



Trashumante. Revista Americana de Historia Social

ISSN: 2322-9381

ISSN: 2322-9675

Universidad de Antioquia

Gallo, Oscar

Los límites de la protección a la salud de los trabajadores en Colombia, 1915-1946*

Trashumante. Revista Americana de Historia Social, núm. 21, 2022, Enero-Junio, pp. 150-172

Universidad de Antioquia

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n21a07>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=455675108007>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UDEM 

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**Los límites de la protección a la salud de los trabajadores en Colombia,
1915-1946**

The Limits of Worker's Health Protection in Colombia, 1915-1946

Os limites da proteção à saúde dos trabalhadores na Colômbia, 1915-1946

Oscar Gallo¹

¹Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Departamento de Historia, Medellín, Colombia

Autor para correspondencia: Oscar Gallo, email: oferando.gallo@udea.edu.co

Resumen:

En este artículo se analiza el proceso histórico de conceptualización del derecho a estar enfermo en el trabajo. Específicamente, se abordan el proceso de configuración y legitimación del conocimiento sobre las enfermedades profesionales en Colombia, las dificultades para trazar los límites del ámbito de la enfermedad profesional y los argumentos a favor de la exclusión de las enfermedades tropicales y sociales. Al final, se concluye que el paradigma de protección social difundido en los años cuarenta del siglo pasado estuvo dirigido a los obreros de los sectores industrial y mineroenergético, mientras que sistemáticamente excluyó a los trabajadores del sector rural.

Palabras clave: enfermedades profesionales, enfermedades tropicales, trabajadores rurales, anquilostomiasis.

Abstract:

This article aims to analyze the historical process of conceptualization of the right to be ill at work. Expressly, it reflects on the process of configuration and legitimation of knowledge about occupational diseases in Colombia, difficulties in drawing the limits of the domain of occupational disease, and the arguments for excluding tropical and social diseases. In the end, it concludes that the social protection paradigm spread in the 1940s was aimed at workers in the industrial and mining-energy sectors while systematically excluding workers in the rural sector.

Keywords: Occupational diseases, tropical diseases, rural workers, hookworm.

Resumo:

Este artigo analisa o processo histórico de conceituação do direito de estar doente no trabalho. Especificamente, aborda-se o processo de configuração e legitimação do conhecimento sobre as doenças ocupacionais na Colômbia; as dificuldades para traçar os limites do âmbito da doença ocupacional; e os argumentos em favor da exclusão de doenças tropicais e sociais. Por fim, conclui-se que o paradigma da proteção social difundido na década de 1940 era dirigido aos trabalhadores dos setores industrial e de mineração e energia, excluindo sistematicamente os trabalhadores do setor rural.

Palavras-chave: Doenças ocupacionais, doenças tropicais, trabalhadores rurais, ancilostomíase.

Fecha de recepción: 25/10/2021

Fecha de aprobación: 25/03/2022

Introducción

En 1938, el médico mexicano José Torres Torrija publicó en la *Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla* un artículo titulado “¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional?”¹ La relevancia y la circulación regional que tuvo el tema de las enfermedades profesionales se insinúa con la publicación de Torres Torrija. En Colombia, el debate se concretó en varias docenas de artículos académicos, tesis para obtener los títulos de médico o abogado, periódicos, revistas de divulgación, informes gubernamentales de la Oficina General del Trabajo (OGT) o del Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social,² y actos legislativos, como la Ley 6.^a de 1945, según la cual, una enfermedad profesional era “un estado patológico que sobreviene como consecuencia obligada de la clase de trabajo que ha desempeñado el individuo o el medio en que se ha visto obligado a trabajar”.

De acuerdo con esta definición, la anquilostomiasis (también conocida como uncinariasis o anemia tropical) podía considerarse una enfermedad profesional. Sin embargo, advertía el doctor Agustín Arango Sanín, director de la revista *Salud y Trabajo* de la Compañía Colombiana de Seguros, que el legislador, previendo el impacto económico en un país tropical, aclaró en el Decreto 841 de 1946 (sobre la tabla de valuación de incapacidades por accidentes de trabajo y la de enfermedades profesionales)³ que las enfermedades endémicas y epidémicas de la región solo eran profesionales cuando las adquirían los encargados de combatirlas debido a su oficio.⁴ Así como en los años cuarenta, en la actualidad, el Decreto 676 de 2020 del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SG-SST) considera que el COVID-19 es una enfermedad laboral directa únicamente cuando es contraída por los trabajadores del sector salud, incluyendo al personal administrativo, de

¹ José Torres, “¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional?”, *Revista Médica de Medicina y Cirugía* IV.8 (1938): 31-42.

² La Oficina General del Trabajo fue creada por la Ley 83 de 1923. Tenía como función estudiar los conflictos entre el capital y el trabajo; el seguro obligatorio; la vivienda para los trabajadores; la higiene y la salud en las fábricas, las empresas industriales y comerciales; los accidentes de trabajo; el trabajo de mujeres y niños; la educación cívica y la instrucción técnica de las clases proletarias; los periódicos; las instrucción técnica; y la lucha contra la vagancia, el alcoholismo, la sífilis, la tuberculosis y otras enfermedades que amenazaban al proletariado. La historia institucional del Ministerio del Trabajo es evidencia de los cambios en la percepción de la cuestión laboral en el país. En 1933, la Oficina General del Trabajo (OGT) se anexó al Ministerio de Industrias y Trabajo. En 1936, la OGT pasó a ser el Departamento Nacional del Trabajo. Dos años después se creó el Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social. Finalmente, en 1946, se separaron el Ministerio de Higiene y el Ministerio del Trabajo.

³ República de Colombia, “Nueva tabla de valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales adoptada por el Gobierno. Las posibles lesiones se clasifican en 18 grupos en vez de 11 que antes se contemplaban”, *Colombia Médica* V.6 (1946): 196-200.

⁴ Agustín Arango, “Enfermedades profesionales”, *Salud y Trabajo* I.6 (1948): 2.

aseo, de vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención de esta enfermedad.

Ayer y hoy, lo económico tiraniza el espíritu de la legislación laboral y la protección social. La lógica del Decreto 841 de 1946 hizo que enfermedades como el paludismo, la anemia tropical y las tuberculosis adquiridas por los trabajadores rurales durante su faena no fueran reconocidas como enfermedades profesionales. Y la lógica del Decreto 676 de 2020, al limitar la enfermedad laboral directa al sector de la salud, abandona a los trabajadores de los servicios esenciales, que igualmente arriesgan su vida para garantizar el funcionamiento de las instituciones y las ciudades.⁵

En este artículo, se analiza cómo médicos y políticos justificaron la legislación laboral y las políticas de protección social entre 1915 y 1946. Específicamente, se busca comprender los límites de la legislación sobre las enfermedades profesionales y los argumentos de la exclusión de una enfermedad tropical como la anquilostomiasis. Para ello, se utiliza una clasificación habitual en los debates médicos de la época, según la cual las enfermedades tropicales son aquellas endémicas de los climas cálidos. Estas últimas contrastan con las enfermedades que son consideradas de interés individual, como la insuficiencia hepática o la bronquitis.⁶ Al escoger enfermedades tropicales que están en la periferia de la legislación colombiana sobre enfermedades profesionales, se busca problematizar la separación taxativa entre las enfermedades profesionales que son consecuencia directa del trabajo y las enfermedades adquiridas como consecuencia indirecta de las labores realizadas.

Problematizar la legislación sobre las enfermedades profesionales con base en una enfermedad tropical posibilita constatar un patrón de inclusión y exclusión que se extendió por toda América Latina. En Colombia, al igual que en otros países de la región, como Argentina, Brasil y Chile, se incorporaron a la legislación nacional modelos de clasificación y tablas de enfermedades dirigidas fundamentalmente a la industria y la minería. Esta uniformidad de criterios de adopción de la legislación dotó a los países de los argumentos científicos para legitimar la cobertura de los riesgos del trabajo e impulsar el marco de las legislaciones. No obstante, a la vez hizo que los trabajadores del sector rural quedaran por fuera del paradigma de protección social y que las enfermedades tropicales y endémicas fueran excluidas del modelo de clasificación.

⁵ Jairo Ernesto Luna Mauricio Torres, “2020: pandemia por covid-19 y mundo del trabajo: una mirada desde los sectores subalternos”, *Laboreal* 16.2 (2020).

⁶ Jorge Vergara, “Estudio crítico del Decreto N.º 841 de 1946 sobre enfermedades profesionales”, *Colombia Médica* V.9 (1946): 284-297.

