

Ciencia Histórica



2010

La Cara Sucia de la Modernidad.
Medicalización y Pobreza en Cartagena:
1900-1930.

JOSÉ
WILSON
MÁRQUEZ
ESTRADA

JOSÉ WILSON MÁRQUEZ ESTRADA

La Cara Sucia de la Modernidad.
**Medicalización y Pobreza en
Cartagena: 1900-1930.**



Ciencia Histórica

JOSÉ WILSON MÁRQUEZ ESTRADA

La Cara Sucia de la Modernidad.
Medicalización y Pobreza en
Cartagena: 1900-1930.



© El Caribe Editores Ltda.

ISBN: 978-958-6729-19-1

© 2010 José Wilson Márquez Estrada

© 2010 Universidad de Cartagena

© 2010 El Caribe Editores Ltda.

© 2010 **Libro Electrónico®**

El Caribe Editores Ltda.

Línea *Leopold von Ranke* - Ciencia Histórica.

Editor: John Jairo Orozco

Diagramación: Miguel Aldana Toro

E- Mail: elcaribeeditores@une.net.co

Teléfono: (05) 656 22 66

Cartagena de Indias, Colombia.

Primera Edición: Enero de 2010

Carátula: Diseño de Hernán Darío Ocampo

Ilustración: Pintura del Maestro Enrique Grau – Cartagena de Indias – Vista de la Ciudad Amurallada. Tomada de Álbum Fotográfico de Cartagena de Indias. Hanny Burton. Miami, Florida. 2006.

Impreso y Hecho en Colombia / Printed and made in Colombia.

Por Jorge Eliécer Rodríguez e Hijos Ltda.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendida las lecturas universitarias, la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler público.



José Wilson Márquez Estrada
BIOGRAFÍA DEL AUTOR

Historiador de la Universidad Nacional de Colombia, Magister en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Abogado de la Corporación Universitaria de la Costa CUC-Tecnar. Profesor Asistente del Programa de Historia de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de Cartagena. Miembro del Grupo de Investigación *Frontera, Sociedad y Cultura del Caribe y América Latina* (Categoría A1 en Colciencias). E-Mail: jmarqueze@unicartagena.edu.co. - wilsonmarquez99@yahoo.com.mx.

A Regina Márquez,
A Néstor Márquez,
A Fabio Márquez,
A Ligio Márquez,
A Balmore,
A Pancho,
A Edgar,
Siete ausencias que
Brillan en el recuerdo
Como estrellas en verano.

Contenido

Agradecimientos	
Introducción	7
1. La Ciencia Médica a Principios del Siglo XX.	17
2. La Búsqueda de la Modernidad.	20
3. El Poder Blanco y su Injerencia en la Ciudad.	23
4. Medicalización y Asistencia Social .	30
5. Una Ciudad Sin Agua.	37
6. La Higienización de la Vida Urbana.	42
7. En Camino Hacia la Urbe.	45
8. Una Ciudad Asediada por las Pestes.	55
9. La Tuberculosis: Un Verdadero Azote.	59
Conclusiones	65
Anexo	70

Introducción.

Por rigor metodológico, y para explicar el título de esta investigación, se empezará por precisar la definición del concepto *Medicalización*, concepto acuñado por el notable filósofo e historiador francés Michel Foucault, y que de ninguna manera aparece en los documentos y textos de la época objeto de estudio: *La medicalización, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporarán (...) en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina*¹. Es decir, medicalizar es convertir en objeto de la medicina y de los médicos, todo lo que está más allá del cuerpo mismo y de las enfermedades: las cosas, el entorno, los animales domésticos, los hábitos, costumbres y trabajo; la manera de vivir y el vestir; en qué condiciones son concebidos y cómo nacen los individuos; su crecimiento y alimentación, y de qué mueren los seres humanos -incluidos los médicos, que no escapan a esa red fiscalizadora-. De hecho, *“la medicina y el médico son el primer objeto de la normalización”*, dice Foucault.

En segundo lugar, con este trabajo se trata de aplicar una perspectiva en la historia de la consolidación de la medicina social en Cartagena -con las debidas peculiaridades- basada en los tres modelos de medicalización propuestos por Foucault: el modelo de la medicina del Estado (Alemania siglo XVIII); el modelo de la medicina urbana (Francia siglo XVIII); y el modelo de la medicina laboral (Inglaterra siglo XIX). Formas que no se desarrollaron sucesivamente en Cartagena, sino que fueron surgiendo entrecruzadas a medida que se ampliaron cada vez más los ámbitos de la intervención médica.

Es perentorio advertir que este trabajo no tiene una estructura cronológica rígida que se adecue a las periodizaciones convencionales utilizadas en otros campos de la historiografía. La historia de la medicalización no se ocupa de sucesiones cronológicas sino de acontecimientos que surgen en cuanto ciertos aspectos de la vida social urbana aparecen bajo la mirada médica.

¹ “Historia de la Medicalización”. Revista *Educación Médica y Salud*. Vol.11, Nº 1. Bogotá. 1977. Pág. 4.

Precisamente, una de las características de la medicina social, ha sido, por una parte, la organización de las Escuelas de Medicina, el *pénsum* de estudios y la concesión de títulos; y por otra, la constitución de “Cuerpos Médicos” que asumieron no solo la asesoría médica del Estado sino que también personificaron la autoridad oficial. Desde la segunda mitad del siglo XIX en Colombia, la concepción moderna de Estado-Nación colocaba entre sus más altas funciones las que se relacionaban con la asistencia pública y el control de las enfermedades; y al médico incumbía una tarea social ineludible: “...*todo médico tiene una obligación moral para con la sociedad o el medio en el cual actué y que consiste en darle derroteros de salud física y moral. (...) los médicos serán contados entre los doctores de la ley como lo son los doctores de la medicina.*”²

La organización de ese saber médico en Cartagena, la normalización de la profesión, la subordinación a una administración política y, por último, su integración como cuerpo asesor y consultor, “*llevan aparejados una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse una medicina de Estado.*”³ En este sentido, en Cartagena el papel de control de las actividades médicas estuvo en manos de la autoridad política, y fue desde esta instancia desde donde se promovió e impulsó la modernización de la medicina, a través de su injerencia dentro de la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena; e igualmente fue desde esta instancia desde donde se intentó aplicar un programa de higienismo y medicalización para la ciudad, constituyéndose en la cara blanca del gran proyecto de modernización de Cartagena a principios del siglo XX.

Efectivamente, la Escuela de Medicina de la Universidad de Cartagena se empieza a preocupar con mayor interés por todos los asuntos relacionados con la salud pública⁴, como epidemias y endemias y sus respectivos tratamientos.

² BEJARANO, Jorge. *La Delincuencia Infantil en Colombia y la Profilaxis del Crimen*. Editorial Minerva. Bogotá. 1921. Pág.18.

³ FOUCAULT, Michel. Op. Cit. Pág. 10.

⁴ Salud Pública: entendida como protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales: 1) fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas.

Estas primeras gestiones de la medicina socio–estatal en Colombia se hallaban fundamentadas, por una parte, en la preocupación por los individuos como ciudadanos: la natalidad y morbi-mortalidad de quienes lograrían el progreso de la nación. Por otra, el procedimiento estaba estrechamente relacionado con las políticas sanitarias internacionales: *Conferencia Sanitaria de Washington* (1881) y *Conferencia Internacional de Médicos* (1884), sin descontar la presión de tipo económico que ejercían los países con los que Colombia sostenía intercambios comerciales.

En consecuencia, las primeras Juntas de Sanidad -que se reunían tan sólo en casos de emergencias y epidemias, fueron reemplazadas por la *Ley 30 de 1886* (amparada por la nueva constitución), creándose las Juntas Centrales de Higiene en Bogotá y en cada capital importante. Dentro de las funciones permanentes de estas nuevas juntas estaban: las de controlar las epidemias mediante campañas de vacunación obligatoria; velar por el mantenimiento y correcto funcionamiento de los hospitales, asilos y hospicios mediante la visita de médicos oficiales y erradicar focos de infección para prevenir las enfermedades aplicando medidas de cuarentena. Según esta disposición legal, de todas estas actividades debían llevar registro y presentar informes ante las autoridades oficiales. No obstante -dice Márquez Valderrama- estas juntas tuvieron problemas de recursos y no pudieron ser adecuadamente instaladas sino desde 1913⁵. Todo este fenómeno médico encajaba perfectamente en una mentalidad modernizadora de la vida urbana que caracterizaba a las elites más progresistas del país en este periodo y que, desde sus experiencias políticas de ciudad, intentaban hacer realidad un sueño muy complejo, pero no imposible. La idea era transformar esas vetustas ciudades tradicionales en pujantes ciudades modernas, por lo cual era urgentemente necesario aplicar políticas de higienización y medicalización que garantizaran la salud y vitalidad de una población cada vez más necesaria para la construcción de un capitalismo moderno y competitivo en el país.

Los cambios socio-económicos, demográficos y urbanos vividos en Colombia desde finales del siglo XIX, acrecentaron una problemática sanitaria que ya venía desde épocas

⁵ MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. *La Química Pasteriana en la Medicina, La Práctica Médica y la Medicalización de la Ciudad de Medellín a Finales del siglo XIX*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Humanas y Económicas. Carrera de Historia. Universidad Nacional de Colombia – sede Medellín. 1995.

anteriores con enfermedades epidémicas y endémicas como viruela, sarampión, tifo, paludismo, disentería, tétanos y fiebre tifoidea. A finales del siglo XX se sumaron la neumonía, escarlatina y la difteria, y a comienzos del siglo XX, se recrudecieron las enfermedades “sociales” que delataban desórdenes y problemas físicos y morales causados por el hacinamiento y promiscuidad: tuberculosis, venéreas, carbón sintomático, anemia tropical, cólera y fiebre amarilla, que amenazaban a toda la población. Por consiguiente, el fenómeno de salubridad social también fue político y exigió nuevos mecanismos de regulación y control. La *Ley 33 de 1913* (octubre 18), por medio de la cual se organizó la Higiene Nacional Pública y Privada, decretó lo que se puede resumir en los siguientes términos:

Para Bogotá: un Consejo Superior de Sanidad. En las capitales de departamento como Cartagena: Juntas Departamentales Permanentes de Higiene que, de conformidad con los artículos 17 y 20 de dicha ley, tenían carácter de actos oficiales obligatorios -siempre que llevaran la aprobación de los señores gobernadores. Seguidamente, el modelo sanitario se expandió con sus respectivos mecanismos operativos. Es decir, una estrategia medicalizadora completa. Una tecnología disciplinaria y vigilante con sus respectivas subordinaciones y mecanismos de registro, control, clasificaciones, jerarquías y autoridades, fundamentales para lograr el mejoramiento de las condiciones higiénicas de las ciudades, disminuir los riesgos de mortalidad y epidemias asegurando un desarrollo urbano moderno. De allí la importante figura del médico como garantía oficial jugando un papel entre otras instancias de poder. Entre otras gestiones, la autorización y la legalidad de la práctica de cualquier médico sería reforzada por el gobierno municipal mediante la “Comisión Sanitaria”, estas comisiones, que operaron con mas o menos las mismas características en la mayoría de las grandes ciudades de Colombia, incluyendo, obviamente Cartagena, se ocuparían de los siguientes asuntos:

- Primero, la comisión se ocuparía de todo lo relacionado con el ejercicio de la medicina y la farmacia; con la calidad de los alimentos, condimentos, bebidas, drogas, venenos, específicos y medicamentos cuya composición fuera secreta. Del mismo modo, de las aguas potables, acueductos, cañerías y albañales. Así mismo del saneamiento de la ciudad y de las habitaciones particulares (injerencia del poder médico en dominio privado). Vería que se

cumpliera la salubridad de las escuelas, colegios, talleres, hospitales, asilos y demás edificios públicos.

En vista de que los acueductos que abastecían las ciudades eran desuetos y mal contruidos (la mayoría en tuberías de barro) permitían la contaminación por infiltraciones, se vigilaría que la fabricación de productos químicos líquidos como gaseosas, cervezas, sodas, etc., se utilizara agua filtrada y hervida con ácido carbónico químicamente puro. Todos los elementos que entraran en la preparación de gaseosas debían observar el más escrupuloso aseo, prohibiéndose el uso de recipientes de plomo para evitar envenenamientos y el uso de sacarina como endulzante. Se adoptaría el Reglamento Higiénico para las fábricas de productos alimenticios expedido por la Dirección de Higiene y Salubridad, que reglamentaba el aseo y la ventilación de los locales, el personal (que no debía adolecer ninguna enfermedad infecto-contagiosa ni cutánea), el vestido y la duración de las jornadas de trabajo (característica del modelo de la medicina laboral); así mismo el control de las materias primas para la confección de alimentos, su manipulación y conducción. La comisión tomaría muestras de los productos o de las materias primas cuando lo juzgara conveniente y el propietario debía permitir la práctica de las visitas; ninguna fábrica podría abrirse sin una patente de sanidad y las infracciones serían castigadas por los Inspectores de Sanidad con multas y, en caso de contumacia, con la clausura del establecimiento.

- Segundo, la comisión se ocuparía del estudio de las condiciones sanitarias de los agricultores; de las industrias peligrosas e insalubres; de las condiciones de vida del obrero y de los medios para mejorarla; de la distribución, aplicación y propagación de las vacunas contra epidemias; y de la organización de la asistencia pública.

Simultáneamente, la asistencia hospitalaria de los trabajadores sería asumida por los industriales y empresarios para solucionar los problemas de salud pública entre las clases media y baja -proveedoras de la mano de obra-. Las relaciones de producción y la preocupación por la salud de los obreros establecerían vínculos médico-hospitalarios entre médicos y empresarios.

En cuanto a los indigentes, estarían bajo la condición de sometimiento a controles médicos variados para que fueran más aptos y menos peligrosos. La idea era agruparlos en casas de asilo u orfanatos. Con estas medidas se aplicarían los mecanismos de la tecnología disciplinaria en los centros asistenciales, a la que se refiere Michel Foucault en su texto *Los Anormales*; registros, estadísticas, cuadros de mendigos en general y de salón de maternidad para las indigentes. Los niños pequeños merecerían un asilo especial para menores, en condiciones sanitarias óptimas, donde se les brindaría asistencia alimenticia, médica y educativa.

- Tercero, la comisión se ocuparía de las medidas para prevenir, detener y combatir las enfermedades endémicas, epidémicas y contagiosas; las epizootias; los asuntos relativos a los recién nacidos, los expósitos y el servicio de nodrizas. Así mismo debía encargarse del movimiento de la población, las causas de mortalidad; la Corografía médica, estadísticas y estado civil.

La aparición incrementada de una población obrera pobre, en la mayoría de las ciudades donde se estaban impulsando experiencias industriales; especialmente Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Bucaramanga; sin calificar, acogida en precarias condiciones de trabajo, fábricas y locales estrechos, húmedos sin ventilación; el hacinamiento en sus viviendas, los fenómenos de adaptación a la ciudad y los continuos desplazamientos de vacantes, aumentaron las tensiones socio-políticas dentro de las urbes. Surgió, ante el aumento demográfico desordenado, un prejuicio vital: los pobres, sus viviendas y sus hábitos eran el foco mayor de infecciones, epidemias y endemias.

La coexistencia de antihigiénicos barrios de obreros con los de las tradicionales familias ciudadinas suscito un velado enfrentamiento, en la mayoría de las ciudades colombianas a comienzos del siglo XX ⁶. Según Restrepo, en épocas anteriores, la convivencia con los “pobres de solemnidad” se había sobrellevado gracias a la caridad evangélica de los más pudientes. Pero ante los cambios numéricos de población del siglo XX, el modelo

⁶ RESTREPO, Libia. “De Aldea a Ciudad. La Medicalización de Medellín a Comienzos del Siglo XX.” Revista *Universidad Pontificia Bolivariana*. Medellín. 1996.

filantrópico fue ineficiente y se pasó al modelo de la medicina social para enfrentar los desarreglos sanitarios y la miseria de las masas⁷. Se habían alterado rotundamente los hábitos, las costumbres de aseo tradicionales, la moral del cuerpo y de los actos ciudadanos.

Desde otro ángulo, para la primera década del siglo XX, tanto en Bogotá como en Medellín, Barranquilla, Cali o Cartagena; el discurso médico ya era claramente pasteriano y se apoyaba con fuerza en instituciones médicas urbanas. Las medidas de higiene adquirieron un carácter obligatorio y de exclusión mediante registros clasificatorios dentro del aislamiento en lugares apropiados para cumplir a cabalidad las funciones de protección de la sociedad.

Para el caso cartagenero, podemos señalar que los tres modelos medicalizadores, el estatal, el urbano y el laboral, se superponen y refuerzan. Fue muy poco lo que pudo escapar a la medicalización total por el mero hecho de poner en contacto la medicina con la química y la bacteriología. Los médicos oficiales de Cartagena tuvieron a su cargo la ciudad completa, reglamentando la asistencia pública y la administración sanitaria.

¿Qué justificaba toda esta política medicalizadora? Fundamentalmente, el progreso material que debían tener las sociedades modernas con la adecuación y mejoramiento de los servicios públicos y el desarrollo científico-médico promovido en cada región colombiana; asesorados por las academias de medicina, donde existían necesariamente estudios de enfermedades tropicales endémicas y epidémicas. Igualmente, todo este esfuerzo medicalizador se justifica en su función social, en la utilidad social de las mejoras de los locales hospitalarios. Por cuanto quienes irían a recibir el beneficio serían los pobres, los obreros de fábricas, los labradores y jornaleros, mineros y albañiles. Es que a diferencia de la solicitud del siglo XIX, ya no se trata de implorar el ejercicio de la caridad o de las virtudes humanitarias. Media la noción de *contagio* y *exposición*. Los indefensos trabajadores llevarían a todas partes las más crueles y mortíferas epidemias (tifo, viruela, peste, cólera, tuberculosis), prontas a subir y atacar sin misericordia las más altas clases

⁷ RESTREPO, Libia. *La Práctica Médica en el Ferrocarril de Antioquia: 1875-1930*. Tesis de Grado de Maestría en Historia. Universidad Nacional de Colombia. 1992. Pág. 120.

sociales. Otra justificación importante de aplicación de estos programas medicalizadores, fueron las razones laborales, las del ahorro y la economía. Mejor dicho, para evitar los paros de producción y buscar el mejoramiento de las empresas había que mejorar y conservar la salud de los trabajadores. De esta manera también se evitaban las aglomeraciones en los hospitales de caridad, dañinos y perniciosos por antihigiénicas así como arruinadoras del ya menguado presupuesto de los centros asistenciales. Por su puesto, para un obrero, la salud todavía no era un derecho, era sólo la garantía de encontrar un trabajo estable, honrado y dignificante de acuerdo con las nuevas condiciones socio-económicas.

No sólo se medicalizaba la vida, desde el modelo de la medicina urbana –dice Restrepo-, también se medicalizaba todo lo relacionado con la muerte: por un lado, se verifica la causa de la muerte para efectos de registro y estadísticas de mortalidad y, por otro, el cementerio, las salas de velación y los templos como espacios públicos. Una manera de llevar una estadística de mortalidad fue poner en práctica la costumbre de exigir un certificado médico de la defunción especificando la causa de la muerte, requisito sin el cual no se podía enterrar un cadáver. La autoridad civil no había intervenido anteriormente sobre este asunto, a cargo tan sólo de los curas y párrocos, cuya única condición era la comprobación de que el individuo había fallecido en el cumplimiento de los mandamientos de Dios y de la Iglesia. Sin los auxilios sacramentales y parroquiales el cadáver se sepultaba en cualquier lugar sin actas ni partidas. A los ojos de la medicina, los que habían muerto por causa de una enfermedad infecto-contagiosa continuaban siendo peligrosos para los vivos. Era bien claro que un difunto no podía yacer ni ser trasladado por ahí, sin más, propagando y contagiando las causas de su muerte. Para la primera década del siglo XX en Colombia persistía la circunstancia de que no existían -ni se sospechaba la necesidad- de leyes que forzaran la declaración de enfermedades contagiosas, y el único medio disponible para averiguar las causas de mortalidad y en donde desinfectar una vivienda, era acudir a los certificados sobre los motivos de la defunción o partidas necrológicas expedidas por los médicos -especialidad denominada medicina legal-.

Diversas y mortales enfermedades reclamaban la desinfección de los domicilios, de las salas de velación y de los templos que había albergado un cadáver durante los oficios fúnebres. Igualmente el cementerio, que debía disponer de una sólida construcción y de aseo permanente. Y no sólo eso, la red se amplió, había que desinfectar además los objetos de los difuntos, sus muebles y utensilios, su ropa, para evitar que fuera vendida portando los gérmenes de letales enfermedades. La muerte fue, pues, objeto compartido entre los párrocos (salvadores del alma de los cuerpos) y la medicalización urbana (salvadora del cuerpo de los vivos). Por otro lado, las calles de las ciudades, especialmente en ciudades como Cartagena, cayeron bajo el control sanitario de la Junta Departamental de Higiene, indicando asearlas y regarlas permanentemente ante la alarmante propagación de las enfermedades contagiosas en los animales y sobretodo la conocida con el nombre de *carbón*; con relación a este aspecto, se criticaba la indolencia para vacunar y destruir los cadáveres de los animales enfermos. Muchas personas eran víctimas fatales de la pústula maligna. Se acordó entonces la prohibición de vender y consumir carnes de animales muertos por causas desconocidas.

