Escolar y Rural que en cada una de ellas tendría que constatar las condiciones higiénicas del establecimiento, sus escusados, calidad del agua, entre otras disposiciones.¹¹¹ El examen médico hacia los alumnos fue fundamental para sostener una población biológicamente sana y fuerte, más aún cuando la niñez fue propensa a enfermedades como la viruela sumamente contagiosa; por esta razón y en conjunto con la Dirección de Sanidad se decidió intensificar en gran escala la vacunación antivariólica y la revacunación.

Con la Oficina de Higiene Municipal se trataba de dirigir y controlar el desempeño del espacio urbano, rural y de cantones circundantes. Se buscó dividir la ciudad en zonas en caso de alerta epidémica lo que permitiría un mayor control y permeabilidad en la población afectada. Una vez confirmado algún brote de enfermedad infecto-contagiosa la oficina tendrá la autoridad de sancionar a quien no cumpla con las disposiciones oficiadas por el Médico Director.¹¹² Penas que iban desde los dos a los cincuenta sucres en caso de incumplimiento a cualquier norma dispuesta por la oficina o por desobediencia deliberada

¹⁰⁹ Editoriales-Oficina Sanitaria Panamericana, “Los departamentos de Sanidad y los Médicos”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 9 n.º 2 (1930): 189.

¹¹⁰ Los médicos referidos fueron: un Médico de Abastos y un Médico Escolar y Rural. Todos con responsabilidades específicas en el tratamiento de la higiene urbana y de la población local. El cuadro administrativo de la OHM lo completaba un Comisario Municipal y los Inspectores de Obras Públicas, de Camal y Agua Potable.

¹¹¹ Reglamento de higiene municipal, Legislación municipal n.º15, 18 de mayo de 1934, art. 6, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

¹¹² *Ibíd.*, 3.

y resistencia a las órdenes impartidas por los médicos municipales. La sanción de las contravenciones estuvo a cargo del Comisionario Municipal 2.º.¹¹³

La creación OHM permitió la participación activa en campañas anti-enfermedades. Lo dijo Agustín Cueva Tamariz en su informe de culminación de su periodo: “se ha tomado parte activa en la campaña antitífica, ya concurriendo personalmente a realizarla, ya contribuyendo con contingentes de cuadrillas para los Inspectores de la Dirección de Sanidad...”¹¹⁴ Sin embargo, las inspecciones personales no solo se las realizaría en un contexto epidémico, sino también al momento de constatar, por ejemplo, el buen funcionamiento y limpieza de los tanques de agua de la ciudad. O al momento de visitar las cárceles de la ciudad con el objetivo de controlar la alimentación que se suministrase además de prestar la ayuda médica necesaria a los reclusos. En este mismo sentido, al hablar de la alimentación también se trata de las visitas al camal municipal y la regulación del expendio de la carne que, junto con la leche, fueron alimentos primordiales en la dieta local. Por ello, establecimientos como lecherías, mercados o abarrotes son puntos focales de higienización en su producción y servicio.

En su primer bienio la oficina estuvo enmarcada de algunos problemas que a decir del presidente del Concejo respondían al nuevo aparataje en la organización de la oficina y al aumento del cuidado que ha requerido de una “laboriosa atención” para tan “exiguo personal”. “El servicio de higiene urbana se ha realizado a medida de lo que permite la deficiente cuadrilla de jornaleros que dispone este Departamento”, decía Cueva Tamariz en su informe de labores.¹¹⁵ El Concejo Municipal justificaba esta atención generada en los diferentes establecimientos dado las prácticas antigénicas y perjudiciales para la salud pública. Un ejemplo de aquello fue la mayor presencia del poder municipal en el camal de la institución. Las medidas de vigilancia tomadas favorecían al mayor y mejor tratamiento del animal por lo que sus condiciones de recepción mejoraban la calidad de la carne.

Otro problema que enfrentó la Oficina de Higiene Municipal fue el tema presupuestario. Debido a que este periodo fue el inmediatamente posterior al brote de peste bubónica, los fondos del municipio aún no estaban destinados en su preferencia a los asuntos de higiene pública. Esto se podía observar en el limitado número de carretillas

¹¹³ *Ibíd.*, 7.

¹¹⁴ Agustín Cueva Tamariz, *Informe que el Presidente del Concejo Cantonal de Cuenca, Sr. Dr. Agustín Cueva tamariz, presenta sobre sus labores municipales desarrolladas en el presente año* (Cuenca: Imprenta municipal: 1934), 11.

¹¹⁵ *Ibíd.*

y acémilas que poseía el municipio para el barrido de calles o apartamiento de basura. En este sentido, el Concejo Municipal utilizó un excedente registrado por el consumo de aguardiente para el pago de jornaleros y cuadrillas de sanidad en 1934 reformando así el presupuesto de aquel periodo.¹¹⁶ Más tarde el Director de la Oficina de Higiene indicó el presupuesto para el año 1935 en el que se destacaba la inclusión de un Gabinete de Bacteriología, forrajes y reparación de carretes, inspectores de sanidad y celadores para el cuidado de servicios higiénicos, barrido de calles y desinfección.

Las autoridades y la prensa local estaban de acuerdo en que existía un deficiente servicio de higiene en la ciudad. Cueva Tamariz recomendaba ampliar el radio de acción de las respectivas cuadrillas de atención ya que para entonces únicamente se lo hacía en el sector central. No se desentendían de la importancia de la salubridad de las calles centrales ya que en estos años se habían suprimido algunas acequias del centro de la ciudad. Sin embargo, “la atención de la Oficina de Sanidad Municipal debe, ante todo, concentrarse hacia aquellos barrios en donde demora la gente pobre, que, del mismo que la acomodada, necesita vivir por lo menos con higiene”.¹¹⁷ La prensa, en este sentido, sugería que los recorridos debían comenzar por las zonas alejadas del centro poblado.

Las personas de los barrios alejados fueron descritas como aquellos que propagaban las costumbres antigénicas y a quienes se resistían a las medidas en beneficio de la salud, modernas y científicas los llamaron rebeldes. No es de sorprenderse con la relación pobreza-periferia, aunque a esta se debe agregar la que se construyó entre periferia y antihigiene. Bajo esta percepción la gente que habitaba fuera del centro de la ciudad fueron “merecedores de sanciones”; es decir, la penalidad estuvo auspiciada por la prensa, justificada por los médicos y regulada por las autoridades. “Verdaderos focos de infección no han sido suprimidos hasta ahora, como por ejemplo aquel que existe en la calle La Condamine, tras la balastrada que da al río Tomebamba cuyo vaho mefítico es insoportable para quien por ahí transita”.¹¹⁸ Con estas palabras la prensa reclamaba la presencia de activa de una campaña de higienización de la ciudad con la idea de sofocar los puntos de infección.

Como el ejemplo de la calle “La Condamine” varios puntos de la ciudad estuvieron bajo el juicio de la prensa y la ciudadanía. Los mercados o calles circundantes

¹¹⁶ Ordenanza de Reforma al Presupuesto vigente, 1 de noviembre de 1934, art. 1, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Alborno” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

¹¹⁷ El Mercurio, “Higienización de la ciudad”, *El Mercurio*, 24 de enero de 1935: 2, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Alborno” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

¹¹⁸ *Ibíd.*

como la Mariano Cueva o Sangurima estaban bajo la pavimentación con piedra de río. No obstante, la pavimentación con adoquines fue mucho menor lo que permitía enfocarse en las reparaciones no solo de calles sino de puentes y cunetas. Por otra parte, en el tema de dotación de agua potable el Concejo Cantonal era claro: “En la sección Agua Potable, nada se ha hecho en el decurso de este año; pues todos los fondos se emplearon en canalización”.¹¹⁹ En este sentido, las calles “Mariano Cueva” o “General Torres” fueron parte de las obras de canalización, mientras que la dotación de agua era una preocupación del municipio desde inicios de siglo.

Sobre el estudio del abastecimiento de agua potable en la ciudad de Cuenca se podría realizar una investigación por sí misma. Por el momento se puede afirmar que existía un plan de dotar a Cuenca de agua probable en las próximas décadas. Sistema que incluía la planta eléctrica municipal inaugura en 1917 y los primeros estudios de agua y alcantarillado en 1924 con la contratación del ingeniero Guillermo Schroeter para la elaboración de los diseños de los sistemas de agua y alcantarillado.¹²⁰ En este sentido, los cambios más notables de carácter público fueron en alcantarillado y provisión de agua entubada desde los tanques de la colina Cullca.¹²¹ Así como la construcción de las cloacas con curso de Oeste a Este y los canales subterráneos de las calles La Mar, Bolívar y Gran Colombia.

Frente a este escenario de la ciudad de Cuenca, la posición de Agustín Cueva Tamariz sobre los asuntos que requerían atención en materia sanitaria se concentraron en evitar los focos de infección con medidas que regularan la actividad cotidiana de la ciudad. El barrido de calles principales, apartamiento de basuras, eliminación de charcas mediante la conexión directa del desagüe de las casas con el alcantarillado central, fueron algunas iniciativas del médico; sumado al control prioritario del camal de la ciudad para evitar que se continúe con la práctica de las denominadas “costumbres antiguas” que permitían la reproducción de enfermedades.¹²² Sin embargo, su posición no se circunscribía en el cuidado de la sanidad urbana, sino que involucraba el análisis de la población y los factores que incidían en la salud de las generaciones futuras. Para Cueva Tamariz era preciso emprender una acción sanitaria intensa en contra de las

¹¹⁹ *Ibíd.*

¹²⁰ Galo Ordóñez Espinosa, *De la bacinilla a la alcantarilla*, 79.

¹²¹ Ana Luz Borrero, “Transformaciones y modernización en Cuenca, 1920-1950”, 249.

¹²² Cueva Tamariz, *Informe que el Presidente del Concejo Cantonal de Cuenca...11.*

enfermedades. Para el médico significaba involucrase en una verdadera lucha sanitaria que representaba un concepto de previsión y extinción de los focos patológicos.¹²³

¹²³ Cueva Tamariz, “Problemas de la Eugenesia”, 6.

Capítulo segundo

Miradas higienistas sobre los problemas sanitarios de Cuenca: el caso de los, mercados y expendio de alimentos

Estamos en una época de cientificismo dentro de la realidad ecuatoriana. Este afán de mejoramiento cultural, de todo orden, ha surgido al problema del aumento de nuestra vitalidad, dadas las circunstancias económicas-sociales que nos asisten.
PROA, 1933

El periódico PROA escribía estas líneas con la intención de generar interés en la propuesta de crear un “Curso de Sociología Indígena” adscrito a la universidad, colegios e institutos normales para “emprender una campaña cultural” entre los campesinos y especialmente en aquellos indígenas. Además de la propuesta “pedagógica” que planteaba este periódico cuencano, estas líneas me permiten acceder a un contexto en que las ideas científicas mediante el estudio psico-biológico de las poblaciones locales fueron una posibilidad necesaria para emprender una “positiva reforma social”. En este sentido, muchas de las regulaciones emprendidas por el Concejo Municipal de Cuenca estuvieron sustentadas en un pensamiento biologicista y racista. Médicos, prensa, academia y poderes locales acordaban en que era necesario la incorporación del indio a la “cultura actual”. Una cultura que aplaudía la urbanidad, el concomimiento tipificado del indígena y la higienización del medio.

Este capítulo también sigue los aportes de Eduardo Kigman quien sostiene que “la higienización se basaba en pautas universales de comportamiento e incluía la modificación de las costumbres y el mejoramiento de los cuerpos”.¹²⁴ Son estas dos ideas fundamentales que se muestran en los años treinta y cuarenta del siglo pasado y que “abarcaban ámbitos tan diversos como la educación, la infancia, la salud, el ordenamiento urbano, entre otros”.¹²⁵ De esta gama de aspectos, el capítulo recupera las problemáticas municipales en torno al expendio de la carne, leche y pan en los mercados de la ciudad. En este capítulo se estudia, en una primera parte, las políticas de urbanización y de

¹²⁴ Kigman, *La ciudad y los otros*, 322.

¹²⁵ *Ibíd.*

ciudadanización en torno a los mercados de la ciudad de Cuenca que por medio del Concejo Municipal supuso un intento de modelar los hábitos de las personas.

En una segunda parte, se estudia el pensamiento algunos médicos azuayos como el caso del ya mencionado Agustín Cueva Tamariz, principal artífice de la Oficina de Higiene Municipal que en conjunto con el Concejo Municipal fue el motor de búsqueda en el mejoramiento biológico y cultural de la sociedad. Se suma Carlos Aguilar Vázquez, médico nacido en Jima, cantón Sigsig, formó parte de las instituciones locales destinadas al control sanitario de región: Dirección de Sanidad Zona Austral y Concejo Cantonal de Cuenca. Emiliano J. Crespo es otro de los médicos influyentes en la región, de él se desprenden varios aportes científico-médicos dado su formación en París. Con este fin, se realiza una doble aproximación, en la primera de estas se trata de explorar los discursos biológicos- raciales hacia el indígena y el segundo se trata de identificar el discurso realizado en clave regional sobre las particularidades en el expendio de los alimentos en la ciudad.