1. Palabras sobre el mercado laboral en la primera mitad del siglo XX

Evidentemente, la Colombia de la primera mitad del siglo XX es muy distinta a la actual en relación con lo legislativo, lo económico y lo sociodemográfico. Así, en materia de enfermedades profesionales, durante la segunda mitad del siglo XX se transformaron diversos aspectos del paradigma de protección social,⁷ al tiempo que se amplió el grupo de enfermedades laborales en sucesivas reformas, de las cuales se pueden mencionar los decretos: 778 de 1987, 2566 de 2009 y 1477 de 2014. En cuanto a lo económico, por un lado, la exportación de productos agrícolas atravesó tres fases: la primera, de 1905 a 1937, fue una época dorada de fuerte expansión del monocultivo de café; la segunda fue una fase de estancamiento y estabilidad que se extendió durante aproximadamente cincuenta años; y la tercera, que se inicia en 1987, se caracteriza por la diversificación y la expansión moderada, sumadas al auge de las actividades mineras y petroleras.⁸ Por otro lado, el proceso de industrialización se caracterizó por un tardío y lento desarrollo hasta los años treinta, un periodo de intervención estatal junto con un crecimiento de la demanda interna por la sustitución de importaciones que permitió que el sector industrial pasara del 8.9% del producto interno bruto (PIB) en 1929 al 16.5% en 1945. Entre 1945 y 1974, la intervención estatal moderna inaugurada en el periodo anterior tuvo sus efectos, y la industria nacional alcanzó el 25% del PIB. Las décadas finales del siglo XX fueron de desindustrialización y reprimarización de la economía en el marco de un posfordismo global.⁹

En términos demográficos, la Colombia del siglo XXI tiene más de 50 millones de habitantes y una sexta parte de la población es económicamente activa (PEA). En contraste con estas cifras, eran 4 319 000 habitantes en 1905, 5 073 000 en 1912, 5 563 981 en 1918, 6 724 000 en 1925 y 8 702 000 en 1938.¹⁰ Las cifras sobre la población trabajadora son imprecisas, pero,

⁷ El presente fue el inspirador, pero este artículo no pretende ser una historia de la seguridad social en Colombia a lo largo del siglo XX. Véase Decsi Arévalo y otros, *Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia (1946-1992)* (Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 1992).

⁸ Salomón Kalmanovitz, *Nueva historia económica de Colombia* (Bogotá: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, 2010) 179.

⁹ Kalmanovitz 197-213.

¹⁰ Renán Vega, *Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras*, t. 1 (Bogotá: Ediciones Pensamiento Crítico, 2002) 52.

con fines ilustrativos, sirve destacar que en 1918 el 62% conformaba la PEA, mientras que en 1938 era aproximadamente 51% de la población. El 40% estaba ocupado en la agricultura, la ganadería, la caza y la pesca en 1920, mientras que en 1940 la ocupación en el sector agrícola llegó al 60%. Otros sectores, como la industria manufacturera y fabril, crecieron; sin embargo, en ningún momento del periodo analizado superaron el 20%. Así, por ejemplo, en 1943, Ernesto Herrnstadt registraba 4 475 483 ocupados, cuya distribución porcentual era 73.5% en el sector primario, principalmente en función de la producción de café, 11.7% en la industria, 5% en servicios, 3.5% en comercio, 1.2% en extracción de metales preciosos, 0.4% en petróleo y 4.7% en otras actividades, entre las cuales se podían contar los empleados del sector público, la comunicación, la energía.¹¹

Para resumir, el periodo comprendido entre la Ley 57 de 1915, sobre accidentes de trabajo, y la Ley 6.^a de 1945, sobre enfermedades profesionales, se caracterizó por un crecimiento del trabajo asalariado en el sector manufacturero y la emergencia de una clase obrera urbana.¹² No obstante, durante la primera mitad del siglo XX, seis de cada diez trabajadores estaban ocupados bajo una relación contractual informal y precaria en el sector rural. Cuando la población ocupada se estimaba en 4 475 483 personas, apenas 1 603 027 eran asalariados.¹³ En contraste, 2 775 094 eran propietarios, directores y empleadores, inquilinos, agricultores, colonos, artesanos rurales o profesionales.¹⁴

Según los cálculos de la OGT, en 1929 el salario industrial y agrícola era en promedio 1.25 dólares estadounidenses diarios. Del presupuesto doméstico de una familia obrera, de aproximadamente 36.30 dólares mensuales, 60% era para alimentos, 7% para vestido, 10% para habitación, 7% para distracciones, 4% para gastos varios y 15% para bebidas alcohólicas.¹⁵ La distribución de los gastos era obtenida por los inspectores del trabajo, y el último ítem de consumo de bebidas alcohólicas podía oscilar entre el 10% y el 15%. Para los fines de este artículo, interesa destacar que el presupuesto de una familia obrera conformada por aproximadamente cinco miembros era muy ajustado y, por lo tanto, el accidente o la enfermedad traían siempre aparejada la pobreza. La situación para los trabajadores

¹¹ Ernesto Herrnstadt, "The problem of social security in Colombia", *International Labour Review* 47.1 (1943): 426-449.

¹² Véase Mauricio Archila, *Cultura e identidad obrera. Colombia 1910-1945* (Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular [CINEP], 1991).

¹³ Herrnstadt 427.

¹⁴ Marco Palacios, *El café en Colombia, 1850-1970: una historia económica, social y política* (Bogotá: Áncora Editores, 1983).

¹⁵ Oficina General del Trabajo, "Presupuesto doméstico de una familia obrera, en relación con el promedio general de los salarios en el país", *Boletín de la Oficina General del Trabajo* I.1 (1929): 41.

campesinos no era muy diferente, “el trabajo, intercambio y crédito [...] apenas permitía sobrevivir, [las condiciones materiales y de trabajo eran pésimas y había] una alta incidencia de enfermedades endémicas en la zona cafetera”.¹⁶

Las cifras sobre la economía nacional y la población trabajadora son importantes porque muestran el contexto en que médicos y políticos debatieron sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Asimismo, estas cifras muestran a quiénes se dirigieron las nacientes leyes de trabajo y las formas de protección social. Dicho de otro modo, la legislación legitimó una división entre quienes tenían acceso a diversas formas de protección social basadas en una relación contractual y aquellos cuyas únicas alternativas eran la caridad y la asistencia pública. En el terreno, tal separación entre trabajadores y pobres era menos radical, y coexistían varias formas de asistencia médico-social, como los servicios médicos privados de las empresas, los seguros médicos, la asistencia social a cargo del Estado, la caridad pública en manos de instituciones religiosas y múltiples expresiones de la medicina tradicional (teguas, empíricos, yerbateros, entre otros).¹⁷

A mediados de los años cuarenta, la legislación laboral, en relación con su contenido y su forma, era muy similar tanto en Colombia como en América Latina. La paridad legislativa se materializó en la región en leyes de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y políticas de protección social cuya esencia e inspiración eran las mismas. No es posible profundizar en este argumento, pero lo importante en ese sentido es destacar que la legislación laboral, más que una dádiva de la República Liberal, es el resultado de fuerzas nacionales e internacionales que presionaron, persuadieron o impulsaron leyes que en los comienzos del siglo XX ya habían sido interiorizadas por empresarios, médicos y políticos colombianos y del mundo. De hecho, la asistencia médica de los trabajadores accidentados y enfermos, así como la necesidad de crear un código sustantivo del trabajo, estaban en el centro de los debates de la OGT desde su creación en 1923, durante la Hegemonía Conservadora (1886-1930). En conclusión, se puede afirmar que las enfermedades de los trabajadores eran parte de los discursos y las acciones políticas con las cuales se buscaba allanar el terreno para la progresiva industrialización y, por otro lado, atenuar el carácter combativo del movimiento sindical colombiano.

Al mismo tiempo que emergía una legislación que sustentaba la asistencia médico-social en una relación contractual, se transitaba de la caridad a la beneficencia pública y se

¹⁶ Charles Berquist, “Los trabajadores del sector cafetero y la suerte del movimiento obrero en Colombia, 1920-1940”, *Pasado y presente de la violencia en Colombia*, dir. Ricardo Peñaranda (Medellín: La Carreta, 2007) 332.

