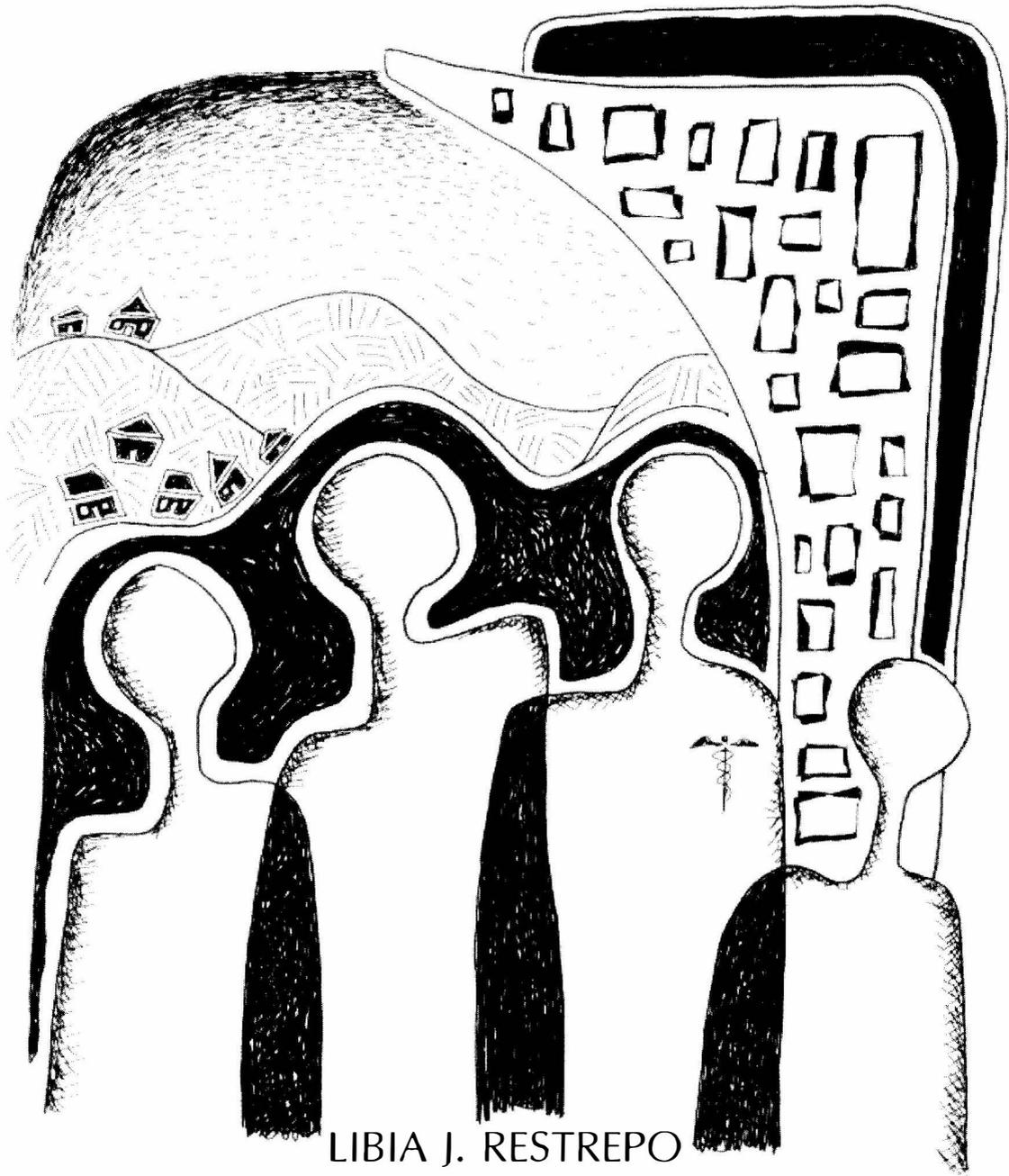


DE ALDEA A CIUDAD

La Medicalización de Medellín
a comienzos del siglo XX



LIBIA J. RESTREPO



Resumen de la ponencia presentada el 10 de octubre de 1995 en la Cátedra Inter-universitaria Pedro Nel Gómez, "Medellín: Ciudad Vivida I". Biblioteca Pública Piloto. UNAL.

Por rigor metodológico, y para explicar el título de este artículo, se empezará por recordar la definición de:

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 este estudio:

La medicalización, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaran [...] en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina.(1).

Es decir, medicalizar es convertir en objeto de la medicina y de los médicos, todo lo que está más allá del cuerpo mismo y de las enfermedades: las cosas, el entorno, los animales domésticos, los hábitos, costumbres y trabajo; la manera de vivir y el vestir; en qué condiciones son concebidos y cómo nacen los individuos; su crecimiento y alimentación, y de qué mueren los seres humanos -incluidos los médicos, que no escapan a esa red fiscalizadora-. De hecho, "la medicina y el médico son el primer objeto de la normalización"(2).

En segundo lugar, con este trabajo se trata de aplicar una perspectiva en la historia de la consolidación de la medicina social de Medellín -con las debidas peculiaridades- basada en los tres modelos de medicalización propuestos por Foucault: el modelo de la medicina del Estado (Alemania, siglo XVII); 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 nuestra ciudad, sino que fueron surgiendo entrecruzadas a medida que se ampliaron cada vez más los ámbitos de la intervención médica.