1. Mercados y control municipal: aplicación de normativas sobre el abastecimiento en la carne, leche y pan

Las regulaciones municipales estimularon cambios en la cotidianidad de la ciudad y en las percepciones hacia el “otro”. En este caso interesa destacar las normativas sobre mercados que circuló posterior al brote de la peste bubónica en Cañar. En este sentido, el Concejo Municipal definía en 1933 los mercados existentes en la ciudad como “Nueve de Octubre” al que funcionaba en la plaza del “Mercado Norte” que en realidad se encontraba en el sur-este de la ciudad; y el “Mercado Central” al que provisionalmente funcionaba en la plaza “Ramírez Dávalos”.¹²⁶ Resalta que la municipalidad no tomaba en cuenta a la plaza del Mercado Central, como lugar definitivo de expendio o abasto de alimentos pese a las ferias que se realizaban desde ya hace décadas. La razón fue que esta nueva estructura, (Mercado Norte), se diferenciaba de sus análogas plazas por introducir “racionalidad” con la relación de intercambio. Su construcción estuvo vinculada a las ideas de orden y salubridad en contraposición del caos y suciedad.¹²⁷

¹²⁶ Ordenanza de Mercado, 3 de octubre de 1933, art. 1, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

¹²⁷ Kigman, *La ciudad y los otros*, 310.

A finales del siglo XIX la plaza San Francisco donde funcionaba el Mercado Central se describía como un espacio desordenado y a la intemperie, incluso asqueroso.¹²⁸ Este escenario cambiaría en las próximas décadas del siglo XX con modificaciones ligadas al entorno urbano circundante, la visión modernizante y la obra pública por parte del municipio. Sin embargo, se mantenía una lógica de expendio de alimentos en la plaza: insipientes tiendas, poca protección de cara al clima y aglomeraciones permanentes (véase figura 3). Frente a este escenario el nuevo mercado con una moderna casa que en un inicio fue pensado para albergar la biblioteca municipal, fue destinado por la urgencia y necesidad de la ciudad como un centro de abastecimiento de alimentos.¹²⁹ Mientras que el espacio al aire libre fue una estación para buses intercantonales e interprovinciales.

La construcción de la casa del Mercado “Nueve de Octubre” en 1933 fue descrita como una obra indispensable de más de 100 mil sucres que, según las autoridades, rivalizaba con mejores plazas de la República. Se celebraba la holgura de los compartimentos internos para la satisfacción del comprador y comodidad del vendedor. Las ideas que predominaban en su construcción fueron las de aseo, higiene y ornato algo con lo que cierta parte de la población estaba de acuerdo al observar algunos elementos de su estructura. Un ejemplo, fue la ringlera de mármoles destinados al expendio de la carne; “mármoles dignos de la ciudad de mármol”,¹³⁰ se decía. Este sector de la población fue aquel profesional e intelectual, miembros de los poderes locales y comerciales de la ciudad para quienes el principal problema era la centralización del abasto en el moderno mercado.

[...] cosa increíble, hasta ahora no se concentra el mercado de abastos en dicha plaza, permaneciendo abandonada a pesar de su solemne inauguración de hace muchos días. El abasto público se encuentra todavía en la plaza de San Francisco a todo sol, a todo viento, al rigor de las lluvias, con tal desaseo, con tal falta de higiene que avergüenza y humilla. Allí se congrega aun la pobre gente, campesina y urbana, formando en invierno un solo montón con el lodo, la carne, los abastos.¹³¹

La preocupación por continuar visitando el Mercado Central no fue solamente por la nula estructura acorde a los preceptos de aseo o de las condiciones de higiene

¹²⁸ Luis A. Loyola, “Observaciones higiénicas sobre la alimentación de los cuencanos”, *Revista Científica y Literaria de la Corporación Universitaria del Azuay* 2, n.º16 (1891): 129.

¹²⁹ Alcaldía de Cuenca, “La 9 de Octubre, un espacio de comercio y tradición”, *Alcaldía de Cuenca*, accedido 20 de enero de 2025, párr. 1, <https://www.cuenca.gob.ec/content/la-9-de-octubre-un-espacio-de-comercio-y-tradicion>

¹³⁰ Al Público, 1 de diciembre de 1933, párr. 3, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

¹³¹ Al Público, 1 de diciembre de 1933, párr. 4, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

inexistente para el expendio de los alimentos, sino también porque el ciudadano cada vez más urbanizado pretendía un servicio acorde a los estándares de ciudad, más aún cuando aquella plaza era el lugar de reunión del “otro” aquellas personas de a pie, jornaleros, comerciantes de primer orden, campesinos, entre otros (véase figura 3). Se trataba pues de diferenciarse y para ello se utilizó una serie de prácticas como el progresivo aislamiento y desplazamiento; la categorización del barrio contiguo a la plaza de San Francisco como egoísta y, la relación que se otorgó a estos discursos de índole social con objetivos económicos. “Según cálculo del mismo Concejo el nuevo mercado debe de producir alrededor de mil suces mensuales. ¡Mil suces mensuales desprecia el Municipio!”¹³² decía el comunicado de la población a favor de la centralización inmediata del expendio de alimentos en el nuevo mercado.

A pesar que las medidas iban encaminadas al beneficio de los pobladores se trataba de una lucha entre lo “habitual” que representaba transitar por el Mercado Central frente a lo “transformado” que representaba, no solo adquirir los alimentos en un nuevo establecimiento, sino la forma de transportarlos, organizarlos, ofrecerlos y hasta almacenarlos. En este sentido, los comerciantes de víveres debían situarse al interior de los mercados para el expendio de los artículos en un intento por llegar a un orden y control necesario. Sin embargo, la realidad era otra. Respondía más bien a una en que los comerciantes ya acostumbrados a ofrecer sus productos en una plaza amplia como lo era la del Mercado Central, tendrían que ajustarse a la disposición del Concejal Comisionado de Mercado¹³³ a situarse en un espacio alejado o distante como lo fue para entonces el mercado “Nueve de Octubre”.

¹³² Al Público, 1 de diciembre de 1933, párr. 5, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

¹³³ Este trabajo del concejal municipal fue en asociación con el Comisario de Abastos quienes tenían autoridad de sancionar con una multa económica a quienes no siguieran sus disposiciones.



Figura 3. Plaza del Mercado Central (San Francisco). Manuel Jesús Serrano, *Cuenca plaza del mercado* (Cuenca: INPC, 1920-1926).

Como se puede observar en la imagen, los puestos del Mercado Central no gozaban de aquella uniformidad que requería el Concejo Municipal, unas veces las tiendas que estaban fuera eran más concurridas y otras al interior de las estructuras eran, según la visión médica, focos de propagación de enfermedades. Por tal motivo, los comerciantes que ocupaban un puesto en el mercado debían obtener trimestralmente un certificado de los médicos municipales en el que se hacía constar que el solicitante no adolecía de alguna enfermedad contagiosa o de lesiones que hagan inhábil para el servicio.¹³⁴ Por lo tanto, se puede afirmar que “los criterios salubristas en materia de contagio de enfermedades contribuyeron a acrecentar el recelo frente al otro y particularmente frente al recelo de los cuerpos”.¹³⁵

En caso de que la enfermedad haya sido repentina y de cierta gravedad requiriendo que el arrendatario del puesto tenga que ausentarse por algún tiempo (máximo un mes según las disposiciones oficiales) se tenía que poner en conocimiento del respectivo inspector con la indicación de la persona encargada temporalmente del puesto.¹³⁶

¹³⁴ Ordenanza de Mercado, 3 de octubre de 1933, art. 5, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

¹³⁵ Eduardo Kigman, “Historia Social y mentalidades: Los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales”, *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 15 (2002): 109.

¹³⁶ Ordenanza de Mercado, 3 de octubre de 1933, art. 25, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

Además, los médicos municipales y en especial del jefe de la Oficina de Higiene Municipal tenían la obligación de visitar de los mercados, inspeccionar y tomar muestras de las sustancias alimenticias para análisis del buen estado o a su vez la prohibición de la venta.

Otro objetivo que perseguía la municipalidad —con los médicos al frente— fue buscar la organización y, de manera implícita, la formación de un sector asalariado urbano que dependían del trabajo en los mercados. Fue el caso de los porteadores, también llamados cargadores. Cada uno de ellos podía ejercer su oficio en el mercado previo la entrega de una matrícula, documento que era otorgado por la Oficina de Censo y Estadística que permitía el ejercicio de dicha actividad. Sumado a ello, también se tenía que obtener el certificado del Médico Municipal sobre salud y aptitud física.¹³⁷ Las edades mínimas que se permitían para la entrega de las credenciales fueron en niñas, los 16 años y en niños, los 14 años de edad. Del mismo modo, los cargadores estaban sujetos a la vigilancia de las autoridades municipales, en especial de los inspectores y agentes del mercado.

Los cargadores fueron vigilados en su fuente de ingreso económico. Los precios se ajustaban mediante un contrato y en caso de divergencia (muy probablemente esto sucedía a menudo) el juzgamiento de las tarifas lo realizaría el Comisario de Abastos previo análisis a la carga introducida al mercado.¹³⁸ Esto hace pensar que las ideas salubristas estaban destinadas hacia las personas que trabajaban con la carga del mercado y también hacia los mismos vendedores y sus formas de manipular los alimentos. Por ejemplo, los que vendían pan, quesos, manteca, mantequilla, confites o frutas partidas tenían que colocar la mercadería dentro de un guardafrío o cualquier otro depósito resguardado con tela metálica. Todo esto con la intención de conservar en buen estado los alimentos y generar el mayor cuidado con los restantes diarios:

Todos los bultos sobrantes de la venta diaria quedarán bien arreglados y acondicionados, con las marcas visibles para que no se confundan y se pueda tomar nota de ellos, exceptuándose los de fácil descomposición. Es obligación del ocupante del puesto, dar parte a los Agentes de Mercado de los bultos sobrantes, para que estos, a su vez, comuniquen al Inspector, que formara la lista respectiva.¹³⁹

Adicional a lo expresado en las anteriores líneas, tampoco se permitía conservar dentro del mercado envases vacíos, sacos, cajones, jabas, entre otros materiales que

¹³⁷ *Ibíd.*

¹³⁸ *Ibíd.*, 3.

¹³⁹ *Ibíd.*

permitiesen la manipulación incorrecta de los alimentos o acumulación que genere desorden. Se trataba de que los materiales, muebles y utensilios brindasen un buen aspecto a la vista, aseados y en perfecto estado físico. Para el caso de las tercenas los ocupantes respondían por el buen estado de los muebles municipales sobre todo aquellos que utilizaron mesas para las ventas. Inclusive los vendedores que se dedicaban a la venta de carne tenían la obligación de utilizar sierras especiales en lugar de hachas trituradoras de hueso.¹⁴⁰ Se infiere que las hachas, según el municipio, generaban más desperdicio, mayor suciedad y desorden al momento de entregar el aliento.

Estas medidas por muy incipientes que se piensen significaba para el municipio de la ciudad acrecentar el control con el fin de facilitar el examen de los médicos y la vigilancia de los agentes en los mercados. En palabras de Eduardo Kingman esto “se daba por una preocupación por todo aquello que podía conducir a la contaminación: olores, sabores, contagio visual, enfermedades”.¹⁴¹ De estas medidas oficiales se esperaba que se convirtieran en propuestas a largo plazo que respondían a un contexto demográfico en el que la población urbano-rural fue característica principal de la ciudad andina.¹⁴² En otras palabras, el traslado de los productos al nuevo mercado representó una apuesta institucional en materia demográfica y sanitaria al mismo tiempo.

Si bien es cierto que la finalidad en la creación de un nuevo mercado es la de favorecer a los sectores apartados de la ciudad en la provisión de artículos de primera necesidad, este planteamiento está lejos de concretarse sin los problemas que se desprenden con la relación entre pobladores, entre municipio y ciudadanos, incluso entre los propios gestores de tal construcción. Esto fue lo que ocurrió al momento de debatir la pertinencia de conservar o no los dos espacios destinados al expendio de alimentos. Mientras el Comisionado de Mercados defendía la tesis de dividir los víveres a las dos plazas de mercado, otros opinaban que debía abandonarse definitivamente el “Mercado Central” en preferencia del “Nueve de Octubre”.¹⁴³ La prensa defendía la primera posición, lo que para ellos significaba los “intereses del público” y tildaba de “ventajas personales” a las acciones que iban en contra de la posición del Comisionado de mercados.