¹⁷ Mario Hernández, *La salud fragmentada* (Bogotá: Universidad Nacional, 2002).

consolidaban políticas sociales para la infancia y las mujeres,¹⁸ además de acciones puntuales de protección económica dirigidas a enfrentar algunas enfermedades tropicales que afectaban a los trabajadores del café. En ese sentido, como observan Claudia Monica García y Emilio Quevedo, el desarrollo de los intereses comerciales de la burguesía agroexportadora y los intereses comerciales de los Estados Unidos en América Latina influyeron para que el Estado, con el apoyo técnico de la Fundación Rockefeller, liderara acciones destinadas a mejorar las condiciones de salud de los trabajadores de las haciendas cafeteras de diversas regiones del país.¹⁹

En síntesis, cuando el conservador Mariano Ospina Pérez, en la campaña para la presidencia de la república de 1946, recordaba la importancia de cuidar la salud del “factor humano”, resumía tres décadas de debates académicos y políticos sobre accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, higiene industrial y medicina del trabajo. Al recurrir a la expresión “factor humano” mostraba que el eje de su propuesta quería convertir al país en una gran empresa de producción, mediante la creación de institutos científicos que contribuyeran al desarrollo de la industria nacional y además permitieran conocer las causas y los efectos de la fatiga fisiológica y psicológica.²⁰

La idea del factor humano dejaba por fuera a los trabajadores del sector rural, quienes durante décadas fueron responsabilidad de la asistencia pública, mientras que los institutos científicos estaban inspirados en el taylorismo y el fordismo, y estaban dirigidos fundamentalmente a los obreros industriales, principales beneficiarios de la Ley 6 de 1945. El problema era que, en 1943, siete de cada diez trabajadores colombianos estaban ocupados en el cultivo del café mediante contratos temporales de recolección.²¹ En ese contexto laboral, la tabla de enfermedades profesionales del Decreto 841 de 1946 cubría principalmente al 11.7% de los trabajadores de la industria y al 1.6% dedicado a la extracción de metales preciosos.

¹⁸ Véase Beatriz Castro, *Caridad y beneficencia: El tratamiento de la pobreza en Colombia, 1870-1930* (Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2007).

¹⁹ Claudia M. García y Emilio Quevedo, “Ankylostomiasis (uncinariasis) and coffee: The antecedents of the Rockefeller Foundation’s intervention in Colombia: 1900-1920”, *Biomédica* 18.1 (1998): 5-21; Emilio Quevedo, “A coffee with sugar, please: la Fundación Rockefeller y la salud pública en Centroamérica, hacia una mirada comparativa”, *Colombia: Ciencia y Tecnología* 19.3 (2001): 24-36.

²⁰ Daniel Pécaut, *Orden y violencia: evolución sociopolítica de Colombia entre 1930 y 1953* (Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2001); Alberto Mayor Mora, *Ética, trabajo y productividad en Antioquia* (Bogotá, Tercer Mundo Editores, 1997).

²¹ Palacios, *El café en Colombia, 1850-1970*; Charles W. Bergquist, *Los trabajadores en la historia latinoamericana: estudios comparativos de Chile, Argentina, Venezuela y Colombia* (Colombia: Siglo XXI, 1988).

2. La mediación liberal y los avances regulados

La protesta y la movilización social de los colombianos durante la primera mitad del siglo XX ha sido ampliamente examinada por la historiografía colombiana,²² y se ha demostrado que las reformas sociales coincidieron con la ampliación del sindicalismo.²³ La misma impresión tienen algunos políticos contemporáneos, quienes con amargura aceptan que los avances legislativos en salud obedecían en parte a la presión de sectores obreros organizados.²⁴ Se constata que, además de emular los problemas industriales de otros países, la legislación colombiana sobre enfermedades laborales respondió a la tensión política generada en sectores donde los obreros encontraron condiciones más favorables para la organización colectiva, o donde las fuerzas productivas tenían la posibilidad de ejercer una presión económica significativa, como, por ejemplo, el sector transporte o el de hidrocarburos.

Antes de que la legislación encauzara los reclamos por la salud y la enfermedad, los trabajadores de campamentos y enclaves como la Tropical Oil Company habían reclamado, para no morir infectados en la selva o en las calles, alimentación, habitación, mejoramiento de las condiciones sanitarias, salarios, hospitalización de obreros enfermos y medicamentos.²⁵ Algo similar ocurrió con los ferroviarios, las tripulaciones de los barcos y en la zona bananera de la United Fruit Company, donde la acción solidaria de los trabajadores recibió una respuesta violenta por parte del Estado que desencadenó la Masacre de las Bananeras.²⁶

²² Véase Renán Vega.

²³ Sandra Botero, “La reforma constitucional de 1936, el Estado y las políticas sociales en Colombia”, *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 33 (2006): 85-109.

²⁴ Gustavo Restrepo, “Apuntes sobre enfermedades profesionales” (Tesis para optar al título de doctor en Derecho, Universidad Nacional de Colombia, 1944).

²⁵ Jairo Ernesto Luna, “Configuración de la salud obrera en la Tropical Oil Company: Barrancabermeja, 1916-1951” (Tesis en Historia, Universidad Nacional de Colombia, 2011).

²⁶ Mauricio Archila y Leidy Torres, *Bananeras: huelga y masacre 80 años* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, 2010).

Aunque en algunos casos las huelgas buscaban defender derechos consignados en la fragmentada legislación social colombiana de la época,²⁷ y en otros, avanzar en el derecho a la salud, no es menos loable la defensa de un derecho adquirido en un contexto en que la manera más expedita de garantizar el cumplimiento de la ley era mediante la acción política. Si bien los tribunales de conciliación y arbitraje podían proceder por analogía favoreciendo los intereses de los trabajadores, a menudo dirimían bajo la influencia de los micropoderes locales. De esta manera, el derecho a la salud estaba estrechamente relacionado con el derecho de asociación y la capacidad de negociar que poseía cada grupo de trabajadores o cada gremio. El impacto de la acción sindical era innegable, y también lo era la paz social de la conciliación, la mediación y el arbitraje, que contribuyó indirectamente a que la ley sobre enfermedades laborales surgida en 1946 fuera menos conflictiva, más taxativa y armónica con el desarrollo económico del país, tal como defendían las élites colombianas en diferentes ferias industriales y alocuciones públicas.

Para entender la manera como se dirimió el conflicto entre capital y trabajo, mediante la intervención de los gobiernos liberales de turno, es importante recordar las palabras de Alfonso López Pumarejo y Eduardo Santos, ambos presidentes de la República Liberal, entre 1934 y 1938 el primero, y entre 1938 y 1942 el segundo.²⁸ El 12 de marzo de 1937, López Pumarejo escribió al Sindicato Ferroviario del Pacífico para precisar la posición del gobierno frente a los problemas colectivos del trabajo. López destacaba que desde 1936 las reclamaciones de los trabajadores tenían un curso normal en la administración ejecutiva y que, por lo tanto, eran innecesarios la violencia o los métodos extraordinarios. Creía además que “el criterio de los patrones ha cambiado en todo el país” y, en consecuencia, los trabajadores debían “aprovechar esa nueva disposición [y] luchar por conseguir mejores condiciones [valiéndose] de los instrumentos legales”.²⁹

Posteriormente, Eduardo Santos recalca que el gobierno y el poder público jamás serían enemigos de la clase trabajadora ni adversarios de las libertades sindicales. Su deber era, continúa Santos, conciliar en el choque de egoísmos contrapuestos, arbitrar con justicia en los conflictos para salvaguardar los intereses privados e impedir que el egoísmo capitalista

²⁷ Ricardo Arias, *Historia de Colombia contemporánea: (1920-2010)* (Bogotá: Universidad de los Andes, 2011) 35.

²⁸ Sobre la República Liberal véase Oliver Mora, “Los dos gobiernos de Alfonso López Pumarejo: Estado y reformas económicas y sociales en Colombia (1934-1938, 1942-1945)”, *Apuntes del Cenés* 29.50 (2011); Richard Stoller, “Alfonso López Pumarejo and liberal radicalism in 1930s Colombia”, *Journal of Latin American Studies* 27.2 (1995): 367-397.

