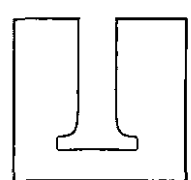


Deterioro social y *medicalización* en Cartagena: 1900 - 1930.



Introducción.

Por rigor metodológico, y para explicar el título de este artículo, se empezará por precisar la definición del concepto *medicalización*, concepto acuñado por el notable filósofo 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.*² 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



Pierre Daguét, ventana de la capilla -detalle-

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.

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 actúe 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.”*³

Estas primeras gestiones de la medicina socioestatal en Colombia se hallaban fundamentadas, por una parte, en la preocupación por los individuos como ciudadanos: la

natalidad y morbimortalidad 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.

La aparición incrementada de una población obrera pobre, en la mayoría de las ciudades colombianas donde se estaban impulsando experiencias industriales; especialmente Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena; 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 suscitó un velado enfrentamiento, en la mayoría de las ciudades colombianas –dice Libia Restrepo–⁴ a comienzos del siglo XX. Según esta investigadora, 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 filantrópico fue ineficiente y se pasó al modelo de la medicina social para enfrentar los desarreglos sanitarios y la miseria de las masas.⁵ Se habían alterado rotundamente los hábitos, las costumbres de aseo tradicionales, la moral del cuerpo y de los actos ciudadanos.

¿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 las 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 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, 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.

1. El poder blanco y su ingerencia 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 que el mercado laboral del médico era limitado hacía que pocas personas se sintieran inclinadas por los estudios médicos.⁶

Por estas razones, el presidente Mariano Ospina Rodríguez aprobó una ley de reforma educativa para controlar el número de médicos profesionales; ésta 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 Morales.⁷ 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.

La escuela de medicina de la Universidad Nacional, junto con la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá (1873) y la Revista Médica (1873-1922) se convirtieron en punto de partida de la profesionalización



Pierre Daguet, sin título -detalle-

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 nacional.⁸

A pesar de los esfuerzos de los médicos por controlar el ejercicio de la medicina ésta siguió siendo realizada por personas sin título profesional. Esto llevó 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 el 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”.*⁹

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 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”.*¹⁰

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 nación.¹¹ 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.

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.¹² 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 el historiador 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 a actuar como ente regulador de la higiene de los barrios y de las viviendas como de otros espacios urbanos como parques, avenidas y plazas.¹³ Es así como el discurso médico ganó un espacio nuevo en la sociedad cartagenera y se legitimó al proyectarse no sólo 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.

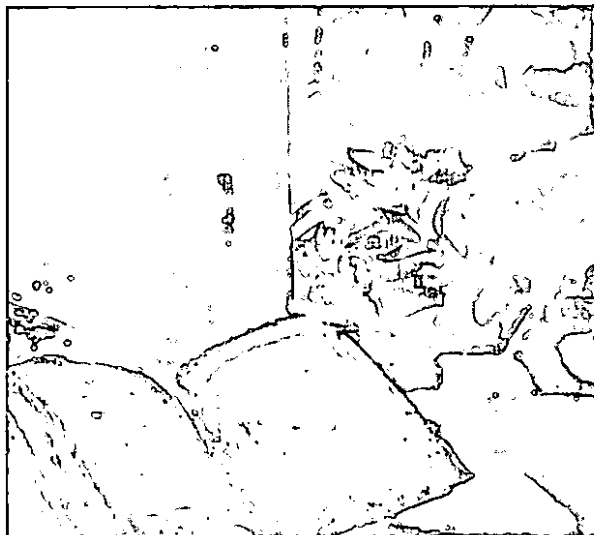
Todo lo anterior nos permite resaltar la importancia que tuvo la medicalización, y su ingerencia, en la vida de la población cartagenera de principios de siglo, esto lo podemos evidenciar en los diferentes discursos, que se visibilizan a través de la prensa, y que buscan consolidar y legitimar una práctica 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 período. Periódicos como *La Época*, *El Porvenir*, *El Diario de la Costa*, *La Patria* y *El Mercurio*, dan testimonio de esta poderosa ingerencia. 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 publica 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 sólo 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 esté en perfecto orden y limpieza"¹⁴.

2. Una ciudad sin agua.

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.



Pierre Dagué, ventana de la capilla -detalle-

Además las aguas estancadas en aljibes de cal o de metal, era entonces la causa de algunas enfermedades endémicas que preocupaban a la administración departamental y municipal.¹⁵ 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"¹⁶. "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"¹⁷.

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 práctica sea diaria.



Cartagena necesitaba 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 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 Alvaro 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 agua¹⁸.