Había que educar en la higiene y no sólo se trataba de incluir las escuelas públicas y los colegios privados en las visitas de inspección, la expedición de reglamentos sanitarios o medidas para el establecimiento de agua potable, sino que los funcionarios de sanidad obligaron a los escolares en las campañas de vacunación antivariólica, luchando contra los prejuicios del pueblo hasta establecer como requisito de admisión y matrícula en un establecimiento de educación, un certificado de vacunación y de buena salud, que aún hoy se exige. En este orden de ideas, y como dice Georges Vigarello, hay un control sanitario que produce una enumeración de las localizaciones y de sus “nieblas purulentas”, a lo que se añade la vinculación existente entre hedor y suciedad, la de los espacios y la de los cuerpos. Pero no de los espacios y de los cuerpos nobles y burgueses: los lugares sospechosos son, primero, aquellos en que se acumulan los pobres y los cuerpos son aquellos a los que no protege siempre la ropa interior. Es en el pueblo en el que se piensa primero. De estos censos y de las normas que los provocan van naciendo insensiblemente, después de 1780, las premisas de una “higiene pública” que inicia por momentos lo que

desarrollará el siglo XIX. Evocar la limpieza es oponerse a los “descuidos” populares, a los hedores urbanos, a las promiscuidades incontroladas⁸.

⁸ VIGARELLO, Georges. *Lo Limpio y lo Sucio. La Higiene del Cuerpo desde la Edad Media*. Madrid. Alianza Editorial. 1991. Página 186.

1. La Ciencia Médica a Principios del Siglo XX.

A finales del siglo XIX se presentó un cambio en el pensamiento médico, la bacteriología empezó a ser captada por la medicina y, la teoría de los humores y miasmas, en la explicación de las enfermedades, fue reemplazada por la teoría de los gérmenes. Los microbios, virus y vectores, se convirtieron en base de la argumentación médica en el tratamiento de las dolencias. La enfermedad se explicaba por la existencia de un agente externo que penetraba en el organismo y producía un proceso morboso con sus manifestaciones anatómicas y patológicas⁹. Los estudiosos de estos temas han denominado a estos cambios en la medicina como *Mentalidad Etiopatológica* la cual debe su constitución a los trabajos de Roberto Kock y Luis Pasteur sobre el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis (o de Kock) y el de la Hidrofobia, respectivamente¹⁰. No obstante, estos trabajos no fueron los únicos que aportaron al descubrimiento de los agentes monocausales de las enfermedades. En 1883, Fehleisen, descubre el agente etiológico de la Erisipela; en 1889 Shiga y Flexner, el de la disentería y en 1884 Nicolaier descubrió el agente del tétanos, etc. Especial consideración merecen los aportes del médico Ludwick Fleck, quien al estudiar el surgimiento del concepto actual de sífilis llega a la conclusión de que en la génesis de un hecho científico aparecen diferentes condicionamientos históricos que lo determinan. Por ejemplo, para el caso de la sífilis, la concepción de la enfermedad estaba atravesada por la mentalidad dominante, que la veía como un mal venéreo directamente relacionado con la concepción religiosa y astrológica de la época. En pocas palabras, se puede afirmar que a finales del siglo XIX no solo se verificó un cambio en el pensamiento médico, sino que además se abrió paso a un nuevo concepto de las enfermedades¹¹. En este sentido, la medicina, como ciencia y como práctica científica, estaba experimentando unos cambios definitivos que la potenciarían como una práctica social de gran injerencia en la vida social urbana en occidente. Entonces, a finales del siglo

⁹ VERGARA, Indira. *Las enfermedades en la literatura médica a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX: el caso de la lepra*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Historia. Universidad de Cartagena. 1998. Pág. 34.

¹⁰ MIRANDA, Nestor y QUEVEDO, Emilio. *La Medicina Colombiana de 1867 a 1910, el predominio de la clínica francesa*. Historia Social de la ciencia en Colombia. Citado por Indira Vergara en su trabajo de grado. Pág. 35.

¹¹ VERGARA, Indira. Op. Cit. Pág. 41.

XIX se desplazan las concepciones hipocráticas sobre los orígenes de las dolencias (miasmas, pestilencias, aires pútridos) para dar paso a los descubrimientos pasteurianos que ponen de manifiesto la acción de los micro-organismos en las enfermedades. Bacilos, virus, bacterias y gérmenes harán parte del lenguaje médico en Cartagena desde principios del siglo XX. Es decir, los trabajos de Pasteur sobre la fermentación y la generación espontánea tuvieron importantes consecuencias para la medicina, ya que evidenciaban que el origen y evolución de las enfermedades eran análogos a los del proceso de fermentación. Pasteur consideraba que la enfermedad surge por el ataque de gérmenes procedentes del exterior del organismo, del mismo modo que los microorganismos no deseados invaden la leche y causan su fermentación. Este concepto, llamado teoría microbiana de la enfermedad, fue muy debatido por médicos y científicos de todo el mundo. Uno de los principales razonamientos aducidos en su contra era que el papel desempeñado por los gérmenes en la enfermedad era secundario y carecía de importancia; la idea de que organismos diminutos fueran capaces de matar a otros inmensamente mayores le parecía ridícula a mucha gente. No obstante, los estudios de Pasteur mostraban que estaba en lo cierto, y en el transcurso de su carrera hizo extensiva esta teoría para explicar las causas de muchas enfermedades; así en un proceso lento se fueron imponiendo las ideas pasteurianas y la medicina terminó dando un salto hacia una nueva concepción de la enfermedad¹².

Estos nuevos descubrimientos influyen notablemente en la vida cotidiana y costumbres de la gente. La higiene cobra un lugar prioritario, se hace necesario mantener limpio y libre de bacterias, microbios y malos olores tanto el cuerpo como los vestidos y las viviendas, en particular las cocinas, donde anteriormente se paseaban sin control las moscas y todo tipo de animales domésticos.

Los últimos treinta años del siglo XIX fueron especialmente dinámicos en la producción científica acerca de la etiología -naturaleza, causas y propagación- de las enfermedades, así como en los conocimientos de la anatomía, la fisiología y la clínica. Las enfermedades para principios del siglo XX se hallaban claramente clasificadas en epidémicas y en

¹² RIERA, Juan. *Historia, Medicina y Sociedad*. México, F.C.E. 1997. Pág. 52.

endémicas¹³. Los problemas de higiene pública que generaban o contribuían a generar estas enfermedades, constituyeron una preocupación para la elite gobernante, empeñada en ideales de modernización, progreso e higienización que estaban asociados al bienestar social y mejoramiento de la casta. Toda esta ola modernizadora en el campo de la medicina influyó notablemente en el nuevo pensamiento médico cartagenero -transformándose como práctica y como ciencia- marcando de paso una nueva visión del papel social de la medicina en el siglo XX.

¹³ Las epidémicas son enfermedades que vienen de afuera, en oleadas y en poco tiempo pueden arrasarse con la población. Las endémicas, por el contrario, conviven con la población humana y animal de un lugar.

2. La Búsqueda de la Modernidad.

Bajo el control de los comerciantes de Sevilla, Cartagena había sido durante la época colonial el principal puerto de España en América. A este puerto llegaban las mercancías europeas, y una vez allí los comerciantes cartageneros se encargaban de que fueran llevadas a los centros mineros, villas y ciudades del interior de la Nueva Granada; sin embargo su importancia era fundamentalmente como “ciudad fuerte” con una infraestructura de defensa que garantizaba los intereses de España frente a las demás potencias europeas. Pero luego de consumado el proceso de independencia política de España, las condiciones de Cartagena cambiaron sustancialmente. Otros puertos habían comenzado a funcionar con relación a la recepción de mercancías extranjeras y los comerciantes cartageneros se vieron desplazados por comerciantes extranjeros, evento que sumergió a Cartagena en un estancamiento económico en el siglo XIX¹⁴. Sin embargo, su condición de puerto le facilitó a la clase empresarial de Cartagena el despliegue de una actividad industrial pionera en el país a finales del siglo XIX, que trajo como consecuencia la consolidación de un proletariado industrial urbano, el despegue de un crecimiento urbano y la necesidad urgente de implantar un proyecto de modernización inmediata de la ciudad, que implicaba políticas de carácter urbano, en términos de higienismo y medicalización¹⁵.

Los problemas de higiene y salud que afectaron las condiciones de vida de los habitantes de Cartagena de principios del siglo XX, también se presentaron en los procesos acelerados de crecimiento, urbanización e industrialización experimentados por otras ciudades del país y de América Latina en las primeras décadas del siglo XX. Estos problemas se agravaron por el escaso desarrollo de la medicina y la ausencia de nociones claras de higiene y salubridad pública. Posteriormente el crecimiento urbano e industrial generó un vasto movimiento de inmigraciones campesinas a ciudades incipientes que no estaban preparadas para recibir estos nuevos contingentes humanos¹⁶.

¹⁴ Véase MEISEL ROCA, Adolfo. “Cartagena: 1900-1950. A Remolque de la Economía Nacional.” En: *Cartagena de indias en el siglo XX*. Universidad Jorge Tadeo Lozano / Banco de la República. Bogotá. 2000.

¹⁵ Véase ROMERO, José Luis. *Latinoamérica: Las Ciudades y las Ideas*. Ed. Universidad de Antioquia. Medellín. 1999.

¹⁶ *Ibíd.* Pág. 128.

El proceso vivido por las ciudades latinoamericanas a principios del siglo XX es similar al que habían vivido las ciudades europeas a partir del siglo XVIII. La Industrialización en Europa cambió la organización y naturaleza del poblamiento humano. Las industrias exigían gran cantidad de mano de obra, y requería también de una infraestructura comercial y de transporte. Estos fenómenos propiciaron una explosión en el crecimiento de la población urbana a costa de la población rural en casi todo el viejo continente: *Durante un tiempo, un hacinamiento, una suciedad sin precedentes caracterizó la mayoría de las ciudades en rápido crecimiento, al no poder seguir las infraestructuras y equipamiento el ritmo de aumento de la población*¹⁷.

Igualmente, en la Colombia de Principios del siglo XX, la pobreza, el marginamiento, la precariedad y el hacinamiento en las viviendas, la desnutrición, la falta de normas higiénicas y la ausencia de medidas de salubridad públicas hicieron de las ciudades un foco de enfermedades y epidemias que alcanzaban muchas veces cifras alarmantes de mortalidad. El lento proceso de mejoramiento en servicios públicos básicos como acueductos, alcantarillados y energía eléctrica, influyó notablemente sobre los hábitos higiénicos, la salud y la calidad de vida de los moradores urbanos. Como paradoja dolorosa, el anhelado progreso que representaban las nuevas ciudades, se convirtió en un velo gris de enfermedad y muerte. Las cifras de mortalidad de las ciudades, por lo regular, superaron las de los habitantes rurales de una misma región.

El proceso de modernización de la vida urbana está asociado -dice Álvaro Casas¹⁸- con la lucha por la higienización de las ciudades, y ésta con la consolidación de estructuras de servicios públicos y equipamiento urbano que posibiliten que un número creciente de habitantes compartan los espacios públicos y privados con niveles de densidad poblacional cada vez más altos¹⁹.

¹⁷ POUNDS, Norman J.G. *La Vida Cotidiana y la Cultura Material*. Indiana University Press. Barcelona. Ed. Crítica. 1990. Pág. 487.

¹⁸ CASAS ORREGO, Álvaro León. "Agua y Aseo en la Formación de la Salud Pública en Cartagena: 1885 - 1930." *Revista Historia y Cultura*. Número 4. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad de Cartagena. 1996. Pág. 77-100.

¹⁹ *Ibíd.* Pág. 77.

En este orden de ideas, Cartagena a principios del siglo XX, empieza a vivir un lento pero creciente crecimiento poblacional. Su importancia como puerto, el desarrollo de su sector comercial, el nacimiento de sus nuevas industrias, el avance de su importancia turística y su consolidación como centro educativo y político del departamento de Bolívar, operaban como un imán de atracción poblacional, sobre todo de los sectores rurales próximos. Cartagena crecía, progresaba y se despojaba de su antigua imagen de pueblo tradicional, pero igualmente, se intensificaron los problemas de mortalidad, salubridad e higiene. Un sin número de emigrantes campesinos, viviendas sin las más mínimas condiciones higiénicas, espacios totalmente ruralizados y la ausencia de los más simples servicios sanitarios, aguas contaminadas, basuras en las calles, cadáveres de animales en los caminos, hicieron de Cartagena, un lugar donde la vida y la muerte convivían en una plena alianza por el control de los seres humanos.

3. El Poder Blanco y su Injerencia en la Ciudad.

En la Colombia decimonónica había muy pocos médicos, en 1837 existían trece cátedras de medicina pero estas se dictaban en provincias de escasos recursos y no otorgaban un entrenamiento médico adecuado, por todo ello el que estaba interesado en la medicina y poseía recursos prefería estudiarla en países europeos. Por otra parte el hecho de que el mercado laboral del médico era limitado hacía que pocas personas se sintieran inclinadas por los estudios médicos²⁰.

Por estas razones el presidente Mariano Ospina Rodríguez aprobó una ley de reforma educativa como forma de controlar el número de médicos profesionales; Esta dispuso que solo en tres universidades ubicadas en Bogotá, Popayán y Cartagena se otorgaran títulos en medicina.

Con el ascenso del gobierno radical y como una reacción a la enseñanza médica del gobierno anterior se inició en Colombia la libre enseñanza de la medicina. En 1850 José Hilario López aprobó la ley que estableció la completa libertad para la instrucción y ejercicio de la medicina, sin la necesidad de títulos profesionales. Esta democratización de la enseñanza médica dio como resultado la proliferación de cursos privados de medicina, que para el caso de Cartagena fueron dictados por los médicos Rafael Calvo, Vicente García y Gerónimo Morales²¹. La expedición de esta ley revela el poder limitado que tenían los médicos como grupo profesional a mediados del siglo XIX. El régimen radical (1863-1880) impulsa a través de un movimiento científico e industrial la creación de la Universidad Nacional -con cátedras de medicina- la cual debía convertirse en instrumentos integrador de la nación.

²⁰ Véase VERGARA, Indira. *Las enfermedades en la literatura medica a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX: el caso de la lepra*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Historia. Universidad de Cartagena. 1998. Igualmente véase OBREGÓN, Diana. *Lepra, exageración y autoridad medica*. En Prensa Asclepio, 1998. Pág. 2-6.

²¹ ROMERO BELTRÀN, Arturo. *La educación medica durante el radicalismo*. Historia de la Medicina Colombiana Siglo XIX, Medellín, Colciencias - U de A, 1996. Pág. 119.

La escuela de medicina de la Universidad Nacional, junto con la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá (1873) y la Revista Medica (1873-1922) se convirtieron en punto de partida de la profesionalización médica. A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX se inició el proceso de creación de un cuerpo médico con el objetivo de unir en un solo fin los pensamientos y práctica de los médicos esparcidos en el país y buscar con ello el establecimiento de una medicina nacional²².

La creación del cuerpo médico neogranadino se fundamentó en tres parámetros: el primero, el de la existencia de una organización colegial tipo gremial y no burocrática, esto se expresó con la creación de organizaciones médico-científicas como las escuelas de medicina y las sociedades de medicina y ciencias naturales. En Cartagena los médicos se agruparon desde 1887, en la sociedad de medicina y ciencias naturales de Bolívar (establecida por el Decreto No. 247) Este grupo médico sirvió a los gobernadores y autoridades locales como fuente consultivo de todo lo relacionado con la salubridad y la higiene pública²³. Por otra parte en 1910 existía en Cartagena la Sociedad de Medicina Rafael Calvo²⁴.

El segundo parámetro en la creación del cuerpo médico, parte de que para alcanzar autoridad médica, esta debía estar respaldada por el establecimiento leyes y licencias para ejercer la práctica médica. En 1887 el gobierno de Rafael Núñez aprobó las primeras leyes que reglamentaban el ejercicio de la práctica médica, no obstante ello no evitó los conflictos entre médicos y curanderos de todo tipo²⁵.

²² VERGARA, Indira. Op. Cit. Pág. 25.

²³ Archivo Histórico de Cartagena. Decreto 247, 1888; Registro Bolívar, 6 Agosto 1898 Pág. 266. Citado por Indira Vergara.

²⁴ Archivo Histórico de Cartagena. Periódico El Porvenir. Artículos publicados por dicho organismo: “Paludismo tratado por vía hipodérmica”, “El Quinoformo”, “Artritis Gonogoccida”, “Tratamiento de la gota militar”. Sociedad Médica Rafael Calvo. 27 febrero- 6 marzo de 1917 Pág. 3. En estas publicaciones se visibiliza el esfuerzo de la Sociedad Médica Rafael Calvo por hacer público los nuevos avances de la medicina.

²⁵Al respecto, recomiendo el siguiente texto MÁRQUEZ, Jorge, CASAS, Álvaro y Estrada, Victoria. *Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia*. Grupo de Investigación Historia de la Salud. Editado por la Universidad Nacional de Colombia -sede Medellín-. 2004. Especialmente el capítulo *La práctica médica en Cartagena desde la colonia al siglo XX* del historiador Álvaro Casas Orrego.

A pesar de los esfuerzos de los médicos por controlar el ejercicio de la medicina esta siguió siendo realizado por personas sin título profesional, esto llevo a que en Cartagena constantemente se publicaran los reglamentos de la profesión con el fin de hacerlas cumplir. En 1923 el alcalde de Cartagena, siendo secretario de gobierno él médico Rafael Calvo, aprobó el decreto 355 en desarrollo de la ley 85 de 1922, sobre reglamentación de la práctica médica, que decía:

Que he tenido conocimiento de algunos individuos que vienen ejerciendo en la ciudad y sus agregaciones la profesión médica y sus auxiliares, sin haber llenado para ello las formalidades requeridas por las leyes que reglamenta su ejercicio, decretan a todo individuo nacional o extranjero que después de la promulgación de este decreto continúe ejerciendo la profesión médica y su auxiliar en el municipio sin llevar los requisitos exigidos por la ley 83 de 1914 y 67 de 1920 que reglamenta el ejercicio de dichas profesiones se le impondrá la pena correccional.²⁶

Según este texto de prensa, podemos afirmar que la práctica médica sirve para mostrar que los médicos de Cartagena, no estaban ausentes del proceso de profesionalización de la medicina; es más el hecho de preocuparse por hacer cumplir la reglamentación de su profesión los hacia partícipes de dicho proceso.

El tercer fundamento del cuerpo medico lo constituye la transmisión generalizada de conocimientos técnicos y destrezas a las nuevas generaciones. En este sentido las revistas médicas y los congresos médicos sirvieron de pilares para la difusión del conocimiento, por ejemplo, en Cartagena la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, publicó la Revista Médica de Bolívar. El proceso de profesionalización de la práctica médica, también tenía implícita la idea de crear una Medicina Nacional, veamos lo que nos dice al respecto en su trabajo Diana Obregón:

Crear la medicina nacional fue el objetivo que se impusieron quienes fundaron la sociedad de medicina y ciencias naturales de Bogotá, así como los iniciadores de la Academia de Medicina de Medellín, se trataba de elegir una medicina que tuviese en cuenta las regiones ecuatoriales, la posición geográfica, los variados climas, las diversas alturas

²⁶ AHC. Periódico El Porvenir. 18 abril de 1923. Pág. 1.

*sobre el nivel del mar, la costumbre, los alimentos en fin todo aquello que produjera modificaciones tanto en la plenitud de las funciones fisiológicas del hombre como en sus diversos padecimientos físicos.*²⁷

Para los médicos y naturalistas hacer ciencia era equivalente a hacer patria y el ideal de construir una comunidad científica organizada operaba como una metáfora de construcción de la nación²⁸. Los médicos de Cartagena, también participaron en el proceso de creación de la medicina Nacional, por ejemplo, en el año de 1911, el médico de Cartagena Miguel Ángel Lengua propuso la creación de la Escuela de Medicina Tropical anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, para atender a las enfermedades según los climas, la geografía y las costumbres de estos territorios. En este sentido, es observable como en Cartagena el saber médico va ganando espacio y reconocimiento hasta constituirse en un verdadero poder, con posibilidades reales de incidir en la vida política local y de participar en las decisiones fundamentales que orientan la vida urbana y el proyecto gradual de construcción de ciudad, es lo que denomina Georges Vigarello, como el poder blanco.