²⁹ Alfonso López Pumarejo, “El criterio gubernamental en la solución de los problemas colectivos del trabajo”, *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo* 72.77 (1937): 81-82.

negara los derechos de los trabajadores. Pero, al mismo tiempo, consideraba que su función presidencial era evitar el imperio nefasto de la violencia, la difusión de las tácticas comunistas o la solución socialista y comunista de la cuestión social. En síntesis, según Santos, pese a la realidad nacional y a la incipiente actividad económica del país, se debía continuar avanzando en la política social y el apoyo de los trabajadores colombianos para que el país “no se envanezca de grandes capitales ni se duela de atroces miserias”.³⁰

Como se puede colegir de los dos párrafos anteriores, la recomendación de López y de Santos era combatir la injusticia laboral en el marco de la legalidad, sin que las reivindicaciones ni los posibles cambios desbordaran el *statu quo* político-social.³¹ No hay diferencias entre la “burocratización” lopista, expresada en la idea de un descontento obrero canalizado por la administración ejecutiva, y la fingida neutralidad de Santos, al destacar que el Estado no es adversario de las libertades sindicales, mientras estas no se materialicen en protestas. La democracia participativa y la legislación social promovida por los gobiernos de la República Liberal³² rindieron frutos a largo plazo, pues “[despojaron] a los obreros y trabajadores de una alternativa partidista propia”.³³ Desde este punto de vista, la solución a la cuestión social promovida por los gobiernos liberales se impuso sin que los trabajadores alcanzaran una ciudadanía laboral, y no solo se perdió la oportunidad de una salida política propia, sino que también el movimiento obrero cedió el control sobre las formas de organización del trabajo a cambio de una mayor participación en las utilidades.³⁴

3. El espíritu social de la ley del trabajo se desvanece

³⁰ Eduardo Santos, “El presidente de la república, las cuestiones sociales y sus realizaciones”, *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo* (1940): 8-9.

³¹ Víctor Manuel Moncayo y Fernando Rojas, *Luchas obreras y política laboral en Colombia* (Bogotá: La Carreta, 1978).

³² Daniel Pécaut, *Orden y violencia*.

³³ Marco Palacios, *Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994* (Bogotá: Norma, 1995) 162.

³⁴ Bergquist, 29.

En la historia de la legislación sobre el derecho a la salud de los trabajadores, durante la primera mitad del siglo XX, se pueden identificar tres momentos más o menos diferenciados: la primera fase se inicia con la formulación de la Ley 57 de 1915 y se extiende hasta 1931, cuando el gobierno colombiano ratificó los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde 1919. La segunda fase va de 1930 a 1945 y es más de debates médicos y políticos que de avances directamente relacionados con la salud-enfermedad de los trabajadores; no obstante, fue en esta época que se reconoció política y jurídicamente al sindicalismo (Ley 83 de 1931) y se reformó la Constitución para establecer que la asistencia social era función del Estado y que el trabajo era un derecho.³⁵ Finalmente, se puede hablar de un periodo de legitimación y consolidación iniciado en 1945, cuando aparece la legislación sobre las enfermedades profesionales.

La Ley 6.^a de 1945 definió la enfermedad profesional como un estado patológico que sobreviene como consecuencia ineludible de la clase de trabajo que ha desempeñado el individuo o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, determinado por agentes físicos, químicos o biológicos.³⁶ En la ley se precisó además que debía elaborarse una tabla de valuación de incapacidades por enfermedades profesionales con el concepto de la Academia Nacional de Medicina.³⁷ La tabla (Decreto 841) que rigió desde el 1 de mayo de 1946 hasta el 30 de abril de 1987 (Decreto 788) incluía 18 enfermedades o grupos de enfermedades (carbón, actinomicosis, antracosis, silicosis, tuberculosis, tétanos, siderosis, tabacosis, oftalmía eléctrica, dermatitis, otras dermatitis, oftalmía eléctrica y otras oftalmías, esclerosis de oído medio, intoxicaciones, lesiones por rayos X y sustancias radioactivas, traumatismos, higroma de rodilla y calambres profesionales y otras enfermedades profesionales) y las profesiones con las cuales se consideraba demostrada la relación directa con dichas afecciones. Al finalizar, el decreto agregaba: “Las enfermedades de [...] la presente tabla se presumirán profesionales mientras el patrono no desvanezca tal presunción. Las demás [...] se presumirán enfermedades no profesionales, mientras el trabajador no demuestre que concurren las condiciones previstas en la Ley”.³⁸

³⁵ Ana María Muñoz, “La reforma constitucional de 1936 y el camino hacia la construcción de la seguridad social”, *Vniversitas* 120 (2010): 101-124.

³⁶ Congreso de la República de Colombia, “Ley 6.^a de 1945 por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo”, *Colombia Médica* V.7 (1946): 219.

³⁷ República de Colombia, “Nueva tabla de valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales adoptada por el Gobierno. Las posibles lesiones se clasifican en 18 grupos en vez de 11 que antes se contemplaban”.

³⁸ Sobre el proceso de reconocimiento, véase Óscar Gallo, “A objetivação médica e legislativa das doenças profissionais na Colômbia 1931-1945”, *Historia Crítica* 66 (2017): 87-107.

De esa manera, se aceptaba que, por los avances científicos o los criterios de causalidad, la tabla tendría actualizaciones futuras³⁹ y, por lo mismo, el trabajador tendría el derecho a reclamar una indemnización si lograba demostrar la causalidad. La demostración de una relación causal entre cierta enfermedad y determinada actividad laboral implicaba, en los casos específicos contemplados por la ley, probar la existencia de un contrato de trabajo y el padecimiento de la enfermedad como consecuencia del trabajo realizado. Así, por ejemplo, la legislación contemplaba la posibilidad de que mineros, marmoleros, vidrieros, canteros, caleros, afiladores, areneros y trabajadores de las fábricas de cemento y de cerámica se enfermaran de silicosis. De esta forma, por ley, un minero o un marmolero tenía asegurada la indemnización, pero, en la práctica, ambos tenían que demostrar la exposición prolongada al polvo de sílice o la ausencia de coexposiciones.

Si la enfermedad y la relación con el trabajo desempeñado no estaban incluidas en la tabla, las posibilidades de que un juez fallara a favor eran muy bajas. La lógica de la prueba se invertía y era el trabajador el responsable de probar que la enfermedad estaba relacionada con su trabajo. Para ese fin, el trabajador o su apoderado debían acumular evidencias médicas que avalaran el vínculo, después debían demostrar que el afectado no tenía antecedentes clínicos de predisposición congénita, por ejemplo, si era una hernia,⁴⁰ y finalmente debía comprobarse que las condiciones materiales del trabajo y la exposición prolongada constituían un riesgo para su salud. En síntesis, el reconocimiento, la experimentación y el diagnóstico debían coincidir con las premisas teóricas y estadísticas de la enfermedad.⁴¹

Al observar detalladamente la lista de profesiones directamente relacionadas con una enfermedad profesional, se entienden las limitaciones de la legislación aprobada. El Decreto 841 incluyó aproximadamente 35 profesiones diferentes, de las cuales, 13 están asociadas a la minería y la metalúrgica; siete están relacionadas con la producción de alimentos, por ejemplo, carniceros y panaderos; siete son oficios principalmente urbanos, tales como pianistas, escribientes, telegrafistas, albañiles y lavanderas; y cuatro se relacionan con la salud y la enfermedad de la población (médicos, enfermeros, laboratoristas y mozos de anfiteatro). Para los agricultores y los cosecheros se reconocieron la actinomicosis y las dermatitis, respectivamente.

Como se vio en este apartado, en Colombia se legisló sobre las enfermedades profesionales en 1945. Antes, cuando no existía una legislación que cubriera directamente las

³⁹ Jorge Vergara, “Estudio crítico del Decreto...”.

⁴⁰ Óscar Gallo, “Expertise, accidents and hernias in the context of the right to health, Colombia 1915-1946”, *Dynamis* 36.2 (2016): 491-515.

⁴¹ Jorge Vergara, “Medicina industrial e higiene industrial”, *Colombia Médica* V.6 (1946): 166-177.

enfermedades profesionales, la acción individual difícilmente lograba romper la resistencia sistemática y dilatoria de la cultura patronal colombiana, pero después de esa fecha, se objetivaron las enfermedades susceptibles de indemnización y los límites de la cobertura social se legitimaron. La paradoja del avance legislativo es que, en la práctica, al recoger los progresos internacionales en la materia y legislar principalmente para el país de la minería, el petróleo y la manufactura (con 13% de los ocupados en 1943), se desvaneció el espíritu social de la legislación laboral, pues se excluyó al trabajador del café, la caña y el banano (con 73.5% de los ocupados en 1943). En una frase, la legislación soslayaba la pérdida de la capacidad de lucro para dos tercios de la PEA. Esto deja entrever que el lucro cesante del obrero era secundario y que era prioritaria la salud de la naciente industria.