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, continúa 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."*¹⁹

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 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 del Siglo XX 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 sitios 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"*²⁰. *"Ojalá fuera posible al Jefe de Sanidad darse un paseito 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..."*²¹

Triste imagen de una ciudad hermosa, en medio de un mar espléndido, y muriéndose de sed. 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)²², cuya bocatoma estaba ubicada en la localidad de Gambote. Esta obra fue llevada a cabo por la firma norteamericana The Raymond Concrete Pile Company²³. De este modo, se superó el problema de la fuente de abastecimiento del viejo acueducto de Matute.

3. 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 epidemias 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 dé una idea de la mala calidad de las aguas que consumían los cartageneros en esa 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."*²⁴

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 urbanos.²⁵ La preocupación de la municipalidad de Cartagena en materia de aseo giraba 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, ésta 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."*²⁶

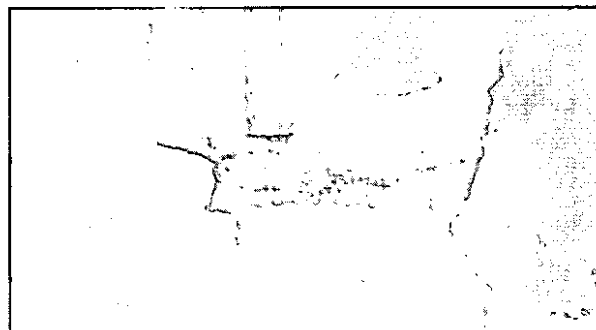
En 1889, se crea en Cartagena la *Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar* con el objetivo primordial

de recopilar datos científicos para resolver cuestiones relativas a la salubridad pública, en consonancia, dice el historiador Casas, con la Ley 30 de 1886, que en su artículo 1º recomienda el cumplimiento de esta labor en los principales centros urbanos del país²⁷.

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 necesitan.

Las obsoletas infraestructuras higiénicas de muchas ciudades antiguas como Cartagena necesitaban ser sustituidas. 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



Pierre Daguet, callejuela en sorrento -detalle-

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, porque para el período estudiado ésta era una realidad muy lejana.

4. Una ciudad asediada por las pestes.

La capital de Bolívar padecía en ese 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,²⁸ felicidad que no le duró por mucho tiempo, ya que repentinamente surgían en diferentes sitios de la ciudad brotes de diversas enfermedades.²⁹

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*"³⁰, "*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 quemar las basuras de la ciudad.*"³¹

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.

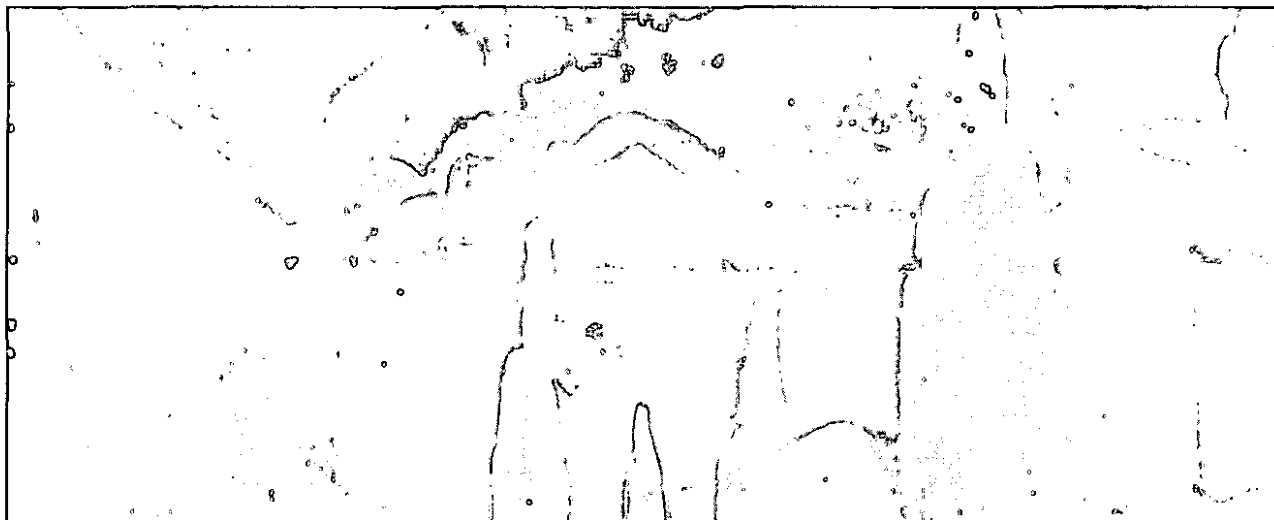
La vida cotidiana de los cartageneros de este período se veía sometida a la zozobra de ser afectada por una de estas plagas. La indefensión frente a estos males, y las muertes frecuentes de seres queridos, debieron haber influido para fortalecer la presencia de la Iglesia en una sociedad amenazada por 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 abundaba todo tipo de publicidad que promocionaban 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 espermatorreya, 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 naranja 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 cómo sus parientes se consumían. Las prescripciones médicas generalmente se componían de "*vino creosotado y el alquitrán de Noruega, cápsulas de eucalipto, Emulsión de Scott, el clima frío, leche de burra, lugares higiénicos, distracciones y alimentación nutritiva*"³².