Hay que tener en cuenta, además, y de manera superficial por razones de espacio, los cambios y rupturas dentro del mismo saber y prácticas médicas. El historiador Jorge Márquez Valderrama ha demostrado que la introducción de las doctrinas pasterianas en Antioquia, a finales del siglo XIX, fue paralela al proyecto médico y estatal del establecimiento de una medicalización urbana de Medellín, transformando las concepciones tradicionales de higiene y salubridad(3).

Quisiera advertir que este trabajo no tiene una estructura cronológica que se adecúe 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 y urbana aparecen bajo la mirada médica. Comencemos por ilustrar el primer punto de

LA NORMALIZACIÓN DEL OFICIO DE LOS MÉDICOS DE MEDELLÍN.

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 sólo 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 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 hoy doctores de la medicina.(4).

La organización de ese saber médico, 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"(5). Se abordará entonces el problema de

LA LEGALIDAD DE LA PRÁCTICA MÉDICA.

El papel de control de las actividades médicas estuvo en manos de la autoridad política. Durante la presidencia de Pedro Justo Berrío (período 1865-1871) se llevaron a cabo dos tareas de medicalización estatal: la primera, la reorganización de la Escuela de Medicina de Medellín y su pénsum de estudios dentro de la Universidad de Antioquia; y segunda, convertir el Hospital San Juan de Dios (Hospital Departamental en 1913) en una insti-

tución clínica moderna con sus características de lugar de curación y restablecimiento, registro y administración, así como espacio de estudios prácticos de los estudiantes de medicina. Para lograr este segundo propósito, el presidente Berrío había organizado un sistema de aportes filantrópicos apelando a la caridad de las clases altas y en cuyos detalles no nos podemos detener. Un poco más tarde, otro mecanismo de regulación de tipo político que surgió en las postrimerías del siglo XIX fue la creación de

LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN.

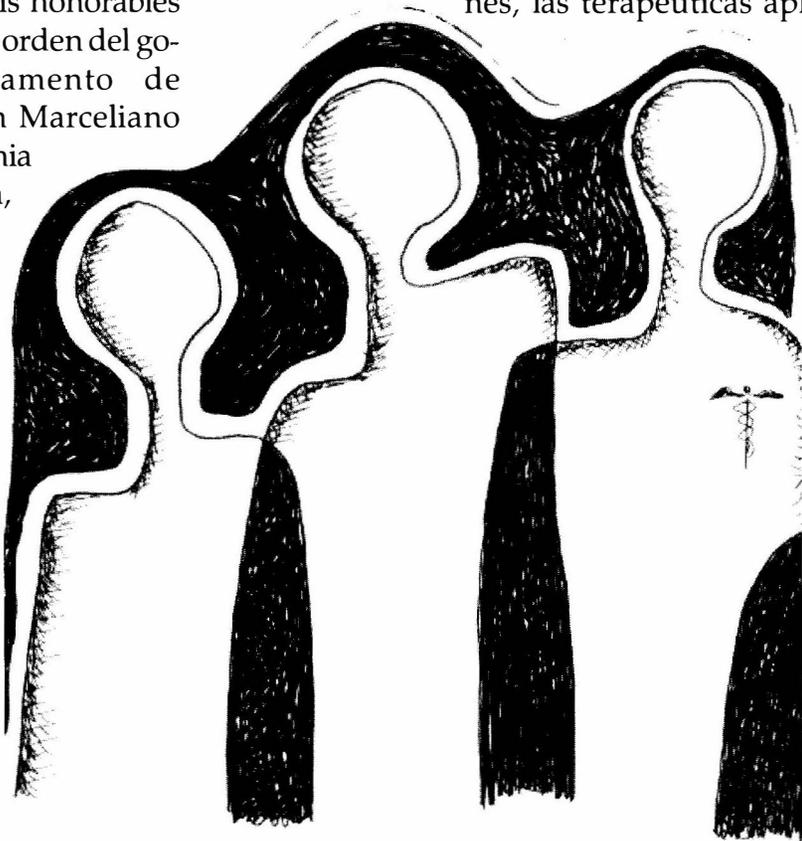
En julio de 1887, veintiséis honorables médicos antioqueños, por orden del gobernador del departamento de Antioquia, General Don Marceliano Vélez, crearon la Academia de Medicina de Medellín, asociación de carácter oficial, que asumía una organización administrativa,

...con el fin de formar una sociedad, que a la vez que se ocupara en el adelanto de la ciencia, especialmente en sus aplicaciones al país, sirviera al Gobierno de Cuerpo Consultivo para las numerosas cuestiones de higiene pública y de salubridad general,

que con no poca frecuencia se le ofrecen...(6).

Desde entonces, las investigaciones, estudios y trabajos médicos que se publicaban en los periódicos locales y en las revistas especializadas de Bogotá (Revista Médica) y del extranjero, tuvieron su propio órgano de expresión y difusión: Anales de la Academia de Medicina de Medellín (1887) (7).

Tanto en los planes de estudio de la Escuela de Medicina como en las publicaciones de los Anales se encuentran: los fundamentos de las teorías y doctrinas impartidas; las observaciones, las terapéuticas apli-



cadadas, los resultados obtenidos -y hasta la declaración de los desconocimientos-; las reacciones de las epidemias ante las intervenciones médicas y sanitarias, el control de las endemias - en términos de la eficacia-, y la toma de decisiones políticas centralizadas.