En este orden de ideas podemos afirmar que en Cartagena, a principios del siglo XX y, en medio de un ambiente amenazado por la insalubridad y la falta de higiene, la autoridad de los médicos surgió como un nuevo poder que intentó consolidar su influencia en la sociedad, reglamentando y controlando la vida urbana a través de medidas de higiene social que fueron apoyadas por el gobierno local como por instituciones como la iglesia y el aparato escolar. En este contexto aparece un organismo llamado Junta de Higiene que tiene como función coordinar las políticas de salud en Cartagena, como lo podemos constatar en la prensa local: *“Esta importante Junta se está ocupando de elaborar un proyecto de resolución por la cual se reglamentan varios ramos relacionados con la salubridad pública de la ciudad.”*²⁹

²⁷ En: Revista Médica. Serie III, No.25 (abr-1875); P.203, citada por Diana Obregón. *El sentimiento de Nación en la literatura médica y naturalista de finales del siglo XIX en Colombia*. P.142

²⁸ Obregón, Op. Cit. Pág. 141.

²⁹ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 16 de 1911. Pág. 4.

De esta forma los problemas urbanos en el orden económico, social y cultural, así como los distintos aspectos de la relación entre los individuos y los colectivos urbanos, se expresan de manera particular en las posibilidades de conservar la salud y la vida de las personas en función de la salubridad del cuerpo social de las ciudades.

Recordemos como con la medicina privada surge la medicina social que es aquella en la que el Estado aparece como regulador de la higiene pública y administrador de servicios tendientes a conservar la salubridad de la ciudad. Se forma así una *medicina urbana* como forma de la *medicina social* que nace con la medicina moderna científica. Se trata de “*una cierta tecnología del cuerpo social*” que caracteriza la medicina precisamente como una práctica social.³⁰ El objeto de la medicina urbana, no va ser el individuo como cuerpo, sino el cuerpo social de la ciudad, es decir, el conjunto de espacios y relaciones en los que se ve inmerso el habitante de la ciudad. Bajo esta óptica -afirma Álvaro Casas- se reconocen tres objetivos de la medicina urbana: en primer lugar, analizar los lugares de acumulación de focos potenciales de enfermedades: principalmente cementerios, mataderos, basureros, ordeños y el mercado (plaza de mercado y feria de animales); en segundo lugar el control de la circulación de los elementos: aire, agua y otros; y finalmente, la organización técnica de los sistemas de acueducto y alcantarillado. En este sentido, la medicina urbana es una medicina de las cosas, de las condiciones de vida del medio de existencia; donde el individuo pasa a un segundo plano frente a la preocupación por el cuerpo social.

La circulación de los elementos: aire, agua, es una de las preocupaciones básicas de la salud pública en ciudades como Cartagena: limpieza de los muelles y de la bahía, así como la construcción de parques y avenidas. Simultáneamente aparece la preocupación por la regulación del espacio público y privado, donde es clave la excelente ubicación de los mataderos, los cementerios y los hospitales. Bajo esta óptica, la salud pública va actuar como ente regulador de la higiene de los barrios y de las viviendas como de otros espacios urbanos como parques, avenidas y plazas³¹. Es así como el discurso médico ganó un

³⁰ Véase FOUCAULT, Michel. “Historia de la Medicalización”. Revista *Educación Médica y Salud*. Vol. 11. Número 1. 1977. O.P.S.

³¹ Véase PERROT, Michel. “Sociedad Burguesa: Aspectos Concretos de la Vida Privada.” En *Historia de la Vida Privada*. Madrid. Taurus. 1991.

espacio nuevo en la sociedad cartagenera y se legítimo al proyectarse no solo como discurso moral sino también como discurso útil para el progreso y bienestar de los ciudadanos, consolidándose como un verdadero poder dentro de la ciudad.

En la Cartagena de principios del siglo XX, las viviendas, los espacios públicos, los animales, el cuerpo eran todos objetos de intervención por parte de los médicos que debían regular la vida desde el nacimiento hasta la muerte, a través de normas y hábitos de higiene y urbanidad. El Estado, representado por los entes municipal y departamental, se veía obligado a velar por el cumplimiento de estas disposiciones, sino quería verse en contravía de la imagen de modernización que operaba en la mentalidad de la elite de los cartageneros en este periodo; pues la sociedad requería de ciudadanos fuertes y sanos, física y moralmente, para emprender el camino hacía el progreso económico.

Todo lo anterior nos permite resaltar la importancia que tuvo la medicalización, y su injerencia, en la vida de la población cartagenera de principios de siglo, esto lo podemos evidenciar en los diferentes discursos, que se visibilizan a través de la prensa, y que buscan consolidar y legitimar una práctica que cada vez se hace más trascendental para los cartageneros. Bajo esta perspectiva, el médico jugó un importante rol en el “proceso civilizador”. Como nos lo enseña Foucault, la práctica médica es un vínculo perfecto para este fin: discurso científico y racional y, al mismo tiempo, aplicable en un sentido útil. El médico cartagenero se convierte en un “mediador cultural”, en un agente civilizador entre las elites y las clases medias y populares. La importancia del papel de los médicos en Cartagena se refleja en su activa participación en la prensa, en el *Concejo Municipal*, en la *Sociedad de Mejoras* y en la *Comisión Sanitaria*, así como en otros organismos de dirección e influencia de la ciudad. Su preocupación por higienizar la ciudad se nota en los numerosos artículos de prensa que se rastrean en la prensa local de este periodo. Periódicos como *La Época*, *El Porvenir*, *El Diario de la Costa*, *La Patria* y *El Mercurio*, dan testimonio de esta poderosa injerencia. Dichos artículos insistían que la implantación de las normas de higiene comenzaba en el hogar. Los padres debían convertirse en el pilar fundamental de apoyo a la labor de los médicos e igualmente los maestros deberían contribuir a la conservación de niños, jóvenes y adultos sanos y productivos. En este

sentido, se pública por primera vez un verdadero decálogo de la higiene para los cartageneros:

Decálogo de la Higiene

El decálogo elemental de la higiene es el siguiente: 1. Tener la ventana abierta día y noche. 2. No escupir. 3. Respirar siempre por la nariz, teniendo la boca cerrada. 4. Beber solo agua natural. 5. Masticar lentamente y mantener costumbres moderadas en todo. 6. Vestir holgadamente, procurando que la ropa interior sea de hilo o algodón siempre. 7. Hacer ejercicio corporal todos los días, si es posible al sol. 8. Lavarse todo el cuerpo, al menos una vez a la semana, pero brevemente y procurando la debida reacción. 9. Trabajar pero sin afán. 10. Tener empeño constante en que todo el mobiliario de la casa este en perfecto orden y limpieza.³²

³² Archivo Histórico de Cartagena (AHC). Periódico *La Época*. Junio 30 de 1912. Pág. 4.

4. Medicalización y Asistencia Social.

Desde el último cuarto del siglo XIX los médicos colombianos empezaron a interesarse por mejorar las condiciones de vida de la clase obrera; en el momento en que comenzó a plantearse que el progreso del país requería de un pueblo trabajador, sano, fuerte y bien alimentado.

Ese interés por mejorar la vida de los obreros se expresó en las campañas de la Academia Nacional de Medicina contra el alcoholismo en la segunda década, a través de la educación del pueblo en la escuela y el púlpito, uniéndose de esta manera la labor del médico con la del maestro y la del sacerdote³³. En esta dirección, se desarrolla una política que se materializa en las luchas emprendidas en las primeras décadas del siglo XX contra las enfermedades que azotan al pueblo como la fiebre amarilla, el paludismo y la anemia tropical, con la asesoría a partir de 1920 del Instituto Filantrópico de Rockefeller.

En Cartagena los médicos también hicieron su aporte durante las epidemias de sarampión y disentería en 1915 y las de gripe y viruela en 1918, apoyándose en Juntas de Caridad que los curas párrocos se encargaban muchas veces de organizar, asistiendo a la parte pobre de la población, en medicina, alimentación e instrucción en higiene. Un ejemplo de esta alianza entre médicos y religiosos para enfrentar epidemias, lo constituyó la Comisión Sanitaria Municipal que se creó para contrarrestar las epidemias de sarampión y disentería en 1915, veamos al respecto, un anuncio en la prensa local:

Al público:

Para que todos los pobres de la ciudad, que tengan en su casa enfermos de sarampión o de disentería, estén informados de las medidas adoptadas por la comisión sanitaria municipal, les avisamos:

...6º que las juntas de beneficencia organizadas por las señores curas párrocos de la ciudad, están autorizadas para socorrer a los enfermos pobres hasta su completo restablecimiento.

³³ Véase SIMANCAS, Estella. *El papel de los religiosos y de los médicos en la caridad y asistencia pública en Cartagena: 1895-1925*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Historia. Universidad de Cartagena. 1998.

Cartagena abril 26 de 1915

ENRIQUE GRAU

Presidente de la Comisión Sanitaria.³⁴

Pero poco a poco los médicos fueron pasando del ejercicio de la caridad a la convicción de que el Estado debía hacerse cargo de la población pobre del país si quería garantizar su proceso de modernización, con una mano de obra sana y una ciudadanía capaz y educada³⁵.

Esta convicción cobró mayor vida a partir del congreso médico de 1918, en el que los médicos preocupados por la enorme mortalidad que entre los sectores pobres del país operó la epidemia de gripe, sobre todo en las ciudades del interior del país, postularon un nuevo enfoque del asunto como una nueva propuesta médico-social, que consistía en convertir la asistencia de los “pobres” en un asunto de obligatoriedad del Estado.

Un año después del congreso, en 1919, el Director Nacional de Higiene Pablo García Medina en un informe al Ministerio de Instrucción planteó las bases de este concepto: *Este servicio comprende como es sabido lo siguiente: 1- socorros médicos, farmacéuticos, alimenticios e higiénicos llevados al domicilio de los enfermos que lo necesiten - y, 2 servicios de consultas o dispensarios gratuitos, hospitales, hospicios, asilos para indigentes y para enajenados y demás establecimientos de esta naturaleza.*³⁶

Recogiendo en dicho informe la propuesta médica de convertir la asistencia de los “pobres” en un asunto de Estado, al obligar al Estado a elaborar una legislación uniforme de asistencia pública que hiciera de este servicio un servicio nacional. Efectivamente, lo que existía en la práctica era una serie de juntas de caridad y de beneficencia actuando sin una organización uniforme, las que a su vez dependían administrativamente de las instituciones

³⁴ A.H.C. Periódico *La Época*. 3 de mayo de 1915. Pág. 3.

³⁵ SIMANCAS, Estella. Op. Cit. Pág. 29.

³⁶ Informe del Director Nacional de Higiene, Pablo García Medina al Ministerio de Instrucción pública. Revista de Higiene. Órgano de la Dirección Nacional de Higiene de Colombia. Bogotá, agosto, 1919. Año IX. N° 115. Página 285.

de caridad y de las contribuciones voluntarias del público y de algunos auxilios oficiales, más bien insuficientes, tanto por su cantidad como por su irregularidad.

Los médicos cartageneros también se pronunciaron a favor de una asistencia pública nacional; durante el citado III Congreso Médico en 1918, el Doctor Rafael Calvo se anticipó a lo que como resultado de dicho congreso planteó García Medina, en cuanto a la necesidad de reorganizar la asistencia pública. En la sesión del 19 de enero expuso un trabajo titulado *Asistencia Pública*³⁷, en el que planteó la importancia de este servicio como parte integrante de la higiene trascendental, que se ocupa de la salud física moral y social del colectivo, tan necesarias ambas para el “progreso de un país”.

Definiendo el Doctor Calvo asistencia pública como: “*Todos los servicios destinados a proteger y asistir, por medios especiales a las personas que en razón de enfermedad, inutilidad e imposibilidad lo necesitan*”.³⁸ Entre esos servicios citaba; los hospitales generales y especiales; asilo para inválidos y menesterosos, para huérfanos y para niños abandonados, para mujeres públicas, etc.; dispensarios para accidentes de trabajo, para auxilios médicos urgentes; casas de maternidad; gotas de leche, y médicos oficiales encargados de la asistencia gratuita de los pobres de solemnidad³⁹. Consideraba que la administración de estos servicios, su dirección científica y organización debían ser uniformes, pues de su uniformidad dependían un mejor conocimiento de las necesidades de cada servicio para cubrirlas oportunamente, una eficaz especialización de los que la manejan y la facilidad de la distribución de los auxilios de una manera equitativa y razonable.

Es evidente que el Dr. Rafael Calvo se interesó por una organización nacional de la asistencia pública, en su propuesta se observa una mayor preocupación por este servicio en Cartagena, puesto que argumentaba que lo que formaba el acervo de esta institución en la ciudad era imperfectamente organizado y por lo general ineficiente. Proponía entonces

³⁷ Archivo General de la Nación (AGN). “La Asistencia Pública”. Por el Dr. Rafael Calvo. En *Revista Médica de Bogotá*. Enero - Diciembre 1921. Año XXXIX. # 462-473 Págs. 82-89.

³⁸ *Ibíd.* Página 83.

³⁹ SIMANCAS. Estella. Op. Cit. Pág. 31.

como solución por un lado, reorganizar la administración y dirección de la asistencia pública y por el otro la creación de otros servicios con el fin de completar esta institución y por ende mejorar los estudios de la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena, ya que muchos de los elementos de la asistencia pública se aprovechaban en la enseñanza de la práctica médica.

En cuanto a la dirección y reorganización de los establecimientos de asistencia apuntaba que debían estar en manos de una junta compuesta de un representante de la autoridad eclesiástica, del gobierno civil, del director de la facultad de medicina y de tres personas honorables de la localidad -aunque sin quitarle los derechos a las entidades que ya los administraban.

Lo que proponía Calvo era "un acercamiento científico" de los elementos dispersos de la asistencia pública bajo los auspicios de la mencionada junta; con lo que se obtendrían los siguientes beneficios:

Higienización y adaptación convenientes de los locales a su objeto; dirección científica del trato y asistencia de ciertos asilados, fundación de obras educativas y de instrucción especiales dentro de aquellos establecimientos cuya naturaleza lo permite y lo reclama, instrucción del personal encargado del servicio técnico y otras tal vez que no se nos vienen ahora a la mente.

*Otra ventaja no menos apreciable es la facilidad con que podría incluirse ciertos servicios de los que están por crear en algunos de los establecimientos existentes integrándose de este modo las funciones de éstos al par que se conseguiría un ahorro considerable.*⁴⁰

En relación a los servicios que se debían crear, y los beneficios que reportaría para los desvalidos, señalaba los siguientes: Una clínica general para mujeres, especial para partos y otra para niños en el hospital de caridad: *“La sala de maternidad ha sido mandada a crear por la ley; pero ciertas dificultades que hay que allanar en breve termino, no han permitido hasta ahora establecerla. La clínica para niños exige igualmente toda nuestra atención en*

⁴⁰ *Ibíd.* Pág. 32.

el sentido de establecerla prontamente, la mortalidad infantil entre nosotros arroja las cifras más elevadas”.

Un hospital de aislamiento para enfermedades contagiosas epidérmicas: *“ha funcionado a veces: el de virolentos en 1918 en el edificio de Santa Teresa y de modo accidental en esta ciudad; más en tan malas condiciones que lejos de llenar el fin a que se les destinará, producía resultados contrarios. Este desastroso ensayo oficial y la precipitación con que la autoridad sanitaria ha tenido que establecer un simulacro de hospital de aislamiento, demuestran de modo evidente la imperiosa necesidad que hay de crearlo en debida forma”.*

Un asilo para inválidos, incluido en el asilo de mendigos: *“El asilo de mendigos pudiera extender su radio de acción y llamarse asilo de inválidos, dando cabida no solo a los que se ven obligados a vivir de la caridad pública, sino también aquellos cuya invalidez parcial les permite suministrar una parte de actividad útil en beneficio propio y por los demás”.*

Un manicomio con clínicas para enfermedades del sistema nervioso; *“el manicomio precisa crearlo porque los hechos están demostrándolo a cada paso; con frecuencia la policía se ve forzada a detener en la vía pública a los individuos atacados de enfermedades mentales; que son una amenaza para los transeúntes y que corren peligro de hacer daño, pues no son, en verdad, ni un cuartel de policía, ni una cárcel, ni un hospital general, los lugares en donde esa clase de pacientes puedan permanecer indefinidamente”.*

Una casa para niños expósitos y abandonados: *“con el que se evitarían que los niños abandonados y desamparados se inicien en el camino del delito y la vergüenza y además disminuiría el aborto criminal el que no es desgraciadamente raro en la ciudad”.*

Un laboratorio para preparar vacuna y una oficina de vacunación constantemente abierta al público anexos ambos a la Dirección Nacional de Higiene: *“el laboratorio para preparar vacuna existió en un tiempo con gran provecho para la salud pública. Teníamos entonces vacuna fresca y activa constantemente de la que hoy carecemos, pues parece que lo que nos viene de la capital se deteriora durante el viaje”.*

Servicios de instrucción en primeros auxilios a la clase trabajadora anexas a la policlínica Rafael Calvo: *“los servicios de instrucción en primeros auxilios a la clase trabajadora [...] se hacen necesarios todos los días. A cada paso hay heridos y confusas que reclaman este servicio y actualmente por carencia de una oficina especial se les conduce a las farmacias [...] salta pues a la vista la urgencia de crear el servicio”*.

Médicos municipales para recetar gratuitamente a los pobres: *“La utilidad, la necesidad de los médicos municipales no demanda demostración. Basta dirigir una mirada al cuadro estadístico de la mortalidad de la clase pobre, basta haber ejercido un poco la profesión de medico para estar convencido de ello”*.

Y por ultimo la fundación de una liga contra la sífilis y el alcoholismo: *“el alcoholismo y la sífilis son los dos grandes flagelos sociales cuya extensión y funestas consecuencias nos colocan en la obligación de combatirlos resueltamente. Ellos como se sabe, restan fuerza y virilidad al organismo colectivo en proporciones desastrosas y son una amenaza para el porvenir del país. La liga contra esas plagas haría grandes bienes a la sociedad y con ella a la patria”*.

De la propuesta del Dr. Rafael Clavo se desprende un persistente interés en estimular la asistencia pública en cuanto a salud y socorros se refiere, ello se observa con claridad en los servicios que recomendaba para completar esta institución en la ciudad y en la participación nacional de higiene en la junta administradora que proponía crear.

Como lo dice Simancas, dos productos del tercer congreso médico, en cuanto al interés de los médicos por mejorar la asistencia pública en el país, merecen ser destacados: El proyecto de establecer la institución de la Gota de leche y la Casa cuna en la ciudad por iniciativa del doctor Tiberio Rojas y la ordenanza N° 66 de 27 de abril de 1918 sobre dirección y administración de la asistencia pública en el Departamento de Bolívar.

En este orden de ideas podemos asegurar que en Cartagena en este periodo, hubo una clara convergencia entre las propuestas de las autoridades médicas y la elite dominante, en lo que se refería al ordenamiento higiénico del espacio urbano y de los individuos, y sobre todo a la asistencia médico-social. En la mentalidad de la elite estaba claro que la civilización y la modernización requerían de unos fuertes dispositivos médicos e higiénicos y de unas políticas claras de asistencia médico-social. Esta coincidencia de intereses permitió el establecimiento de una red reguladora y disciplinaria sobre la vida urbana y privada de los ciudadanos cartageneros. Los conocimientos médicos se convirtieron en principio de autoridad que le permitió a los médicos extender su dominio aséptico, higiénico moral sobre toda la sociedad y con un fuerte poder de influencia en las políticas de Estado⁴¹.

En cuanto a las normas de salubridad e higiene se debían aplicar sobre todo a los pobres urbanos, que en este periodo ya abundaban en Cartagena, quienes eran considerados por la elite, tanto por el poder blanco como por el poder civil, como el principal foco de infección.

Un miedo a lo pestilente, a lo infeccioso, a lo enfermo, que se asoció, la mayoría de las veces, con los pobres urbanos y con sus condiciones de vida en las ciudades, sobrecogía a las elites. Los pobres debían ser separados, educados, controlados y civilizados. Es el periodo esplendoroso de lo que llamó Foucault “la sociedad disciplinar”, caracterizada por la proliferación de dispositivos de control social y disciplinamiento, que eran ejecutados por poderes como el del aparato médico⁴². Igualmente, la caridad cristiana colaboró con los médicos y con el Estado para encerrar a los *infelices*, para disciplinarlos, medicarlos y aplicarles normas higiénicas recluyéndolos en lugares como los hospicios, los ancianatos, las casas de pobres y los manicomios. Toda una verdadera filantropía pragmática que se aplicaba a los niños como a los jóvenes que podían ser productivos. De esta manera se ponen a tono los intereses médicos con los intereses de la clase dominante, en el sentido de hacer realidad la construcción de una ciudad moderna tanto en términos económicos como en términos sociales.

⁴¹ RIERA, Juan. Op. Cit. Pág. 59.