¹⁴⁰ *Ibíd.*

¹⁴¹ Kingman, *La ciudad y los otros*, 288.

¹⁴² *Ibíd.*

¹⁴³ El Mercurio, “Ha vuelto al tapete de la discusión el asunto división de Mercados”, *El Mercurio*, 1 de febrero de 1935: 4, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

Estas disputas internas continuaron. Para 1935 el Concejo Municipal designó un nuevo Comisionado de Abastos quién por medio de los agentes municipales obligó a las vivanderas a abandonar los puestos del “Mercado Central” e instalarse en el Mercado “Nueve de Octubre”.¹⁴⁴ Estas acciones fueron ejecutadas con el uso de la fuerza municipal (agentes), lo que provocó varias pérdidas de artículos destinados a la venta, sin que nadie se haya responsabilizado por estos decomisos. De hecho, en una sesión del Concejo Municipal de febrero del mismo año, cuando se discutía una vez más la conveniencia o no de dividir los artículos de primera necesidad, las protestas de la población en torno a este tema fueron intentadas silenciar con el uso de un arma perteneciente a la fuerza armada municipal.¹⁴⁵

Oyéanse atronadores gritos y exclamaciones escuchándose claramente entre la confusión la siguiente frase: “nosotros les subimos, nosotros mismos les hemos de bajar al contrario del pueblo”. Las barras están incontenibles. Los Concejales ante la actitud del pueblo tratan abandonar el resinto [recinto], más la muchedumbre grita que no los dejarán salir [...] En ese momento se presenta el Inspector de Policía señor Julio Jurado y pone a las órdenes del Concejo un piquete de la fuerza armada para lo que pueda acontecer.¹⁴⁶

De esta forma *El Mercurio* narraba los acontecimientos alrededor de la sesión del Concejo Municipal. Estas acciones respondían a una forma de expresar el poder a través de tecnologías disciplinarias que intervenían sobre la población, considerada como un cuerpo social (y biológico) con sus propias características.¹⁴⁷ Se resolvió, por tanto, que una comisión compuesta por cuatro concejales presentasen un informe urgente sobre la conveniencia o inconveniencia de que los artículos fueran vendidos en el mercado nuevo. La decisión final que tomaría el Concejo Municipal estuvo precedida por respuestas desde la prensa local que “comprendía” cuán difícil era “acostumbrar al pueblo” a las mejoras que se implantaban día a día. Se citaba el ejemplo de la ocasión en que se trató por primera vez sobre el cierre de una acequia en el barrio de San Sebastián y la resistencia que causó en los vecinos.

El ejemplo sirvió para detallar que estaba en manos del Concejo el “convencer al pueblo satisfaciéndole equitativamente”; es decir, hacer política bajo los criterios y

¹⁴⁴ El Mercurio, “Nuevos abusos en la plaza del mercado”, *El Mercurio*, 8 de febrero de 1935, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Alborno” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

¹⁴⁵ El Mercurio, “Detalles de la sesión celebrada la noche del lunes último por el Concejo Municipal”, *El Mercurio*, 13 de febrero de 1935: 3, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Alborno” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

¹⁴⁶ *Ibíd.*

¹⁴⁷ Zandra Pedraza Gómez, “El régimen biopolítico en América Latina. Cuerpo y pensamiento social”, *Nueva Época* 4, n.º15 (2001): 8.

conveniencias que correspondan al municipio. Diario *El Mercurio* sostenía que el funcionamiento de los mercados tenía que ser en proporción a su consumo, ya que en el “Mercado Central” se concentraba dos tercios de los consumidores. También fue cierto que aquella proporción restante destinada al Mercado “Nueve de Octubre” necesitaba funcionar con todos los productos de primera necesidad sin excluir ninguno que se expedía en la plaza San Francisco. El diario lo resumía como un “asunto delicadísimo” que comenzaba a levantar suspicacias: “Queremos decir que de la resolución que al respecto se adopte, surgirá el aplauso o la censura popular para la Corporación representativa de la comuna cuencana”.¹⁴⁸

En medio de estas disputas los pobladores prepararon una solución que encajaba en la visión de orden social urbano que plantaba el Concejo Municipal. Se trató de que los propietarios más acaudalados junto con comerciantes y vecinos del sector que rodeaba el “Mercado Central”, realizasen un proyecto de petición con la finalidad de poder edificar una Casa de Mercado conforme a todas las normas técnicas y de higiene que requeriría una obra de tal importancia. La única condición que el proyecto requería era la entrega de terrenos por parte del ayuntamiento que se pretendía ubicar al suroeste de la plaza, propiedad de la Curia eclesiástica.¹⁴⁹

Se puede explicar entonces que, siguiendo a Eduardo Kingman, “la sanidad fue un quehacer oficial imprescindible ya que permitiría también la posibilidad de multiplicar los beneficios económicos”.¹⁵⁰ En este caso, el nuevo mercado que había sido el foco de conflictos entre los actores sociales de la época respondía también a la pretensión de un beneficio interno de las arcas municipales. No obstante, con el involucramiento de los “vecinos acaudalados” y “comerciantes bien respaldados” en un proyecto conjunto, la autoridad municipal se percibiría minada en el control y en sus operaciones sobre la población. Por ello y mientras el proyecto había permanecido aún entre el círculo de propietarios de la zona, el Concejo Municipal decidió resolver el asunto de la siguiente manera: “Que la distribución de los artículos en los mercados se haga de acuerdo con la densidad de población que se provee en cada uno de ellos; que pueden expedirse toda

¹⁴⁸ El Mercurio, “El conflicto de los Mercados”, *El Mercurio*, 14 de febrero de 1935: 3, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

¹⁴⁹ *Ibíd.*

¹⁵⁰ Kingman, *La ciudad y los otros*, 288.

clase de artículos en ambos mercados y que la distribución de los puestos se haga por medio de sorteo”.¹⁵¹

Esta resolución pudo dilucidar el seguimiento y la intervención del municipio en la resolución del conflicto. No obstante, las disposiciones no eximían a la municipalidad de recibir críticas por la falta de cuidado en la plaza del nuevo mercado. En 1938 se escribía que sus alrededores se han vuelto un sitio lleno de camiones que lo ocupaban como estación de carga y descarga. De las calles se decía que era una polvacera en tiempos de verano y un lodazal en tiempos de invierno. En la siguiente imagen (ver figura 4) se puede observar que efectivamente se había convertido en una estación de transportista de carga, que además de recibir buses de transporte interprovincial, probablemente la estación servía para el traslado de los propios alimentos que se venderían más tarde al interior del mercado.

La idea, en primera instancia, fue trasladar todo el abasto a este nuevo centro; sin embargo, esto generó malestar en la población y en la prensa, quienes criticaron el accionar del municipio. Incluso la respuesta del sector comercial fue financiar por su propia cuenta un establecimiento que se ubicara en la plaza San Francisco, allí donde tradicionalmente funcionaba el “Mercado Central”. Esto último, representa un interés de la población en el sector dado que, por un lado, se trataba de conservar un lugar como punto de encuentro construido desde hace décadas y, por otro, afirmar la trascendencia centro neurálgico en la cadena que representa el expendio de los alimentos: preparación, transporte, manipulación, venta.

En la siguiente imagen se puede observar que las personas se ubicaban en torno a la casa de mercado con los parasoles blancos y mesas de la misma forma que lo hacían en el Mercado Central, aunque en menor medida. Esto hace pensar (algo obvio en ocasiones) que las regulaciones no se aplicaban estrictamente en el tiempo establecido y más bien fue un proceso de incorporación progresiva en el que las medidas tomadas en la regulación de los alimentos. También se observa que por entonces no había ningún tipo de transporte público, por lo que resultaba en extremo difícil la presencia de consumidores.¹⁵² Es decir, el nuevo mercado fue ubicado en una zona casi inhabilitado,

¹⁵¹ El Mercurio, “Detalles de la sesión celebrada la noche del lunes último por el Concejo Municipal”, *El Mercurio*, 19 de febrero de 1935: 3, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

¹⁵² Avance, “De la primera plaza de ferias a los grandes supermercados”, *Avance*, accedido 20 de enero de 2025, párr. 7, <http://revistavance.com/ediciones-anteriores/ano-2024/enero-de-2024/60611682-de-la-primer-plaza-de-ferias-a-los-grandes-supermercados.html>

rodeado por terrenos de cultivo, que no se piensa en urbanizar. Carecían de verdaderos barrios, por consiguiente, de movimiento de mercaderes.



Figura 4. Plaza y casa del Mercado “Nueve de Octubre”, conocido como “Mercado Norte”. Mercado Municipal “9 de Octubre” (Cuenca: INPC, 1943)

El municipio se preocupó también por la reglamentación de los productos alimenticios con el objetivo de alinear los intereses puestos en la estructura nueva de mercados (establecimiento, ordenanzas, vigilancia). La preocupación por la alimentación ha sido consustancial con las normas higiénicas, estas reglamentaciones, más o menos elementales, han ido necesariamente unidas al establecimiento de los mercados y, la calidad y cantidad de alimentos que se expendían. Para las autoridades nacionales, el pueblo ecuatoriano poseía una “costumbre tradicional” en hacer de su dieta una “anarquía alimenticia”. Es decir, alimentos poco balanceados, desalineados a la etapa de la vida y sin la consideración de sus aportes vitamínicos.¹⁵³ Sin embargo, para acceder a una función alimenticia estable con los principales alimentos de la dieta local el Concejo Municipal intentó colocar toda su maquinaria institucional en la reglamentación de tres principales productos: carne, leche y pan.

¹⁵³ Informe del Ministro de Previsión Social y Trabajo 1939 (Quito: Ministerio de Previsión Social y Trabajo, 1939), 28.

El proceso empieza por la regulación en la venta del ganado mayor en los mercados públicos. Para ello se elaboró una propuesta de Ordenanza para el control en la venta del ganado, este proyecto iría de la mano con la *Ordenanza sobre Mercado* del año 1933. En la ordenanza se enfatizaba que el Concejo Municipal sería el que determinaría el lugar y la hora de las ferias públicas destinadas a la venta del ganado mayor. Los jueves y domingos al interior del cantón¹⁵⁴ y solamente los domingos en las parroquias rurales. En el caso de estas últimas, la plaza central servía para mercado de este tipo de ganado, mientras que las rutas por donde transitaría los animales también fue regulada por la municipalidad, la cual evitó en lo posible el tránsito por calles principales de la ciudad. Traslado que evidentemente sería mal visto por la población urbana que a diario transitaba el centro de la ciudad. Una vez realizado la compraventa del ganado en los mercados públicos se pedía que se dejara constancia del contrato con los siguientes datos:

- a) El lugar, día y hora del negocio;
- b) El nombre, filiación y domicilio del vendedor;
- c) El nombre, filiación y domicilio del comprador;
- d) El precio del contrato;
- e) La procedencia y destino del semoviente enagenado;
- f) La filiación completa del ganado, y;
- g) Las firmas de los contratantes y del empleado correspondiente¹⁵⁵

Todos los documentos generados debían ser firmados por el presidente del Concejo y administrados por la Oficina de Estadística. Como se puede observar los datos pretendidos respondían a la necesidad de dar seguimiento lo más cercano posible al recorrido que realizaba el ganado y sus propietarios antes de ponerlos a la venta de la ciudadanía o a su vez de continuar con el proceso de crianza. En ocasiones las ventas se efectuaban en ferias donde los compradores podrían constatar el estado del animal y muy probablemente se ponía en práctica los elementos que formaban parte de la solicitud de la Oficina de Estadística (ver figura 5).

¹⁵⁴ Para fines de las ventas de ganado, las parroquias consideradas como urbanas fueron las parroquias Ramírez Dávalos, Sagrario, San Blas, San Sebastián, Huainacápac y Sucre.

¹⁵⁵ Proyecto de para el control en la venta de ganado mayor en los mercados públicos, 22 de diciembre de 1932, art. 7, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.



Figura 5. Personas observando en una feria pecuaria en Cuenca. Archivo fotográfico del Museo Pumapungo, *Feria pecuaria en Cuenca*, (Cuenca: INPC, 1930-1940)

Se había descrito en el capítulo anterior algunas características del estado de la carne y los primeros esfuerzos de la OHM con relación a la situación del alimento en la ciudad. Sin embargo, pese a estos esfuerzos de la oficina la venta de carne de calidad estuvo lejos de concretarse a corto plazo. La prensa destacaba el trabajo del Médico de Camal cuando ordenaba que no se desposte ganado viejo; sin embargo, aún se percibía en la ciudad una carne de muy mala calidad, lo que hace pensar que las “prácticas habituales” aún continuaban. “Carne más mala que la que consumimos actualmente, no se podrá encontrar. En todas las ciudades cultas aquello que, en primer término, llama la atención de las autoridades, es el origen puro de los alimentos”¹⁵⁶ escribía diario *El Mercurio* al constatar el estado de la carne en los establecimientos de expendio de este alimento.

