

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: MEDICALIZACION Y POBREZA EN CARTAGENA: 1900 – 1930

Investigador Principal: JOSÉ WILSON MÁRQUEZ ESTRADA

Línea de Investigación: HISTORIA SOCIAL

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: Cartagena

Departamento: Bolívar

Duración del Proyecto: 10 meses

Tipo de Proyecto: Investigación Básica

Descriptor / Palabras Clave: Medicalización, Salud Pública, Pobreza, Servicios Sociales, Asistencia Sanitaria, Medicina.

2.0 RESUMEN DEL PROYECTO

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 medicalización, 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 poco lo que se ha investigado al respecto, solo se cuenta con tres investigaciones que se resumen en un corto artículo de revista y dos tesis

de grado, 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.

3.0 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3.1 Planteamiento del Problema de Investigación:

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 esta 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 es 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

¹ “Historia de la Medicalización”. Rev: Educación Médica y Salud. Vol.11, Nº 1. Bogotá. 1977. Página 4.

(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 *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 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

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

FOUCAULT, Michel. Op. Cit. Página 10.

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 pública⁴, 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

⁴ 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.

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 el Historiador Jorge Márquez Valderrama – estas juntas tuvieron problemas de recursos y no pudieron ser adecuadamente instaladas sino desde 1913.⁵ 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 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

⁵ Véase 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 (inédita). Universidad Nacional de Colombia – sede Medellín. 1995.

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 ciudadinas suscito un velado enfrentamiento, en la mayoría de las ciudades colombianas – dice Libia Restrepo⁶ - 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

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

los desarreglos sanitarios y la miseria de las masas.⁷ 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

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. Página 120.

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 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 central 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 y económicas 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 fracaso.

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.

3.2 Marco Teórico y Estado del Arte:

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 esta 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 elites 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.

Hay varios trabajos sobre la historia del higienismo y de la salud pública en Cartagena a principios del siglo XX, Fundamentalmente tesis de grado de la carrera de Historia de la Universidad de Cartagena, pero el trabajo pionero 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 la 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. Luego viene el trabajo de grado de Indira Vergara Izquierdo titulado *La Medicalización de la Lepra en la Ciudad de Cartagena 1870-1930*. En esta investigación se construye una mirada del problema de la lepra en Cartagena desde la colonia hasta 1930 se estudian temas como la fundación del Hospital Real de San Lázaro, la medicina hipocrática y la lepra en los informes médicos del siglo XVIII, la construcción del carácter patogénico de la lepra, igualmente realiza una mirada a la profesionalización de

los médicos de Cartagena entre 1880 y 1930; luego analiza el influjo de la teoría microbacteriana y la concepción médica de las enfermedades a finales del siglo XIX y finalmente construye una imagen local y nacional del problema de los lazaretos y su relación con la medicina. Esta investigación concluye planteando como a finales del siglo XIX y principios del siglo XX el proceso de organización del cuerpo médico de Cartagena se manifestó en la organización de sociedades científicas como La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar y la Sociedad de Medicina Rafael Calvo; igualmente en la expedición de leyes que reglamentaron el ejercicio de la medicina, también en la divulgación de los conocimientos médico-científicos a través de publicaciones y congresos – Cartagena fue sede del tercer congreso médico nacional en 1918 -. Después de este trabajo resaltamos la tesis de grado de Estela Simancas Mendoza titulado *El Papel de los Religiosos y de los Médicos en la Caridad y la Asistencia Pública en Cartagena 1895-1925*. Esta investigación se inicia analizando los antecedentes de la caridad y la beneficencia en Colombia, luego hace una descripción de la caridad y la beneficencia como respuesta a la pobreza, después analiza las asociaciones de caridad en Cartagena y la asistencia pública a partir del congreso médico de 1918. Esta investigación concluye planteando como la ciudad de Cartagena, lo mismo que otras ciudades como Medellín y Bogotá adelantaba un proceso de modernización desde finales del siglo XIX; sin embargo la mayor parte de la población no disfrutó de los beneficios de este proceso siendo común la pobreza, el marginamiento, el hacinamiento en la viviendas, la desnutrición y la insalubridad. Las asociaciones de caridad de las comunidades religiosas motivadas por la virtud cristiana de la caridad asumieron como un acto obligatorio la asistencia del pobre proveyéndolo de vivienda, alimentación, educación y principalmente de la formación religiosa cristiana católica. Estas asociaciones amortiguaron el conflicto entre ricos y pobres al moderar las diferencias sociales. El cuerpo médico por su parte se preocupó por mejorar las condiciones de vida de los pobres dentro del contexto del proceso modernizador del país que implicaba una población sana y educada.