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





Pierre Daguet, certosa, capri -detalle-

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 y propagan esa terrible enfermedad”³³. “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.”³⁴

Cartagena tendría que vivir su propia historia con relación a esa 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 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.

Está abierto al servicio del público este Dispensario, establecido por acuerdo No. 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” No. 84^a.

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.³⁵

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.

"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"¹⁶.

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

5. La pobreza: el mayor obstáculo.

Los grandes beneficiarios de la ola modernizadora que empieza a vivir el país en las tres primeras décadas del siglo XX fueron las capas altas y medias de la población, ya que los pobres quedaron definitivamente por fuera de este proyecto, que desde sus inicios fue radicalmente excluyente de los sectores populares de la ciudad. Es claro que los sectores más pobres de la ciudad no tenían acceso ni siquiera al servicio de acueducto, dependieron de la caridad de los miembros de la elite, como lo dice la historiadora Estella Simancas: *"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 paludismo"¹⁷.*

La imagen de la Cartagena pobre es lúgubre, estos pobladores no contaban ni siquiera con un sistema de alcantarillado óptimo, su estado era obsoleto y 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 población.³⁸

Otro conflicto de alto relieve en Cartagena en este periodo lo constituyó el problema de la vivienda, realmente era alarmante la situación de hacinamiento en que se encontraban los más pobres de esta ciudad. La prensa registraba esta situación de manera patética:

"Hay en Cartagena una notoria deficiencia de habitaciones, que ocasionan [sic] 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 aún para artesanos y obreros, la cosa llega a los lindes de lo imposible."³⁹

Igualmente protestaban por las malas condiciones de las viviendas de los sectores populares de la ciudad, como lo registra la prensa local:

"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 zahúrdas 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"⁴⁰.

El espectro de pobreza de la ciudad de Cartagena era aterrador, constituido por un paisaje social deplorable "decorado" con las imágenes de niños desamparados, adolescentes sin domicilio, indigentes, mendigos, locos y dementes, llevando a las autoridades locales a la necesidad de recluirlas en hospicios, asilos, orfanatos y manicomios. De manera que médicos y religiosos entraron a actuar sobre una masa heterogénea de "pobres"⁴¹.

El panorama social de pobreza en Cartagena nos permite distinguir toda una gama variada de pobres, que en la óptica de Simancas constituye toda una caracterización: *"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'*⁴².

Dicho panorama de pobreza nos permite ubicar otro matiz social, el de los mendigos, estos estaban integrados por aquellos que no tenían trabajo ni ninguna ocupación que les garantizara lo mínimo para sobrevivir y por tanto dependían de la buena voluntad de las clases pudientes traducida en acciones de caridad pública. Estella Simancas incluye en su estudio a los "niños desamparados", "adolescentes sin domicilio", "locos o dementes" y "ancianos sin amparo".

La estratificación de la pobreza se hacía más visible en las políticas de asistencia social, ya que mientras a los primeros se les daba atención y se les prestaba auxilio; a los últimos se les aplicaba una política directa de exclusión por medio del control policivo, ya que se les consideraba indeseables y malvenidos al espacio urbano.

Según Simancas sobre este espectro social de pobreza fue 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, reclusando 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 reclusados 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"*⁴³.

Definitivamente para las élites de la ciudad, la pobreza e insalubridad que padecía la población cartagenera en los primeros años del siglo XX, preocupaba fuertemente a esta clase dirigente.