Se apelaba en primer lugar al estado civilizatorio como norma primigenia en el combate de los productos defectuosos y, además, al sentido higiénico y económico que representaría la mejoría de la calidad del alimento. La problemática radicaba en que, a pesar de las órdenes de las autoridades, los matarifes (personal encargado de matar reses) aún seguían derribando cabezas de ganado viejo. Por ello, se insistía en que el castigo

¹⁵⁶ El Mercurio, “Carne y pan de pésima calidad”, *El Mercurio*, 1935: 4, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

para estos oficiales sea incluso en el intento de hacerlo, debido a que comerciar el ganado que ha trabajado durante toda su vida representaba ir en contra de la higiene y hasta en contra de la economía doméstica.¹⁵⁷

La diferenciación en la modificación de estos hábitos se “establece con respecto a un sector no urbanizado, no incorporado”¹⁵⁸ un proceso que el Municipio de Cuenca trató de implantar con la generación de sanciones normativas hacia la ciudadanía (vendedores, comerciantes y productores) en materia alimenticia. Fue el caso de la venta de leche en los mercados de la ciudad, la cual se comparaba con la que se expedía en Guayaquil. Se detallaba que la esta purificación o higienización del líquido vital en el puerto fue combatido en un principio debido a dos razones: el desconocimiento y desconfianza que crea una nueva “obra de mejora” y un *boycot* que iniciaron los productores mayoristas contra la planta pasteurizadora.¹⁵⁹

La Oficina Sanitaria Panamericana explicaba lo que se consideraba como “leche de calidad”. Esta se determinaba “por el número de bacterias que contenga, haciéndose el examen de acuerdo con los métodos tipo *standard* por la Asociación Americana de Salud Pública”.¹⁶⁰ Entonces una presencia bacteriana alta no indicaba necesariamente que existan gérmenes patógenos, pero sí se consideraba un indicativo de que se han empleado métodos inapropiados en la producción de la leche. Por el contrario, “una fórmula baja no denotaba falta absoluta de gérmenes patógenos, pero es más probable que suceda así en este caso que en el otro”.¹⁶¹ Según diario *El Mercurio* lejos estuvo de la sociedad cuencana “debatir estos problemas” debido a que el Concejo Municipal carecía de fondos que le permitiera siquiera meditar sobre estos asuntos técnicos de producción.¹⁶²

En Cuenca se tenía que limitar al cuidado de las lecherías públicas y al cumplimiento de los requisitos sanitarios que los establecimientos debían obtener (requerimientos detallados en el capítulo anterior). La prensa exigía una suerte de “pesquisaje” que se debiera desplegar para sancionar a los contrabandistas de tan importante alimento, dado que se sostenía que en ciertos depósitos de los mercados se alteraba su composición agregándole agua y desnatándola. La situación del expendio de

¹⁵⁷ *Ibíd.*

¹⁵⁸ *Ibíd.*

¹⁵⁹ *El Mercurio*, Expendio de leche, *El Mercurio*, 5 de febrero de 1935: 2, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

¹⁶⁰ James A. Tobey, “Modo de conseguir Leche Limpia y Segura”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 7, n.º 10 (1928): 1183, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/13659>.

¹⁶¹ *Ibíd.*

¹⁶² *El Mercurio*, Expendio de leche, *El Mercurio*, 5 de febrero de 1935: 2, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

la leche en Cuenca no se parecía ni a Guayaquil o Quito ni a varios espacios del continente; sin embargo, los esfuerzos institucionales de control y regulación se podían observar en las publicaciones de la Oficina Panamericana de Salud.

En Salta, Argentina, el Consejo de Salud Pública pretendió dictar una “reglamentación sobre producción, transporte y expendio de la leche, que hasta ese momento no pudo entrar en vigencia por la resistencia de los productores, y hasta de la misma autoridad municipal, que reclama para sí el derecho de dictar tales reglamentos”.¹⁶³ La reglamentación dictada en la ciudad argentina contemplaba el problema en sus tres aspectos principales: “protección contra las enfermedades transmisibles al hombre, limpieza en la producción, y resguardo contra el fraude o adulteración”.¹⁶⁴ Mientras que en la capital argentina a mediados de 1935 se decretaba la creación de una Comisión pro-leche que se encargará de obtener, vigilar y mejorar las condiciones de la leche.

En Cuba hacia 1935 se produjeron dos decretos presidenciales que se “proponían evitar la adulteración y clandestinaje de la leche en la ciudad de la Habana y garantizar un consumo de leche fresca y pura”.¹⁶⁵ Mientras que en Santiago de Chile se inauguraba una nueva planta pasteurizadora entregando al consumo 150000 litros diarios de leche pasteurizada. Por su parte, en Costa Rica por un decreto dictado en 1938 se aprobaba el reglamento sobre producción, conservación, transporte, reparto, y venta de leche. En Venezuela, por decreto presidencial de 1935 se “disponía proceder a la organización de servicios relacionados con la investigación, fomento, desarrollo y organización de las industrias lácteas, y se acordaba realizar un crédito nacional de 1 millón de bolívares para atender a los gastos de dicha organización”.¹⁶⁶ Todos estos avances fueron recogidos y publicados en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.¹⁶⁷

Entre las normas también se requería el control del precio del artículo. Una de las preocupaciones se relacionaba a que la leche era uno de los alimentos que se podía costear de forma estable la población pobre y enferma, sobre todo aquellos que padecían de fiebre

¹⁶³ Oficina Sanitaria Panamericana, “Leche”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 14, n.º 12 (1935): 1204, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18191>.

¹⁶⁴ *Ibíd.*

¹⁶⁵ *Ibíd.*

¹⁶⁶ *Ibíd.*

¹⁶⁷ Algunos artículos del Boletín se pueden recuperar en <https://iris.paho.org/>.

tifoidea.¹⁶⁸ Mas si su precio se desbordaba y su composición se alteraba se hacía imposible su adquisición:

Los pretextos para el encarecimiento de la leche, cuyo precio actual escandaliza, puesto que se la vende hasta por el valor de un sucre el perol, son fútiles y hueros; ora se dice, por motivos de carnavales; ora por presencia de los soldados del Chimborazo, en Girón; ora porque estamos en plena cuaresma... ¿Pero por ventura, es que las vacas dejan de ser ordeñadas o esconden la leche porque se dan cuenta de que hay fiesta?¹⁶⁹

De estas palabras se lee entrelíneas una crítica hacia los funcionarios del Concejo Municipal. Se percibe una crítica hacia la negligencia del Comisario de Abastos, por ejemplo. De quién se esperaba inicie una campaña de abaratamiento del producto. “Leches agrias, guardadas, hervidas y frutos de usos que, por decencia, no es posible enunciar, son sacadas a venderse en nuestro mercado”,¹⁷⁰ opinaba la prensa en una de sus columnas destinadas a la campaña en contra del precio de la leche. Varias eran las denuncias que llegaban a puertas de la prensa local en las que la gente cansada del precio elevado y de la pésima calidad de la leche acudían a dirigir requerimientos hacia el Concejo Municipal. “Estamos, pues, dispuestos a servir al público que así nos solicita, aun cuando para ello tengamos que adoptar medidas fuertes. Del mismo modo, y en breve, hablaremos acerca de las pésimas condiciones de la elaboración y venta del pan”.¹⁷¹

El otro alimento que ha merecido observaciones de la prensa fue el pan. Diario *El Mercurio* explicaba la situación del alimento como una “anormalidad incalificable”. Para 1935 se observaba en la ciudad un desastroso modo de expender el pan, uno mal elaborado y excesivamente caro para las necesidades populares. Se criticaba la ineficaz labor del Comisario de Abastos y el poco control por parte de la Sanidad hacia las pulperías y lugares de venta del pan, pues “lugares existen de expendio, en donde el pan es manoseado por cada cliente, escogido, arrojado luego y convertido después en campo deportivo de moscas y gusarapos repugnantes”.¹⁷² Este temor por supuesto se debía a que el pan podía convertirse fácilmente en el vehículo de enfermedades mortales. Sin

¹⁶⁸ La fiebre tifoidea es frecuente en los lugares donde el saneamiento es deficiente y no se dispone de acceso a agua adecuada en términos salubres. La leche también puede ser un vehículo para la transmisión de la bacteria *Salmonella Typhi* (la que produce la fiebre) si está contaminada por aguas residuales o si la manipulan portadores. Por ello se no recomienda tomar leche sin hervir ni productos que la contengan.

¹⁶⁹ El Mercurio, “El precio prohibitivo de la leche”, *El Mercurio*, 21 de marzo de 1935: 3, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

¹⁷⁰ *Ibíd.*

¹⁷¹ *Ibíd.*

¹⁷² El Mercurio, “La elaboración del Pan y Comisario de Abastos”, *El Mercurio*, 23 de marzo de 1935: 3, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

embargo, la higiene iba relacionada con la forma de expendio del alimento, por ello se exigía el control en el peso del pan, su volumen y precio de sus ingredientes:

En las plazas de mercado se vende también pan para el pueblo. Entre esa calidad y la del llamado “pan de agua”, casi no existe diferencia. O más bien, podríamos decir que sí existe ventaja de parte del pan vendido al pueblo. Lo dicho: el “pan de agua” y los otros de calidad media, que son consumidos por las tres cuartas partes de la población, reúnen pésimas condiciones alimenticias, son de precio carísimo para el volumen que representan, sintetizan en sí el afán de lucro de los elaboradores que cada vez negocian su holgura económica a costa de la salud y posibilidades monetarias del pueblo.¹⁷³

De lo expuesto se desprende dos reflexiones. La primera se relaciona a que la diferencia de panes en calidad, forma y denominación resultaba definida por el poder adquisitivo de las personas. El “pan de agua” también conocido como “palanqueta” fue elaborado de acorde al pan llamado “pan blanco”. Es decir, elaborado con harina, agua, levadura y sal, este pan fue llamado por las autoridades “pan standard” por estar elaborado con los ingredientes básicos y por poder dividirlo en fracciones para la venta. De hecho, según Marialeja Cordero a comienzos del siglo XX se elaboraba un tipo de pan especial que dio pie a que haya problemas entre panaderías y autoridades que ponían tasas para su venta.¹⁷⁴ En un inicio el pan tomaba el nombre y descripción de las manos de quien lo hacía, comúnmente fueron familias que se dedicaban a esta labor y, por ello, los intentos de estandarizar el producto, lógicamente conllevaría resistencia.

La segunda reflexión que aquí presento se refiere a que la prensa sostenía la existencia de una “avaricia” por parte de los productores de pan al incrementar los precios por razones personales. Sin embargo, no se tomaba en cuenta las fluctuaciones de la materia prima como, por ejemplo, la subida de precio del trigo o sal; la calidad de la harina para su elaboración o del proceso que conlleva obtener un pan de calidad. Estas harinas, llamadas de “Castilla” y otras “harinas del norte” porque venía precisamente del norte del país eran molidas en los clásicos molinos ubicados en distintos puntos de la ciudad, así cada harina fue el resultado de la transformación del trigo o la cebada.¹⁷⁵ Una vez molida se pasaba por un cedazo y para mejorarla aún más se pasaba por un floreador; de esta forma se obtenía harina de gran calidad.¹⁷⁶ Proceso que permitía, por ejemplo,

¹⁷³ *Ibíd.*

¹⁷⁴ Marialeja Cordero Muñoz, *Cuenca, memoria y cocina 1900-1950* (Cuenca: Universidad de Cuenca, 2019), 176.

¹⁷⁵ *Ibíd.*

¹⁷⁶ *Ibíd.*

elaborar el pan llamado “mestizo” con una harina gruesa y con el restante de harina cernida hacer el “pan de huevo” y “palanqueta”.

Otro de los aspectos que no se tomaba en cuenta fue la tecnología que se utilizaba para elaborar la harina (ingrediente primordial del pan). La nueva tecnología en un principio no estaba al alcance de todos, por ello la adquisición de los molinos eléctricos¹⁷⁷ para la producción masiva fue paulatino, se pasó de llevar los granos a moler en los diferentes molinos establecidos en la ciudad como los del El Vado o de Todos Santos, a llevarlos a los molinos eléctricos que en menor tiempo de trabajo producía más cantidad de harina.¹⁷⁸ Al seguir este razonamiento, las personas que tenían acceso a este tipo de tecnología pudieron abaratar los costos y las posibilidades de obtener otros ingredientes mejor calificados. Sin embargo, a pesar de este panorama la prensa como gran parte de la población urbana solicitaba del Concejo Municipal el control del volumen y precio dado que cuando el trigo bajaba de precio, el pan escaseaba igual o cada día más.