⁴² Véase FOUCAULT, Michel. *Los Anormales*. México. Ed. Fondo de Cultura Económica. 2000.

5. Una Ciudad sin Agua.

El mantenimiento de la limpieza de la ciudad no era tarea fácil. A principios del siglo XX, las calles de Cartagena se convertían en verdadero lodazales cuando llovía, y en muchos barrios los cerdos, los burros y demás animales domésticos, que todavía compartían el espacio doméstico, se revolcaban en los charcos de fango. Durante el verano, las calles eran polvorientas y reseacas, y el aire se llenaba de polvo. Las gentes sacudían esteras y tapices, arrojaban basuras en la vía pública. Nadie recogía el estiércol de los animales. Es decir, los espacios urbanos en Cartagena estaban completamente descuidados y en total estado de abandono. Es cuando aparecen una serie de disposiciones y normas de saneamiento tendientes a poner coto a tan reprochable estado de cosas, adelantadas por el poder local y auspiciado por el poder médico. Veamos lo que dice la prensa local al respecto de la imagen antihigiénica de Cartagena en este periodo:

*Por más que nos cause rubor decirlo, la impresión que Cartagena produce a todo aquel que la visita, a más de un vago y misterioso recogimiento por sus glorias legendarias, es de asco por la suciedad de sus calles, de sus edificios públicos y privados almacenes de todas las pestes.*⁴³

*¡OH Sanidad! En la Plaza de la Merced vienen regando desde hace noches agua sucia y corrompida...Mortificación para los vecinos que en muchas noches no pueden soportar el mal olor.*⁴⁴

Uno de los hábitos más importantes que introducen las nuevas concepciones médicas e higiénicas en Cartagena es el baño diario. En Cartagena, su implantación solo se impone lentamente a partir de principios del siglo XX. La carencia y escasez de agua corriente domiciliaria en la mayoría de las viviendas limitaba el baño diario.

Desde 1888, la carencia de un acueducto que suministrara agua potable en cantidad suficiente para los usos domésticos e industriales de la población de Cartagena, constituía el principal obstáculo para la higienización de la ciudad. Además las aguas estancadas en

⁴³ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 27 de 1911. Pág. 4.

⁴⁴ A.H.C. Periódico *La Época*. Septiembre 5 de 1913. Pág. 4.

aljibes de cal o de metal, era entonces la causa de algunas enfermedades endémicas que preocupaban a la administración departamental y municipal⁴⁵. Además, la generalización de este hábito higiénico requería que se desmoronaran creencias de supuesto origen médico, donde el baño, más que una necesidad higiénica, tenía una serie de implicaciones terapéuticas y debía ser recomendado por las autoridades médicas. Sólo en la primera década del siglo XX, los manuales de higiene y urbanidad promulgaban la necesidad del baño diario como condición para mantener la buena salud. Pero el gran obstáculo de este noble propósito era la escasez de agua domiciliaria, “*sabemos de casas donde el agua no ha salido en todo el día de hoy, a pesar de tener plumas en el piso bajo.*”⁴⁶ “*Algunos vecinos de las calles nuevas de la Quinta, se nos han acercado para manifestarnos, que la compañía de acueducto se niega a pasar por allí los tubos correspondientes para proveer a los habitantes de ese barrio*”.⁴⁷

La escasez de agua y las prevenciones frente al baño, sugieren que durante mucho tiempo el hábito de aseo diario en Cartagena lo constituyó el baño parcial de manos y cara, utilizando en estas funciones la jofaina o aguamanil, que hacía parte del mobiliario de las habitaciones. A finales del siglo XIX eran comunes los baños en las playas de la bahía de Cartagena como en las orillas de la Ciénaga de la Virgen, aunque es poco probable que esta practica sea diaria.

Recordemos como en las grandes ciudades de principios del siglo XX se extendieron las enfermedades contagiosas, propagadas a través de las masas de seres humanos que se hacinaban en los suburbios, sumidos en la miseria. Después de un brote de cólera en Londres se puso de manifiesto la necesidad de instalaciones higiénicas para el aseo. A finales del siglo XIX algunas casas de las clases altas ya disponían de cuartos de baño, con agua corriente y bañeras de madera, cobre o hierro; mientras tanto, el resto de la población acudía a los baños públicos construidos por los ayuntamientos⁴⁸.

⁴⁵ CASAS ORREGO, Álvaro. Op. Cit. Pág. 81.

⁴⁶ AHC. Periódico *La Época*. Agosto 4 de 1911. Pág. 3.

⁴⁷ AHC.. Periódico *La Época*. Enero 17 de 1912. Pág. 4.

⁴⁸ REYES CÁRDENAS, Catalina. “Higiene y Salud en Medellín: 1900-1930.” Revista *F.A.E.S.* N° 7. 1994. Pág. 13 - 45.

Gracias a la industrialización de los aparatos sanitarios la mayoría de las viviendas en el siglo XX tienen uno o más cuartos de baño, equipados con agua caliente y bañeras o platos de ducha de acero esmaltado. Además, el baño se ha convertido en un hábito higiénico muy importante para la salud. Pero a principios del siglo XX, en una ciudad como Cartagena, la escasez de agua corriente en las casas hizo muy populares los baños públicos entre las élites y los sectores altos. Estos establecimientos, especie de piscinas individuales y colectivas, gozarían de gran aprecio entre el público masculino de la ciudad, el cual acostumbraba visitarlos más o menos con frecuencia, sobre todo los domingos por la mañana. Esta no dejaba de ser una tradición milenaria en occidente, pero en Cartagena era un placer higiénico reservado a las élites, a pesar de que los médicos, más conscientes del problema de la higiene social, sugerían la necesidad de la creación de grandes baños públicos en la ciudad.

Finalmente, el auge y aceptación de las teorías microbianas en la sociedad local irían imponiendo sobre todo entre las clases acomodadas, el baño diario. En las casas de los pudientes que contaban con servicio de acueducto, se construyeron hermosas albarcas, más popularmente conocidas como “baños de inmersión”. Estos se construían al aire libre, en el patio en medio de la tranquilidad y la belleza de enredaderas y rosales, verdaderos lujos de la elite.

Cartagena necesita agua y era preciso suministrarla a como diera lugar. En relación con las aguas públicas, la administración privada había sido la característica de los primeros acueductos en otras ciudades del país como Medellín y Bogotá. Sin embargo en estas ciudades se trataba de acueductos parciales que suministraban agua por tuberías de hierro de hierro a algunos barrios únicamente. En Cartagena, por el contrario, en 1892 la gobernación de Bolívar celebró un contrato con el señor *Arturo J. Russell* para suministrar agua potable a la ciudad; de esta manera se presentaba por primera vez la experiencia de construir una Empresa de Acueducto que intentaba una solución integral a la falta de agua en la ciudad. Según la Memoria del Secretario de Gobierno al Gobernador del Departamento, citado por Urueta-Piñeres, en *Cartagena y sus Cercanías*, en 1892 había en Cartagena 262 aljibes distribuidos en la Catedral, Santo Toribio y Getsemaní.

El contrato obligaba al señor Russell a suministrar agua domiciliaria, pero además el agua necesaria para las fuentes y edificios públicos, la que fuese necesaria en casos de incendios y para regar las calles y plazas de la ciudad en las épocas de verano. Según el Historiador Casas, el contrato aprobado por el *Acuerdo Número 8 de 12 de agosto de 1892*, se calculaba que Cartagena tendría funcionando el Acueducto EN 1897. Pero el meollo de asunto, no era solamente contractual, sino resolver el problema de las fuentes de agua y Cartagena seguía siendo desde su fundación una ciudad sin agua⁴⁹.

Para 1916 el acueducto no resolvía aún el abasto de la ciudad: *Entre los grandes problemas urbanos que tiene Cartagena por resolver y que a juzgar por lo que se ve, será muy tardíamente definido, continua figurando a la cabeza de todos el de la provisión de agua potable...La falta de agua detuvo el crecimiento de Cartagena. Barrios excéntricos como el de Manga que en un principio tuvieron un desarrollo que iba a saltos asombrosos, han quedado paralizados desde que se hizo difícil, casi imposible la consecución de agua a los pobladores de escasos recursos...El barrio Manga así como los demás barrios de fuera del recinto amurallado, se ven abandonados y todo hace temer una nueva aglomeración en los barrios centrales, perjudicial no solo para el desarrollo de Cartagena, sino aún para la vida de sus habitantes.*⁵⁰

Se infiere directamente de este texto, algo tan grave como es el hecho de que la falta de agua potable frenaba el crecimiento urbano de la ciudad y a la vez, ponía en peligro la vida misma de sus habitantes. El desafío estaba claro o adquirir agua potable como fuere o, simplemente, desaparecer. Esto obligó al Departamento a suministrar al empresario las aguas de Turbaco, Matute, Colón y Torrecilla mediante compra e inmediato pago de ellas a sus respectivos dueños.

A pesar, de todos estos esfuerzos el acueducto no resolvía aún el abasto de la ciudad y el problema del agua seguía siendo su escasez. En 1922 el Concejo de Cartagena aprobó y

⁴⁹ CASAS ORREGO, Álvaro. Op. Cit. Pág. 82.

⁵⁰ AH.C. Periódico *El Porvenir*. Cartagena. 18 de abril de 1916.

firmó otro contrato con una “Casa Inglesa”, para proveer de agua y de energía eléctrica a sus habitantes, pero en 1924 el asunto no estaba resuelto y la compañía inglesa intentó utilizar agua del arroyo de *Aguas Vivas*, pero un análisis de laboratorio determinó que se trataba de aguas con un alto contenido de sales, lo que implicaba un alto costo para rebajar la *dureza* y de todos modos resultaba también insuficiente para el abasto de la ciudad. Así las cosas, Cartagena llega al final de la tercera década viviendo una aguda crisis de sequía e insalubridad pública, que la prensa local no dudaba en comparar con las situaciones más críticas que la ciudad atravesó durante los siglos a que fue sometida a lo largo de su historia colonial y republicana. A la falta de agua y de acueducto se sumaba la falta de un sistema de evacuación de agua sucia, aquellas que habían sido usadas y que quedaban en la superficie, fuente de todo tipo de epidemias y endemias que azotaban con frecuencia a la ciudad. La higiene pública que empieza con el abasto de agua y las evacuaciones eflúvicas tiene grandes obstáculos en Cartagena a comienzos del siglo XX. Veamos que dice la prensa: *Los baches que se encuentran al lado del Parque del Centenario son ya una cosa insoportable. Lo mismo puede decirse de los lodazales que hay al final del Portal de los Dulces y de otro que arranca desde la misma alcaldía*.⁵¹ *“Ojala fuera posible al Jefe de Sanidad darse un paseíto por las calles del Banquete. No hay personas que al pasar por allí no tenga que llevarse el pañuelo a la nariz y apretarse fuertemente, según es la pestilencia se sale de la alcantarilla...*⁵²

Triste imagen de una ciudad hermosa, en medio de un mar espléndido, pero hundida en el más profundo atraso, en cuanto a equipamiento urbano se refiere.

⁵¹ A.H.C. Periódico *La Época*. Mayo 20 de 1913. Pág. 4.

⁵² A.H.C. Periódico *La Época*. Mayo 20 de 1913. Pág. 4.

6. La Higienización de la Vida Urbana.

A pesar de los esfuerzos de los médicos y de las autoridades civiles municipales por reglamentar la vida urbana a través de medidas higiénicas de salubridad, este proceso fue muy lento en Cartagena. La capital del Departamento de Bolívar, a principios del siglo XX, a pesar de sus espectaculares espacios naturales, era una ciudad donde las basuras se apiñaban y eran arrojadas junto con los cadáveres de animales muertos a los caminos y los numerosos lotes que circundaban la zona urbana. Su población era víctima de endemias tales como el paludismo, el tifo, la disentería y otras enfermedades de origen hídrico, producto de las malas aguas que consumían sus habitantes. Veamos un caso patético que nos da una idea de la mala calidad de las aguas que consumían los cartageneros en esta época:

Quienes están dispuestos a declarar, bajo juramento sobre el asunto, nos han informado que por algunas plumas, de las que están en la ciudad, han salido pedazos de sapo en descomposición, de manera que tenemos el germen de una infección para los habitantes de la ciudad en el agua que se consume como agua potable.⁵³

La falta de control higiénico y la reducida atención médica llevaban a que muchas enfermedades endémicas con las que se convivía (disenterías, tifo, paludismo, etc.) se convirtieran en sucesos epidémicos. Igualmente eran frecuentes las epidemias de gripe, viruela, cólera y sarampión, que azotaban periódicamente la población dejando numerosos muertos. La tuberculosis se extendía debido fundamentalmente a la deficiente alimentación del pueblo y a lo antihigiénico de sus costumbres y sus viviendas, al igual que sus lugares de trabajo. La prensa local da fiel testimonio de la falta de higiene que había en esta ciudad a principios del siglo XX.

Pero si Cartagena tenía problemas de higiene, en Bogotá y en Medellín el panorama era similar, estas ciudades padecían igualmente de la insalubridad de sus espacios urbanos⁵⁴. La preocupación de la municipalidad de Cartagena en materia de aseo giraba

⁵³ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 18 de 1912. Pág. 4.

⁵⁴ REYES CÁRDENAS, Catalina. Op. Cit. Pág. 38.

fundamentalmente en torno a la recolección de las basuras, la inhumación de las mismas, el barrido de las calles y riego de las mismas en época de verano. “Según el contrato con la Compañía del acueducto, está tenía la obligación de suministrar gratis el agua que prudentemente se necesita para el riego de las calles en verano, pero siendo de cuenta de la municipalidad el costo de los tubos, grifos, etc.”⁵⁵

En 1889, se crea en Cartagena la *Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar* con el objetivo primordial de recopilar datos científicos para resolver cuestiones relativas a la salubridad pública, en consonancia con la Ley 30 de 1886 que en su artículo 1º recomienda el cumplimiento de esta labor en los principales centros urbanos del país⁵⁶.

De esta manera se promueve un urbanismo dentro de los límites de políticas claras de salubridad, en consonancia con las aspiraciones modernizadoras del siglo XX, a la que aspiraba la elite local cartagenera. El urbanismo de las primeras décadas del siglo XX se preocupó cada vez más de establecer o ejecutar políticas de servicios públicos y de higienismo. Como es obvio que los recursos son limitados, el urbanismo y el higienismo deben actuar dentro de un marco de planificación local con orientación nacional e internacional con el fin de lograr un desarrollo sostenible por ambas partes.

A finales de la década de 1930 la orientación del urbanismo fue más allá del aspecto físico. En su forma moderna, el urbanismo y el higienismo son un proceso continuo que afecta no sólo al diseño sino que cubre también temas de reglamentación social, económica y política. Como tejido de organización humana, una ciudad constituye un complejo entramado. Por una parte, exige la disposición de barrios, industrias y comercios según criterios higiénicos, estéticos y funcionales, e igualmente proporcionar los servicios públicos que estos procesos necesiten.

⁵⁵ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 10 de 1911. Pág. 4.

⁵⁶ Esta labor de inventario, de información acerca de la salubridad, la medicina y la higiene, es característica de la medicina como práctica de Estado, desde su surgimiento en el Estado Prusiano en el siglo XVIII. Véase FOUCAULT, Michel. “Historia de la medicalización.” Op. Cit.

Las infraestructuras higiénicas de muchas ciudades antiguas como Cartagena necesitaban ser sustituidas por obsoletas. A principios del siglo XX, sin embargo, la última generación de adultos, más joven que la mayoría de los viejos habitantes de la ciudad, con más movilidad y con una mayor libertad en sus relaciones, se ha sentido cautivada por el proyecto de la nueva ciudad y de alguna manera se han quedado, sobre todo por las nuevas opciones de empleo que la transformación modernizadora de la ciudad traía. Como respuesta, la ciudad empieza a proporcionar posibilidades de asentamiento urbano como mejores servicios públicos, e igualmente a encauzar inversiones hacia una mejor calidad de vida en esas zonas que necesita esta nueva población: nuevas vías, mejor transporte, mejor asistencia médica e higiénica. Pero esto solo sería posible bien entrado el siglo XX, por que para el periodo estudiado esta era una realidad muy lejana.

7. En Camino Hacia la Urbe.

Demográficamente, y basándonos en la compilación hecha por Moisés Álvarez⁵⁷, en relación con los censos de Cartagena de 1909 y 1919, y los datos anotados por Manuel Pretelt Burgos⁵⁸ concerniente al censo de 1928, se puede afirmar que Cartagena fue una ciudad con un movimiento poblacional dinamizado por el aumento de la misma⁵⁹. El siguiente cuadro muestra la distribución que Moisés Álvarez hace de la población de 1909 teniendo en cuenta los barrios intramuros. Igualmente, en el texto de su investigación este autor nos da información de género, así por ejemplo, el barrio de la Catedral cuenta con 1410 hombres y 2189 mujeres; el de Santo Toribio con 1765 hombres y 2640 mujeres; y el de la Trinidad 1569 hombres y 2493 mujeres. Las mujeres en estos barrios son mayores en número con relación a los hombres: 4744 hombre y 7322 mujeres; y muestra el número de habitantes en cada uno de los barrios: 3599 habitantes en la Catedral, 4405 en Santo Toribio y 4062 en Trinidad. Esto da un total de 12066 habitantes en los barrios intramuros.

El mismo texto relaciona a los habitantes del sector extramuros de la ciudad. En los barrios extramuros las mujeres, al igual que en los barrios intramuros, son más en relación con los hombres: 564 hombres y 698 mujeres en el Pie de la Popa; 890 hombres y 1.106 mujeres en el Espinal; 398 hombres y 736 mujeres en Manga; 538 hombres y 781 mujeres en el Cabrero. Esto da un total de 7.134 hombres y 10.583 mujeres. El total de habitantes en los barrios extramuros es de 17.717, repartidos así: 1.262 habitantes en el Pie de la Popa; 1.996 en el Espinal; 1.134 en Manga y 1.259 en el Cabrero. Del Cuadro se deduce que Cartagena para 1909 contaba con una población de 29.783 habitantes. Diez años más tarde, es decir, en 1919 el incremento poblacional se observa claramente con la aparición de barrios que para 1909 no existían, tales como Pueblo Nuevo, Pekín, Pie del Cerro, Boquetillo, Lo Amador, entre otros.

El texto detalla la distribución de sus habitantes por sexo, mostrando su número de habitantes en los barrios intramuros. Así se tiene que en la Catedral hay 4.670 habitantes,

⁵⁷ MOISES ÁLVAREZ M. (compilador). Censos de población de Cartagena de indias. (inédito).

⁵⁸ MANUEL PRETEL T BURGOS. Monografía de Cartagena. Cartagena. Tipografía El Mercurio. 1929.

en San Diego 5.154 y en Getsemaní 7.924. Todo esto da un total de 17.748 habitantes en los barrios intramuros. También muestra la cifra de habitantes de los barrios extramuros de la ciudad. Veamos cuáles son esos barrios:

Para 1909, aparecen nueve barrios extramuros como son Pueblo Nuevo con 861 habitantes; Pekín con 552; Boquetillo con 650; Chambacú Grande con 92; Pie del Cerro con 940; Lo Amador con 1.309; La Quinta, Bongo y Alcibia con 2.294. Los barrios que ya existían como Pie de la Popa, Espinal, Manga y Cabrero cuentan con una población de 5.787, 4.629, 5.605 y 1.111 respectivamente. Si relacionamos la población de los barrios extramuros que existían en 1909 con los de 1919, vemos que la del Pie de la Popa aumentó notablemente (de 1.262 a 5.787 habitantes) igual aumento tuvo el Espinal (de 1.996 a 4.629 habitantes) y Manga (de 1.134 a 5.605 habitantes). El Cabrero, por el contrario tuvo una pequeña disminución (de 1.259 a 1.111 habitantes).