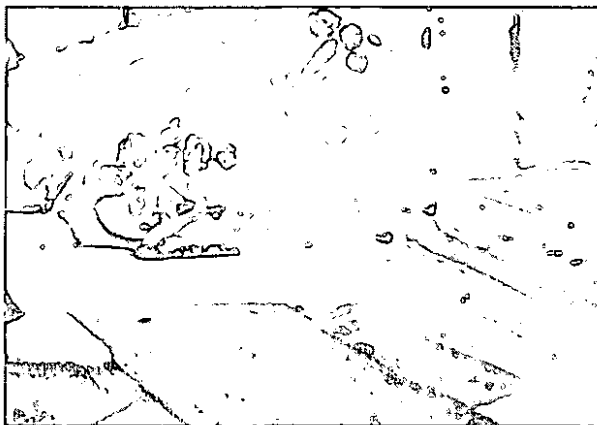
Esta élite estaba de acuerdo en que debía tomar medidas inmediatas y urgentes tendientes a remediar esta terrible situación, dentro de esta perspectiva era claro que el tema de la salud pública y de la asistencia social debía ser prioridad si querían hacer posible su sueño modernizador. En pocas palabras, ellos tenían bien claro que el higienismo se traduciría en desarrollo económico, y el desarrollo económico en bienestar para sus intereses.

La imagen de ciudad premoderna, insalubre, sucia, pobre, infectada y epidémica, no iba con la imagen que las élites cartageneras empezaban a construir de su ciudad. Una Cartagena moderna, pujante, saludable, limpia, higiénica, con gentes bien vestidas y bien alimentadas era el objetivo fundamental dentro de esta nueva mentalidad que pretendía hacer de Cartagena el puerto marítimo más importante del país.

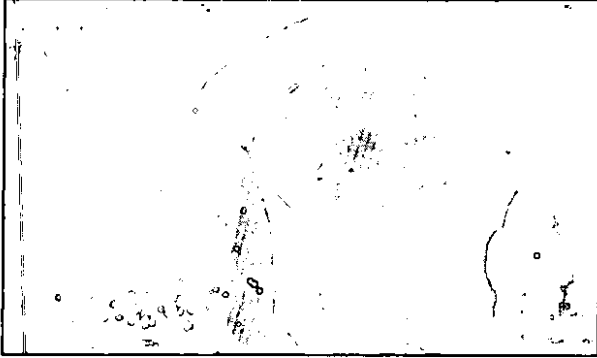
Efectivamente, la pobreza era el mayor caldo de cultivo de todo tipo de enfermedades en la Cartagena de principios del siglo XX. En la prensa local se lee cómo asustaba la cantidad de mendigos que deambulaban por la ciudad: *"Aumenta la cantidad de mendigos en la ciudad. Los sábados acuden a las oficinas y tiendas a pedir limosna, y acuden ya tantos que nos hemos preguntado si ha sido suprimido el asilo de mendigos"*⁴⁴. La pobreza era la peor peste que azotaba a la capital de Bolívar. La mala calidad de vida, que se traduciría 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.

Conclusiones.

La mayoría de las grandes ciudades colombianas adelantaban un proceso acelerado de modernización en todos los sentidos, en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena. La experiencia de la modernidad en Colombia no fue un proyecto incluyente para todos los sectores sociales, ya que la mayoría de la población no disfrutó de los beneficios de este proceso y la pobreza, el marginamiento, la insalubridad, el hacinamiento, la desnutrición y la enfermedad se paseaban flamantes por las grandes ciudades



Pierre Daguet, ventana de la capilla -detalle-



Pierre Dagué, *certosa, capri* -detalle-

colombianas haciendo estragos en la población más pobre, convirtiéndose en un verdadero obstáculo de las políticas modernizadoras de las élites locales. 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 No. 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. Otro 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 higiénico, etc.), que permitieran la cristalización del proyecto médico-social y medicalizador pensado para Cartagena en este período. La idea era haber reforzado el proceso modernizador en términos infraestructurales, permitiendo que Cartagena contara con un buen equipamiento urbano, y simultáneamente haber instalado el dispositivo médico-social y medicalizador sobre esta plataforma física. Desafortunadamente, fue más grande el reto que la voluntad política de las élites 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.

Referencias.

- ¹ Historiador y Magíster en Historia, de la Universidad Nacional de Colombia. Profesor de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de Cartagena en el programa de Historia.
- ² FOUCAULT, Michel. *Historia de la Medicalización*. En Revista: *Educación Médica y Salud*. Vol.11, No. 1. Bogotá. 1977. p4.
- ³ BEJARANO, Jorge. *La Delincuencia Infantil en Colombia y la Profilaxis del Crimen*. Editorial Minerva. Bogotá. 1921. Página 18.
- ⁴ RESTREPO, Libia. *De Aldea a Ciudad*. En *La Medicalización de Medellín a Comienzos del Siglo XX*. Revista *Universidad Pontificia Bolivariana*. Medellín. 1996.
- ⁵ Véase 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.
- ⁶ Programa de Historia. Universidad de Cartagena. 1998. Igualmente véase OBREGÓN, Diana. *Lepra, exageración y autoridad médica*. En Prensa *Asclepio*, 1998. pp. 2-6.