En este contexto de necesidad por reglamentar las diversas actividades industriales, incluida la clasificación y venta de los productos de la industria panificadora, el gobierno central que por entonces se encontraba bajo la dictadura de Federico Páez, resolvió elaborar un decreto con diez artículos sobre la venta, clasificación y lugares de expendio del pan. Así como las penas y multas que se impusieron una vez determinada las falsificaciones producto de los decomisos del artículo. Entre las disposiciones más importantes estaba el dedicado a la venta del pan. Esta se haría fijando el precio por unidad de peso; a diferencia de lo que sucede en la actualidad, en aquellos tiempos, el pan se lo vendía por libras o fracciones de libras, o al menos es lo que se pretendía regularizar desde la normativa.

Otra disposición de sumo interés fue la clasificación del pan. Es decir que la denominación comercial con que se vendería el pan ahora dependía de la naturaleza de la harina con que se la elabore. “Con la denominación genérica de pan se entenderá el elaborado con harina pura de trigo; pero el que fuese hecho con cualquier porcentaje de harinas de otras clases de granos, como el centeno, por ejemplo, deberá distinguirse por

¹⁷⁷ El cambio en la actividad panadera llegaría producto del cambio en la generación eléctrica en la ciudad. En 1914 llega a Cuenca el primer generador de energía eléctrica y con este una etapa en el sector de la panadería sustituyendo los molinos hidráulicos por los eléctricos.

¹⁷⁸ Cordero Muñoz, *Cuenca, Memoria y Cocina (1900-1950)*, 181; Wilson Celín Suárez, “La panificación en Cuenca: nacimiento de la panadería, influencia colonial y evolución actual” (tesis de grado, Universidad de Cuenca, 2023), 50, <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/efe184c2-5e3a-49e9-be15-de35a201ac8e>.

una denominación especial”.¹⁷⁹ El decreto ejecutivo detallaba que los encargados de fijar el precio de cada libra de pan estándar debían ser las respectivas municipalidades y que mientras se lo hacía efectivo, cada panadería tenía la obligación de anunciar al público el precio respectivo. Meses después de publicado el decreto ejecutivo —abril de 1937— el Concejo Municipal de Cuenca expedía el *Reglamento para la elaboración y venta de pan en el cantón*. Artículos que lo expondré íntegramente:

Art. 1— El precio de una libra de pan “STANDARD”, o sea el elaborado de harina, agua, levadura i sal (pan Blanco) será el de ochenta centavos. El pan STANDARD, estará dividido en fracciones de cuatro onzas, dos onzas y una onza, siendo sus valores S|. 0,20—S|. 0,10 y S|. 0,05.

Art. 2— La libra de pan llamado de “HUEVO”, se venderá al precio de un sucre diez centavos, y sus fracciones de 28 gramos a S|. 0,05.

Art. 3— La libra de pan denominado de “DULCE”, se venderá al precio de cincuenta centavos y cinco centavos, y sus fracciones de 45 gramos valdrán S|. 0,05.

Art. 4— La libra de pan integral, o sea el de INFIMA CATEGORIA, se venderá a S|. 0,40 y sus fracciones se pagará por 60 gramos S|. 0,05.

Art. 5— La libra de pan llamado “GALLETA”, se venderá al precio de un sucre treinta y cinco centavos, y sus fracciones de 18 gramos se pagará S|. 0,05.

Art. 6— La libra de pan llamado “PALANQUETA”, o pan de agua, al precio de ochenta centavos y sus fracciones de acuerdo con el pan “STANDARD”, considerándose así este pan, para la aplicación del Reglamento y Leyes relativas a la Industria.

Art. 7— El precio de pan de otra harina, que no fuere de trigo, se fijará por el Comisario de Abastos de acuerdo con la situación del mercado, por cuanto la panificación de otra harina es excepcional entre nosotros.

Art. 8— Queda el Comisario de Abastos facultado para la modificación de estos precios, en armonía con el costo de las materias primas, debiendo comunicarse para su aprobación al Concejo, este particular.¹⁸⁰

De este reglamento se desprende valiosa información. Además de constatar la variedad de pan que se elaborada en la ciudad, su denominación y sus ingredientes, resalta poder comprender la forma en que Concejo Municipal (bajo el decreto ejecutivo) pretendía regular la producción y venta del pan. Se ha dicho que una de las principales disposiciones fue la venta por libras del producto, así en cada artículo se desglosa también los precios y gramos de las fracciones del mismo bajo el punto referencial del pan estándar. Otra de las exigencias que se planteaba para el municipio fue la consideración de las fluctuaciones de los precios de los ingredientes, elemento que fue colocado en el art. 8, aunque la decisión pasaba por el funcionario que muchas veces fue criticado por su escasa labor en los mercados y establecimientos de la ciudad. Estas medidas, que

¹⁷⁹ Decreto Ejecutivo 95, 16 de diciembre de 1936, art. 2, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

¹⁸⁰ Reglamento para la elaboración y venta de pan en el cantón, 5 de abril de 1937, art. 1-8, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

representaron solo una parte de las regulaciones en la industria panadera: la venta, fueron puestas a consideración de la Dirección de Sanidad Austral.

Para 1938 la Dirección de Sanidad Zona Austral bajo su Director, el doctor Carlos Aguilar Vásquez ponía a circular el *Reglamento de Panaderías para las provincias de Azuay y Cañar*.¹⁸¹ Fue un documento mucho más completo, en él se incluía las disposiciones sobre la materia prima, la venta de pan y las panaderías responsables de su elaboración. Se detallaba los tipos de muebles y utensilios que se tenían que emplear para la elaboración. Estos debían tener características de fácil limpieza y fabricados en materiales inoxidables, por ejemplo. Asimismo, se ponía a conocimiento de la región las condiciones físicas y de salud para quienes pretendían ejercer el oficio de panadero. La Sanidad, por tanto, emitiría un certificado en que se detalle que la persona que ejercería el oficio no adoleciera de ninguna enfermedad infecto-contagiosa o de enfermedades de la piel.

La importancia del doctor Carlos Aguilar Vásquez va mucho más allá de la circulación de un documento, ya que siendo Director de la Sanidad Fiscal también fue presidente del Concejo Municipal de Cuenca a fines de la década de 1930. En este sentido, fue pieza clave en el tema del control de la calidad en la leche distribuida en la ciudad. Situación que fue denunciada el concejal Daniel O. Barrera en sesión extraordinaria del Concejo en 1938. Al momento de solicitar que se tomen las medidas correspondientes para evitar el acaparamiento del producto, intervenía Carlos Aguilar Vásquez no solo como presidente del Concejo, sino como Director de la Sanidad Fiscal informando que se ha dictado las órdenes pertinentes para el control de la calidad del artículo, así como de su valor.

Esta fue la tónica de los años finales de los treinta e inicios de los cuarenta. Regulaciones, circulación de documentos y hojas volantes por parte del Concejo Cantonal y la Oficina de Higiene Municipal, también llamada en estos años Dirección de Higiene Municipal. La impronta de Carlos Aguilar Vásquez también fue decisiva en las decisiones tomadas con respecto a los alimentos que se vendían en los mercados y además sobre los establecimientos que requerían de higienización inmediata. Fue el caso de panaderías, peluquerías, tiendas y otras. Los acuerdos y solicitudes pasaban por manos del médico y sus decisiones al frente de ambas instituciones generaban una paulatina transición hacia una política de ciudad urbanizada e higienizada.

¹⁸¹ Reglamento de Panaderías para las provincias del Azuay y Cañar, 1 abril de 1937, art. 1-22, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

2. Pensamiento biologicista en los médicos azuayos: el caso de la alimentación de la población

Se ha dicho que los médicos formaron parte una elite letrada que constituyó la base ideológica y académica en las principales políticas en clave salubrista. De este modo, el estudio de la producción de Agustín Cueva Tamariz, Carlos Aguilar Vásquez, Emiliano J. Crespo o César Piedra Hermida, permite entender no solo el contexto científico en el que se desarrolló las políticas higienistas del Concejo Municipal de Cuenca, sino también —ya que para los intelectuales e higienistas de los inicios del siglo XX la explicación de la sociedad se componía de una combinación entre factores médicos y sociales— la relación entre la disposición de los alimentos y las enfermedades que suponían la formación de la población indígena y campesina como un grupo “degenerado”. La situación de salud en la población respondía, por tanto, a un ineficiente tratamiento desde una perspectiva biológica.

Los médicos destacaban la importancia de la divulgación de, al menos, los elementales principios de higiene. Según su pensamiento, no era posible especular en un mejoramiento en la organización institucional que regían el país y la ciudad sin las reglas elementales dictadas en escuelas, colegios, centros obreros, conferencias públicas, entre otras. Estos principales elementos de higiene respondían a nociones básicas en aseo, profilaxis, puericultura, alimentación y más. En los párrafos siguiente se muestra algunos lineamientos expuestos por los galenos en materia alimenticia y sus componentes más influyentes: tipo de vivienda, control de insectos y atención a la infancia. Las publicaciones recuperadas se han matizado con discursos raciales y biologicista hacia las poblaciones indígenas y campesinas, lo que evidencia la necesidad que tuvieron los médicos de vincular de alguna forma al indio a una sociedad pensada en clave moderna e higiénica.

A partir del siglo XIX la hegemonía de la ciencia como guía del progreso de las naciones latinoamericanas supuso un constante y metódico segregamiento étnico-cultural.¹⁸² Para el siglo XX la idea de razas superiores e inferiores se consolidó por medio de la investigación científico-médica y Ecuador no fue la excepción en este paradigma clasificadorio de las poblaciones. En la región azuaya del país los discursos raciales

¹⁸² Tomás Pérez Vejo, “Exclusión étnica en los dispositivos de conformación nacional en América Latina”, *Interdisciplina* 2, n.º4 (2014): 182.

adquieren coherencia mediante publicaciones como *Realidad Biológica del Campesino Ecuatoriano* (1941) o *Biología y Racismo* (1939) de Agustín Cueva Tamariz. En estos escritos se señala que la definición de raza ha variado a lo largo del tiempo y que para entonces se podía distinguir bajo los argumentos darwinistas de “adaptación”.

Para Cueva Tamariz la raza era una “variedad geográfica” que respondía a una adaptación más o menos aisladas unas de otras. Aunque parezca que Cueva Tamariz haya superado la idea tradicional de raza, al descartar las clásicas definiciones sobre la diferencia de color de piel o de lenguaje, no por eso dejaba de replicar los discursos raciales y racistas hacia la comunidad indígena y campesina.¹⁸³ En la actualidad “raza” es definida como una construcción social y que como tal, tiene realidad y poder social. Esto conllevaría a que socavar la idea de raza o razas sería una lucha continua y vital.¹⁸⁴ Sin embargo, la raza como realidad biológica suponía en la década de 1930 y 1940 la calificación de los grupos mulatos, mestizos o indígenas por sus condiciones psíquicas (mentales), económicas o sociales de inferioridad.

Por ejemplo, el campesinado que, según el autor, se componía del Indio de la Sierra y el Montuvio de la Costa, eran caracterizados como masas crecientes, oscuras y con precipitación hacia el vacío.¹⁸⁵ Es decir, con un alto porcentaje de caer en “males sociales”: alcoholismo o locura. Estas ideas esbozadas por Cueva Tamariz reflejan la noción biológica de un crecimiento indescifrable; es decir, una reproducción descontrolada propensa a la caída, aunque al mismo tiempo, representaba un llamado a la “preocupación” de la sociedad nacional por la condición del campesino. El llamado que realiza Cueva Tamariz para la cooperación en la “situación campesina” se insertó en la primera de la doble vertiente que Tomás Pérez Vejo reconoció en los debates raciales en América Latina. Esto es “sobre las poblaciones nativas, su ubicación en la escala evolutiva y su papel en el proceso de construcción de las naciones civilizadas”.¹⁸⁶

¹⁸³ Aunque a veces se utilice los términos campesino e indio indistintamente para denominar a los pobladores de las afueras de la ciudad, es cierto que en la región azuaya existe una marcada percepción de los actores intelectuales en clasificar al campesinado como abarcante del indígena. También es cierto como bien afirma Rodríguez Bustamante: “no se debe olvidar que Cuenca no era una ciudad extensa con relación a otras del Ecuador y que la línea entre lo urbano y lo rural no estaba completamente definida.” Véase Agatha Rodríguez Bustamante, “La cooperación universitaria del Azuay: El proyecto cultural de la élite letrada azuaya (1867-1920)”, en *Hablar desde el Sur andino: historia de Azuay, Cañar y Loja*, comp. Ana Luz Borrero Vega y María Gabriela Neira Escudero (Cuenca: Universidad del Azuay, 2023), 177.