Estas primeras gestiones de la medicina socio-estatal 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 y cirujanos de Copenhague (1884) (8), sin descontar una probable presión de tipo económico por parte de los países con los que se sostenían 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 del país. Dentro de las funciones permanentes de estas nuevas juntas estaban: las de controlar las epidemias mediante campañas de vacunación obligatoria; velar por el mantenimiento y correcto funcionamiento de los hospitales, asilos y hospicios mediante la visita de médicos

oficiales y erradicar focos de infección para prevenir las enfermedades aplicando medidas de cuarentena. De todas estas actividades debían llevar registros y presentar informes ante las autoridades oficiales. No obstante, estas juntas tuvieron problemas de recursos y no pudieron ser adecuadamente instaladas sino desde 1913. En este punto, se retornará a

LA NORMALIZACIÓN DE LAS PROFESIONES MÉDICAS Y PARAMÉDICAS.

Para 1894, la Ordenanza 37 se había pronunciado contra los curanderos y empíricos, ampliamente aceptados entre la población iletrada y de escasos recursos. La forma de acabar con los teguas, los comerciantes de drogas sospechosas y las comadronas sin licencia, estuvo en radicales disposiciones legales impulsadas por los mismos médicos, es decir, por la reglamentación de los conocimientos y el ejercicio de la profesión médica desde las Juntas de Higiene Departamentales, facultadas y amparadas por la reforma del artículo 44 de la Constitución de 1886: "La ley podrá exigir títulos de idoneidad para el ejercicio de las profesiones médicas y de sus auxiliares" (9). Estos curanderos, ensañados promotores de resistencias, dificultaban las campañas obligatorias de vacunación y la atención terapéutica de los enfermos por los médicos titulados de las facultades reconocidas por el Estado. Había que proteger a la po-



blación de sus propias creencias y prácticas empíricas. En cuanto a los boticarios y farmacéutas, fueron sucesiva y ampliamente reglamentados. Para 1914, la Junta Departamental de Higiene, considerando que debía darse a la sociedad las mayores garantías de competencia e idoneidad en el despacho de las fórmulas y "la venta y expendio de sustancias medicamentosas de difícil dosificación"(10) había resuelto, mientras se organizaba la Escuela de Farmacia, que los boticarios y farmacéutas debían asistir diariamente a los cursos de Farmacia y de Química Inorgánica durante un año, y pasar los exámenes correspondientes para continuar ejerciendo.

Desde otra perspectiva, y sin entrar a profundizar acerca de los orígenes de la industrialización y sus gestores, se prestará atención a los cambios que sufre Medellín en sus estructuras al pasar

DE ALDEA A CIUDAD.

Allí entraron en juego diversos factores. En primer lugar, las razones económico-industriales: las actividades y rendimientos del centro minero y comercial decimonónico y las políticas proteccionistas de Rafael Núñez y de Rafael Reyes que posibilitaron las fábricas de hilados, tejidos, botones y camisas; de fósforos, cigarros y cigarrillos; de cervezas, bebidas gaseosas, chocolate; calzado, jabones, vidrio y bujías.

Del mismo modo, la construcción avanzada de las divisiones Nus y Porce del Ferrocarril de Antioquia, aumentaron la importancia de Medellín como centro urbano y comercial, no sólo a nivel local y nacional sino con el comercio exterior, marcando la iniciación de rupturas en las rutinas urbanas. Este despegue de nuevas actividades generó un crecimiento demográfico inusual a causa de los desplazamientos de habitantes de otros pueblos y de inmigraciones, debidas también a la descomposición del campesinado y a las guerras civiles, que la pequeña ciudad no estaba preparada para recibir como mano de obra asalariada. En síntesis, fenómenos de crecimiento como "puerto seco", lugar de producción y eje de la economía cafetera en expansión. Agregado a lo anterior,

...su consolidación como centro educativo y político [que] obraba como un imán sobre la población rural. Medellín crecía, progresaba y se despojaba de su antiguo carácter de pueblo, pero al mismo tiempo también se intensificaron los problemas de mortalidad, salubridad e higiene.(11).

Tomemos los siguientes datos. Según censos establecidos para el Distrito, Medellín contaba en 1869 con 29.765 habitantes. Para 1905 la población era de 59.815 v, en 1918 ya tenía 75.377 pobladores(12), divididos en sectores de ricos y pobres, obreros y pudientes con sus respectivas viviendas y maneras de habitar los espacios. La Sociedad de

Mejoras Públicas (creada en 1899) hizo levantar un plano del "Medellín Futuro", adoptado por el Concejo Municipal porque,

La ciudad se está extendiendo y modificando de acuerdo con él. Para dar una idea del desarrollo urbano de los últimos años, bastará decir que acaba de hacerse la nomenclatura de cuarenta y siete calles nuevas, y que en éstas y en las demás de la ciudad se han levantado, en poco más de tres años, más de setecientas casas.(13).

Estos cambios socio-económicos, demográficos y urbanos 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 XIX se sumaron la neumonía, escarlatina y la difteria, y a comienzos del siglo XX, se recrudecieron las enfermedades "sociales" que delataban desórdenes y problemas físicos y morales causados por el hacinamiento y promiscuidad: tuberculosis, venéreas, carbón sintomático, anemia tropical, cólera y fiebre amarilla, que amenazaban a toda la población. Por consiguiente, el fenómeno de salubridad social también fue político y exigió



NUEVOS MECANISMOS DE REGULACIÓN Y CONTROL.