Por último se tiene que el total de habitantes en Cartagena para 1919 es de 41.578. Si comparamos los dos censos (1909 y 1919) tenemos que la población aumentó un 71.6 %. Hay que dejar claro que estas cifras no pueden considerarse absolutas, debido a las divergencias que presentan Álvarez y Pretelt en relación con los barrios existentes. Es decir, Álvarez para el censo de 1909 no menciona los barrios de Pekín, Pueblo Nuevo, Boquetillo, entre otros, pudiéndose decir que no existían. Pero si observamos el censo del mismo año en Pretelt se nota que dichos barrios son mencionados con su número de habitantes, Boquetillo 320 habitantes; Pueblo Nuevo 615 habitantes; Pekín 400 habitantes. A pesar de ésta divergencia, tanto Álvarez como Pretelt, coinciden en la misma cifra poblacional (29.783 habitantes). Teniendo en cuenta los años de estudio, encontramos un último censo, el de 1928. Pero lo que si es realmente evidente es que la ciudad de Cartagena estaba experimentando un acelerado crecimiento demográfico y urbanístico. Lo que podemos visualizar en el siguiente cuadro:

BARRIOS Y HABITANTES EN CARTAGENA, 1909-1928

BARRIOS	1909			1919	1928
¡Error! Marcador no definido.					
Pie de la Popa	1262			5787	4432
Manga	1134			5605	6961
Pie del Cerro				940	1815
Espinal	1996			4229	4080
Rodríguez Torices					3599
Cabrero	1259			2190	1465
Marbella					140
Boquetillo	320			655	2173
Pueblo Nuevo	615			861	
Pekín	400			552	1175
Quinta-Toril	1614			2294	7458
Chambacú				92	115
Getsemaní	5832			7929	18944
San José					280
Heredia					380
Diamante					60
Alcibia					856
Boston					115
Tesca					80
Amberes					130
Bosque					162
Amador	615			1398	6737
Bocagrande					326
Zaragocilla					30
Crespo					28
España					500
Andalucía					100
Armenia					380
La Esperanza					415
Las Murallas					17733

FUENTE: PRETELT BURGOS, Manuel. *Op. Cit.*

Una de las consecuencias que ocasionó el aumento poblacional en Cartagena fue la construcción de nuevas barriadas. Efectivamente, en la prensa local van apareciendo los anuncios tanto de casas como de solares de los barrios que se van formando. Algo particular en estos anuncios es la semejanza que le dan con barrios ya formados que tienen una edificación sólida como por ejemplo el de Manga. En éste sentido aparece un anuncio en el Periódico La Patria sobre la venta de solares en el Bosque: *Propietaria del barrio en formación del Bosque único en los alrededores de Cartagena similar al de Manga por las condiciones del terreno y por su posición topográfica sobre la bahía de esta Ciudad.*⁶⁰

Dentro de ésta expansión urbana que vive Cartagena, las empresas extranjeras jugaron un papel relevante en tanto que promovieron obras urbanizadoras. Tal fue el caso de la compañía canadiense Andian National Corporation, quien en 1925, emprendió la obra de la urbanización de Bocagrande, convirtiendo esos terrenos en “*el más hermoso y moderno barrio de Cartagena con avenidas y calles que serán propiedad del municipio, bellos parques, sitios de recreos, balnearios y grandes hoteles.*”⁶¹

Otro barrio que surgió a raíz del incremento poblacional fue Zaragocilla. Los anuncios en la prensa sobre este barrio lo hacen en relación a la proximidad que tiene con el acueducto: *Después de aprobar los planos levantados para la urbanización de este hermoso barrio, de una topografía bellísima con desniveles y desagües apropiados, con facilidades para el agua, ya que tanto la tubería actual como la próxima del acueducto quedarán a inmediaciones del barrio.*⁶²

En el futuro, el urbanismo del siglo XX en Cartagena continuará trabajando en condiciones de escasos recursos económicos para la inversión pública en obras de infraestructura, por parte del sector oficial, y tendrá que depender cada vez más de intereses privados que ven en la inversión en el sector urbano una buena oportunidad para agrandar su capital.

⁶⁰ A.H.C. Periódico *La Patria*, Cartagena 31 de octubre de 1992. Pág. 5.

⁶¹ A.H.C. Periódico *Diario de la Costa*. 20 de noviembre de 1925. Pág. 8.

⁶² A.H.C. Periódico *La Patria*. 13 de septiembre de 1927. Pág. 4.

La construcción y mejoras de servicios públicos adecuados plantearán a Cartagena serios problemas durante todo el siglo XX. A medida que la ciudad intenta redefinir el papel que desempeña, se irá viendo sometidas a ajustes periódicos y esto se empieza a notar desde el nacimiento mismo de su proceso de modernización, en la segunda y tercera década del siglo XX. Será pues labor del Estado minimizar el impacto que estos cambios modernizadores definitivos tengan sobre los habitantes y la cultura de la ciudad, pero este asunto no tenía preocupados a la elite dirigente, que solo pensaba en como modernizar a Cartagena a cualquier precio: su discurso, sus políticas, sus actitudes, así lo confirman. Todo esto se visualiza en la prensa escrita local, que jugó un papel fundamental en la difusión de toda esta ideología del progreso capitalista en la Cartagena de principios del siglo XX.

A principios del siglo XX, en las principales ciudades de occidente se estaba hablando del mismo tema, sobre todo con relación a asuntos tan apremiantes como el fuerte crecimiento demográfico y la fuerte demanda de mejores y más eficientes servicios públicos en estas ciudades. El tema del urbanismo estaba de moda. Para el caso europeo, por ejemplo, a principios del siglo XX, fueron las naciones anglosajonas las que respondieron de forma similar a la necesidad de mejorar las condiciones de vida de las ciudades. Empezaron por regular las condiciones sanitarias y la densidad de las casas de vecindad. Surgió entonces un movimiento a favor de una postura más global y a largo plazo, y de un proceso de urbanismo que examinara y controlara las muchas fuerzas que afectan a las ciudades modernas⁶³.

A nivel internacional, a principios del siglo XX se tomaron importantes medidas para formalizar leyes que siguieron principios urbanísticos modernos, en términos de higiene, servicios públicos, transporte y planeación urbana. En 1909 Gran Bretaña aprobó una Ley de Urbanismo que autorizaba a las autoridades locales a preparar programas que controlaran el desarrollo urbano. También en 1909 se celebró en los Estados Unidos el Primer Congreso Nacional sobre Urbanismo, ejemplo que pronto siguieron la mayoría de

⁶³ REDMAN, Charles L. *Proceso Causante del Primer Urbanismo*. Tercer Mundo Editores. Buenos Aires. 1998. Pág. 24.

las naciones capitalistas, tanto en Europa como en toda América y Colombia no fue la excepción.⁶⁴ El tema del urbanismo se vinculaba directamente con el tema de la higiene pública. Al respecto dice el historiador Álvaro Casas: *Colombia se acoge rápido a los acuerdos internacionales en materia de higiene pública. Según los datos que hemos recogido sobre esta cuestión, Colombia figura como la tercera nación caribeña que organiza una unidad nacional de sanidad, después de Cuba y Venezuela.*⁶⁵

Según este investigador esta Junta Central de Higiene cumplía los siguientes objetivos: control de epidemias, manejo sanitario de las aguas, residuos y alimentos, control sanitario de las instalaciones para la cuarentena, con el fin de evitar tanto la entrada de enfermedades infecciosas al país, así como el aislamiento del comercio internacional.

Igualmente Colombia participó en la Conferencia Sanitaria de Washington realizada en el año 1881, cuyo tema central fue el de la higiene de los puertos. Asunto que nos es raro, ya que este es precisamente uno de los dominios que competen a la higiene pública del mundo civilizado, desde finales del siglo XVIII. Y en este sentido, los países asistentes que no cumplan las normas acordadas en Washington, simplemente quedan por fuera de los intercambios internacionales. El Dr. Pío Rengifo, representante oficial por Colombia a este evento, y Médico para completar, decía que: *existe una urgente necesidad para Colombia de establecer una organización sanitaria central, con ramificaciones en los diferentes Estados, que recoja los datos estadísticos relativo a la salud de nuestras poblaciones. Triste es tener que confesar que de las 33 potencias representadas en la Conferencia, Colombia es la única nación que carece de un servicio sanitario debidamente organizado, y que no publica oficialmente registros periódicos de las enfermedades reinantes de la mortalidad y de los hechos relativos a la salud pública.*⁶⁶

Con relación a Cartagena, sólo hasta 1918 se va a ordenar por parte de la Asamblea Departamental de Bolívar, lo pertinente a los gastos del servicio administrativo de Higiene

⁶⁴ *Ibíd.* Pág. 32.

⁶⁵ CASAS ORREGO, Álvaro. *Op. Cit.* Pág. 92.

⁶⁶ MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. *La Química Pasteuriana en la Medicina, la Práctica Médica y la Medicalización de la Ciudad de Medellín a finales del siglo XIX.* Tesis Universidad Nacional de Colombia - sede Medellín. Medellín. 1995. Pág. 124. Citado por CASAS ORREGO, Álvaro.

Pública en el territorio del departamento, con sujeción a una reglamentación especial contenida en la Ordenanza 40 del 19 de abril de 1918.

8. Una Ciudad Asediada por las Pestes.

La capital de Bolívar padecía en este entonces de una verdadera crisis sanitaria, producía no menos de cuatro toneladas diarias de basura, para completar no había una buena ubicación y buen tratamiento de ellas, poniendo a la ciudad permanentemente al borde de una epidemia.

Desde 1914, se creó en la Ciudad de Cartagena, la *Dirección General de Aseo e Higiene del Municipio*, que pretendía ejercer funciones reguladoras para poner coto a toda esta deprimente situación sanitaria. Los resultados fueron satisfactorios al grado que, en 1915 el Director General de Higiene mostraba triunfante la casi total erradicación de las epidemias en Cartagena,⁶⁷ felicidad que no le duró por mucho tiempo, ya que repentinamente surgían en diferentes sitios de la ciudad brotes de diversas enfermedades⁶⁸.

Las postrimerías del siglo XIX y los principios del siglo XX se pueden definir como una época de epidemias. Cartagena era periódicamente azotada por epidemias de disentería y tifo. Esta última, si bien era una enfermedad endémica de la ciudad, a veces cobraba proporciones alarmantes de epidemia. Además de estas enfermedades, la viruela visitaba frecuentemente la ciudad. Igualmente la tuberculosis prosperaba, en especial entre las clases populares. El paludismo formaba parte del grupo de enfermedades endémicas, y con ella convivían los habitantes de la ciudad sin saber a ciencia cierta su origen. Veamos lo que dice la prensa local al respecto: con relación, por ejemplo, al paludismo, “*La Junta de Higiene se encuentra en una cruzada por la destrucción de los pozos y solo se permitirán como depósitos de agua, los aljibes y tanques con determinadas precauciones con el objeto de hacer guerra al mosquito*”⁶⁹, “*La Vecindad del Playón del Blanco, bien numerosos por cierto, se quejan de la plaga de moscas que se ha desarrollado en aquellos lugares desde que se ha escogido ese punto para botar y que mar las basuras de la ciudad.*”⁷⁰

⁶⁷ CASAS ORREGO, Álvaro. Op.Cit. Pág. 98.

⁶⁸ Véase MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. “¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia.” *Revista Historia, Ciencias, Salud*. Volumen VIII. Marzo-junio de 2001.

⁶⁹ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 16 de 1911. Pág. 4.

⁷⁰ A.H.C. Periódico *La Época*. Marzo 24 de 1913. Pág. 4.

Para muchos, incluyendo autoridades médicas, el origen del paludismo estaba en la mala calidad del agua, para prevenirlo se recomendaba entonces hervirla o filtrarla. Para otros eran los “efluvios telúricos de las zonas pantanosas” los que generaban el mal. Tendrán que llegar los años cuarenta para que se generalice en nuestro país la certeza de que el paludismo era transmitido por una determinada especie de mosquito, cuyo control se logra, en parte, por medio de fumigaciones. También llamada *malaria*, enfermedad humana y también de las aves y monos, causada por la infección de un protozoo del género *Plasmodium*, caracterizada por escalofríos y fiebre intermitente. La transmisión de los microorganismos responsables de la malaria humana se produce por la picadura de los mosquitos del género *Anopheles*.

La vida cotidiana de los cartageneros de este periodo se veía sometida a la zozobra de ser afectada por una de estas plagas. La indefensión frente a estos males, y las muertes frecuentes de seres queridos, debieron haber influido para fortalecer la presencia de la Iglesia en una sociedad amenazada por la muerte y se convertía esta institución en el único consuelo para los que tenían que padecer las inclemencias de estas epidemias o endemias.

En Cartagena a principios del siglo XX, para combatir los múltiples males que aquejaban a la población se tornaron muy populares los tónicos, emulsiones, jarabes y bálsamos para todo tipo de males; tanto que en la prensa local abunda todo tipo de publicidad que promocionan estos productos de farmacia. Fueron de gran aceptación “el licor oriental antisifilítico” para curarse el gálico; las píldoras “antianémicas Hender”, el “bálsamo santo de Jerusalén” que curaba el asma, la tos ferina, la gripe y la bronquitis; además cobró fama el remedio del “Dr. Brande” para la curación radical y permanente de la “debilidad nerviosa, la espermatorea, la impotencia y la pérdida de fuerza sexual, así como de las emisiones involuntarias, diurnas y nocturnas”.

Para la viruela será muy común el “sudor de boñiga”. La boñiga fresca se hervía con leche, y se le daba al enfermo para apresurar el brote. Las pústulas se chuzaban con tuna de limón

o naranjo y se les aplicaba yodo con guayacol. Los remedios para la tisis eran una serie de recomendaciones para mejorar el estado del paciente pues no se conocían drogas específicas para este mal. A estos cuidados solo tenían acceso los ricos, los pobres debían resignarse con ver consumirse a sus parientes. Las prescripciones médicas generalmente se componían de “*vino creosotado y el alquitrán de Noruega, capsulas de eucalipto, emulsión de Scout, el clima frío, leche de burra, lugares higiénicos, distracciones y alimentación nutritiva.*”⁷¹

⁷¹ PÉREZ CADAVID, Juan. *El Problema Tuberculoso*. 1932. Página 10.

9. La Tuberculosis: un Verdadero Azote.

Realmente los bacilos de la tuberculosis eran transmitidos por el esputo, bien en gotitas suspendidas en el aire o por partículas de polvo y rara vez por excrementos o alimentos. A diferencia de otras enfermedades infecciosas, la tuberculosis no tiene un periodo de incubación específico. Un episodio único no confiere inmunidad duradera. El bacilo puede permanecer latente en el organismo durante un largo periodo, hasta que una disminución de las defensas le da la oportunidad de multiplicarse y producir los síntomas de la enfermedad.⁷² Aunque una tercera parte de la población mundial es portadora de bacilos tuberculosos, la enfermedad se desarrolla en un porcentaje pequeño de personas, donde es fundamental la calidad de vida: alimentación y hábitos de higiene. En realidad es una enfermedad de las clases pobres y por eso se ha propagado históricamente en sociedades con altos índices de pobreza como la sociedad cartagenera, que siempre ha padecido de esta mortal enfermedad, teniendo en cuenta que los primeros años del siglo XX fueron especiales por su fuerte proliferación⁷³.

Después de que algún pariente se enfermaba o moría de tisis, era costumbre en Cartagena, su ropa se quemaba, y la vivienda era desinfectada. Muchas personas pudientes preferían cambiar de casa.

Sobre la tisis, el gran mal de principios del siglo XX, existían numerosas contradicciones entre las autoridades médicas. Las causas y naturaleza de esta enfermedad eran motivo de discusiones. Durante algún tiempo la tisis estuvo asociada a la vida licenciosa y desordenada, se mencionaba en voz baja en la sociedad cartagenera, ya que era motivo de vergüenza en las familias que alguno de sus miembros la padeciera. Veamos que dice la prensa local al respecto de esta enfermedad:

La mayor cruzada de los tiempos modernos es quizá esa en la que se hallan empeñados los gobiernos del mundo civilizado, o sea la de combatir con éxito, impedir y curar la tuberculosis y modificar las condiciones sanitarias, higiénicas y profilácticas que originan

⁷² WWW. Toutormedico.com/temas/tuberculosis.html

⁷³ *Ibíd.*

*y propagan esa terrible enfermedad.*⁷⁴ *El incontenible crecimiento que la tuberculosis viene tomando hace algunos años ha alarmado profundamente a nuestros hombres de ciencia que se preocupan actualmente por combatir el terrible mal.*⁷⁵

Durante el congreso sobre tuberculosis celebrado en París en el año 1884, se dictaminaron una serie de medidas preventivas que se debían tomar en el caso de esta enfermedad. Entre esta se recomendaba el uso de escupideras especiales, que se debían vaciar en el fuego y lavarse con agua hirviendo. Igualmente se prohibía el dormir en la misma habitación con un tísico o usar sus objetos. Todas estas medidas operaban como mecanismos de exclusión a la vida familiar y social a los cuales era sometido el tísico⁷⁶.

Esta enfermedad ha tenido toda una verdadera historia en occidente, marcada por la tenaz lucha de la medicina contra ella. A principios del siglo XIX los trabajos de los médicos franceses Gaspard Laurent Bayle y René Laënc establecieron las formas y estadios de la tuberculosis como enfermedad; ambos fallecieron por su causa. El microbiólogo alemán Robert Koch descubrió, en 1882, el agente causal, el bacilo de la tuberculosis (también conocido como bacilo de Koch). En 1890, desarrolló la prueba de la tuberculina para el diagnóstico de la enfermedad. En 1924, los bacteriólogos franceses Albert Léon Calmette y Alphonse F.M. Guérin desarrollaron una vacuna denominada BCG (vacuna del bacilo de Calmette-Guérin)⁷⁷.

Pero Cartagena tendría que vivir su propia historia con relación a esta enfermedad antes de que las bendiciones de la medicina llegaran a sus hospitales. Es así como en los años veinte se hicieron esfuerzos notables para la separación de la población apestada en sitios especiales de reclusión. Para 1930, una serie de médicos pertenecientes a una corriente higienista social, asociaron las condiciones sociales de los trabajadores con la tuberculosis. Plantearon que enfermedades como el paludismo y la tuberculosis eran problemas esencialmente asociados a causas económicas, y concluían que los esfuerzos de los médicos

⁷⁴ A.H.C. Periódico *La Época*. Diciembre 12 de 1911. Pág. 3.

⁷⁵ A.H.C. Periódico *Diario de la Costa*. Enero 22 de 1918. Pág. 2.

⁷⁶ WWW.TOTOURMEDICO.COM

⁷⁷ RIERA, Juan. Op. Cit. Pág. 81.

serían completamente infructuosos sino se mejoraban las condiciones de vida de la clase trabajadora.

Para el tratamiento de esta enfermedad, el gobierno local diseñó unas medidas de contingencia y asistencia directa para la población encaminadas a frenar el avance de dicha peste. Veamos por ejemplo este anuncio de prensa:

DISPENSARIO MUNICIPAL PARA TUBERCULOSOS.

Esta abierto al servicio del público este Dispensario, establecido por acuerdo n° 37 de 1917, para proporcionar recursos médicos gratuitamente a los pacientes de TUBERCULOSIS.

Horas de despacho ordinario, de 3 a 5 p.m. todos los días no feriados.

Despacho de urgencia para pacientes previamente inscritos, a cualquier hora del día o de la noche.

Dirección: Calle de “La Soledad” n° 84ª.

Se suplica a las personas que padezcan, o que crean padecer tuberculosis, que concurran al DISPENSARIO.

Cartagena, enero de 1918.

*Antonio R. Blanco. – Médico Director.*⁷⁸

El Tercer Congreso Médico reunido en Cartagena en enero de 1918, recomendó en la clausura las siguientes directivas médicas a implementar en la ciudad para combatir eficazmente este mal, “*Excitar a las entidades nacionales, departamentales y municipales para que expidan eficaces medidas para la efectividad de la lucha contra la tuberculosis, creando dispensarios para el aislamiento de los enfermos, propaganda activa de las reglas higiénicas para evitar el contagio y propagación de la enfermedad; inspección de los establecimientos donde se asilan numerosas personas como escuelas, cárceles, iglesias, conventos, teatros, casas de vecindad, etc.*

Vigilar la construcción de las casas para familias pobres a fin de que sean dotadas de todas las condiciones que exige la higiene, luz y aire, agua, etc.

⁷⁸ A.H.C. Periódico *Diario de la Costa*. Enero 29 de 1918. Pág. 1.

Procurar que la misma entidad estudie lo relativo al saneamiento de los Puertos de Cartagena, Buenaventura y Santa Marta, construcción de estaciones sanitarias en ellos, dictar reglas para evitar que por ellos se introduzcan contagios, atender a la pavimentación de las calles; dotar a las poblaciones de buenos acueductos y ponerlos a la altura.

Procurar que sean levantadas las disposiciones cuarentenarias que afectan a las naves procedentes de nuestros puertos del atlántico y pacífico.

Recomendar el estudio y propagación de nuestras aguas minerales como medios curativos y fomentar esa fuente de riqueza nacional.⁷⁹

De esta manera se evidencia la preocupación por el tratamiento público de este mal, teniendo en cuenta medidas de orden sanitario, de carácter urgente.

⁷⁹ A.H.C. Periódico *Diario de la Costa*. Enero 21 de 1918. Pág. 4.

10. La Pobreza: el Mayor Obstáculo.

Cartagena a finales del siglo XIX y las tres primeras décadas del presente, experimentaba un proceso de modernización de su estructura urbana, poseía servicio de acueducto, energía eléctrica, ferrocarriles (Cartagena - Calamar 1891) y el Central de Bolívar (1922) y una serie de fábricas medianas de ladrillos, velas, tejidos, productos químicos, etc.