¹⁸⁴ Siguiendo con esta idea el concepto de raza se relaciona con una historia europea pensada sobre el “diferente”. Véase Peter Wade, “El concepto de raza y la lucha contra el racismo”, *Estudios Sociológicos* XL, número especial, (2022): 166.

¹⁸⁵ Agustín Cueva Tamariz, “Realidad biológica del Campesino Ecuatoriano”, *Revista de la Asociación Médica de Cuenca* 1, n.º1 (1940): 13.

¹⁸⁶ Pérez Vejo, “Exclusión étnica en los...”, 186.

El Congreso Indigenista en México fue el evento propicio para concientizar al país que el estudio biológico del indio es el medio más seguro para tratar de mejorarlo. El autor recupera algunas estadísticas de la población indígena en la que un 90% era analfabeta y casi en su totalidad no disponían de acceso a un libro o periódico. Estos datos, según él, propician el índice mental bajo del campesino que, sumado a la nula asistencia médica, al poco control higiénico o sanitario y a una alimentación insuficiente hacen de ellos unos seres inferiorizados y en plena degeneración. La invitación que hace Cueva Tamariz sugiere la intervención de la política pública en diversos ámbitos, “darle una solvencia económica en el cultivo de sus tierras”, decía. Como si se tratase de un ser vegetativo, producto del campo y constituyente del mismo. Añade una correcta alimentación, un trabajo higiénico y un tratamiento a la infancia; todo esto con miras a desterrar los “errores vitales” de su condición, una vez más la “solución” se reducía a términos biológicos.

Las concepciones científicas-médicas de raza han intentado demostrar las correspondencias entre las características físicas y biológicas con las capacidades intelectuales y de comportamiento en las colectividades humanas.¹⁸⁷ Sin embargo, la finalidad fue siempre consolidar una nación civilizada en homogeneidad racial de la población. Según Ángela Olaya esta última se intensifica en dos aspectos centrales: la creación de fronteras internas y las exaltaciones de determinados atributos y tradiciones.¹⁸⁸ Para Cueva Tamariz las fronteras no solamente fueron culturales, sino biológicamente ubicadas. El autor explica que la pobreza permanente en elementos biológicos defensivos fueron los niveles distintos en la globulación de la sangre.

Los indios de los páramos poseían mejores condiciones fisiológicas debido a la altura, afirmaba; mientras que los indígenas de los valles eran más propensos a los focos de infección. Es decir, mientras más alejados de los focos de infección —en este caso las ciudades— mayores posibilidades de resistencia física. Lo que sugería enclaustrar al indio en el campo, alejarlo de las zonas urbanas y devolverlos a la tierra. No es de extrañar por ejemplo que la Oficina de Higiene Municipal de Cuenca mediante la Policía Sanitaria haya patrullado el centro de la ciudad constatando que las cuadrillas de limpieza

¹⁸⁷ Ángela Olaya Requene, “Discursos y representaciones racistas hacia la región Pacífico y comunidades afrocolombianas, en *Afrodescendencias*, ed. Rosa Campoalegre (Buenos Aires: CLACSO, 2021), 294.

¹⁸⁸ *Ibíd.*

funcionen en las calles céntricas.¹⁸⁹ Es decir que, bajo el argumento de urbanizar e higienizar las zonas céntricas, también se estuvo desplazando lo “antihigiénico” a la periferia. Lo que significó trasladar la población indígena a las zonas en que las que su “ser” y su “biología” fueran aceptables.

En palabras del médico, el mestizaje poseía mejores características que una “raza pura” como la indígena. En su criterio el mejor destino que pudo tener el continente fue la hibridez, dado que químicamente no se podía encontrar sangres puras y de hallarse, estas se encontrarían en “la cuenca amazónica, en el espinazo cordilleral, en el inhóspito seco y en la ubérrima llanada, ahí donde el indio se conserva sin mezcla y no se haya verificado ese amasijo proveniente de la violencia del conquistador y la receptividad del aborígen”.¹⁹⁰ Según esto, el mestizaje mantenía mejores cualidades físicas e intelectuales, idea tan fuerte que otro médico cuencano, César Hermida Piedra, sugería una “sana y fuerte inmigración” que haga del ecuatoriano un hombre sano y de un equilibrio mental perfecto. “Parece que nosotros hemos pecado por exceso de control; nuestra inmigración ha sido deficiente, escasa bajo pretexto de no añadir a las nuestras las taras físicas, psíquicas y doctrinarias de elementos externos,¹⁹¹ afirmaba un joven Hermida Piedra.

Agustín Cueva Tamariz realizaba una especie de “defensa” sobre el campesino. Para él las condiciones biológicas del campesino ecuatoriano no solo fue una cuestión médica, sino más bien una lucha contra la infancia abandonada; por el mejoramiento de la habitación y vestimenta; por un trabajo higiénico y bien retribuido en términos económicos y por supuesto por una alimentación sustanciosa. Sin embargo, también defendía la “divulgación de los principios y preceptos que han de desterrar los errores vitales.”¹⁹² En otras palabras, apoyaba también la propuesta de unas costumbres civilizadas, urbanas, higiénicas y modernas. Para ello realizaba un llamado a los políticos de la época para atender las necesidades económicas y biológicas del país con miras a combatir la degeneración progresiva del campesino producto de las “taras ancestrales y hereditarias” pero también de los vicios y prácticas “morbosas” como el caso del alcoholismo o la carencia de un índice racional de alimentación.

¹⁸⁹ El Mercurio, “Higienización de la ciudad”, *El Mercurio*, 24 de enero de 1935: 2, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, hemeroteca.

¹⁹⁰ Agustín Cueva Tamariz, “Biología y racismo”, *Revista Mástil* 4, n.º1 (1941): 91.

¹⁹¹ César Hermida Piedra, “Higiene Mental e Higiene Carcelaria”, *Revista Mástil* 3, n.º1 (1940): 104.

¹⁹² Cueva Tamariz, “Realidad Biológica del Campesino Ecuatoriano”, 23.

Esta carencia en la alimentación provenía de décadas pasadas, incluso las críticas fueron hacia la propia actividad municipal. Me limitaré en este punto a explorar lo concerniente a la carne, pan y leche; los alimentos alineados al estudio. En el caso de la carne, los problemas comenzaban desde la misma muerte de las reses. Uno de los cuestionamientos en décadas pasadas era la nula competencia del personal encargado de estos establecimientos como el Matadero. Y aunque el problema en las especializaciones en áreas de fisiología y veterinaria fue solucionado de manera progresiva a inicios del siglo XX con la inclusión de médicos especializados y con responsabilidad directa en el manejo del camal, el hábito de sacrificar reses viejas se mantendría incluso con la organización de la Oficina de Higiene Municipal.

Otra crítica a la calidad de la carne fue el modo en que se realizaba la compra-venta del artículo en el Mercado Central. Un lugar que, recordemos, fue el punto de encuentro de indígenas, campesinos y gente de clases populares, pero también de las personas mejor acomodadas económicamente ya que hasta inicios de los años treinta fue el principal lugar de expendio de alimentos. El problema fue las condiciones de venta de la carne en el mercado, para el pobre decía Luis Loyola, con tal de que sea barato, todo lo compra, todo lo consume. Sin embargo, este escenario debía ser controlado por el “tutor del indígena”; es decir, el Municipio. La institución debía cuidar y enseñar al indígena que en sus hogares se percibirían las consecuencias del descuido en el consumo del alimento en las condiciones paupérrimas.

Las consecuencias fueron el incremento de enfermedades del llamando tubo alimenticio: disenterías, indigestiones y parásitos. “Males” que estuvieron directamente relacionado con la forma de expendio de los alimentos, pero también con la manera de prepararlos. José Ochoa explicaba en *Nociones Elementales de Higiene* (1920) la forma correcta de manipular los alimentos en el hogar dado que “un hombre bien alimentado, ofrece mayor resistencia a las enfermedades y en el caso de ser atacado, su convalecencia es más corta; es capaz de realizar grandes esfuerzos, al paso que un individuo cuya alimentación es insuficiente, o poco nutritiva, presenta un terreno abonado para las infecciones”.¹⁹³ El autor detallaba además de la forma de preparación, la composición de los alimentos, su línea de conservación, su forma de contaminación, incluso los tipos de bebidas que se consumía en la sociedad cuencana.

¹⁹³ José Ochoa, *Nociones Elementales de Higiene* (Cuenca: 1920), 32.

El médico expresaba la importancia de que, independientemente del tipo de alimento que se ingiera, la acción del calor era indispensable para la destrucción de muchos gérmenes: bacilo de tuberculosis, cisticercos, triquinos y otros. Por ello, sugería que la carne ya sea asada o frita era necesaria cocerla para matar los gérmenes infecciosos y sobre todo evitar intoxicaciones.¹⁹⁴ La importancia de este proceso residía en lo que E. Baumann, Jefe de Departamento de Agricultura de Estados Unidos, consideraba como “apariencia de la carne”. Esto trataba de que aun cuando parezca que la carne sea sana y salubre, podía resultar tóxica para el ser humano. La carne de un animal tal vez tenga aspecto absolutamente normal; explicaba, mientras que las vísceras están abundantemente infectadas con bacterias patógenas.¹⁹⁵ La preocupación se daba en torno a que el ganado padecía de ciertas enfermedades, algunas de ellas transmisibles al ser humano.

En cuanto al tratamiento de la leche, esta debía tomarse siempre hervida, sugería Ochoa. Para la extracción de la vaca casi nunca la persona encargada se daba trabajo en lavar las ubres y mucho menos lavar sus propias manos. Por esta razón, el médico afirmaba categóricamente que la leche cruda era indigesta. Lo comparaba con las condiciones de extracción del otro lado del Atlántico. “En Europa rara vez se toma cruda, a pesar de que las condiciones de los establos son inmejorables”.¹⁹⁶ Era osado pensar que las condiciones locales se compararía siquiera con las de países europeos. Por otra parte, de la elaboración y expendio del pan se ha dicho lo suficiente en apartados anteriores, Ochoa exigía que una de sus materias primas como lo era el cereal, debía utilizarse bien cocido; mientras que de las harinas reclamaba que no se hayan empleado aquellas adulteradas, ni “polvos” de otras especies en su elaboración.

Otro factor que incidía en el expendio de los alimentos era el factor ambiente y con esto la presencia de animales en la calle. Según la Oficina de Higiene Municipal, las preparaciones alimenticias elaboradas para ser servidas inmediatamente en la calle, fondas y restaurantes debían estar protegidas estrictamente del polvo y de las moscas. Del polvo porque según los médicos contenía microbios nocivos para la salud; y de las moscas por transportar gérmenes a los alimentos que se encontraban al descubierto. Esta protección debía efectuarse por medio de vitrinas, servilletas, mandiles blancos o con

¹⁹⁴ *Ibíd.*, 335.

¹⁹⁵ E. H. Baumann, “Higiene de los Alimentos Cárneos”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 9, n.º 13 (1934): 838, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10138>.

¹⁹⁶ Ochoa, *Nociones Elementales de Higiene*, 35.

mallas de alambre. La Oficina Panamericana de Salud afirmaba que la mosca “era el animal más peligroso que existe ya que había matado más seres humanos que todas las fieras y reptiles juntos”.¹⁹⁷ La OPS decía al respecto:

La mosca en sí misma no es peligrosa para la salud, pero sus hábitos, haciendo caso omiso de sus molestos zumbidos y asedios impertinentes, la convierten en sabandija por demás repugnante y aborrecible. No contenta con criar en la inmundicia, continúa frecuentando la mugre y la porquería toda su existencia, yendo de allí a las viviendas humanas no sólo a manchar muebles y paredes, sino a contaminar el alimento, y a menudo a propagar males.¹⁹⁸

Las moscas pueden transmitir enfermedades contaminándose en los sitios sucios que frecuentan, llevan los gérmenes o parásitos a los alimentos o bebidas que se consumen en los restaurantes, establecimiento de calle, hogares o los llevan hasta la misma cara y manos de las personas. Por esta razón, la Oficina de Higiene Municipal exigía a la ciudadanía eliminar las charcas de las calles que eran los sitios en los que depositaban sus huevos¹⁹⁹ (ver figura 6). También se pedía que se evite el contacto con los utensilios de cocina que servían para la alimentación diaria y sobre todo que se proteja a los niños que se alimentan con biberón, pues las diarreas infantiles, fiebre tifoidea o tuberculosis eran producidas por los microbios que dejaban las moscas al pararse en las mamaderas.²⁰⁰ Las formas de matar que aconsejaba la OHM se sujetaba a utilizar *Flit*, un antiguo insecticida; Chimba, un instrumento que atrapaba las moscas y además cintas atrapamoscas. Para el caso de las charcas de agua se recomendaba regar Kreso o Kerosene, el primero un potente desinfectante y el segundo un combustible líquido a base de petróleo.²⁰¹

¹⁹⁷ Oficina Sanitaria Panamericana, “La mosca”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 21, n.º 2 (1942): 117, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/13277>.