Por otro lado, al elegir el legislador la enfermedad como elemento orientador, hizo que espontáneamente la preocupación se desplazara a sus efectos autónomos, funcionales y biológicos, en detrimento de las repercusiones económico-sociales causadas por la enfermedad, que debían estar en el centro de cualquier modelo de protección social.⁴² Al traspasar la obligación de compensar a las víctimas a las compañías de seguros, se monetizó el cuerpo de los trabajadores, convirtiendo la enfermedad en un pasivo. En consecuencia, el debate sobre la protección de la salud de los trabajadores se postergó, de suerte que solo con la Ley 9 de 1979 se reconoció ampliamente que la protección, la preservación y la conservación de la salud de los trabajadores eran indispensables para el desarrollo económico del país.⁴³

4. La responsabilidad patronal en el caso de las enfermedades tropicales

El anquilostoma, en sus versiones europea y americana (*Ancylostoma Duodenale* y *Necator Americanus*), es un tipo de gusano parásito que penetra en el huésped humano a través de la

⁴² Efraím Meneses, *Enfermedades y accidentes de trabajo* (Bogotá: Universidad Externado de Colombia, Editorial Prensa Católica, 1949).

⁴³ República de Colombia, “Ley 9 de 1979 (enero 24). Por la cual se dictan medidas sanitarias”, *Diario Oficial* (16 de julio de 1979).

piel o por la ingestión de agua contaminada. El ciclo generalmente comienza cuando los huevos eliminados en las heces humanas se convierten en larvas en el suelo caliente y húmedo, y penetran la piel de los pies. No en vano, el principal método de profilaxis en muchos lugares era proporcionar calzado e instalar letrinas con pozos sépticos para evitar la propagación de los gusanos.

En Europa, la lucha contra esta enfermedad parasitaria comenzó a finales del siglo XIX. Su importancia era casi comparable con la de cualquier otra epidemia, si se tienen en cuenta las menciones en los siguientes congresos internacionales: Primer Congreso Internacional de Minería (1903), Primer Congreso de Higiene y Demografía (1904), Primer Congreso Internacional Socialista (1904), Primer Congreso Internacional de Enfermedades Ocupacionales (1907) y el Segundo Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales (1910).

Las memorias del II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales de Bruselas recoge varios aspectos de esa tradición investigativa sobre la anquilostomiasis y sirve para ilustrar la importancia de esta enfermedad parasitaria. En 1886, se estimaba que Alemania tenía alrededor de 256 000 mineros afectados por esta enfermedad. En 1903, el tratamiento de 21 612 mineros había producido una disminución del 73% de la enfermedad. La situación alemana fue similar a la de Bélgica, Gran Bretaña, Francia, Austria y España, donde la preocupación por los mineros generó varias acciones a comienzos del siglo XX, como el levantamiento de mapas de prevalencia y campañas de prevención e intervención que consistían en la práctica de exámenes microscópicos a los trabajadores, la separación de los infectados, el establecimiento de dispensarios, la prohibición de defecar en el suelo de las galerías o los tajos de trabajo y la disposición de medios higiénicos para las heces, como *water-closets*, lavabos con agua limpia, depósitos de agua potable y, en algunas regiones, tratamientos curiosos como el “extracto etéreo de helecho macho” o las “aguas de Léxico”, por su contenido de arsenicales.⁴⁴ La visible importancia económica de esta enfermedad en Europa se sumó al hecho de que solo aquejaba a los mineros, de ahí que en Bruselas varios asistentes insistieran en considerar la anquilostomiasis una enfermedad profesional.⁴⁵

La visión de los asistentes al congreso no era nueva internacionalmente. El anquilostoma se había incluido en la *Workmen's Compensation Act* de 1906. En Alemania, la lucha contra la

⁴⁴ Esteban Rodríguez y Alfredo Menéndez, “Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936)”, *Asclepio* LVIII (2006): 219-248.

⁴⁵ José Úbeda y Correal, *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales (Bruselas 10-14 septiembre de 1910)* (Madrid: Imprenta de la Sucursal de la Minuesa de los Ríos, 1914).

enfermedad había comenzado en 1892, en una sofisticada y compleja profilaxis que se extendía a todas las regiones mineras. Finalmente, en las primeras décadas del siglo XX se sumaron a la campaña de erradicación de la enfermedad Bélgica, Brasil, Colombia, Costa Rica, Puerto Rico, Estados Unidos, Trinidad, Guyana Británica, entre otros.⁴⁶

El papel cumplido por los Estados y los discursos que sostuvieron el combate contra esta enfermedad, o la intervención de la Fundación Rockefeller y los intereses económicos involucrados, han sido tema de una extensa bibliografía.⁴⁷ A partir de esta producción académica, se puede concluir que la faceta profesional, tan visible en el caso de Europa, no estaba presente en América Latina y, por el contrario, toda la intervención se realizó mediante acuerdos de cooperación con la Fundación Rockefeller, en consonancia con un modelo de protección de la economía agroexportadora.

En contraste con esa inclinación a considerar las enfermedades tropicales responsabilidad exclusiva del Estado, como anotaba el doctor Luis Zea Uribe,⁴⁸ médicos e ingenieros de algunas regiones de Colombia insistieron en la posibilidad de responsabilizar a los patrones de la salud de los infectados. Así, Miguel María Calle, médico de una importante empresa minera del país, afirmaba: “¡Al fin y al cabo, no podría considerarse la infección de un obrero por el anquilostoma, como accidente del trabajo!”⁴⁹ Calle conocía la indefensión de los trabajadores del sector agrícola, en contraste con el cuidado y la asistencia que recibían los mineros de la empresa minera El Zancudo, por eso insinuaba que el Estado debía obligar a los patrones a tomar las medidas necesarias para extinguir la enfermedad y proporcionar los

⁴⁶ Ilana Löwy, “‘Intervenir et représenter’: Campagnes sanitaires et élaboration des cartographies de l’ankylostomiase”, *History and Philosophy of the Life Sciences* 25.3 (2003): 337-362.

⁴⁷ Paola Mejía Rodríguez, “De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948”, *Dynamis. Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 24 (2004): 119-55; Lion Murard y Patrick Zilbermann, “La mission Rockefeller en France et la création du Comité National de Défense contre la Tuberculose (1917-1923)”, *Revue d’Histoire Moderne et Contemporaine* 34.2 (1987): 257-331; Emilio Quevedo y otros, *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: el tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953* (Bogotá: Universidad Nacional, 2004); Steven Palmer, “Cansancio y nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis”, *Salud Colectiva* 5 (2009): 403-412; Quevedo, “A coffee with sugar, please”; García y Quevedo, “Ankylostomiasis (uncinariasis) and coffee”.

⁴⁸ Luis Zea, “Anquilostomiasis”, *Boletín de Medicina de la Sociedad Médica de Manizales* 1 (1907): 149-159.

⁴⁹ Miguel María Calle, “Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis”, *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* XV.3 (1910): 83.

medios de curación a los peones infectados.⁵⁰ Al igual que Calle, reconocidos ingenieros y políticos, como Alejandro López y Alfonso Mejía, insistieron en la importancia de legislar sobre la salud de los obreros del país, pues no tenía sentido que “el industrial dañara un hombre para que lo reparara la caridad pública o la privada”.⁵¹ Para resumir, hay dos líneas de argumentación: en primer lugar, aquella que considera que el Estado es el responsable, y en segundo, aquella que plantea que las empresas deben pagar por la enfermedad.

Calle y Mejía coincidían en que, dado que el daño se había producido trabajando, la enfermedad de los trabajadores era una responsabilidad de los industriales. Mejía insistía, con los argumentos que sustentaban la Ley 57 de 1915, en que el empresario era responsable porque había creado un organismo cuyo funcionamiento causaba perjuicios. Así como el empresario era responsable de los riesgos de pérdidas, el deterioro y los daños a materias primas, maquinaria, edificios e instrumentos, también lo era frente a los daños corporales sufridos por el trabajador debido a los servicios que había prestado a la empresa. Desde este punto de vista, el que creaba un riesgo era responsable de todas las consecuencias, y, si se demostraba la causalidad objetiva entre el trabajo y la lesión de la víctima, era superfluo probar la culpabilidad.⁵²

Nótese que los discursos del médico y del ingeniero a este respecto se publicaron en un momento en que el modelo de asistencia médica de los trabajadores en caso de enfermedad o accidente era expresión de un diseminado paternalismo industrial.⁵³ En las décadas siguientes al reproche público se sumaron resoluciones en las que las autoridades insistían en la culpa de los propietarios de las haciendas cafeteras frente a la infección parasitaria y en la obligación de llevar a cabo campañas de profilaxis y tratamiento, incluyendo alimentos saludables, suministro de medicamentos, construcción de lugares apropiados para los hospitales, atención médica, letrinas e higiene de los trabajadores.⁵⁴

⁵⁰ Miguel María Calle, “Anquilostomiasis”, *La Organización* (1910).