La Ley 33 de 1913 (octubre 18), por medio de la cual se organizó la Higiene Nacional Pública y Privada, decretó lo que se puede resumir en estos términos:

Para Bogotá: un Consejo Superior de Sanidad. En las capitales: 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-. En Medellín la junta quedó constituida por tres facultativos graduados y de reconocida idoneidad (conferida por el prestigio social). Los médicos principales: doctores Juan Bautista Montoya y Flórez (Presidente), Jorge Tobón C. y Emilio Quevedo. Los suplentes: Francisco A. Arango, Gabriel Toro Villa

y Nicanor González U. Un secretario: doctor Juan B. Londoño. Los municipios nombrarían las respectivas Comisiones Sanitarias permanentes o accidentales (en casos de epidemias) y una Oficina de Bacteriología.

Seguidamente, el modelo sanitario nacional se expandió con sus respectivos mecanismos operativos. En Medellín, en atención a que la ciu-

dad pasaba por un malísimo estado sanitario y carecía de los empleados y elementos necesarios para su saneamiento, la Gobernación de Antioquia aprobó la Resolución N° 1 (marzo de 1914) de la Junta Departamental de Higiene que organizaba la Comisión Sanitaria Permanente del municipio con las siguientes jerarquías administrativas y dependencias médico-oficiales:

- Jefe o Director: un médico higienista.
- Secretario: un médico encargado de la estadística.
- Un médico y dos practicantes: encargados de la Oficina de Accidentes, Oficina de Vacunación y de la Oficina de Reconocimientos Periciales.
- Jefe de Laboratorio de Bacteriología: un microbiologista y parasitologista.
- Jefe de Laboratorio de Química: un químico analista.
- Un veterinario.
- Un Inspector de Policía Sanitaria.
- Un secretario de inspector.
- Un cuerpo de Policía Sanitaria, con 12 vigilantes y 12 encargados de desinfección.
- Un instructor del cuerpo de Policía Sanitaria (14).

Es decir, la 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 la ciudad, disminuir los riesgos de mortalidad y epidemias

asegurando un desarrollo urbano moderno, el deber ser de Medellín: "La Tacita de Plata". 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". En la Gaceta Departamental y en la Crónica Municipal se publicaron los listados de los profesionales médicos cirujanos, los farmacéutas y dentistas que habían "obtenido el permiso [...] para ejercer su profesión en el distrito de Medellín, por haber presentado sus títulos" (15) y que se hacían responsables de una zona, barrio y especialidad. Dominios y autoridad que les eran conferidos por un saber legítimo y socialmente reconocido y ratificado por el poder político. Dos meses antes, con el Acuerdo N° 1 de 1914 (17 de enero) se había reglamentado las Juntas Departamentales de Higiene, estableciéndose

TRES COMISIONES PERMANENTES.

Que se ocuparían de los siguientes asuntos:

- La primera comisión, 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 albañe-

les. Así mismo del saneamiento de la ciudad y de las habitaciones particulares (injerencia del poder médico en el 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 la ciudad eran desuetos y mal contruidos (tuberías de barro), y permitían la contaminación por infiltraciones, se vigilaría que, en la fabricación de kolas, ginger-ale, limonadas y sodas 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 la sacarina como endulzante. Se adoptaría el Reglamento Higiénico para las fábricas de productos alimenticios expedido por la Dirección de Higiene y Salubridad de Bogotá (16), que reglamentaba el aseo y la ventilación de los locales, el personal (que no debía adolecer de 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 los alimentos, su manipulación y su 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 podrá abrirse, ni las que existen continuar funcionando [...] sin una patente de sanidad, expedida gratuitamente [...] la que se renovará todos los años".(17). Las infracciones serían castigadas por los Inspectores de Sanidad con multas y, en caso de contumacia, con la clausura del establecimiento.

- La segunda 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 la vacuna de la viruela; y de la organización de la asistencia pública.

Simultáneamente, la asistencia hospitalaria de los trabajadores era asumida por los industriales y empresarios de Medellín 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 establecieron vínculos médico-hospitalarios cuando Alejandro Echavarría hizo posible la fundación del Hospital San Vicente de Paúl en 1913 (inaugurado en 1929) (18).

En cuanto a los indigentes, veamos cómo se manifiesta la asistencia gratuita, eso sí, bajo la condición de sometimiento a controles médicos va-

riados para que fueran más aptos y menos peligrosos: durante una grave epidemia de tifo en la ciudad en 1914, la salubridad pública estuvo seriamente comprometida. Las providencias dictadas estuvieron encaminadas a evitar los estragos en "las clases menesterosas [que] son las que más sufren con ella, pues carecen de los medios suficientes para curarse" (19). El agrupar a todos los mendigos en la respectiva Casa era lo más deseable para evitar su permanente deambuleo por las calles,

...no solamente con el objeto de reunirlos, sino también para clasificarlos, obligando al trabajo por algún medio, a los que no tienen más enfermedad ni más urgente necesidad que les obligue a pedir el diario sustento que la pereza para trabajar, el abandono en medio de la mugre y con frecuencia los vicios consiguientes.(20).