¹⁹⁸ *Ibíd.*, 119.

¹⁹⁹ Se previene al público, 13 de marzo de 1934, párr. 1, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Alborno” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

²⁰⁰ *Ibíd.*

²⁰¹ Pueblo destruid las moscas, 17 de abril de 1934, párr. 2, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Alborno” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

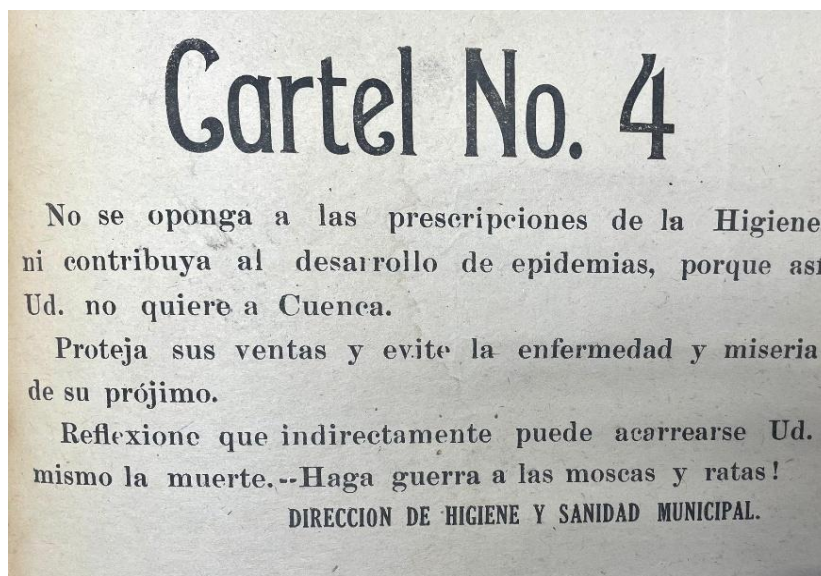


Figura 6. Cartel informativo. Archivo histórico, Museo Pumapungo, 1935-1945

Las nociones higiénicas que defendían los médicos resultaban destinadas para cierto grupo social, aquellos que podía tener acceso a las condiciones de vivienda adecuada para seguir todo el proceso de manipulación de los alimentos. Así como los utensilios y elementos pertinentes para la conservación con el conocimiento técnico mínimo de preparación que se reflejarían en “sanas costumbres” que permitiesen el progreso material y cultural de la colectividad. Para la conservación de carne, por ejemplo, se debía emplear temperaturas de cero grados o cercanas a estas. Para ello era necesario hielo natural o artificial que se depositara en cámaras frigoríficas. No obstante, no solo no existía estas condiciones en gran parte de la población, sino también no estaban destinados a grupos prioritarios como el caso de la infancia. Carlos Aguilar Vázquez lo ligaba directamente con las condiciones de vivienda:

En Cuenca la mortalidad alta de los niños, ligada casi en sus dos terceras partes a las infecciones intestinales, nos está denunciando, muy a las claras, como la tienda no sólo no alimenta suficientemente a la infancia, sino que por sus condiciones de pavimentación, falta de servicios higiénicos y promiscuidad de hombres y animales, infecta también los alimentos; o dicho en otras palabras: la tienda prepara el terreno y luego desata la enfermedad, cuyo epílogo casi siempre es la muerte.²⁰²

En Cuenca la *tienda* era “un paralelogramo de tierra, circunscrito por cuatro paredes toscas de adobe y con una sola puerta; sin ventilación, sin luz, sin pavimento y sin otro servicio higiénico y de abastecimiento de agua a la vez, que la acequia inmundada de la calle”²⁰³ Esta “habitación” fue destinada para ser la residencia del indígena. Aguilar

²⁰² Aguilar Vázquez, “Páginas de Higiene”, 146.

²⁰³ *Ibíd.*, 138.

Vázquez las describía como paredes desnudas apenas con presencia de un periódico o trozo de papel dispuestos en sus paredes. Para los alimentos no había un lugar específico en donde prepararlos ya las habitaciones destinadas a dormitorios o cocinas, incluso los retrete, cuyeros y gallineros, se superponía todo al mismo tiempo.²⁰⁴ Carecía de luz eléctrica y pavimento. “Los alimentos quizás serían preparados en un fogón en pleno suelo, compuesto por dos o tres piedras ennegrecidas por el fuego y de una o dos ollas de barro cocido”.²⁰⁵

De las de Aguilar Vázquez se desprende también la observación sobre el tratamiento y alimentación de los niños de muy corta edad. Con respecto a la alimentación infantil en Cuenca circulaba una conferencia sobre puericultura dictada por Emiliano J. Crespo en 1926 en la que afirmaba que la alimentación del niño era el más importante capítulo de la higiene infantil. Explicaba que el único alimento válido para el niño era la leche materna y aunque uno de los problemas en la alimentación del niño pudiera ser la falta de leche, era permitido la ayuda de una madre nodriza con ciertos entornos de habitación y condición física.²⁰⁶ Lo que no era permitido era la mala alimentación de la mujer lactante. Crespo sugería que la alimentación de la madre tenía que ser similar a una mujer embarazada: su dieta rica en líquidos, leche fresca y huevos. Debía evitar todo tipo de alcohol café o té.²⁰⁷ Estas sugerencias que respondían a un discurso higienista se evidenciarían en las medidas municipales.

La respuesta del Concejo Municipal de Cuenca fue el control de los neonatos por medio de concursos de Puericultura²⁰⁸ con la promesa de premios económicos e inclusión en el Álbum de Puericultura Municipal. Un ejemplo fue el concurso del año 1939, en el que se pedía ciertos requisitos para su inclusión, entre ellos Certificado del Registro Civil, certificado de amantación con leche materna y vacunación contra la viruela. Las personas que resultando premiadas renunciaren a dicho premio en favor de un Instituto de Beneficencia, decía el Consejo Municipal, recibirían un diploma en el que constaría el

²⁰⁴ *Ibíd.*

²⁰⁵ *Ibíd.*

²⁰⁶ Emiliano J. Crespo, “Conferencia sobre Puericultura”, *Anales de la Universidad de Cuenca*, n.º 7 (1926): 23, <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4441>.

²⁰⁷ *Ibíd.*

²⁰⁸ La Puericultura se puede definir como el conocimiento y prácticas para el cuidado del niño. Su información se transmitía mediante manuales, textos de tipo pedagógico destinado a las madres y su puesta en práctica se concretaba en forma de concursos. La profundización del tema se encuentra en Enma Chilig (2019) quien estudia la contribución de la puericultura como discurso modernizante de hábitos hacia los estratos populares impulsados por el Estado. Enma Chilig, *La puericultura en Ecuador de 1920 a 1938* (Quito: Universidad Andina, sede Ecuador, 2022), 88-9.

nombre del niño como triunfador en el Concurso de Puericultura.²⁰⁹ Se infiere que las bases de estos concursos los elaboraba una comisión de médicos municipales, aunque se desconoce la lista del año mencionado.

Carlos Berrezueta escribía unas cortas páginas tituladas *Los Deberes de la Sociedad para con el Niño* (1941). En ellas hacía alusión a la relación entre los recursos económicos y la producción biológica.²¹⁰ Es decir, que en aquellos hogares en los que los medios económicos eran insuficientes relativos al factor producción, podían desatar un desequilibrio fisiológico en los seres más débiles y pequeños a su cargo (los niños). Por lo tanto, según el autor, la producción económica debía estar exclusivamente en manos del hombre mientras la mujer debía encargarse de la crianza adecuada de los hijos. Criticaba la despreocupación del Estado al no exigir un examen médico a las personas que estaban por formar un hogar. Para muchos médicos, incluyendo Berrezueta, esta inoperancia de las autoridades impulsaba que las enfermedades y taras mentales continuaran reproduciéndose en las generaciones futuras por medio de las leyes de herencia:

Niños débiles, raquíticos, con signos de heredosifiles, anormales, débiles mentales, epilépticos, etc, etc, toda una flora de degeneración y crimen que serán mañana los individuos de hospicio, presidio y frenocomio; tal es el resultado de este incalificable descuido. Creo, a pesar de críticas, algunas de ellas razonables, que debería reestablecerse el certificado prenupcial, pero con una organización técnica debiendo ser conferido previo un examen clínico, bacteriológico y aun psiquiátrico por institutos creados para tal fin.²¹¹

Las líneas expuestas respondían a una clara función preventiva en la salud. No es de sorprenderse que los médicos se preocuparan por la higiene alimenticia dado el creciente número de población en las zonas urbanas. Estas sugerencias estuvieron enmarcadas en intentar “ayudar” al indígena —miembro de las clases populares— para mejorar su “condición” degenerada. La “correcta” alimentación fue una de las formas que se relacionaban en gran medida con las condiciones de vivienda. Las casas destinadas a las personas de clases acomodadas mantenían una cierta organización: espacios amplios, estéticamente planificadas, división de espacios, entre otros atributos. No así las destinadas “para el longo trabajador, para el obrero mestizo, para el desheredado de los

²⁰⁹ Bases para el Concurso de Puericultura, 2 de noviembre de 1939, párr. 3, Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

²¹⁰ Carlos Berrezueta, “Los deberes de la sociedad para con el niño”, *Revista de la Asociación Médica de Cuenca* 2, n.º6 (1941): 40.

²¹¹ *Ibíd.*

bienes de la fortuna, para la india embarazada no apta para el servicio doméstico”,²¹² para ellos se reservó la *tienda*.

Para combatir esta realidad Agustín Cueva Tamariz emitía frases como “nuestros indios” o “todos debemos aportar” en el claro indicio de que “todos los ecuatorianos” fueron responsables en la cooperación para combatir este escenario. Como si la propia población (categorizada y tipificada) no se mereciese ser incluida por sus capacidades incompletas, o más bien, aquella población indígena (el otro) aún no ha podido cumplir con los requisitos civilizatorios para serlo. La responsabilidad recaía entonces en los médicos e intelectuales quienes debían poseían la fuerza discursiva para la inclusión por completo del indio en el proyecto nacional. El primer paso, un estudio biológico: “Y la población no se extingue, sino que, por el contrario, se reproduce en una forma por demás prolífica. Como si, inconscientemente, intentara la venganza que contamina a la nacionalidad con el descastamiento que ella sufre. Y el biólogo, como el sociólogo, tienen que coincidir —al estudiar estos problemas—...”.²¹³

Esta postura del autor me permite reconocer aquella preocupación y búsqueda de un lugar para el indígena en la nación moderna y civilizada. El pensamiento de Cueva remite también a las condiciones hereditarias de su pasado indígena, a los problemas en el crecimiento descontrolado y degenerado de la población que no hizo más que forjar, según el médico, un inconveniente en la construcción civilizada de la nación. A su vez el indio no formaba parte del canon nacional que encuentra su terreno en el mestizo, uno que se aleje del contacto físico y social del campesino ecuatoriano (indio de la Sierra, montubio de la Costa y Oriente). En este sentido, Pio Jaramillo afirmaba “si el indio se multiplica, ¿qué decir si esta población hambreada y enferma es el substratum del mestizaje, la masa en la que está moldeándose la nacionalidad?”.²¹⁴ Un recordatorio para no olvidar la relación del científico-intelectual con los proyectos políticos regionales y nacionales.

La preocupación del médico en el estudio biológico del indio como medio fundamental para su regeneración se ha sabido justificar dado el poco contacto de la medicina institucionalizada con la población indígena. Lo que según Agustín Cueva hacía de la situación regional un entramado de dificultades casi insalvables en la región azuaya. En otras palabras, para intentar en alguna medida contrarrestar la situación “adormecida”

²¹² Aguilar Vázquez, “Páginas de higiene”, 138.

²¹³ *Ibíd.*, 15.

²¹⁴ *Ibíd.*, 14.

del indio se necesitaba el dato y la estadística por medio de la revisión y tratamiento hospitalario, es decir el análisis biológico del cuerpo. Estas caracterizaciones, sin embargo, también evidencian el marco contextual en aspectos económicos y sociales en los se desarrollaba las producciones en el campo científico-médico que permitieron establecer los discursos en un contexto de escala nacional.