⁵¹ Alfonso Mejía, “El obrero y el trabajo en Antioquia”, *Anales de la Escuela Nacional de Minas* II.17 (1918): 455.

⁵² Daniel Bradford, “Los accidentes de trabajo en la doctrina y en la ley” (Tesis para optar al grado de doctor en Derecho y Ciencias Políticas, Universidad Nacional de Colombia, 1944).

⁵³ Una definición de paternalismo puede encontrarse en Édgar Augusto Valero, “Fundaciones empresariales de Venezuela y Colombia: perspectiva comparada sobre el tránsito del paternalismo a la filantropía corporativa”, *Revista de Historia Comparada* 8.2 (2014): 108-145.

⁵⁴ Pablo García, *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia* I (Bogotá: Imprenta Nacional, 1932).

Pero nada propició el tránsito hacia un modelo de responsabilidad patronal con las enfermedades tropicales: ni la ley de accidentes de trabajo, que aplicaba únicamente para “explotaciones rurales donde se empleara fuerza mecánica”,⁵⁵ ni el ejemplo de otros países, donde la anemia tropical era considerada una enfermedad profesional; ni la opinión favorable de médicos, ingenieros y políticos; ni las críticas a la lentitud de la campaña pública contra la uncinariasis en algunas regiones mineras y cafeteras.⁵⁶

Aunque las empresas y las haciendas eran las que creaban las condiciones para la propagación del paludismo, la fiebre amarilla y la anquilostomiasis, al transformar el medio y atraer, movilizar y hacinar trabajadores en condiciones sanitarias “infrahumanas”,⁵⁷ nada hicieron en este ámbito. Según Guillermo Sarmiento, médico especialista en medicina del trabajo, los trabajadores rurales adquirirían las enfermedades indiscutiblemente como consecuencia del trabajo que realizaban; por eso era inconcebible que se excluyeran la anquilostomiasis y el paludismo de la responsabilidad patronal.⁵⁸

El debate sobre la responsabilidad patronal frente a la salud de los trabajadores estaba enmarcado en los ideales de progreso y fe en la industria, o en las preocupaciones por la degradación física y moral de los brazos para el trabajo, y la necesidad de restaurar la salud de los trabajadores para tener manos sanas y fuertes.⁵⁹ Sin embargo, los observadores de la época argüían dos razones de peso a la hora rechazar la responsabilidad patronal sobre las enfermedades tropicales. En primer lugar, los agentes de propagación podían llegar a todos los individuos de una región, sin distinguir la actividad económica desarrollada. Esto significaba, por ejemplo, que no podían considerarse enfermedades profesionales, aunque se llevaran trabajadores de una región a otra para la reparación de ferrocarriles o la construcción de carreteras. En esos casos, incluso las enfermedades endémicas eran un problema de salud pública.⁶⁰

El segundo argumento era económico. Según Agustín Arango, médico de la Compañía Colombiana de Seguros, el propietario de una hacienda cafetera se enfrentaba a dos problemas: en primer lugar, la cosecha de café demandaba numerosa mano de obra, lo que

⁵⁵ Oficina General del Trabajo “Convenciones Internacionales sobre el trabajo”, *Boletín de la Oficina General del Trabajo* I.1-2 (1929): 85.

⁵⁶ Alfonso Castro, “Anquilostomiasis en Antioquia”, *Revista Clínica* VI (1923): 380.

⁵⁷ Luna, “Configuración de la salud...”.

⁵⁸ Guillermo Sarmiento, “Enfermedades profesionales”, *Salud y Trabajo* I.4 (1948): 3-7.

⁵⁹ Jesús del Corral, *Memoria del ministro de agricultura y comercio al Congreso de 1920* (Bogotá: Imprenta Nacional, 1920).

⁶⁰ Daniel Nackehenie y Luis Patiño, “La actualidad médico-social. Un diálogo internacional sobre la enfermedad de Carrión”, *Revista Colombia Médica* II.3-4 (1940): 95-99.

dificultaba aplicar un examen médico de admisión a todos los cosecheros; en segundo lugar, concluido el periodo de recolección, el empresario no estaba en capacidad de pagar el tratamiento médico de los trabajadores afectados.⁶¹ Por otro lado, según Alejandro López, ingeniero e integrante de la Cámara de Representantes en la época, las empresas no podían responsabilizarse por la contaminación del suelo, ni era posible que el patrón asumiera un compromiso por los accidentes o enfermedades del trabajo, porque los “deberes colectivos corresponde llevarlos a la colectividad”. En su opinión, correspondía al Estado “hacer lo que el individuo no debe, no quiere, no puede hacer”,⁶² posición que es susceptible de interpretarse como un argumento en contra de los avances de la legislación sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales en el sector rural. En síntesis, según Arango y López, las enfermedades tropicales no podían ser responsabilidad directa de los empleadores, porque esa elasticidad en la seguridad social era una carga injusta y un suicidio para la economía agropecuaria.

La posición incluyente que consideraba la responsabilidad patronal sobre las enfermedades tropicales era minoritaria, por eso es más difícil de localizar en las fuentes de la época. Más allá de la sensibilidad frente al drama humano, en un país donde los trabajadores del sector agrícola morían sin asistencia médica y los enfermos eran abandonados a su propia suerte, los defensores de la inclusión consideraban que la legislación cojeaba porque el trópico era donde se construía la nación. Una parte considerable de la economía nacional dependía de campamentos selváticos, minas aisladas, haciendas de café o la apertura de carreteras en lugares remotos, sitios donde una extensa familia de enfermedades endémicas y tropicales afectaba a los trabajadores.⁶³

En efecto, la mayoría de las haciendas agrícolas y pecuarias alojaba a los trabajadores a la intemperie o en habitaciones sin aseo o sin aire, condiciones favorables para el contagio y el desarrollo de la tuberculosis, el paludismo y la fiebre amarilla, como observaba un inspector de la OGT.⁶⁴ Las haciendas carecían de medicamentos y la asistencia médica era una dádiva patronal, porque la legislación colombiana sobre enfermedades profesionales, inspirada en las clasificaciones europeas, excluía, de acuerdo con el abogado Luis Tarazona, todas “las lesiones y perturbaciones funcionales adquiridas lenta y gradualmente, cuya patogenia

⁶¹ Agustín Arango, “Enfermedades profesionales”.

⁶² Alberto Mayor Mora 540.

⁶³ Luna, “Configuración de la salud...” 128; Martiniano Valbuena, *Memorias de Barrancabermeja* (Bucaramanga: Editorial El Frente, 1997) 215.

⁶⁴ Oficina General del Trabajo, “Resolución 2 de 1929. Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre higiene del trabajo”, *Boletín de la Oficina General del Trabajo* I.3 (1929): 2.

arranca de distintos factores, como el clima, contaminación del suelo, saturación del medio respiratorio, picaduras de insectos, insolación, etc.”.⁶⁵ Frente a las secuelas del trabajo en el trópico, el gobierno, imposibilitado para obligar a las empresas agrícolas a indemnizar a los trabajadores y responsabilizarse por la asistencia médica, les recomendó que dispusieran alimentos, letrinas, agua, calzado y ropa para el trabajo.

Por su parte, los trabajadores recurrían en primera instancia a formas tradicionales de atención, como las de los yerbateros y los chamanes, aunque también se apropiaban de las herramientas legales que poseían: la huelga y la demanda individual. El “despertar en las clases trabajadoras [del] sentimiento de sus propios derechos y el afán de una restauración de sus intereses legítimos”⁶⁶ hizo que, entre 1920 y 1940, asalariados de diferentes sectores del país (braceros, mineros, ferroviarios, campesinos) exigieran con una sofisticación creciente la higiene en los campamentos y las minas, implementos de ropa, servicios de hospitalización, seguro colectivo, salarios en convalecencia, cobertura de accidentes, pensión por accidente e indemnización por enfermedad.⁶⁷

La ciudadanía política adquirida por la clase obrera mediante la participación “en los espacios que la restringida democracia dejaba”⁶⁸ se refleja igualmente en las acciones individuales ante las autoridades del trabajo. La modernización de las relaciones entre capital y trabajo, en medio de una endeble paz social surgida a la sombra del miedo al comunismo, se percibe en la apropiación de los limitados derechos de salud que tienen los trabajadores. Las páginas del *Boletín de la Oficina General del Trabajo*, inaugurado en agosto de 1929, registran fragmentos y respuestas a demandas obreras y consultas de patrones y jueces relacionados con enfermedades tropicales, sociales, comunes y profesionales. En las resoluciones y los conceptos emitidos por este organismo es posible ver a contrapelo las migajas de un derecho laboral emergente y en proceso de legitimación. Por ejemplo, durante 1952, la Dirección de Medicina e Higiene Industrial (DMHI) cursó 163 conceptos, envió 595 oficios, emitió 16 resoluciones, 25 telegramas, y evaluó 372 reglamentos de higiene y seguridad. En ese sentido, a manera de ejemplo, se transcribe a continuación un fragmento de la respuesta del doctor José Baena Lavalle, médico director del DMHI:

⁶⁵ Luis Tarazona, “Responsabilidad común y responsabilidad por accidentes de trabajo” (Tesis de grado para obtener el título de Doctor en Ciencias Jurídicas, Universidad Javeriana, 1939) 55.