Se aplicaron pues los mecanismos de la tecnología disciplinaria en los centros asistenciales, registros, estadísticas, cuadros de mendigos en general y de salón de maternidad para las indigentes. Los niños pequeños merecieron asilo especial con la terminación del Orfelinato San José, los mayorcitos en la Correccional de Varones y las jovencitas en la Casa Tutelar,

...no solamente para librarse del peligro de contagio de la tuberculosis y otras enfermedades igualmente infecciosas [...] sino para atender mejor a su desarrollo físico y a la educación en el trabajo como comple-

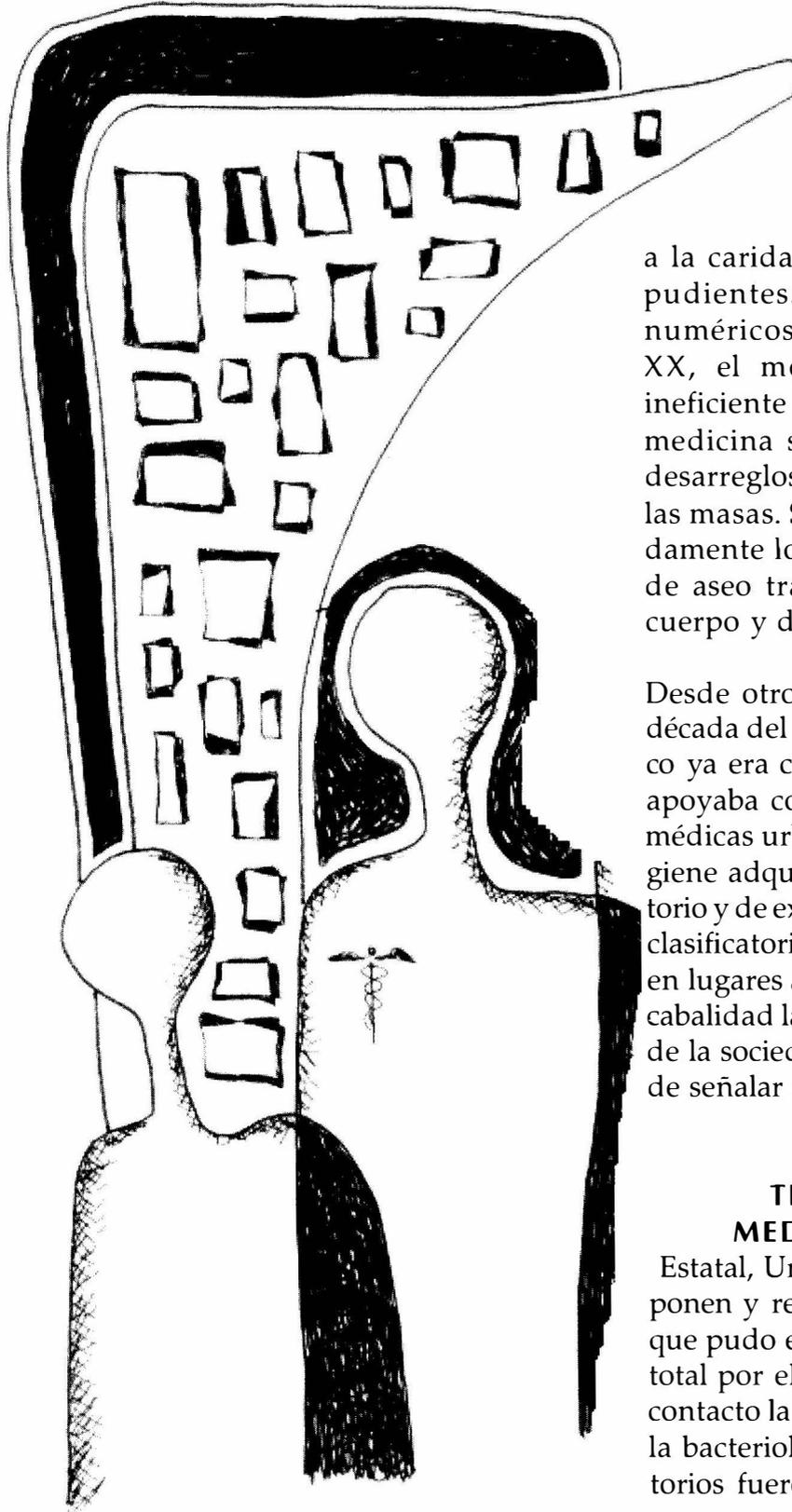
mento necesario del bien que se les hace.(21).

- Por último, a la tercera comisión le correspondía 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 (22). La aparición incrementada de

UNA POBLACIÓN OBRERA POBRE.

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 la urbe. 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 e inadecuados barrios de obreros con los de las tradicionales familias ciudadanas había suscitado un velado enfrentamiento a comienzos del siglo XX. 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. Se habían alterado rotundamente los hábitos, las costumbres de aseo tradicionales, la moral del cuerpo y de los actos ciudadanos.

Desde otro ángulo, para la primera década del siglo XX, 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. En este punto se puede señalar que los

TRES MODELOS MEDICALIZADORES.

Estatal, Urbano y 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, pues los dos laboratorios fueron fundamentales para el

examen de los elementos ambiente y su injerencia en el organismo de las personas; y para el examen del cuerpo de los individuos, más allá del hombre y sus dolencias, es decir, dirigido también a los cuerpos sanos, su clase social, sus actividades, sus bienes y carencias. Todo ello quedó de manifiesto mediante los exámenes obligatorios e individualizados.