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.

3.3 Objetivos:

Objetivos Generales:

1. Precisar de qué manera se intento impulsar, dentro del proceso de modernización de Cartagena, en la primera 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 cual era la situación de los servicios públicos en Cartagena en este periodo.
2. Describir cuales eran las condiciones materiales de los cartageneros en este periodo.
3. Describir cuáles eran las condiciones de salud de los cartageneros en este periodo.
4. Ubicar quienes fueron los actores sociales y políticos comprometidos en este programa.

5. Analizar quienes fueron los beneficiarios inmediatos de la aplicación de este programa.
6. Precisar cual corriente médico social sirvió de basa teórica para la aplicación de dicho programa.

3.4 Metodología Propuesta: 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.

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.

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

Tiempo: 1 semana.

3.6 Resultados / Productos Esperados y Potenciales Beneficiarios:

1. Nueva Generación de Conocimiento: Este Proyecto de Investigación, plantea de fondo todo un aporte a la motivación por investigar un tema que no se ha tocado aún en los estudios historiográficos locales, como es la *Historia de la Pobreza en Cartagena*. La idea central es generar conocimiento sobre la forma en qué se intento impulsar, dentro del proceso de modernización de Cartagena, en la primera y tercera décadas del siglo XX, un programa moderno de medicalización, higienismo y salud; y paralelamente observar cuales eran las condiciones

materiales y sanitaria básicas de los cartageneros en este periodo. Igualmente, analizar de qué manera se aplicó dicho programa y cuales fueron realmente sus logros y fracasos.

2. Fortalecimiento de la Capacidad Científica Nacional: Este trabajo de investigación significa un verdadero avance sobre la Historia de la Pobreza y la Medicalización en Colombia, además que fortalece notablemente esta línea de investigación tan poco explorada por la historiografía nacional y local. Igualmente, abre una verdadera senda a futuras investigaciones sobre este tema en nuestra ciudad, que valga decirlo, padece de este fenómeno de una forma bastante relevante y que necesita, en toda perspectiva, de una mirada científica.

3. Apropiación Social del Conocimiento: Esta investigación serviría de base para futuras exploraciones investigativas en todas las áreas que tengan que ver con el fenómeno de la pobreza en Cartagena o en Colombia, que pueden venir de preguntas hechas desde la óptica de otras ciencias sociales, Igualmente puede ser tomada en cuenta con miras a la aplicación de proyectos y programas de carácter social que estén orientados hacia la solución de problemas sociales o de otra índole generados por la pobreza y la medicalización en una ciudad como la capital del departamento de Bolívar.

3.7 Impactos a Partir del uso los Resultados: Los impactos solo pueden ser de carácter socio-científico y se pueden observar en perspectiva positivamente, en la medida en que significa un valioso aporte al desarrollo investigativo de esta línea de temática tanto a nivel local como nacional. Igualmente, puede ser tenido en cuenta para futuras construcciones de diagnósticos socio-históricos que tengan que ver directa o indirectamente con la temática tratada.

3.8 Cronograma 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.

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

Tiempo: 1 semana.

4.0 PRESUPUESTO: Reservado.

Cartagena de Indias, Marzo 14 de 2006.