Acontecimientos de carácter urbano que junto al crecimiento demográfico y urbanístico, fueron factores determinantes en el dinámico proceso modernizador de la ciudad. Sin embargo la mayor parte de la población no disfrutó de los beneficios de este proceso de modernización. Diversos testimonios lo demuestran: La ciudad durante el periodo de estudio no contaba con una red de servicios realmente públicos, la gran mayoría de sus habitantes no tenían acceso a ellos; por lo menos el sistema de aguas no constituyó un “servicio público”, sino un privilegio de ricos.

Los pobres al no tener acceso al servicio de acueducto, dependieron de la caridad de los miembros de la elite, quienes regalaban el líquido a los “pobres de solemnidad” o se aprovisionaban de las aguas de pozos y aljibes que los médicos señalaban como de mala calidad y por tanto causante de epidemias de disentería y paludismo⁸⁰.

Por otra parte el sistema de alcantarillado era prácticamente obsoleto, pues la evacuación de las aguas usadas dependía del agua lluvia, en consecuencia se observaban en las calles estancamientos de agua, amontonamientos pútridos, basuras, polvos, lodos generadores de mosquitos; que hicieran de la ciudad un lugar insalubre y víctima de permanentes epidemias que afectaban la población⁸¹.

La salud de los habitantes también era constantemente afectada por las periódicas epidemias de disentería y sarampión (1915), de gripe (1918) y de viruela (1918) -como las

⁸⁰ CASAS, Alvaro. *Higiene y Ciencia Sanitaria en Cartagena a comienzos del siglo XX*. Universidad de Cartagena. Colciencias. Cartagena. 1998

⁸¹ *Ibíd.* Pág. 1.

más frecuentes- que dejaban un sin número de muertes entre los sectores más pobres de la ciudad.

El problema de la vivienda también era notorio, la prensa registraba para el año de 1913 una escasez de habitaciones que ocasionaba hacinamientos perjudiciales a la salud pública. En una de las columnas del periódico El Porvenir aparece lo siguiente:

*Hay en Cartagena una notoria deficiencia de habitaciones, que ocasionan hacinamientos perjudiciales para la salubridad general, y que opone un obstáculo al desarrollo urbano. Déficit es conseguir de un día a otro casas de habitaciones para familias acomodadas que gocen de una relativa buena posición, y para familias pobres y más aun para artesanos y obreros, la cosa llega a los lindes de lo imposible.*⁸²

Igualmente protestaban por las malas condiciones de las viviendas de los sectores populares de la ciudad:

*No es para nadie un misterio la falta absoluta de condiciones higiénicas de las habitaciones destinadas a ser arrendados a la parte pobre de la ciudad. Esas habitaciones, que apenas merecen el nombre de tales, son verdaderas zahurdas en donde a veces ni siquiera existen letrinas ni desagües, ni pisos, ni ventilación, ni nada. Una clase destinada a vivir siempre en tan detestables condiciones higiénicas es terreno abonado para el desarrollo de las epidemias más aterradoras.*⁸³

Simultáneamente aparecen los códigos de policía urbana reglamentando sobre los desheredados de la fortuna, “niños desamparados”, “adolescentes sin domicilio”, “indigentes o mendigos”, “locos o dementes”, proponiendo su reclusión en hospicios, asilos, orfelinatos y manicomios. De manera que médicos y religiosos entraron actuar sobre una masa heterogénea de “pobres”⁸⁴.

⁸² A.H.C. Periódico *El Porvenir*. Julio 11 de 1913. Pág. 2.

⁸³ A.H.C. Periódico *El Porvenir*. Mayo 22 de 1915. Pág. 2.

⁸⁴ Véase SIMANCAS, Estella. Op. Cit. Capítulo 2.

Eran “Pobres” los que dependían totalmente de su trabajo diario para ganarse el pan y sus ingresos, pero que en un momento u otro no les era suficiente para subsistir y los arrojaba a pedir la ayuda pública, entre ellos podían clasificarse los que en la documentación revisada se denominan como “pobres vergonzantes”, es decir familias obreras y artesanas de pocos recursos.

Eran mendigos los que no tenían trabajo para satisfacer el mínimo de su subsistencia y por tanto dependían de la caridad pública, entre ellos se clasificaban los “niños desamparados”, “adolescentes sin domicilio”, “locos o dementes” y “ancianos sin amparo”.

Esta diferenciación se hacía más clara en el tratamiento que se les daba a cada uno de estos grupos; pues a los primeros se les daba atención, auxilio, mientras que a los segundos se les aplicaba una política de control absoluto en tanto eran ciudadanos poco deseables en el espacio urbano.

Fue sobre esta masa heterogénea de “pobres” que el cuerpo médico -como órgano consultivo de las autoridades locales- y los religiosos entraron a recrear sus discursos y estrategias de control en estos años de empuje modernizador, recluyendo a unos (“los mendigos”) en hospitales, asilos, orfanatos y manicomios para higienizarlos, moralizarlos y medicalizarlos. Medicalización entendida como estrategia política que al tiempo que promete asistencia médica a los pobres recluidos en establecimientos benéficos, ejerce un control sobre ellos, para proteger el recinto urbano de sus enfermedades, de sus desórdenes y auxiliando a otros (“los pobres”) en asistencia médica, religiosa y necesidades básicas.

La pobreza e insalubridad que padecía Cartagena en las primeras décadas del siglo XX, fueron objeto de preocupación de la elite gobernante en tanto eran problemas que obstaculizaban el proceso modernizador de la ciudad.

La elite reconocía que debían afrontarse los temas de higiene y de medidas sanitarias para que se materializara el desarrollo económico de la ciudad, y se materializará las anheladas ventajas de la incorporación a la economía internacional. Una reputación de falta de

salubridad de la ciudad que se ubicaba entre uno de los principales puertos marítimos del país, contribuía a disuadir la inversión extranjera. Pues las altas tasas de mortalidad y morbilidad que operaban las epidemias de fiebre amarilla y enfermedades como la malaria y la anemia tropical, productos de un medio insalubre disminuía la calidad de la fuerza laboral y aumentaban los costos para los patronos⁸⁵.

Así, los problemas de higiene se interpretaban como aspectos de desorganización social que frustraban el progreso y como obstáculos para la realización de la dignidad individual y de una vida familiar sana.⁸⁶ Fue entonces necesario recurrir al saber médico y a las comunidades y asociaciones religiosas para regular el espacio público y privado, para que extendieran su dominio higiénico y moral sobre los habitantes de la urbe, y sobre todo a quienes carecían de recursos porque estaban por esta razón más propensos a adquirir enfermedades.

La comunidad medica modernizadora cartagenera, médicos liberales progresistas, sobre todo aquellos que impulsaban las ideas socialistas en la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena, afirmaban que la urbanización e industrialización de las ciudades son factores capitales que difunden más y más el contagio, debido a la aglomeración de individuos, a la insuficiencia de las habitaciones y a la mala higiene de las fabricas. Señalaban además que la miseria, la escasez de recursos, la explotación del trabajador, la falta de medidas higiénicas aceleran los procesos de enfermedad, sobre todo en la población más vulnerable: los niños.

La mortalidad infantil en Cartagena era alarmante, los niños se morían como moscas y la principal causa de mortalidad infantil fueron las enfermedades de origen digestivo, y las más representativas fueron las infectocontagiosas de origen digestivo, en particular la fiebre tifoidea y las disenterías. Los niños menores de un año y entre uno y quince años en su gran mayoría morían de diarrea y enteritis. Todas estas, enfermedades de origen hídrico que se volvían mortales por la falta de cuidados adecuados y las precarias condiciones de vida de

⁸⁵ ABEL, Christopher. *Ensayos de Historia de la Salud en Colombia*. Editorial Prisma Asociados LTDA. Santa Fe de Bogotá. 1996. Págs. 57-58.

⁸⁶ *Ibíd.* Pág. 58.

los sectores pobres de Cartagena. La disentería es una enfermedad aguda o crónica del intestino grueso humano. Se caracteriza por deposiciones diarreicas acuosas de pequeño volumen, acompañadas con frecuencia por sangre y moco, y dolores abdominales intensos. Se pueden producir úlceras en las paredes intestinales. Cuando los gérmenes causantes atraviesan la pared intestinal y pasan a la sangre, se produce además fiebre. Esta diarrea está producida por la ameba *Entamoeba histolytica* o por bacilos del género *Shigella*, abundantes en aguas estancadas⁸⁷. Es endémica en muchos países tropicales, pero más debido a la falta de condiciones higiénicas que al clima o al calor. Se transmite por el agua, por los alimentos frescos contaminados y por los portadores humanos sanos. Las moscas pueden transportar los quistes de ameba desde las heces de los enfermos hasta los alimentos. Cuando la enfermedad se hace crónica las amebas traspasan la pared intestinal y colonizan el hígado, formando abscesos hepáticos. Si se deja evolucionar, puede llegar a producir la muerte. En otras palabras, es una enfermedad de los sectores pobres de la población y en Cartagena abundaba la pobreza tanto que en la prensa local se lee como asustaba la cantidad de mendigos que deambulaban por la ciudad: *“Aumenta la cantidad de mendigos en la ciudad. Los sábados acuden a las oficinas y tiendas a pedir limosna, y acuden ya tantos que nos hemos preguntado si ha sido suprimido el asilo de mendigos”*⁸⁸

Efectivamente, la pobreza era el mayor caldo de cultivo de todo tipo de enfermedades en la Cartagena de principios del siglo XX. Era la peor peste que azotaba a la capital de Bolívar. La mala calidad de vida, que se traducía en pésimas viviendas y en un deficiente régimen alimenticio, al igual que el marginamiento de todo tipo de servicios públicos y de asistencia social, hacía de Cartagena una ciudad de un espectro social deprimente. Para principios del siglo XX, la mayoría de la población cartagenera carecía de los servicios públicos básicos, al igual que de la mínima asistencia social en salud. Por ejemplo, el sistema de excusados no era otro que el arrojado de las aguas negras a precarios alcantarillados que contaminaban las aguas del acueducto, también conducidas de forma deficiente. Las aguas negras, después de recorrer las deficientes tuberías del alcantarillado contaminando a su paso las aguas del acueducto, se descargaban en las aguas de la Ciénaga

⁸⁷ OSBORNE, Oliver. *Sistema de Asistencia Sanitaria en el África Descolonizada*. Editorial Siglo XXI. México. 2003. Pág. 53.

⁸⁸ A.H.C. Periódico *La Época*. Julio 15 de 1913. Pág. 4.

de la Virgen, que con el tiempo se convertiría en la cloaca de la ciudad; verdadero pozo séptico, fuente de todo tipo de insalubridad.

El cuerpo médico se pronunciaba permanentemente sobre el problema del acueducto e insistían en que las causas fundamentales de la mortalidad estaban asociadas a enfermedades en que la calidad de las aguas tenían una gran responsabilidad: Diarreas, enteritis, fiebre tifoidea, disenterías; todos males asociados a aguas malsanas y críticas calidades sanitarias de la vida urbana en Cartagena.

Si bien Cartagena tenía una ventaja desde el punto de vista de su envidiable posición en el Mar Caribe, que la convertía en la principal entrada del país; presentó una desventaja desde el punto de vista hidrográfico, ya que en las cercanías de la ciudad, se carecía de arroyos o ríos que sirvieran de acueducto natural para el consumo humano, y ese era el verdadero problema. La salida a esta situación solo se daría a finales de la década de 1930, cuando por medio de un contrato esta vez con The Foundation Company de Nueva Cork y The Royal Financial Corporation de Vancouver, se logró la construcción del nuevo acueducto y traer agua desde el Canal del Dique (brazo del río Magdalena, que desemboca en al bahía de Cartagena)⁸⁹, cuya bocatoma estaba ubicada en la localidad de Gambote. Esta obra fue llevada a cabo por la firma norteamericana The Raymond Concrete Pile Company⁹⁰. De este modo, se superó el problema de la fuente de abastecimiento del viejo acueducto de Matute.

⁸⁹ El Canal del Dique fue construido en 1650, para poner en comunicación el Mar Caribe con el río Magdalena, en la localidad de Calamar. Al respecto véase LEMAITRE. Eduardo. *Historia del Canal del Dique: sus peripecias y vicisitudes*. Constructora Sanz & Cia. Bogotá. 1982.

⁹⁰ *Ibíd.* Pág. 580-581.

Conclusiones

La ciudad de Cartagena, lo mismo que otras ciudades colombianas como Medellín y Bogotá adelantaba un proceso de modernización desde principios del siglo XX, sin embargo la mayor parte de la población no disfrutó de los beneficios de este proceso siendo común en la urbe la pobreza, el marginamiento, el hacinamiento en las viviendas, las enfermedades, la desnutrición y la insalubridad. El poder médico se pronunció y actuando mancomunadamente con la élite local emprendieron diferentes campañas oficiales de asistencia médico-social para paliar esta grave problemática y como órgano consultivo del gobierno local, se preocupó por mejorar las condiciones de vida de los pobres dentro del contexto del proceso modernizador de la ciudad, que implicaba una población sana y educada. Esta preocupación médica se hizo mayor durante el Tercer Congreso Médico celebrado en Cartagena en enero de 1918 en el que los galenos plantearon al Estado la necesidad de asumir la asistencia de los pobres como un asunto nacional; con un problema de obligatoria responsabilidad si quería garantizarse una mano de obra sana para el desarrollo económico del país. Producto de esta preocupación para el caso del departamento de Bolívar fue la ordenanza N° 66 sobre una organización única e integral de la asistencia pública. Pero después de esta experiencia investigativa y consultando una gran variedad de fuentes solo nos queda afirmar que todos los esfuerzos oficiales de la élite cartagenera por construir una maquinaria médico-social, con todos sus dispositivos de medicalización, que cubriera con sus políticas públicas a la gran población de la ciudad, fueron un rotundo fracaso; ya que la mayor parte de la población, en su mayoría marginal, quedaron por fuera de estos beneficios; es decir, las políticas públicas de salubridad y de asistencia médico-social no pudieron vencer los difíciles obstáculos planteados por una fuerte pobreza arraigada en la mayoría de la población, reproducida durante siglos de olvido oficial y reforzada por el abandono de estos sectores en cuanto a asistencia en obras de infraestructura básicas, sobretodo aquellas que tienen que ver con los servicios públicos fundamentales: agua potable, energía, alcantarillado, recolección de basuras, matadero público higiénico, etc. En estas condiciones de atraso y marginalidad en que vivía la mayor parte de la población, todo esfuerzo por higienizar y medicalizar la vida urbana estaba condenado al fracaso. Otra hubiera sido el resultado si dichas políticas se hubieran instalado

sobre unos dispositivos de equipamiento urbano (acueducto, alcantarillado, vías pavimentadas, alumbrado público, energía domiciliaria, agua potable, recolección de basuras, matadero higienico, etc.), que permitieran la cristalización del proyecto médico-social y medicalizador pensado para Cartagena en este periodo. La idea era haber reforzado el proceso modernizador en términos infraestructurales, permitiendo que Cartagena contara con un buen equipamiento urbano, y luego haber instalado el dispositivo médico-social y medicalizador sobre esta plataforma física. Desafortunadamente, fue más grande el reto que la voluntad política de las elites gobernantes. Todos estos esfuerzos fueron insuficientes, pero no inútiles ya que trazaron un nuevo derrotero a seguir y, con base en esta experiencia, las futuras generaciones de gobernantes retomarían estos viejos retos y construirían sobre estos fracasos una ciudad modernizada en términos de salud pública y asistencia social; pero eso ya sería muy entrado el siglo XX.

El uso corriente del término “medicalización” caracterizará el discurso de los estudiosos de los asuntos relacionados con la salud pública en los años setenta, gracias a la obra de Michel Foucault, pero la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana será un asunto recurrente desde principios del siglo XX y connota una apreciación crítica por los efectos negativos, paradójales o indeseables, de tal fenómeno. En realidad, la medicina desde este momento empieza a ejercer un poder normalizador o de control social -básicamente por los conceptos de salud y enfermedad, normal y patológico- estableciendo un orden normativo rival de la religión y el derecho, que ha venido incrementándose desde la modernidad con la conquista de un auténtico estatuto científico, profesional y político. Pero otra historia comienza con el modelo sanitario dominante tras la Segunda Guerra Mundial, cuando la medicalización deviene el equivalente de una “cultura de la salud = bienestar”, claramente visible en la sociedad de hoy.



Cartagena de Indias – 15 de Septiembre de 2009.

BIBLIOGRAFÍA & FUENTES

BIBLIOGRAFÍA

ABEL, Cristopher. *Ensayos de Historia de la Salud en Colombia*. Editorial Prisma Asociados LTDA. Santa Fe de Bogotá. 1996.

ÁLVAREZ, Manuel. (Compilador). Censos de población de Cartagena de indias. (Inédito).

BEJARANO, Jorge. *La Delincuencia Infantil en Colombia y la Profilaxis del Crimen*. Editorial Minerva. Bogotá. 1921.

CASAS ORREGO, Álvaro. *Higiene y Ciencia Sanitaria en Cartagena a comienzos del siglo XX*. Universidad de Cartagena. Colciencias. Cartagena. 1998

------. *Agua y Aseo en la Formación de la Salud Pública en Cartagena: 1885 – 1930*. Revista Historia y Cultura. Número 4. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad de Cartagena. 1996.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la Medicalización. Educación Médica y Salud*. Vol. 11. Número 1. 1977. O.P.S.

FOUCAULT, Michel. *Los Anormales*. México. Ed. Fondo de Cultura Económico. 2000.

MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. *La Química Pasteriana en la Medicina, La Práctica Médica y la Medicalización de la Ciudad de Medellín a Finales del siglo XIX*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Humanas y Económicas. Carrera de Historia. Universidad Nacional de Colombia – sede Medellín. 1995.

------. *¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia*. Revista Historia, Ciencias, Salud. Volumen VIII. Marzo-junio de 2001.

------, CASAS, Álvaro y Estrada, Victoria. *Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia*. Grupo de Investigación Historia de la Salud. Editado por la Universidad Nacional de Colombia – sede Medellín. 2004

MEISEL ROCA, Adolfo. *Cartagena: 1900-1950. A Remolque de la Economía Nacional*. En: Cartagena de indias en el siglo XX. Universidad Jorge Tadeo Lozano / Banco de la República. Bogotá. 2000.

MIRANDA, Néstor y QUEVEDO, Emilio. *La Medicina Colombiana de 1867 a 1910, el predominio de la clínica francesa*. Historia Social de la ciencia en Colombia.

LEMAITRE, Eduardo. *Historia del Canal del Dique: sus peripecias y vicisitudes*. Constructora Sanz & Cia. Bogotá. 1982.

OBREGÓN, Diana. *Lepra, exageración y autoridad medica*. En Prensa Asclepio, 1998.

OSBORNE, Oliver. *Sistema de Asistencia Sanitaria en el África Descolonizada*. Editorial Siglo XXI. México. 2003

PÉREZ CADAVID, Juan. *El Problema Tuberculoso*. 1932.

PERROT, Michel. *Sociedad Burguesa: Aspectos Concretos de la Vida Privada*. En *Historia de la Vida Privada*. Madrid. Taurus. 1991.

POUNDS, Norman J.G. *La Vida Cotidiana y la Cultura Material*. Indiana University Press. Barcelona. Ed. Crítica. 1990.

PRETELT BURGOS, Manuel. Monografía de Cartagena. Cartagena. Tipografía El Mercurio. 1929.

REDMAN, Charles L. *Proceso Causante del Primer Urbanismo*. Tercer Mundo Editores. Buenos Aires. 1998.

RESTREPO, Libia. *De Aldea a Ciudad. La Medicalización de Medellín a Comienzos del Siglo XX*. Revista Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. 1996.

-----, *La Práctica Médica en el Ferrocarril de Antioquia: 1875 – 1930*. Tesis de Grado de Maestría en Historia. Universidad Nacional de Colombia. 1992.

REYES CÁRDENAS, Catalina. *Higiene y Salud en Medellín: 1900-1930*. Revista F.A.E.S. N° 7. 1994. Página 13 -45.

RIERA, Juan. *Historia, Medicina y Sociedad*. México, F.C.E. 1997.

ROMERO, José Luís. *Latinoamérica: Las Ciudades y las Ideas*. Ed. Universidad de Antioquia. Medellín. 1999.

ROMERO BELTRÁN, Arturo. *La educación medica durante el radicalismo*. Historia de la Medicina Colombiana Siglo XIX, Medellín, Colciencias - U de A, 1996.

SIMANCAS, Estella. *El papel de los religiosos y de los médicos en la caridad y asistencia pública en Cartagena: 1895-1925*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Historia. Universidad de Cartagena. 1998.

VERGARA, Indira. *Las enfermedades en la literatura médica a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX: el caso de la lepra*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Historia. Universidad de Cartagena. 1998.

VERGARA, Indira. *Las enfermedades en la literatura medica a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX: el caso de la lepra*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Humanas. Programa de Historia. Universidad de Cartagena. 1998.

VIGARELLO, Georges. *Lo Limpio y lo Sucio. La Higiene del Cuerpo desde la Edad Media*. Madrid. Alianza Editorial. 1991.