⁶⁶ Gabriel Porras, “Las condiciones del trabajo en el departamento de Bolívar”, *Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo* I.10 (1930): 553.

⁶⁷ Véase Óscar Gallo, “Luchas por el derecho a la salud, el caso del Sindicato Minero de Amagá y Angelópolis, Colombia, 1937-1945”, *Memoria y Sociedad* 20.41 (2016): 129-144.

⁶⁸ Mauricio Archila, *Ni amos, ni siervos: memoria obrera de Bogotá y Medellín, 1910-1945. Controversia 156-157* (Bogotá: CINEP, 1989).

Me refiero a su atenta comunicación número 0109, para responder a las preguntas formuladas en relación con el señor N.N. 1ª La enfermedad pulmonar infectocontagiosa que padece actualmente el señor N.N no puede considerarse como la consecuencia obligada de la clase de profesión que desempeñaba, pero las condiciones en que se vio forzado a ejercerla, de acuerdo con las informaciones suministradas, sí tuvieron una apreciable influencia en su desarrollo. Se trata, por tanto, de una enfermedad indirectamente profesional.⁶⁹

Conclusiones

En la primera parte de este artículo se analizó la manera en que se dirimió el conflicto entre capital y trabajo durante los gobiernos liberales. El objetivo era mostrar el contexto que enfrentaron los trabajadores colombianos en el momento de reivindicar sus derechos, al tiempo que se vislumbran los límites de la lucha obrera por la salud. En efecto, se puede afirmar que los avances en la protección de la salud de los trabajadores en los años cuarenta fueron congruentes con la legislación internacional, pero incongruentes con la realidad de la mayoría de los trabajadores colombianos. Como se puede observar al analizar el caso de la anquilostomiasis, mientras el país se construye en el trópico, la legislación se orienta a la clase obrera urbana y el sector rural se excluye de la naciente legislación. Es cierto que en los casos no considerados en la legislación colombiana el trabajador podía demostrar la relación entre el trabajo y la enfermedad, pero los requisitos hacían esto casi imposible. Como se observó en el análisis de la anquilostomiasis, y se puede constatar en el debate sobre la silicosis⁷⁰ y las hernias,⁷¹ existían muchas posibilidades de que la demanda fuera desestimada con el argumento de la predisposición congénita.

⁶⁹ José Manuel Baena, “Concepto 082-D”, *Boletín Trabajo* II.2 (1952): 108-109.

⁷⁰ Óscar Gallo y Jorge Márquez, “La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis, 1910-1950”, *Historia Crítica* 45 (2011): 114-143

⁷¹ Óscar Gallo, “Perícias, acidentes e hérnias no contexto do direito à saúde, Colômbia 1915-1946”, *Dynamis* 36.2 (2016): 491-515

En Colombia y en otros países de América Latina, la mayoría de los trabajadores rurales subvencionaron implícitamente a los patrones.⁷² Esa misma impresión transmitía Francisco José Chaux en los años treinta. Según este político, el campesino colombiano era una especie de bien de uso público que muchos explotaban para su peculio y carrera política. Los campesinos, según él, eran sometidos a trabajos invisibles sin justa remuneración y sin los derechos adquiridos por los trabajadores de otros sectores económicos.⁷³

Como es obvio, el país de la primera mitad del siglo XX es muy diferente al país del siglo XXI; sin embargo, los discursos y las herencias del paradigma de protección social inaugurado en los años cuarenta aún impactan la vida cotidiana de los trabajadores del sector rural. En ese sentido, se puede decir que el problema de extender la protección social a los trabajadores del sector rural tiene sus raíces históricas en el periodo analizado, cuando se difunde y asienta en América Latina un modelo de seguridad social inspirado en sociedades industriales y dependiente de una relación contractual estable.

En la actualidad, más del 90% de los trabajadores campesinos depende de una seguridad social no contributiva, y el 75% de la población ocupada en el sector rural tiene un ingreso mensual inferior al salario mínimo legal vigente. A eso se suma que las actividades de promoción y prevención de la salud son prácticamente inexistentes, y la falta de infraestructura y de servicios sociales dificulta la protección de la salud de los trabajadores y la de sus familias. De acuerdo con cifras recientes, en el país rural la informalidad laboral es del 89.3%; únicamente el 9.9% de los trabajadores cuenta con un contrato laboral, y apenas el 6.7% de estos está afiliado a un sindicato. Además, 33.7% tiene relaciones laborales ilegales, solo 14.1% contribuye a salud y el 12.4% a pensión de vejez.⁷⁴

Para concluir, cabe destacar, en primer lugar, que este artículo abre otros interrogantes acerca de la paridad legislativa en materia de salud laboral y la uniformidad de las leyes sobre enfermedades profesionales como mecanismo de desprotección de los obreros del sector rural. Asimismo, se considera que la tranquilidad con que se asume la precariedad del trabajo agrícola naturaliza las limitaciones del modelo de protección social inaugurado en la primera mitad del siglo XX. Finalmente, es importante destacar que las enfermedades laborales del sector agrícola han permanecido históricamente ocultas o han sido olvidadas y negadas, pese a que la creciente tecnificación y la transformación del sector exigieron ampliar el horizonte

⁷² Cristóbal Kay, “Enfoques sobre el desarrollo rural en América Latina y Europa desde mediados del siglo veinte”, *La enseñanza del desarrollo rural: enfoques y perspectivas* (Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana, 2007) 49-111.

⁷³ Francisco José Chaux, “El espíritu de la ley en los problemas sociales”, *Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo* V.39-44 (1934): 3-10.

⁷⁴ Carmen Tangarife, *Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral con Trabajo Decente* (Medellín: Escuela Nacional Sindical, 2016).

de las enfermedades clasificadas. Tanto ayer como hoy, la defensa económica de las empresas tiraniza el espíritu social de la legislación laboral y la protección social.

Referencias

Arango, Agustín. “Enfermedades profesionales”. *Salud y Trabajo* I.6 (1948): 2.

Archila, Mauricio. *Idas y venidas, vueltas y revueltas: protestas sociales en Colombia, 1958-1990*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia, 2003.

———. “Historiografía sobre los movimientos sociales en Colombia. Siglo XX”. *La historiografía al final del milenio: ensayos de historiografía colombiana y latinoamericana*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994.

———. *Cultura e identidad obrera. Colombia 1910-1945*. Bogotá: CINEP, 1991.

———. *Ni amos, ni siervos: memoria obrera de Bogotá y Medellín, 1910-1945. Controversia 156-157*. Bogotá: CINEP, 1989.

Archila, Mauricio y Leidy Jazmin Torres. *Bananeras: huelga y masacre. 80 años*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, 2010.

Areválo, Decsi y otros. *Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia (1946-1992)*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 1992.

Arias, Ricardo. “Los años del cambio”. *Historia de Colombia contemporánea: (1920 - 2010)*. Bogotá: Universidad de los Andes, 2011.

Baena, José Manuel. “Concepto 082-D”. *Boletín Trabajo* II.2 (1952): 108-109.

Bergquist, Charles. *Los trabajadores en la historia latinoamericana: estudios comparativos de Chile, Argentina, Venezuela y Colombia*. Colombia: Siglo XXI, 1988.

———. “Los trabajadores del sector cafetero y la suerte del movimiento obrero en Colombia, 1920-1940”. *Pasado y presente de la violencia en Colombia*. Ed. Ricardo Peñaranda. Medellín: La Carreta, 2007.

Botero, Sandra. “La reforma constitucional de 1936, el Estado y las políticas sociales en Colombia”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 33 (2006): 85-109.

Bradford, Daniel. “Los accidentes de trabajo en la doctrina y en la ley”. Tesis para optar al grado de doctor en Derecho y Ciencias Políticas, Universidad Nacional de Colombia, 1944.

Calle, Miguel María. “Anquilostomiasis”. *La Organización* (1910).

———. “Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* XV.3 (1910): 67-89.