Los médicos oficiales tuvieron a su cargo la ciudad completa, reglamentando la asistencia pública y la administración sanitaria en una labor hasta ahora no reconocida. Visitas continuas, profilaxis de la población de todas las clases. ¿A qué exigencias respondían todas las medidas político-médicas? Son varias

LAS JUSTIFICACIONES.

- **Primera:** 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 de las Academias de Medicina, donde existan, el estudio de las enfermedades tropicales endémicas y epidémicas, y [para] recoger y publicar las observaciones más notables que se presenten en la clínica, para ir formando el acervo científico de nuestra patología indígena.(24).

- **Segunda:** 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 los jornaleros, los mineros y albañiles,

Sin ellos no tendríamos cómo vestir telas ricas [...], no tendríamos el modo de nutrirnos que nos dá la agricultura, no tendríamos los palacios ni las casas que habitamos [...], estos seres abandonados formarían una masa social indefensa por su incuria y miseria, cultivadora y generadora de gérmenes patógenos.(25).

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 a atacar sin misericordia las más altas clases sociales, organismos delicados y predispuestos” (26).

Fueron necesarios para la sociedad todos los recursos científicos conocidos para atender la masa proletaria como único medio de establecer su propia y eficaz defensa:

La Higiene no es como comúnmente se cree, asunto de sentido común y cuestión de aforismos, prejuicios y consejas; es una ciencia de aplicación y a ella convergen todos los conocimientos médicos; para darles un desarrollo práctico, para evitar la aparición de las enfermedades que diezmen la pobla-

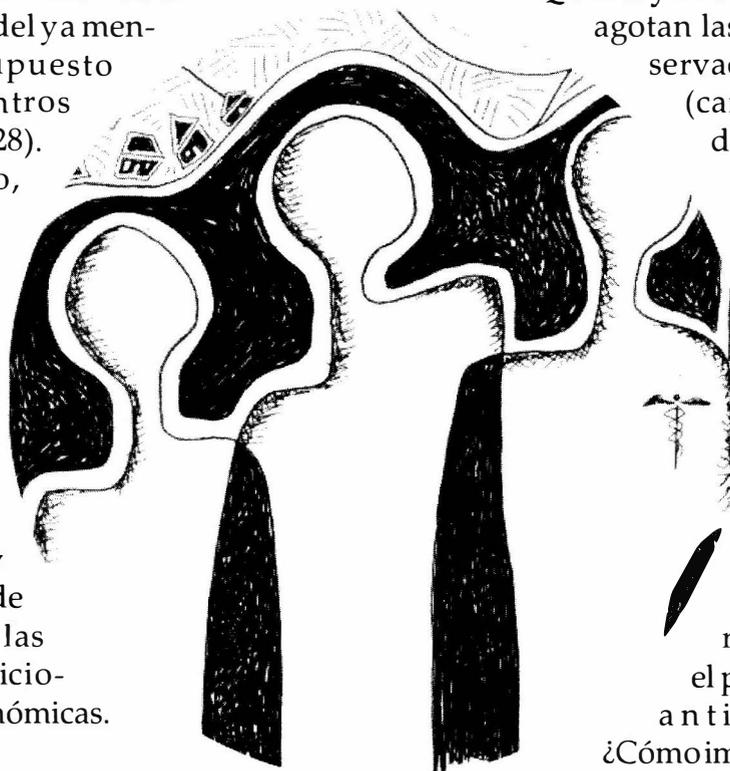
ción, para hacer que ni una sola muerte se suceda, habiendo podido evitarla, es necesario que los Poderes Públicos hagan todos los esfuerzos posibles porque esa es una de sus obligaciones naturales.(27).

- **Tercera:** 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, dañinas y perniciosas por antihigiénicas así como arruinadoras del ya menguado presupuesto de los centros asistenciales(28). Por supuesto, 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.

- **Cuarta:** se aducían razones nacionalistas para mejorar las instalaciones sanitarias,

Obra patriótica es restablecer, conservar y mejorar la salud del pueblo quien, según nuestras leyes, es el que vamos a convertir en soldados que defiendan nuestra dignidad nacional [...]. Obra patriótica es la que funda y sostiene las maternidades en donde van a asilarse las madres sin abrigo apropiado, y donde van a nacer los que más tarde van a ser soldados de la Patria [...]. Obra patriótica es la que defiende con hospitales, hospicios, consultorios y asilos para niños, en donde pueda curárseles, evitarles sus enfermedades, inherentes, ayudarles a vivir...(29).

- **Quinta y última** -aunque no se agotan las razones-: la preservación de la "raza" (candente polémica decimonónica), pues mediante la organización de salas de maternidad y el Dispensario para la atención de las enfermedades venéreas, "se puedan detener en lo posible los progresos del mal que más directamente afecta el porvenir de la raza antioqueña" (30).
¿Cómo impedir las enfermedades congénitas, las malformaciones físicas y mentales que deterioran los organismos de los hombres?



Desde la concepción y el nacimiento de los individuos.

Con estas mejoras el Hospital de Medellín, atenderá inmediatamente a una gran necesidad que se ha venido sintiendo en las enseñanzas de la medicina, a saber: la de tener clínicas de ginecología y obstetricia, y clínica de enfermedades venéreas y sifilíticas.(31).