FUENTES DOCUMENTALES

ARCHIVO HISTÓRICO DE CARTAGENA.

FONDO DE PRENSA:

Periódico *El Porvenir*

Periódico *La Época*

Periódico *La Patria*

Periódico *Diario de la Costa*

ANEXO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Medicalización y Pobreza en
Cartagena:
1900-1930**



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

2006

1. Presentación



Medicalización y Pobreza en Cartagena: 1900-1930

POR

JOSÉ WILSON MÁRQUEZ ESTRADA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

2006

2. Síntesis del Proyecto:

RESUMEN: El problema de investigación de este proyecto consiste fundamentalmente, en indagar de qué manera se impulsó, dentro del proyecto modernizador de Cartagena, un programa moderno de higienismo y salud, cuáles fueron sus características, de qué manera se aplicó, cuáles fueron sus mayores obstáculos para su aplicación, quienes fueron los actores sociales y políticos fundamentales impulsores de este programa, cuáles eran sus intereses, quienes serían sus beneficiarios potenciales, bajo qué teoría se aplicó este programa y, especialmente, cuáles fueron los resultados inmediatos de su aplicación.

La justificación fundamental de este trabajo consiste en hacer un aporte valioso a la historia de la salud pública y del higienismo en la ciudad de Cartagena, máxime, que es muy poco lo que se ha investigado al respecto, solo se cuenta con una investigación que se resume en un corto artículo de revista, e igualmente, este trabajo se justifica en el hecho de abrir un camino temático de investigación que sería muy útil para la aplicación de políticas futuras, por parte del Estado, fundamentalmente, de salud y asistencia social; principalmente en estos momentos de crisis social y de salud. Simultáneamente, esta investigación sería de gran importancia en la construcción de lazos comunicantes y interdisciplinarios, entre las facultades de ciencias humanas, trabajo social y medicina de la Universidad de Cartagena.

Los objetivos fundamentales de esta investigación son: Precisar de qué manera se intento aplicar, dentro del proceso de modernización de Cartagena, en la segunda y tercera décadas del siglo XX, un programa moderno de higienismo y salud. Analizar cuáles fueron los resultados de la aplicación de dicho programa. Describir cuáles fueron los principales obstáculos que encontró dicho programa para su plena aplicación. Precisar cuál era la situación de los servicios públicos en Cartagena en este periodo. Describir cuáles eran las condiciones de salud de los cartageneros en este periodo. Ubicar quienes fueron los actores sociales y políticos comprometidos en este programa. Analizar quienes fueron los beneficiarios inmediatos de la aplicación de este programa. Precisar cual corriente médico social sirvió de basa teórica para la aplicación de dicho programa.

La metodología utilizada en este proyecto sería la metodología clásica de investigación historiográfica y que responde a un plan específico de investigación, que parte de la base de un trabajo detenido de fuentes documentales y bibliográficas que buscan la recolección de datos y que concluye en la construcción de un relato descriptivo-explicativo del problema que orientó la investigación.

Los resultados esperados consisten fundamentalmente en descubrir en la fuente trabajada, especialmente prensa, los por menores de este proyecto socio-político modernizador y todas las vicisitudes de su aplicación, al igual que entender de qué manera se estaba pensando la ciudad moderna en Cartagena y comprender el proceso de su construcción.

3. Problema:

Por rigor metodológico, y para explicar el título de esta investigación, se empezará por precisar la definición del concepto *Medicalización*, concepto acuñado por notable filósofo e historiador francés Michel Foucault, y que de ninguna manera aparece en los documentos y textos de la época objeto de estudio: *La medicalización, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporarán (...) en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina.*⁹¹ Es decir, medicalizar es convertir en objeto de la medicina y de los médicos, todo lo que está más allá del cuerpo mismo y de las enfermedades: las cosas, el entorno, los animales domésticos, los hábitos, costumbres y trabajo; la manera de vivir y el vestir; en qué condiciones son concebidos y cómo nacen los individuos; su crecimiento y alimentación, y de qué mueren los seres humanos – incluidos los médicos, que no escapan a esa red fiscalizadora-. De hecho, “la medicina y el médico son el primer objeto de la normalización”.

En segundo lugar, con este trabajo se trata de aplicar una perspectiva en la historia de la consolidación de la medicina social en Cartagena –con las debidas peculiaridades- basada en los tres modelos de medicalización propuestos por Foucault: el modelo de la medicina del Estado (Alemania siglo XVIII); el modelo de la medicina urbana (Francia siglo XVIII); y el modelo de la medicina laboral (Inglaterra siglo XIX). Formas que no se desarrollaron sucesivamente en Cartagena, sino que fueron surgiendo entrecruzadas a medida que se ampliaron cada vez más los ámbitos de la intervención médica.

Es perentorio advertir que este trabajo no tiene una estructura cronológica rígida que se adecue a las periodizaciones convencionales utilizadas en otros campos de la historiografía. La historia de la medicalización no se ocupa de sucesiones cronológicas sino de acontecimientos que surgen en cuanto ciertos aspectos de la vida social urbana aparecen bajo la mirada médica.

Precisamente, una de las características de la medicina social, ha sido, por una parte, la organización de las Escuelas de Medicina, el *pensum* de estudios y la concesión de títulos; y por otra, la constitución de “Cuerpos Médicos” que asumieron no solo la asesoría médica del Estado sino que también personificaron la autoridad oficial. Desde la segunda mitad del siglo XIX en Colombia, la concepción moderna de Estado / Nación colocaba entre sus más altas funciones las que se relacionaban con la asistencia pública y el control de las enfermedades; y al médico incumbía una tarea social ineludible: *...todo médico tiene una obligación moral para con la sociedad o medio en el cual actué y que consiste en darle derroteros de salud física y moral. (...) los médicos serán contados entre los doctores de la ley como lo son los doctores de la medicina*⁹².

La organización de ese saber médico en Cartagena, la normalización de la profesión, la subordinación a una administración política y, por último, su integración como cuerpo asesor y consultor, “llevan aparejados una

⁹¹ “Historia de la Medicalización”. Rev: *Educación Médica y Salud*. Vol.11, N° 1. Bogotá. 1977. Página 4.

⁹² BEJARANO, Jorge. *La Delincuencia Infantil en Colombia y la Profilaxis del Crimen*. Editorial Minerva. Bogotá. 1921. Página 18.

serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse una medicina de Estado.”⁹³. En este sentido, en Cartagena el papel de control de las actividades médicas estuvo en manos de la autoridad política, y fue desde esta instancia desde donde se promovió e impulsó la modernización de la medicina, a través de su ingerencia dentro de la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena; e igualmente fue desde esta instancia desde donde se intentó aplicar un programa de higienismo y medicalización para la ciudad, constituyéndose en la cara blanca del gran proyecto de modernización de Cartagena a principios del siglo XX.

Efectivamente, la Escuela de Medicina de la Universidad de Cartagena se empieza a preocupar con mayor interés por todos los asuntos relacionados con la salud pública⁹⁴, como epidemias y endemias y sus respectivos tratamientos.

Estas primeras gestiones de la medicina socio-estatal en Colombia se hallaban fundamentadas, por una parte, en la preocupación por los individuos como ciudadanos: la natalidad y morbilidad de quienes lograrían el progreso de la nación. Por otra, el procedimiento estaba estrechamente relacionado con las políticas sanitarias internacionales: Conferencia Sanitaria de Washington (1881) y Conferencia Internacional de Médicos (1884), sin descontar la presión de tipo económico por parte de los países con los que Colombia sostenía intercambios comerciales.

En consecuencia, las primeras Juntas de Sanidad -que se reunían tan sólo en casos de emergencias y epidemias, fueron reemplazadas por la Ley 30 de 1886 (amparada por la nueva constitución), creándose las Juntas Centrales de Higiene en Bogotá y en cada capital importante. Dentro de las funciones permanentes de estas nuevas juntas estaban: las de controlar las epidemias mediante campañas de vacunación obligatoria; velar por el mantenimiento y correcto funcionamiento de los hospitales, asilos y hospicios mediante la visita de médicos oficiales y erradicar focos de infección para prevenir las enfermedades aplicando medidas de cuarentena. Según esta disposición legal, de todas estas actividades debían llevar registro y presentar informes ante las autoridades oficiales. No obstante -dice Jorge Márquez Valderrama- estas juntas tuvieron problemas de recursos y no pudieron ser adecuadamente instaladas sino desde 1913⁹⁵. Todo este fenómeno médico encajaba perfectamente en una mentalidad modernizadora de la vida urbana que caracterizaba a las elites más progresistas del país en este periodo y que, desde sus experiencias políticas de ciudad, intentaban hacer realidad un sueño cada vez más complejo más no imposible. La idea era transformar esas vetustas ciudades tradicionales en pujantes ciudades modernas, por lo cual era urgentemente necesario aplicar políticas de

FOUCAULT, Michel. Op. Cit. Página 10.

⁹⁴ Entendida como protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales: 1) fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas.

⁹⁵ Véase *La Química Pasteriana en la Medicina, La Práctica Médica y la Medicalización de la Ciudad de Medellín a Finales del siglo XIX*. Tesis de Grado (inédita). Universidad Nacional de Colombia – sede Medellín. 1995.

higienización y medicalización que garantizaran la salud y vitalidad de una población cada vez más necesaria para la construcción de un capitalismo moderno y competitivo en el país.

Los cambios socio-económicos, demográficos y urbanos vividos en Colombia desde finales del siglo XIX, acrecentaron una problemática sanitaria que ya venía desde épocas anteriores con enfermedades epidémicas y endémicas como viruela, sarampión, tifo, paludismo, disentería, tétanos y fiebre tifoidea. A finales del siglo XX se sumaron la neumonía, escarlatina y la difteria, y a comienzos del siglo XX, se recrudecieron las enfermedades “sociales” que delataban desórdenes y problemas físicos y morales causados por el hacinamiento y promiscuidad: tuberculosis, venéreas, carbón sintomático, anemia tropical, cólera y fiebre amarilla, que amenazaban a toda la población. Por consiguiente, el fenómeno de salubridad social también fue político y exigió nuevos mecanismos de regulación y control. La Ley 33 de 1913 (octubre 18), por medio de la cual se organizó la Higiene Nacional Pública y Privada, decretó lo que se puede resumir en los siguientes términos:

Para Bogotá: un Consejo Superior de Sanidad. En las capitales de departamento como Cartagena: Juntas Departamentales Permanentes de Higiene que, de conformidad con los artículos 17 y 20 de dicha Ley, tenían carácter de actos oficiales obligatorios -siempre que llevaran la aprobación de los señores gobernadores. Seguidamente, el modelo sanitario se expandió con sus respectivos mecanismos operativos. Es decir, una estrategia medicalizadora completa. Una tecnología disciplinaria y vigilante con sus respectivas subordinaciones y mecanismos de registro, control, clasificaciones, jerarquías y autoridades, fundamentales para lograr el mejoramiento de las condiciones higiénicas de las ciudades, disminuir los riesgos de mortalidad y epidemias asegurando un desarrollo urbano moderno. De allí la importante figura del médico como garantía oficial jugando un papel entre otras instancias de poder. Entre otras gestiones, la autorización y la legalidad de la práctica de cualquier médico sería reforzada por el Gobierno Municipal mediante la “Comisión Sanitaria”, estas comisiones, que operaron con más o menos las mismas características en la mayoría de las grandes ciudades de Colombia, incluyendo, obviamente Cartagena, se ocuparían de los siguientes asuntos:

- Primero, la Comisión se ocuparía de todo lo relacionado con el ejercicio de la medicina y la farmacia; con la calidad de los alimentos, condimentos, bebidas, drogas, venenos, específicos y medicamentos cuya composición fuera secreta. Del mismo modo, de las aguas potables, acueductos, cañerías y albañales. Así mismo del saneamiento de la ciudad y de las habitaciones particulares (injerencia del poder médico en dominio privado). Vería que se cumpliera la salubridad de las escuelas, colegios, talleres, hospitales, asilos y demás edificios públicos. Veamos un ejemplo de las medidas:

En vista de que los acueductos que abastecían las ciudades eran desuetos y mal contruidos (la mayoría en tuberías de barro) permitían la contaminación por infiltraciones, se vigilaría que la fabricación de productos químicos líquidos como gaseosas, cervezas, sodas, etc., se utilizara agua filtrada y hervida con ácido carbónico químicamente puro. Todos los elementos que entraran en la preparación de gaseosas debían observar el más escrupuloso aseo, prohibiéndose el uso de recipientes de plomo para evitar envenenamientos y el uso de sacarina como endulzante. Se adoptaría el Reglamento Higiénico para las fábricas de productos

alimenticios expedido por la Dirección de Higiene y Salubridad, que reglamentaba el aseo y la ventilación de los locales, el personal (que no debía adolecer ninguna enfermedad infecto-contagiosa ni cutánea), el vestido y la duración de las jornadas de trabajo (característica del modelo de la medicina laboral); así mismo el control de las materias primas para la confección de alimentos, su manipulación y conducción. La Comisión tomaría muestras de los productos o de las materias primas cuando lo juzgara conveniente y el propietario debía permitir la práctica de las visitas; ninguna fábrica podría abrirse sin una patente de sanidad y las infracciones serían castigadas por los Inspectores de Sanidad con multas y, en caso de contumacia, con la clausura del establecimiento.

- Segundo, la Comisión se ocuparía del estudio de las condiciones sanitarias de los agricultores; de las industrias peligrosas e insalubres; de las condiciones de vida del obrero y de los medios para mejorarla; de la distribución, aplicación y propagación de las vacunas contra epidemias; y de la organización de la asistencia pública.

Simultáneamente, la asistencia hospitalaria de los trabajadores sería asumida por los industriales y empresarios para solucionar los problemas de salud pública entre las clases media y baja -proveedoras de la mano de obra-. Las relaciones de producción y la preocupación por la salud de los obreros establecerían vínculos médico-hospitalarios entre médicos y empresarios.

En cuanto a los indigentes, estarían bajo la condición de sometimiento a controles médicos variados para que fueran más aptos y menos peligrosos. La idea era agruparlos en casas de asilo u orfanatos. Con estas medidas se aplicarían los mecanismos de la tecnología disciplinaria en los centros asistenciales, a la que se refiere Michel Foucault en su texto *Los Anormales*; registros, estadísticas, cuadros de mendigos en general y de salón de maternidad para las indigentes. Los niños pequeños merecerían un asilo especial para menores, en condiciones sanitarias óptimas, donde se les brindaría asistencia alimenticia, médica y educativa.

- Tercero, la Comisión se ocuparía de las medidas para prevenir, detener y combatir las enfermedades endémicas, epidémicas y contagiosas; las epizootias; los asuntos relativos a los recién nacidos, los expósitos y el servicio de nodrizas. Así mismo debía encargarse del movimiento de la población, las causas de mortalidad; la Corografía médica, estadísticas y estado civil.

La aparición incrementada de una población obrera pobre, en la mayoría de las ciudades donde se estaban impulsando experiencias industriales; especialmente Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Bucaramanga; sin calificar, acogida en precarias condiciones de trabajo, fábricas y locales estrechos,, húmedos sin ventilación; el hacinamiento en sus viviendas, los fenómenos de adaptación a la ciudad y los continuos desplazamientos de vacantes, aumentaron las tensiones socio-políticas dentro de las urbes. Surgió, ante el aumento demográfico desordenado, un prejuicio vital: los pobres, sus viviendas y sus hábitos eran el foco mayor de infecciones, epidemias y endemias.

La coexistencia de antihigiénicos barrios de obreros con los de las tradicionales familias ciudadanas suscito un velado enfrentamiento, en la mayoría de las ciudades colombianas -dice Libia Restrepo⁹⁶- a comienzos del siglo XX. Según esta investigadora, en épocas anteriores, la convivencia con los “pobres de solemnidad” se había sobrellevado gracias a la calidad evangélica de los más pudientes. Pero ante los cambios numéricos de población del siglo XX, el modelo filantrópico fue ineficiente y se pasó al modelo de la medicina social para enfrentar los desarreglos sanitarios y la miseria de las masas⁹⁷. Se habían alterado rotundamente los hábitos, las costumbres de aseo tradicionales, la moral del cuerpo y de los actos ciudadanos.

Desde otro Angulo, para la primera década del siglo XX, tanto en Bogotá como en Medellín, Barranquilla, Cali o Cartagena; el discurso médico ya era claramente pasteriano y se apoyaba con fuerza en instituciones médicas urbanas. Las medidas de higiene adquirieron un carácter obligatorio y de exclusión mediante registros clasificatorios dentro del aislamiento en lugares apropiados para cumplir a cabalidad las funciones de protección de la sociedad.

Para el caso Cartagenero, podemos señalar que los tres modelos medicalizadores, el Estatal, el Urbano y el Laboral, se superponen y refuerzan. Fue muy poco lo que pudo escapar a la medicalización total por el mero hecho de poner en contacto la medicina con la química y la bacteriología. Los médicos oficiales de Cartagena tuvieron a su cargo la ciudad completa, reglamentando la asistencia pública y la administración sanitaria.

¿Qué justificaba toda esta política medicalizadora? Fundamentalmente, el progreso material que debían tener las sociedades modernas con la educación y mejoramiento de los servicios públicos y el desarrollo científico-médico promovido en cada región colombiana; asesorados por las Academias de Medicina, donde existían necesariamente estudios de enfermedades tropicales endémicas y epidémicas. Igualmente, todo este esfuerzo medicalizador se justifica en su función social, en la utilidad social de las mejoras de los locales hospitalarios. Por cuanto quienes irían a recibir el beneficio serían los pobres, los obreros de fábricas, los labradores y jornaleros, mineros y albañiles. Es que a diferencia de la solicitud del siglo XIX, ya no se trata de implorar el ejercicio de la caridad o de las virtudes humanitarias. Media la noción de *contagio* y *exposición*. Los indefensos trabajadores llevarían a todas partes las más crueles y mortíferas epidemias (tifo, viruela, peste, cólera, tuberculosis), prontas a subir y atacar sin misericordia las más altas clases sociales. Otra justificación importante de aplicación de estos programas medicalizadores, fueron las razones laborales, las del ahorro y la economía. Mejor dicho, para evitar los paros de producción y buscar el mejoramiento de las empresas había que mejorar y conservar la salud de los trabajadores. De esta manera también se evitaban las aglomeraciones en los hospitales de caridad, dañinos y perniciosos por antihigiénicas así como arruinadoras del ya menguado presupuesto de los centros asistenciales. Por su puesto, para un obrero, la salud todavía no era un derecho, era

⁹⁶ RESTREPO, Libia. *De Aldea a Ciudad. La Medicalización de Medellín a Comienzos del Siglo XX*. Revista Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. 1996.

⁹⁷ RESTREPO, Libia. *La Práctica Médica en el Ferrocarril de Antioquia: 1875 – 1930*. Tesis de Grado de Maestría en Historia. Universidad Nacional de Colombia. 1992. Página 120.

sólo la garantía de encontrar un trabajo estable, honrado y dignificante de acuerdo con las nuevas condiciones socio-económicas.

No sólo se medicalizaba la vida, desde el modelo de la medicina urbana -dice Libia Restrepo-, también se medicalizaba todo lo relacionado con la muerte: por un lado, se verifica la causa de la muerte para efectos de registro y estadísticas de mortalidad y, por otro, el cementerio, las salas de velación y los templos como espacios públicos. Una manera de llevar una estadística de mortalidad fue poner en práctica la costumbre de exigir un certificado médico de la defunción especificando la causa de la muerte, requisito sin el cual no se podía enterrar un cadáver. La autoridad civil no había intervenido anteriormente sobre este asunto, a cargo tan sólo de los curas y párrocos, cuya única condición era la comprobación de que el individuo había fallecido en el cumplimiento de los Mandamientos de Dios y de la Iglesia. Sin los auxilios sacramentales y parroquiales el cadáver se sepultaba en cualquier lugar sin actas ni partidas. A los ojos de la medicina, los que habían muerto por causa de una enfermedad infecto-contagiosa continuaban siendo peligrosos para los vivos. Era bien claro que un difunto no podía yacer ni ser trasladado por ahí, sin más, propagando y contagiando las causas de su muerte. Para la primera década del siglo XX en Colombia persistía la circunstancia de que no existían -ni se sospechaba la necesidad- de leyes que forzaran la declaración de enfermedades contagiosas, y el único medio disponible para averiguar las causas de mortalidad y en donde desinfectar una vivienda, era acudir a los certificados sobre los motivos de la defunción o partidas necrológicas expedidas por los médicos -especialidad denominada medicina legal-.