Conclusiones

La investigación realizada ha mostrado el papel destacado del Concejo Municipal de Cuenca en la generación de políticas de salud pública frente a los problemas sanitarios de la región hacia década de 1930 con especial respuesta ante la amenaza de la peste bubónica, fuera del cantón Cuenca (hinterland). Frente a la amenaza de la peste bubónica una de las principales respuestas fue la elaboración de normativa que regulara los posibles focos de contagio como el caso de automóviles y carga procedente de Cañar. Al interior de la ciudad, las políticas estaban destinadas al control del transporte de los cadáveres a las diferentes iglesias en correspondencia con las sugerencias médicas. Sin embargo, la iniciativa municipal que destaca fue la creación de la Oficina de Higiene y Asistencia Municipal en el año 1934 bajo la presidencia del Concejo Cantonal del médico Agustín Cueva tamariz.

La organización de la oficina demostró la necesidad por establecer un organismo que concentre las decisiones municipales sobre sanidad en la ciudad. Algunas de las políticas elaboradas incluyeron las regulaciones al expendio de alimentos en plazas utilizadas como mercados; así como hacia las personas que lo transportaban, manipulaban y expedían en abacerías y demás centros de expendio de alimentos de la ciudad. Del amplio abanico de responsabilidades que oficialmente tenía el Concejo a su cargo, me he permitido explorar lo correspondiente a la regulación de los principales alimentos de consumo local: carne, leche y pan. Se ha identificado que el expendio de los alimentos se vio regulado a partir de normativas vinculadas al estado insalubre del Mercado Central y la posterior construcción del nuevo mercado denominado “Nueve de Octubre”.

Las regulaciones generadas a propósito de la creación del nuevo mercado en la ciudad respondieron no solo a ideas particulares de médicos, sino a una trama de preocupación por la higiene en la zona austral: control de enfermedades infecto-contagiosas y saneamientos de espacios públicos. Se ha expuesto que las instituciones responsables de la sanidad local, muchas veces trabajaban juntas, compartían funcionarios, enviaban comisiones. Existía toda una circulación de información sobre salubridad de espacios y poblaciones. El reto es comprender el rol de las instituciones nacionales y supranacionales en las decisiones más importantes como la contingencia de enfermedades, campañas médicas, difusión de información y otras acciones.

El trabajo ha demostrado también que la participación de las figuras médicas, resultaron fundamental en el proceso de organización de la Oficina de Higiene Municipal y en la elaboración de las normas para el control sanitario de la ciudad. Una gran cantidad de médicos formaron parte del Concejo Municipal de Cuenca, incluso lo presidieron en varias oportunidades durante la década estudiada. Su participación se vio directamente reflejada en la elaboración de ordenanzas y reglamentos con la finalidad de regular las actividades ciudadanas. En este sentido, las políticas higienistas durante la década 1930-1940 respondieron a la presencia de problemas sanitarios que ameritaban subsanarse de acuerdo con los preceptos higiénicos que formaban parte del corpus intelectual médico-científico de la época.

En este trabajo se ha señalado la correspondencia entre las ideas biologicistas y racistas de Agustín Cueva Tamariz y la elaboración de normas destinadas al intento por normar al indígena desfavorecido. Estas ideas de Cueva y otros médicos se desarrollaron en un escenario de cambios económicos, sociales y científicos por desarrollar una preocupación por la sanidad pública en el país y especialmente en la región azuaya. La preocupación del médico en el estudio biológico del indio como medio fundamental para su regeneración se ha sabido justificar dado el poco contacto de la medicina institucionalizada con la población indígena. Lo que según Cueva hacían de la situación regional un entramado de dificultades casi insalvables en la región azuaya. En otras palabras, para intentar en alguna medida contrarrestar la situación “adormecida” del indio se necesitaba el dato y la estadística por medio de la revisión y tratamiento hospitalario, es decir el análisis biológico del cuerpo.

Desde el punto de vista historiográfico, se concluye que el estudio de las políticas higienistas elaboradas por el Concejo Municipal de Cuenca apenas es el primer paso en el análisis de las dinámicas socioculturales en respuesta a las regulaciones sanitarias implementadas en la década propuesta. Por esta razón, la investigación es un aporte en la medida que se entienda sus limitaciones, las cuales respondieron al uso de fuentes que, aunque correctas, sin la posibilidad de cotejar con otras por fuera del carácter oficial, no permitirían la profundización en el marco sociocultural. Aun así, este tipo de acercamiento a la región —mediante las políticas higienistas— pretende ser el punto de partida en investigaciones posteriores que profundicen en los conflictos entre actores sociales producto de acciones modernizantes. Tarea pendiente también es el estudio del impacto de los discursos médicos en la creación de leyes o en la formación de un

pensamiento eugenésico regional que podría tener repercusiones nacionales o incluso internacionales.

Esto implicaría detenerse a analizar las producciones discursivas de los médicos

Bibliografía

Fuentes primarias

Archivos y repositorios consultados

Archivo del Museo de la Medicina, Cuenca.

sección actas de la Asistencia Pública.

Archivo Histórico Municipal “Remigio Crespo Toral”, Cuenca

sección actas del cabildo 1931-1935.

Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo,

MCyP

Hemeroteca y Archivo Histórico, Cuenca.

Biblioteca Ecuatoriana Aurelio Espinosa Pólit (BEAEP), Quito.

Biblioteca del Colegio “Benigno Malo”, Cuenca.

Biblioteca “Manuel Muñoz Cueva” de la Casa de la Cultura Ecuatoriana, núcleo Azuay.

Biblioteca Municipal “Daniel Córdova Toral”, Cuenca.

Periódicos y revistas

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana desde 1930 hasta 1942.

Diario del Sur, enero de 1933 a enero de 1934.

Diario El Mercurio, enero de 1933 a noviembre de 1938.

PROA, Periódico de Cuenca, mayo de 1933 a julio de 1933.

Revista Anales de la Universidad de Cuenca desde 1926 hasta 1942.

Revista de la Asociación Médica de Cuenca desde 1940 hasta 1942.

Revista Mástil desde 1939 hasta 1942.

Ordenanzas, informes y leyes

Ley de Régimen Municipal, 20 de noviembre de 1933. BEAEP, Quito.

Ordenanza de Higiene y Sanidad. 29 de julio de 1931. Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

Ordenanza de Reforma al Presupuesto vigente. 1 de noviembre de 1934. Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

Ordenanza sobre creación de la Estación Sanitaria de Molleturo, 9 de abril de 1908. Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

Proyecto de para el control en la venta de ganado mayor en los mercados públicos. 22 de diciembre de 1932. Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

Reglamento de higiene municipal. 18 de mayo de 1934. Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

Reglamento Interno del Concejo Municipal de Cuenca. 5 de febrero de 1931. Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

Cueva Tamariz, Agustín. Informe que el Presidente del Concejo Cantonal de Cuenca, Sr. Dr. Agustín Cueva tamariz, presenta sobre sus labores municipales desarrolladas en el presente año. Cuenca: Imprenta municipal, 1934. Archivo Histórico y Fotográfico “Víctor Manuel Albornoz” del Museo Pumapungo, MCyP, Cuenca.

República del Ecuador. Informe del Ministro de Previsión Social y Trabajo 1939. Quito: Ministerio de Previsión Social y Trabajo, 1939.

Informe que presenta a la nación, el Sr. Dr. Pedro Pablo Eguez Baquerizo, Ministro de Previsión Social y Trabajo 1925-1928. Quito: Ministerio de Previsión Social y Trabajo, 1928.

Fuentes secundarias

Achig Valarezo, David. “Hitos de la Ciencia y la tecnología médica en Cuenca durante el siglo XX”. En *Ciencia, tecnología y desarrollo en el Azuay desde una perspectiva histórica (siglos XIX y XX)*, editado por María Cristina Cárdenas Reyes, 113-79. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2014.

Barzallo Cabrera, Patricio y Felipe Díaz Heredia. *Historia de Clínicas y Hospitales Privados en Cuenca*. Cuenca: GPK /Graf & Pack, 2024.

- Borrero, Ana Luz. "Transformaciones y modernización en Cuenca, 1920-1950". En *América Latina: Espacios urbanos, arquitectónicos y visualidades en transición. 1860-1940*, editado por Alexandra Kennedy-Troya, 243-275. Cuenca: Editorial Don Bosco, 2018.
- Benalcázar, Juan Carlos. "El Municipio". En *Régimen jurídico municipal en Iberoamérica*, coordinado por David Cienfuegos Salgado, 255-397. México: UNAM, 2008. www.juridicos.unam.mx.
- Cañizares Aguilar, Ernesto. "De la higiene a la medicina social en carrera de medicina de la Universidad de Cuenca". *Anales Revista de la Universidad de Cuenca* 57, (2015): 177-87. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22954>.
- , "Sucesos en la Facultad". En *Historia de la Facultad de Ciencias Médica*, editado por Jacinto Landívar, 29-40. Cuenca: ediciones Don Bosco, 2017.
- Carpio Vintimilla, Julio. "Las etapas de crecimiento de la ciudad de Cuenca-Ecuador". En *El proceso urbano en Ecuador*, editado por Santiago Escobar, 47-81. Quito: ILDIS, 1987.
- Cordero Muñoz, Marialeja. *Cuenca, memoria y cocina 1900-1950*. Cuenca: Universidad de Cuenca, 2019.
- Clark, Kim. "Forging Public Health as State Idea and State System". En *Conjuring the State. Public Health Encounters in Highland Ecuador, 1908-1945*, 58-84. Pittsburg: University of Pittsburg, 2023.
- . "La medida de la diferencia: las imágenes indigenistas de los indios serranos en el Ecuador (1920 a 1940)". En *Ecuador racista: imágenes e identidades*, 111-26. Quito: FLACSO Ecuador, 1999.
- Durán, Edgar Javier, Tamara León y Martín Durán. "Transformaciones del espacio urbano y doméstico en el siglo XX por la presencia del automóvil en Cuenca, Ecuador". *Urbis* 10 n.º2 (2020): 76-90.
- Gonzáles Leandri, Ricardo. "Miradas médicas sobre la cuestión social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX". *Revista de Indias* 219 n.º55 (2000): 422-35.
- Hermida Piedra, César y Jacinto Landívar. *Crónicas de la Historia de la Facultad de Ciencias Médicas*. Cuenca: Universidad de Cuenca, 1993.
- Kigman, Eduardo. "Historia Social y mentalidades: Los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales". *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 15 (2002): 104-13.

- . “Los primeros higienistas y el cuidado de la ciudad”. En *La ciudad y los otros Quito 1860-1940 Higienismo, ornato y policía*, 273-300. Quito, FLACSO, sede Ecuador/Universitat Rovira I Virgili, 2006.
- León Jiménez, Ninfa. “La salud pública en el Ecuador durante las primeras décadas del siglo XX”. En *Revolución juliana y salud colectiva*, editado por Germán Rodas Chaves, 49-75. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador/Corporación Editora Nacional: 2012.
- Loyola, Luis A. “Observaciones higiénicas sobre la alimentación de los cuencanos”. *Revista Científica y Literaria de la Corporación Universitaria del Azuay* 2, n.º16 (1891): 202-03.
- Luzuriaga Jaramillo, Sofía. *Quito y sus recorridos de agua Abastecimiento, discursos y pautas higiénicas modernizantes*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador/Corporación Editora Nacional, 2013. <http://hdl.handle.net/10644/4016>.
- Miño, Carlos. *La peste bubónica en Ecuador*. Quito: Imprenta nacional, 1933.
- Ochoa, José. *Nociones Elementales de Higiene*. Cuenca: Imprenta municipal, 1920.
- Olaya Requene, Ángela. “Discursos y representaciones racistas hacia la región Pacífico y comunidades afrocolombianas”. En *Afrodescendencias*, editado por Rosa Campoalegre, 289-307. Buenos Aires: CLACSO, 2021.
- Ordoñez Espinoza, Galo. *De la bacinilla a la alcantarilla*. Cuenca: UEdiciones, 2008.
- Pedraza Gómez, Zandra. “El régimen biopolítico en América Latina. Cuerpo y pensamiento social”. *Nueva Época* 4, n.º15 (2001): 7-19.
- Rodríguez Bustamante, Agatha. “La Corporación Universitaria del Azuay: El proyecto cultural de la élite letrada azuaya (1867-1920)”. En *Hablar desde el Sur andino: historia de Azuay, Cañar y Loja*, compilado por Ana Luz Borrero Vega y María Gabriela Neira Escudero. Cuenca: Universidad del Azuay, 2023.
- Tatjer, Merce. “Control municipal de la salubridad y de la higiene doméstica en Barcelona (1856-1932)”. En *Modelar para gobernar El control de la población y el territorio en Europa y Canadá. Una perspectiva histórica*, editado por Pedro Fraile, 59-78. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2001.
- Wade, Peter. “El concepto de raza y la lucha contra el racismo”. *Estudios Sociológicos* XL, número especial (2022): 163-92.