Castro, Alfonso. “Anquilostomiasis en Antioquia”. *Revista Clínica* VI (1923): 378-419.

Castro, Beatriz. *Caridad y beneficencia: el tratamiento de la pobreza en Colombia, 1870-1930*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2007.

Chaux, Francisco José. “El espíritu de la ley en los problemas sociales”. *Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo* V.39-44 (1934): 3-10.

Congreso de la República de Colombia. “Ley 6.^a de 1945 por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo”. *Colombia Médica* V.7 (1946): 219.

Del Corral, Jesús. *Memoria del ministro de agricultura y comercio al Congreso de 1920*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1920.

Gallo, Óscar. “A objetivação médica e legislativa das doenças profissionais na Colômbia 1931-1945”. *Historia Crítica* 66 (2017): 87-107.

———. “Expertise, accidents and hernias in the context of the right to health, Colombia 1915-1946”. *Dynamis* 36.2 (2016): 491-515.

———. “Perícias, acidentes e hérnias no context do direito à saúde, Colômbia 1915-1946”. *Dynamis* 36.2 (2016) 491-515

———. “Luchas por el derecho a la salud, el caso del Sindicato Minero de Amagá y Angelópolis, Colombia 1937-1945”. *Memoria y Sociedad* 20.41 (2016): 129-144.

Gallo, Óscar y Jorge Márquez. “La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis, 1910-1950”. *Historia Crítica* 45 (2011): 114-143.

García, Claudia y Emilio Quevedo. “Ankylostomiasis (uncinariasis) and coffee: The antecedents of the Rockefeller Foundation’s Intervention in Colombia: 1900-192”. *Biomédica* 18.1 (1998): 5-21.

García, Pablo. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Tomo I. Bogotá: Imprenta Nacional, 1932.

Hernández, Mario. *La salud fragmentada*. Bogotá: Universidad Nacional, 2002.

Herrnstadt, Ernesto. “The problem of social security in Colombia”. *International Labour Review* 47.1 (1943): 426-449.

Kalmanovitz, Salomón. *Nueva historia económica de Colombia*. Bogotá: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, 2010.

Kay, Cristóbal. “Enfoques sobre el desarrollo rural en América Latina y Europa desde mediados del siglo veinte”. *La enseñanza del desarrollo rural: enfoques y perspectivas*. Ed. Edelmira Pérez. Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana, 2007.

López, Alfonso. “El criterio gubernamental en la solución de los problemas colectivos del trabajo”. *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo* 72.77 (1937): 81-82.

Löwy, Ilana. “‘Intervenir et représenter’: Campagnes sanitaires et élaboration des cartographies de l’ankylostomiase”. *History and Philosophy of the Life Sciences* 25.3 (2003): 337-362.

Luna, Jairo Ernesto. “Configuración de la salud obrera en la Tropical Oil Company: Barrancabermeja 1916-1951”. Tesis en Historia, Universidad Nacional de Colombia, 2011.

Luna, Jairo Ernesto y Mauricio Torres. “2020: pandemia por covid-19 y mundo del trabajo: una mirada desde los sectores subalternos”. *Laboreal* 16.2 (2020).

Mayor Mora, Alberto. *Ética, trabajo y productividad en Antioquia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1997.

Mejía, Alfonso. “El obrero y el trabajo en Antioquia”. *Anales de la Escuela Nacional de Minas* II.17 (1918): 439-457.

Mejía, Paola. “De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948”. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam* 24 (2004): 119-155.

Meneses, Efraím. *Enfermedades y accidentes de trabajo*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, Editorial Prensa Católica, 1949.

Miranda, Néstor y otros. *Historia social de la ciencia en Colombia. Tomo VIII, 2, medicina. La institucionalización de la medicina en Colombia*. Bogotá: Colciencias, Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, 1993.

Moncayo, Víctor Manuel y Fernando Rojas. *Luchas obreras y política laboral en Colombia*. Bogotá: La Carreta, 1978.

Mora, Oliver. “Los dos gobiernos de Alfonso López Pumarejo: Estado y reformas económicas y sociales en Colombia (1934-1938, 1942-1945)”. *Apuntes del Cenes* 29.50 (2011).

Muñoz, Ana María. “La reforma constitucional de 1936 y el camino hacia la construcción de la seguridad social”. *Vniversitas* 120 (2010): 101-124.

Murard, Lion y Patrick Zilbermann. “La mission Rockefeller en France et la création du Comité National de Défense contre la Tuberculose (1917-1923)”. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine* 34.2 (1987): 257-331.

Nackehenie, Daniel, y Luis Patiño. “La actualidad médico-social. Un diálogo internacional sobre la enfermedad de Carrión”. *Revista Colombia Médica* II.3-4 (1940): 95-99.

Oficina General del Trabajo “Convenciones Internacionales sobre el trabajo”. *Boletín de la Oficina General del Trabajo* I.1-2 (1929): 31-115.

———. “Resolución 2 de 1929. Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre higiene del trabajo”. *Boletín de la Oficina General del Trabajo* I.3 (1929): 121-123.

———. “Presupuesto doméstico de una familia obrera, en relación con el promedio general de los salarios en el país”. *Boletín de la Oficina General del Trabajo* I.1 (1929): 41.

Palacios, Marco. *El café en Colombia, 1850-1970: una historia económica, social y política*. Bogotá: Áncora Editores, 1983.

———. *Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994*. Bogotá: Norma, 1995.

Palmer, Steven. “Cansancio y nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis”. *Salud Colectiva* 5 (2009): 403-412.

Pécaut, Daniel. *Orden y violencia: evolución sociopolítica de Colombia entre 1930 y 1953*. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2001.

Porras, Gabriel. "Las condiciones del trabajo en el departamento de Bolívar". *Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo* I.10 (1930): 550-556.

Quevedo, Emilio. "A coffee with sugar, please: la Fundación Rockefeller y la salud pública en Centroamérica, hacia una mirada comparativa". *Colombia: Ciencia y Tecnología* 19.3 (2001): 24-36.

República de Colombia. "Ley 9 de 1979 (enero 24). Por la cual se dictan Medidas Sanitarias". *Diario Oficial* 35308 (1979).

———. "Nueva tabla de valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales adoptada por el Gobierno. Las posibles lesiones se clasifican en 18 grupos en vez de 11 que antes se contemplaban". *Colombia Medica* V.6 (1946): 196-200.

Quevedo, Emilio y otros. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: el tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional, 2004.

Restrepo, Gustavo. "Apuntes sobre enfermedades profesionales". Tesis para optar al título de doctor en Derecho, Universidad Nacional de Colombia, 1944.

Rodríguez, Esteban y Alfredo Menéndez. "Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936)". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LVIII (2006): 219-248.

Santos, Eduardo. "El presidente de la república, las cuestiones sociales y sus realizaciones". *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo* (1940): 8-9.

Sarmiento, Guillermo. "Enfermedades profesionales". *Salud y Trabajo* I.4 (1948): 3-7.

Stoller, Richard. "Alfonso López Pumarejo and liberal radicalism in 1930s Colombia". *Journal of Latin American Studies* 27.2 (1995): 367-97.

Tangarife, Carmen. "Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral con Trabajo Decente". Medellín: Escuela Nacional Sindical, 2016.

Tarazona, Luis. "Responsabilidad común y responsabilidad por accidentes de trabajo". Tesis de grado para obtener el título de Doctor en Ciencias Jurídicas, Universidad Javeriana, 1939.

Torres, José. “¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional?” *Revista Médica de Medicina y Cirugía* IV.8 (1938): 31-42.

Úbeda y Correal, José. *El II Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales (Bruselas 10-14 septiembre de 1910)*. Madrid: Imprenta de la Sucursal de la Minuesa de los Ríos, 1914.

Valbuena, Martiniano. *Memorias de Barrancabermeja*. Bucaramanga: Editorial El Frente, 1997.

Valero, Édgar Augusto. “Fundaciones empresariales de Venezuela y Colombia: perspectiva comparada sobre el tránsito del paternalismo a la filantropía corporativa”. *Revista de Historia Comparada* 8.2 (2014): 108-145.

Vega, Renán. *Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras*. Tomo I. Bogotá: Ediciones Pensamiento Crítico, 2002.

Vergara, Jorge. “Estudio crítico del Decreto N.º 841 de 1946 sobre enfermedades profesionales”. *Colombia Medica* V.9 (1946): 284-297.

———. “Medicina industrial e higiene industrial”. *Colombia Médica* V.6 (1946): 166-177.

Zea, Luis. “Anquilostomiasis”. *Boletín de Medicina de la Sociedad Médica de Manizales* 1 (1907): 149-159.