Diversas y mortales enfermedades reclamaban la desinfección de los domicilios, de las salas de velación y de los templos que había albergado un cadáver durante los oficios fúnebres. Igualmente el cementerio, que debía disponer de una sólida construcción y de aseo permanente. Y no sólo eso la red se amplió, había que desinfectar además los objetos de los difuntos, sus muebles y utensilios, su ropa, para evitar que fuera vendida portando los gérmenes de letales enfermedades. La muerte fue, pues, objeto compartido entre los párrocos (salvadores del alma de los cuerpos) y la medicalización urbana (salvadora del cuerpo de los vivos). Por otro lado, las calles de las ciudades, especialmente en ciudades como Cartagena, cayeron bajo el control sanitario de la Junta Departamental de Higiene, indicando asearlas y regarlas permanentemente ante la alarmante propagación de las enfermedades contagiosas en los animales y sobretodo la conocida con el nombre de *carbón*, se criticaba la indolencia para vacunar y destruir los cadáveres de los animales enfermos. Muchas personas eran víctimas fatales de la pústula maligna. Se acordó entonces la prohibición de vender y consumir carnes de animales muertos por causas desconocidas. Había que educar en la Higiene y no sólo se trataba de incluir las escuelas públicas y los colegios privados en las visitas de inspección, la expedición de reglamentos sanitarios o medidas para el establecimiento de agua potable, sino que los funcionarios de sanidad obligaron a los escolares en las campañas de vacunación antivariólica, luchando contra los prejuicios del pueblo hasta establecer como requisito de admisión y matrícula en un establecimiento de educación, un certificado de vacunación y de buena salud.

El asunto que se quiere resolver mediante la realización de este proyecto es fundamentalmente descubrir, entender y comprender la fase higienista y de salud pública del proyecto modernizador de Cartagena, aplicada a principios del siglo XX. La hipótesis nuestra es que las bajas condiciones sociales de la mayoría de la población cartagenera y una muy mala calidad de los servicios públicos -Cartagena era una ciudad sin agua - fueron la causa del fracaso de la aplicación de este proyecto y que las autoridades de la ciudad no se comprometieron a fondo en la solución de esta problemática, circunscribiéndose a la aplicación superficial del proyecto, sobre todo en lo que tiene que ver con su fase asistencialista. Lo anterior trajo como consecuencia que la ciudad fuese presa, en este periodo, de todo tipo de pestes epidémicas o endémicas que golpearon brutalmente a la población más pobre, que eran la mayoría de los cartageneros, especialmente a los niños; quines se morían como moscas ante la mirada impotente de sus parientes. Este fenómeno nos lleva a afirmar que la fase higienista y de salud pública del proyecto modernizador cartagenero fue un rotundo fiasco.

4. Justificación y Pertinencia:

La justificación del proyecto consiste en hacer un aporte valioso a la historia de la salud pública y del higienismo en la ciudad de Cartagena, en la medida en que se describen y analizan los diferentes aspectos que caracterizaron el proyecto higienista y de salud pública moderno aplicado para Cartagena en la segunda y tercera décadas del siglo XX. A la vez que se hace un gran aporte, como propuesta multidisciplinar, para futuras investigaciones en este campo que involucrarían potencialmente a trabajadores sociales, a médicos, a historiadores y antropólogos.

La pertinencia de este trabajo se entiende por el aporte, en términos sociales y científicos, de una historia del higienismo y de la salud pública en Cartagena. Aspecto que sería importante tener en cuenta, por parte de los organismos interesados, en la aplicación futura de políticas públicas de higiene y salud par la ciudad.

5. Estado del Arte (Balance Bibliográfico).

El único trabajo que conocemos sobre la historia del higienismo y de la salud pública en Cartagena a principios del siglo XX, es el trabajo del historiador Álvaro León Casas Orrego titulado *Agua y Aseo en la Formación de la Salud Pública en Cartagena: 1885 – 1930* y publicado en al revista **Historia y Cultura** de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de Cartagena número 4 del año 1996. Página 77 a la página 100. Este trabajo empieza explicando como el objeto de la medicina urbana no va a ser el individuo como cuerpo, sino el cuerpo social de la ciudad. Igualmente plantea como la salubridad pública es un aspecto fundamental a tener en cuenta en todo proceso de construcción de ciudad en términos modernos. Luego describe el proceso tortuoso de construcción de un acueducto moderno para Cartagena, fundamental como soporte de las diferentes políticas urbanas de higienismo y salubridad pública en el siglo XX. En este sentido

plantea como Cartagena en este periodo es simplemente una ciudad sin agua, con una deficiente salud pública y con una imagen deplorable en términos de aseo e higiene, lo que provoca la aplicación urgente de políticas de sanidad orientadas por la *Dirección de Sanidad de Cartagena*. El trabajo termina con un pequeño análisis sobre la recepción de la higiene en Cartagena. Esta investigación, basada en fuentes documentales extraídas del Archivo Histórico de Cartagena, es valiosísima como trabajo pionero de estos temas en la ciudad; que, particularmente ha servido como soporte documental de esta investigación.

Esta investigación pretende contribuir a la historia de la salud pública en Cartagena, y particularmente, al debate necesario de estas temáticas en la ciudad. La contribución fundamental de este trabajo consiste en hacer un análisis detallado de la relación salud pública y condiciones sociales de la población cartagenera en este periodo. Entender de qué manera el desarrollo de las políticas de higiene y salud pública en Cartagena se vieron obstaculizadas por las deplorables condiciones sociales de la mayoría de la población, acompañadas de unos pésimos servicios públicos, donde lo más mínimo, que es el agua potable domiciliaria, verdadero soporte de cualquier tipo de política higiénica y de salud pública, no estaba garantizado; ya que la construcción del acueducto municipal en Cartagena se empezaría a construir solo a finales de la década del treinta.

6. Marco Teórico:

Los conceptos *Medicalización*, *Salud Pública*, *Pobreza*, *Medicina*, *Asistencia Sanitaria* y *Servicios Sociales* serán utilizados en los siguientes sentidos:

1. *Medicalización*: concepto acuñado por el notable filósofo e historiador francés Michel Foucault y que será entendido en este trabajo como convertir en objeto de la medicina y de los médicos, todo lo que está más allá del cuerpo mismo y de las enfermedades: las cosas, el entorno, los animales domésticos, los hábitos, costumbres y trabajo; la manera de vivir y el vestir; en qué condiciones son concebidos y cómo nacen los individuos; su crecimiento y alimentación, y de qué mueren los seres humanos -incluidos los médicos, que no escapan a esa red fiscalizadora-. De hecho, para Foucault, “*la medicina y el médico son el primer objeto de la normalización*”.

1. *Salud Pública*: entendida como protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales: 1) fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas; 3) organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y 4) rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas

2. *Pobreza*: entendida como circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido y educación.

La pobreza relativa es la experimentada por personas cuyos ingresos se encuentran muy por debajo de la media o promedio en una sociedad determinada. La pobreza absoluta es la experimentada por aquellos que no disponen de los alimentos necesarios para mantenerse sanos. Sin embargo, en el cálculo de la pobreza según

los ingresos, hay que tener en cuenta otros elementos esenciales que contribuyen a una vida sana. Así, por ejemplo, los individuos que no pueden acceder a la educación o a los servicios médicos deben ser considerados en situación de pobreza.

3. *Medicina*: entendida como ciencia y arte que trata de la curación y la prevención de la enfermedad, así como del mantenimiento de la salud.

4. *Asistencia Sanitaria*: entendida como sistema de seguros dirigido por el Gobierno que proporciona recursos financieros y servicios médicos a las personas impedidas por enfermedad o por accidente. Los sistemas sanitarios se coordinan a menudo con otros mecanismos de seguridad social como programas de pensiones, de subsidio al desempleo y de compensaciones laborales.

5. *Servicios Sociales*: entendida en un sentido amplio, como la prestación de servicios sanitarios y educativos, la protección social del trabajo y la vivienda, los seguros y subsidios de renta, y la asistencia social individual. En un sentido restringido, los servicios sociales son actividades técnicas organizadas por las administraciones públicas y enmarcadas dentro de las políticas de bienestar social, cuyo objetivo es la prevención, rehabilitación o asistencia de individuos, de familias o de grupos sociales con amplias carencias y demandas, en pro de la igualdad de oportunidades, la realización personal, la integración social y la solidaridad. La finalidad global de los servicios sociales es la satisfacción de determinadas necesidades humanas dentro de una comunidad.

La corriente filosófica que nos ha servido como soporte teórico en este trabajo es la que orienta el filósofo francés Michel Foucault que, en textos como *Historia de la Medicalización. Educación Médica y Salud*. Vol. 11. Número 1. 1977. O.P.S. y *Los Anormales*. México. Ed. Fondo de Cultura Económico. 2000, entiende la medicina privada como diferente de la medicina social que es aquella en la que el Estado aparece como regulador de la higiene pública y administrador de servicios tendientes a conservar la salubridad de la ciudad. Explica como de esta manera se forma una *medicina urbana* como forma de la *medicina social* que nace con la medicina moderna científica. Se trata de “una cierta tecnología del cuerpo social” – dice Foucault- que caracteriza la medicina precisamente como una práctica social. En este sentido, el médico jugó un importante rol en el “proceso civilizador” en occidente. De la misma manera nos enseña Michel Foucault, que la práctica médica es un vínculo perfecto para este fin: discurso científico y racional y, al mismo tiempo, aplicable en un sentido útil. Bajo esta óptica el médico se convierte en un “mediador cultural”, en un agente civilizador entre las élites y las clases medias y populares. En la mentalidad de la elite estaba claro que la civilización y la modernización requerían de un discurso médico e higiénico. Esta coincidencia de intereses permitió el establecimiento de una red reguladora y disciplinaria sobre la vida urbana y privada de los ciudadanos urbanos en occidente. Los conocimientos médicos se convirtieron en principio de autoridad que le permitió a los médicos extender su dominio aséptico, higiénico moral sobre toda la sociedad. Igualmente para Foucault, las normas de salubridad e higiene se debían aplicar sobre todo a los pobres urbanos, que en este periodo ya abundaban en la mayoría de las ciudades europeas, quienes eran considerados por las elites, tanto por el poder blanco como por el poder civil, como el principal foco de infección.

Un miedo a lo pestilente, a lo infeccioso, a lo enfermo, que se asoció, la mayoría de las veces, con los pobres urbanos y con sus condiciones de vida en las ciudades, sobrecogía a las elites. Los pobres debían ser separados, educados, controlados y civilizados. Es el periodo esplendoroso de lo que llamó Michel Foucault “la sociedad disciplinar”, caracterizada por la proliferación de dispositivos de control social y disciplinamiento, que eran ejecutados por poderes como el del aparato médico. Igualmente, la caridad cristiana colaboró con los médicos y con el Estado para encerrar a los *infelices*, para disciplinarlos, medicarlos y aplicarles normas higiénicas recluyéndolos en lugares como los hospicios, los ancianatos, las casas de pobres y los manicomios. Toda una verdadera filantropía pragmática que se aplicaba a los niños como a los jóvenes que podían ser productivos

7. Objetivos:

Generales: Propósitos del Proyecto en cuanto a las metas que se quieren alcanzar.

Específicos: Delimitación de cada una de las actividades que en su desarrollo darán cumplimiento al propósito general del Proyecto y a la solución del Problema objeto de la Investigación.

Objetivos Generales:

1. Precisar de qué manera se intento impulsar, dentro del proceso de modernización de Cartagena, en la segunda y tercera décadas del siglo XX, un programa moderno de higienismo y salud.
2. Analizar cuáles fueron los resultados de la aplicación de dicho programa.
3. Describir cuáles fueron los principales obstáculos que encontró dicho programa para su plena aplicación.

Objetivos Específicos:

1. Precisar cuál era la situación de los servicios públicos en Cartagena en este periodo.
2. Describir cuáles eran las condiciones de salud de los cartageneros en este periodo.
3. Ubicar quienes fueron los actores sociales y políticos comprometidos en este programa.
4. Analizar quienes fueron los beneficiarios inmediatos de la aplicación de este programa.
5. Precisar cual corriente médico social sirvió de basa teórica para la aplicación de dicho programa.

8. Metodología:

La metodología utilizada en este proyecto será la metodología clásica de investigación historiográfica y que responde a un plan específico de investigación, que parte de la base de un trabajo detenido de fuentes documentales y bibliográficas que buscan la recolección de datos y que concluye en la construcción de un relato descriptivo - explicativo que dé solución al problema que orientó la investigación.

La *ruta* que será empleada para resolver el Problema Objeto de la Investigación es la siguiente: 1. Se construirá un inventario de fuentes (documentales y bibliográficas) con relación al tema. 2. Se diseñará una selección de fuentes, buscando su verdadero valor con relación al desarrollo del proyecto. 3. Se

analizarán las fuentes seleccionadas, a la vez que se extraerá la información, por medio del método de *fichas*. 4. Se construirá el relato, buscando concretar los objetivos trazados, a la vez que se van respondiendo las preguntas suscitadas durante el proceso de investigación. 5. Se escribirá el texto definitivo de manera sintética, utilizando adecuadamente las citas de pie de página, que revelan el trabajo de fuentes donde esta soportada la investigación. 5. Se le agregarán imágenes, mapas y cuadros estadísticos que complementen visualmente la información escrita.

9. Cronograma y Plan de Actividades:

1. Se construirá un inventario de fuentes (documentales y bibliográficas) con relación al tema.

Tiempo: 2 semanas.

2. Se diseñará una selección de fuentes, buscando su verdadero valor con relación al desarrollo del proyecto.

Tiempo: 1 semana.

3. Se analizarán las fuentes seleccionadas, a la vez que se extraerá la información, por medio del método de *fichas*.

Tiempo: 16 semanas.

4. Se construirá el relato, buscando concretar los objetivos trazados, a la vez que se van respondiendo las preguntas suscitadas durante el proceso de investigación.

Tiempo: 4 semanas.

5. Se escribirá el texto definitivo de manera sintética, utilizando adecuadamente las citas de pie de página, que revelan el trabajo de fuentes donde esta soportada la investigación.

Tiempo: 2 semanas.

6. Se le agregarán imágenes, mapas y cuadros estadísticos que complementen visualmente la información escrita.

Tiempo: 1 semana.

Total duración del proyecto: 26 semanas – 6 meses.

10. Bibliografía general del Proyecto:

- ANGULO BOSSA, Álvaro. *“Aspectos Sociales y Políticos de Cartagena de Indias: siglos XVI y XX.”* Ed. Antillana. Cartagena. 2001.
- BERMAN, Marshall. *“Todo lo sólido se desvanece en el aire: la experiencia de la Modernidad”*. Ed. Siglo XXI, Bogotá: 1991.
- BORSODORF, Axel. *“Contexto Cultural de la Morfología Urbana”*. Revista Universitas, No. 4, volumen XXVII, Junio de 1990.
- BRUNER. J.J. *“Los debates sobre la modernidad y el futuro de América Latina”*. Santiago de Chile. Flacso, 1986.
- CABRALES, Carmen. *“Los Barrios en Cartagena de Indias”*. En: Cartagena de Indias en el siglo XX. Universidad Jorge Tadeo Lozano – Banco de la República. Bogotá. 2000.
- CASAS ORREGO, Álvaro. *“Agua y Aseo en la Formación de la Salud Pública en Cartagena: 1885 – 1930”*. En Historia y Cultura Número 4. Cartagena. 1996.
- CEREZO GOMEZ, Enrique. *“Cronología de Medellín. Sucesos Notables de la génesis de la ciudad”*. Medellín, U.P.B. 1970.
- DUBY, Georges. *“Francia Rural, Francia Urbana”*. Revista de Sociología, UNAULA No. 21, Medellín: Julio 1998.
- ECHAVARRIA, Juan José. *“El paso de los habitantes por el siglo XX”*. Revista Antioqueña de Economía y Desarrollo. No. 30. Medellín, septiembre–diciembre, 1989.
- ELIAS, Norbert. *“Sobre El Tiempo”*. Editorial F.C.E. Madrid: 1989.
- FALS BORDA, Orlando y GUZMAN, Germán. *“La violencia en Colombia: estudio de un proceso social”*. Bogotá, Círculo de Lectores, 1988.
- FOUCAULT, Michel. *“Historia de la Medicalización”*. Rev: Educación Médica y Salud. Vol.11, N.1. Bogotá. 1977.
- FRANCO, Jean. *“La cultura moderna en América Latina”*. México, Grijalbo, 1985.
- GARAVITO, Edgar. *“Escritos Escogido”*. Ed. Universidad Nacional, Medellín: 1999.
- GARCIA CANCLINI, Nestor. *“Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad”*. México, Grijalbo, 1990.
- GARCIA CANCLINI, Nestor. *“Imaginarios Urbanos”*. Ed. Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires: 1997.
- GARCIA CANCLINI, Néstor. *“la ciudad de los viajeros: travesías e imaginarios urbanos”*. México: 1940–2000. Editorial Grijalbo. México, 1996.
- GEDDES, Patrick. *“Ciudades en Evolución”*. Editorial Infinito. Buenos Aires. 1960.
- GOMEZ MENDOZA, Josefina en: *“El Pensamiento Geográfico”*. Editorial Alianza Universidad. Madrid. 1983.
- HANNERZ, Ulf. *“Exploración de la Ciudad”*. F.C.E., México: 1986.
- ISAAC, Joseph. *“El transeúnte y el espacio urbano”*. Buenos Aires: Gedisa, 1988.
- KOLBUSZENSKI, J. *“Los transportes y el medio urbano”*. En revista Impacto: Ciencia y Sociedad. No. 3. Volumen XVI, 1966.

- LE FEBVRE, Henri. *"De lo rural a lo urbano"*. Editorial Península. Barcelona: 1978.
- LEROI-GOURHAN, André. *"El gesto y la palabra"*. Ed. Universidad Central de Venezuela, Caracas: 1971.
- LYNCH, Kevin. *"La Imagen de la Ciudad"*. México, Gustavo Gili, 1987.
- MARSHALL, Berman. *"Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad"*. Editorial Siglo XXI. Madrid, 1988.
- MELO, Jorge Orlando. *"Algunas consideraciones globales sobre "Modernidad" y "Modernización"*. En: *"Colombia: El despertar de la Modernidad"*. Foro Nacional por Colombia. Bogotá. 1994.
- MELO, Jorge Orlando. *"Proceso de Modernización en Colombia, 1850-1930"*. Revista Universidad Nacional, No. 20. 1985.
- MONTOYA GÓMEZ, Jairo. *"La emergencia de las subjetividades metropolitanas"*. Revista Ciencias Humanas No. 24. Universidad Nacional, Medellín. 1997.
- MORSE, Richard M. y Otros. *"Cultura Urbana en Latinoamérica"*. Buenos Aires, Flacso, 1985.
- ORTIZ CASSIANI, Javier. *"Modernización y Desorden en Cartagena: 1911 - 1930"*. En: *Modernización y desorden en la Plaza. Modernización y memoria Urbana en Cartagena*. Instituto Distrital de Cultura. Cartagena. 2001
- OSPINA VASQUEZ, Luis. *"Industria y Protección en Colombia 1810-1930"*. FAES, Medellín: 1979.
- PALACIO, Marco. *"Colombia entre la legitimidad y la violencia: 1885-1994"*. Editorial Normal, Bogotá. 1997.
- PECAUT, Daniel. *"Orden y Violencia: Colombia 1930-1953"*. Bogotá. Editorial Siglo XXI, 1987.
- RAMOS, J. *"Desencuentros de la modernidad en América Latina"*. México, F.C.E., 1989.
- RESTREPO, Libia J. *"DE ALDEA A CIUDAD. La Medicalización de Medellín a comienzos del siglo XX"*. Revista UPB. Número 147. Medellín. 2000.
- REYES CARDENAS, Catalina. *"Higienes y Salud en Medellín: 1900-1930"*. En Revista FAES No. 7, junio de 1994.
- ROMERO, José Luis. *"Latinoamérica: Las ciudades y las ideas"*. Ed. Siglo XXI. México: 1976.
- SENNETT, Richard. *"Carne y Piedra"*. Alianza Editorial, Madrid: 1997.
- SILVA, Armando. *"Imaginario Urbanos; Bogotá y Sao Pablo: Cultura y Comunicación Urbana en América Latina"*. Bogotá, Tercer Mundo, 1992.
- SOLÉ, Carlota. *"Modernización: Un análisis sociológico"*. Editorial Península. Barcelona, 1976.
- TELLEZ, Germán. *"la arquitectura y el urbanismo en la época actual, 1935-1979"*. En: manual de Historia de Colombia. Bogotá, Colcultura, 1980. Tomo III.
- UNIKEL, Luis. *"Desarrollo Urbano y Regional en América Latina"*. F.C.E. México: 1975.
- VIRILIO, Paul. *"La Estética de la desaparición"*. Ed. Anagrama, Barcelona: 1988.
- VIVIESCAS, Fernando y GIRALDO, Fabio. *"Colombia: El despertar de la Modernidad"*. Foro Nacional por Colombia. Bogotá, 1994.
- XIBILLÉ M, Jaime. *"La semiosis espacial de la ciudad maquina"*. Revista Ciencias Humanas No. 24. Universidad Nacional-Medellín. 1997.