En resumen, la medicina estatal medicaliza los nacimientos así como más adelante los matrimonios mediante la expedición de un Certificado pre-nupcial en donde un facultativo constatará la no-existencia de enfermedades venéreas, secuelas de alcoholismo ni enfermedades hereditarias(32). Y así como se normatiza la vida en el modelo de la medicina estatal, se mostrará cómo

SE MEDICALIZA LA MUERTE.

Desde el modelo de la medicina urbana. Para acercarnos mejor al asunto, hay que especificar que este problema cubría mínimo dos aspectos: por un lado, verificar 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.

30

Una manera de llevar una estadística de la 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 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. Anteriormente sólo existía -y era moralmente suficiente- la prueba del entierro en lugar sagrado y eso si la familia del finado podía pagar los gastos ceremoniales.

Este estado de cosas debe terminar. Debemos buscar la manera de arreglar el asunto en una forma que, sin lesionar los derechos adquiridos por la Iglesia, podamos llevar nuestra influencia al asunto cementerios para que podamos dar precisa cuenta de las enfermedades que más daño nos hacen en las distintas secciones del país y con bases verdaderamente científicas dar principio a la lucha contra ellas tomando las medidas más eficaces para combatirlas.(33).

A los ojos de la medicina, los que habían muerto por causa de una enfermedad infecto-contagiosa continuaban siendo peligrosos para los vivos. 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 dónde desinfectar una vivienda, era acudir a los certificados médicos 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(34). La muerte fue, pues, objeto compartido entre los párrocos (salvación del alma de los muertos) y la medicalización urbana (salvación del cuerpo de los vivos). Por otro lado,

LAS CALLES DE LA CIUDAD.

Cayeron bajo el control sanitario de la Junta Departamental de Higiene. La circulación de los animales en las vías públicas y el acarreo de basuras,

...es muy deficiente y por lo tanto el aseo de la ciudad no puede hacerse tan completo como fuera de desearse. La

recolección de basuras debiera terminarse en las primeras horas de la mañana, lo que no se puede efectuar mientras haya únicamente seis carros destinados a este servicio.(35).

Se talaron árboles, se despejaron las vías de escombros y basuras, y cada propietario tuvo la obligación de desyerbar y asear diariamente el frente de su residencia o local. Ante la alarmante propagación de las enfermedades contagiosas en los animales y especialmente la conocida con el nombre de carbón, el Concejo de Medellín acusaba sobre 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. Se tornó imperativa la distribución de los elementos de la vida comunitaria, fuentes de agua limpia y desagües de aguas negras, para prevenir obstrucciones e infiltraciones.

Las quebradas de Medellín, en especial las de Santa Elena, La Loca, La Palencia, La Castro y otras, en vista de que recibían basuras y detritus por la falta de excusados en algunas casas, fueron objeto de todo tipo de estudios: análisis cuantitativos para juzgar la pureza del agua, y cualitativos para "buscar si en el agua hay bacterias que puedan dar indicaciones de las diferentes contaminaciones que el agua haya podido sufrir"(36).



Por último, la dejadez y el abandono de algunos sectores, las resistencias de algunos habitantes -de vida poco higiénica y salubridad sospechosa-, obligaron a ampliar las medidas correctivas. 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 obligaron a los escolares en las campañas de vacunación anti-variológica, 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(37).

Todas las anteriores medidas y otras más se acompañaron al principio por jornadas de conferencias, método muy cuestionado por aburridor y con pocos resultados. Se empezaron a divulgar textos de higiene para cursos reglamentarios

...al alcance de todas las inteligencias, escritos en estilo claro y ameno, que se puedan adoptar no sólo como texto sobre la materia, sino como obra de lectura en las familias(38).

Contradictoriamente, y a pesar de los esfuerzos de las autoridades, la reglamentación sanitaria de la vida urbana de Medellín fue un proceso lento hasta los años de 1950. No sólo ha sido la incumplidora obediencia, experta en

evadir las disposiciones y vigilancias. La medicalización no estuvo exenta de manejos e intrigas políticas que se manifestaron en demoras de los pedidos de implementos y consecución de locales. La manera misma de legislar al respecto fue blanco de objeciones. Por ejemplo, el Médico-jefe de Comisión Sanitaria en 1914, doctor J.M. Duque, proponía una serie de modificaciones a un Proyecto de Acuerdo sobre Beneficencia y reglamentación de Auxilios pidiendo que se suprimieran unos artículos. Desde sus conocimientos y compromisos, tal como estaban redactados eran contradictorios y poco humanitarios: el Art. 4º sugería la prohibición de mendigar públicamente; el 17º, obligaba a los mendigos a ser aseados y a no pedir en lugares concurridos, y el 33º, de loable moralidad pero sin ninguna eficacia médica, que no se admitiera segunda entrada a la Maternidad de caridad a mujeres solteras ni viudas. Hay que tener en cuenta que la medicina asistencial, administrativa y privada son distintas facetas y formas de poder sujetas a contradicciones e incompatibilidades de intereses económicos y de protección social, pero quedan todavía, para reflexionar, las palabras de este doctor -J.M. Duque-, para la sociedad de Medellín de hoy a finales del siglo XX:

Una sociedad que por cualquier motivo esté incapacitada para atender a las necesidades más urgentes de los miembros más desgraciados de ella, no tienen derecho para son-

rojarse porque esos infelices le muestren su podredumbre, ni tiene por qué pedir que los mismos le econo-

micen la conmoción de horror que les produce su exquisita sensibilidad ante las llagas(39).



NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. "Historia de la Medicalización". Rev. Educación Médica y Salud. Vol. 11, N° 1. Bogotá, 1977. p.4.
2. Ibid. p.9.
3. 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, mayo de 1995.
4. Bejarano, Jorge. LA DELINCUENCIA INFANTIL EN COLOMBIA Y LA PROFILAXIS DEL CRIMEN. Ed. Minerva, Bogotá. 1929. p.18.
5. Foucault. Op.Cit. p.10.
6. Posada Arango, Andrés. "La Academia de Medicina de Medellín". Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Año I, N° 1, Medellín, noviembre de 1887. p.2.
7. Otras publicaciones médico-científicas locales fueron: Revista Clínica (1916), Clínica Gil (1924), Revista Labor de Medicina y Farmacia (1924), Boletín Clínico (1932) y Antioquia Médica (1950).
8. Cfr: Márquez Valderrama. Op.Cit. pp.21-39.
9. "Ejercicio Ilegal de la Medicina". Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. II, N° 2/14. Bogotá, 15 de noviembre de 1910. p. 97.
10. Antioquia. Gaceta Departamental. Época 1ª, Año III, N° 752, 16 de julio de 1914. p. 4938.
11. Reyes Cárdenas, Catalina. "Higiene y Salud en Medellín. 1900-1930". Rev. Estudios Sociales. FAES. N° 7. Medellín, junio de 1994. p.15.
12. Restrepo Uribe, Jorge. MEDELLÍN, SU ORIGEN, PROGRESO Y DESARROLLO. Servigráficas. Medellín, 1981. p.75.
13. Archivo Histórico Municipal. "Reseña Histórica de Medellín, Capital del Departamento de Antioquia". Tomo 330 de Actas del Concejo y Reseña Histórica. ff.978-980.
14. Antioquia. Gaceta Departamental. Época 1ª, Año III, N° 658. pp.4189-4190.
15. Crónica Municipal. Serie VI, N° 70, Medellín, 18 de marzo de 1915. pp.545-546.
16. Antioquia. Gaceta Departamental. Época 1ª, Año III, N° 658. p.4190.
17. Ibid. p.4191.
18. Restrepo, Libia J.. LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL FERROCARRIL DE ANTIOQUIA 1875-1930. Tesis de Grado (inédita). Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín. 1992. p.120.

19. Crónica Municipal. Serie IV, N^{os} 39 y 40. Medellín, 22 de mayo de 1914. p.307.
20. Crónica Municipal. Serie I, N^o 9. Medellín, julio 1 de 1912. pp.68-69.
21. Ibid.
22. "Reglamento de las Juntas Departamentales de Higiene". Antioquia. Gaceta Departamental. Época 1^a, Año III. 16 de marzo de 1914. pp.4151-4153.
23. "Informe". Crónica Municipal. Serie IX, N^{os} 97 y 98. Medellín, 30 de noviembre de 1915. p.771.
24. Antioquia. Gaceta Departamental. Época 1^a, Año III, 16 de marzo de 1914. p.4152.
25. Camero, Gabriel. "Proyecto de mejoras para el Hospital". Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. II, N^o 2/14. Bogotá, 15 de noviembre de 1910. p.56.
26. Ibid. p.57.
27. Toro Villa, Gabriel. "Informe". Crónica Municipal. Serie III, N^o 31. Medellín, 22 de diciembre de 1913. p.232.
28. Camero. Op.Cit. p.57.
29. Ibid.
30. "Acta". Antioquia. Gaceta Departamental. Época 1^a, Año III, N^o 764.. 31 de julio de 1914. p.5034.
31. Ibid.
32. Muñoz, Laurentino. CERTIFICADO MÉDICO PRE-NUPCIAL. Tesis de Grado en Medicina. U. de A.. Medellín, 1934.
33. "Por la Estadística". Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. 3/15. Bogotá, 15 de diciembre de 1910. pp.103-104.
34. La Resolución N^o 24 de la Junta Departamental de Higiene, considerando que los vestidos usados podían ser propagadores de enfermedades graves como la difteria, tuberculosis, sífilis, lepra, sarna y carranchil, había resuelto prohibir la venta de vestidos usados de lana "si no habían sido convenientemente desinfectados con vapores de formol o de azufre". Las personas dedicadas a este tipo de negocios necesitaban permiso escrito del Alcalde. Crónica Municipal. Serie IX, N^o 99. Medellín, 9 de diciembre de 1915. p.780.
35. Crónica Municipal. Serie VII, N^{os} 80-83. Medellín, 28 de junio de 1915. p.622.
36. Ibid. Serie III, N^o 30, Medellín, 9 de diciembre de 1913. p.229.
37. Lobo, Manuel y Zea Uribe, Luis. "Informe de la Dirección de Salubridad e Higiene". Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. II, N^o 4/16. Bogotá, 15 de enero de 1911. p.157.

38. Zuluaga, Baudilio. ELEMENTOS DE HIGIENE. Tip. del Externado. Medellín, 1924. 64 p. Cfr: De Greiff, Carlos. CONFERENCIAS DE HIGIENE EN LAS ESCUELAS DE MEDELLÍN. Folleto. Tip. Comercio. Medellín, 1907.
39. Crónica Municipal. Serie VII, N^{os} 80-83. Medellín, 28 de junio de 1915. p.625.