⁷ ROMERO BELTRÁN, Arturo. *La educación médica durante el radicalismo*. En *Historia de la Medicina Colombiana Siglo XIX*, Medellín, Colciencias - U de A, 1996. p. 119.

⁸ VERGARA, Indira. *Op. Cit.* p. 25.

⁹ A.H.C. Periódico *El Porvenir*. 18 abril de 1923. p. 1.

¹⁰ 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.

¹¹ OBREGÓN, Diana. *Lepra, exageración y autoridad médica*. En *Prensa Asclepio*, 1998. p. 141.

¹² Véase FOUCAULT, Michel. *Historia de la Medicalización*. En *Educación Médica y Salud*. Vol. 11. Número 1. 1977. O.P.S.

¹³ Véase PERROT, Michel. *Sociedad Burguesa: Aspectos Concretos de la Vida Privada*. En *Historia de la Vida Privada*. Madrid. Taurus. 1991.

¹⁴ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 30 de 1912. p. 4.

¹⁵ CASAS ORREGO, Álvaro. *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. p. 81.

¹⁶ A.H.C. Periódico *La Época*. Agosto 4 de 1911. p. 3.

¹⁷ A.H.C. Periódico *La Época*. Enero 17 de 1912. p. 4.

¹⁸ CASAS ORREGO, Álvaro. *Op. Cit.* p. 82.

¹⁹ A.H.C. Periódico *El Porvenir*. Cartagena. 18 de abril de 1916.

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

²¹ A.H.C. Periódico *La Época*. Mayo 20 de 1913. p. 4.

²² 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 & Cía. Bogotá. 1982.

²³ *Ibid.*, pp. 580-581.

²⁴ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 18 de 1912. p. 4.

²⁵ REYES CÁRDENAS, Catalina. *Higiene y Salud en Medellín: 1900-1930*. Revista *F.A.E.S.* No. 7. 1994. p. 38.

²⁶ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 10 de 1911. p. 4.

²⁷ 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*. En *Educación Médica y Salud*. Volumen 11. Número 1 de 1977. O. P. S.

²⁸ CASAS ORREGO, Álvaro. *Higiene y Ciencia Sanitaria en Cartagena a comienzos del siglo XX*. Universidad de Cartagena. Colciencias. Cartagena. 1998. p. 98.

²⁹ Para mirar este fenómeno recomiendo el siguiente texto: 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.

³⁰ A.H.C. Periódico *La Época*. Junio 16 de 1911. p. 4.

³¹ A.H.C. Periódico *La Época*. Marzo 24 de 1913. p. 4.

³² PÉREZ CADAVID, Juan. *El Problema Tuberculoso*. 1932. p.10.

³³ A.H.C. Periódico *La Época*. Diciembre 12 de 1911. p. 3.

³⁴ A.H.C. Periódico *Diario de la Costa*. Enero 22 de 1918. p. 2.

³⁵ A.H.C. Periódico *Diario de la Costa*. Enero 29 de 1918. p. 1.

³⁶ A.H.C. Periódico *Diario de la Costa*. Enero 21 de 1918. p. 4.

³⁷ 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. p. 14.

³⁸ *Ibid.* p. 14.

³⁹ A.H.C. Periódico *El Porvenir*. Julio 11 de 1913. p. 2. Citado por Estella Simancas.

⁴⁰ A.H.C. Periódico *El Porvenir*. Mayo 22 de 1915. p. 2. Citado por Estella Simancas.

⁴¹ SIMANCAS, Estella. *Op. Cit.* p. 17.

⁴² *Ibid.* p. 17.

⁴³ *Ibid.* p. 18.

⁴⁴ A.H.C. Periódico *La Época*. Julio 15 de 1913. p. 4.

Bibliografía.

- ABEL, Christopher. *Ensayos de Historia de la Salud en Colombia*. Editorial Prisma Asociados LTDA. Santa Fe de Bogotá. 1996.
- 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.
- . *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*. En *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 & Cía. Bogotá. 1982.
- OBREGÓN, Diana. *Lepra, exageración y autoridad médica*. 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.
- PRETELT BURGOS, Manuel. *Monografía de Cartagena*. Cartagena. Tipografía El Mercurio. 1929.
- 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. No. 7*. 1994.
- 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 médica 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.
- VIGARELLO, Georges. *Lo Limpio y lo Sucio. La Higiene del Cuerpo desde la Edad Media*. Madrid. Alianza Editorial. 1991.