



Este libro propone una nueva mirada sobre la historia de Barranquilla. Analiza, empleando la evidencia médica de la época, cómo la enfermedad, particularmente la tuberculosis, desplazó a los grupos de élite hacia los suburbios noroccidentales de la ciudad.

Proponemos que quienes detentaron el poder político y económico de la ciudad a principios del siglo XX no poseían un plan de regulación e intervención urbana para transformar la ciudad conforme a los parámetros urbanistas y del higienismo moderno.

La élite optó por desplazarse y construir una ciudad propia:
El barrio El Prado

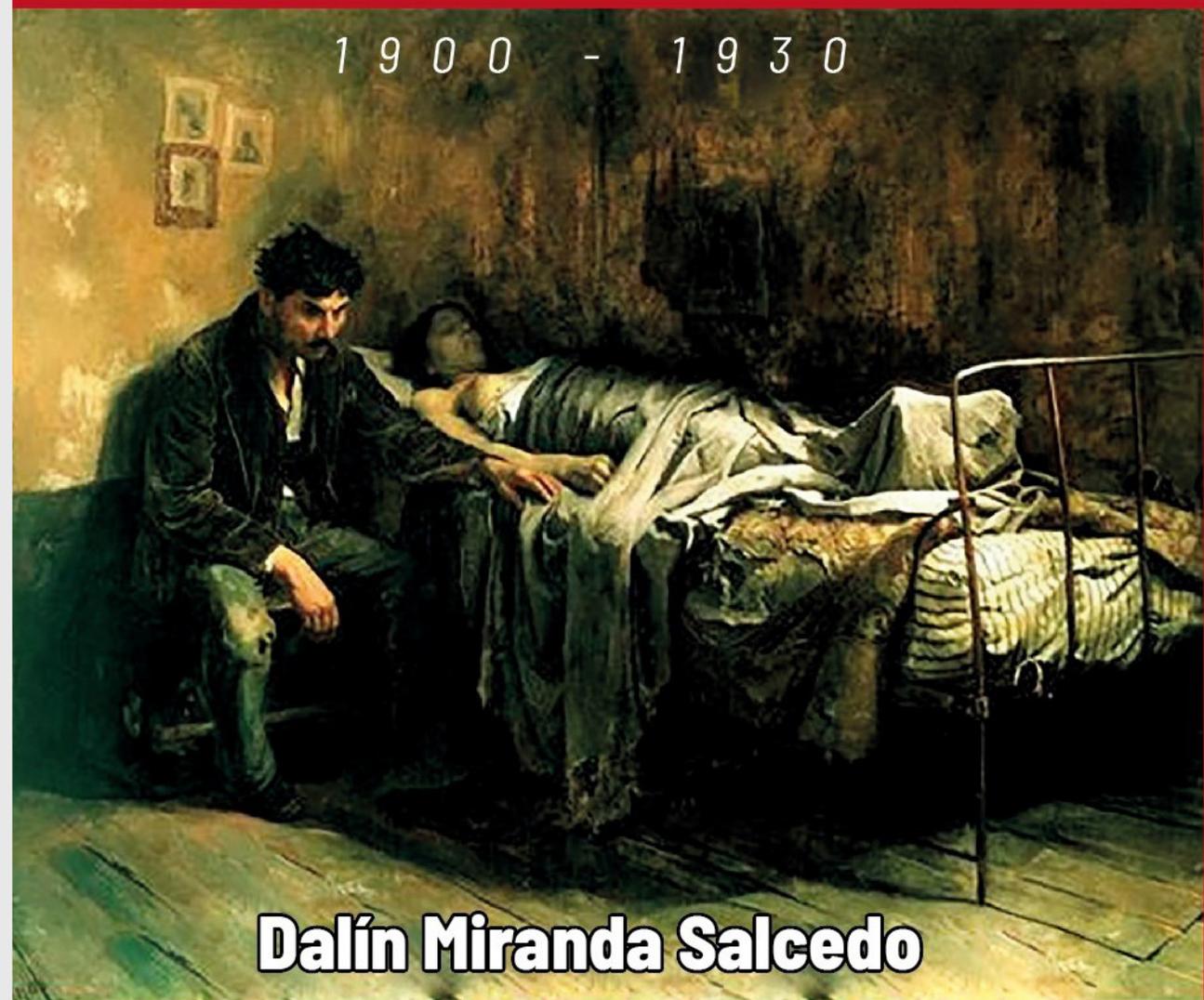
Escanee el código QR para conocer más títulos publicados por el Sello Editorial Universidad del Atlántico



BARRANQUILLA:

TUBERCULOSIS, CULTURA Y SOCIEDAD

1900 - 1930



Dalín Miranda Salcedo



BARRANQUILLA:

TUBERCULOSIS, CULTURA
Y SOCIEDAD

1 9 0 0 - 1 9 3 0

Dalín Miranda Salcedo

**BARRANQUILLA: TUBERCULOSIS, CULTURA
Y SOCIEDAD, 1900-1930**

Autoría: Dalín Miranda Salcedo

Portada: La miseria.

Autor: Cristóbal Rojas.

Técnica: Óleo sobre tela.

Dimensiones: 180 x 221 cm.

Año: 1886

Universidad del Atlántico, 2018



BARRANQUILLA:

TUBERCULOSIS, CULTURA
Y SOCIEDAD

1 9 0 0 - 1 9 3 0

Dalín Miranda Salcedo

Catalogación en la publicación. Universidad del Atlántico. Departamento de Bibliotecas
Miranda Salcedo, Dalín.

Barranquilla: Tuberculosis, cultura y sociedad, 1900-1930 / Dalín Miranda Salcedo. – 1
edición. – Barranquilla, Colombia: Sello Editorial Universidad del Atlántico, 2018.

116 páginas. : 17 x 24 cm

Ilustraciones y fotos a color.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN 978-958-5525-29-0 (Libro descargable PDF)

1. Tuberculosis – Enfermedad social -- 2. Tuberculosis – Epidemia. -- I. Título.

CDD: 616.995 M672

Edición:

Sello Editorial Universidad del Atlántico
Km 7 Vía Puerto Colombia (Atlántico)
www.uniatlantico.edu.co
publicaciones@mail.uniatlantico.edu.co

Preparación Editorial:

Calidad Gráfica S.A.
Av. Circunvalar Calle 110 No. 6QSN-522
PBX: 336 8000
info@calidadgrafica.com.co
Barranquilla, Colombia

Publicación Electrónica

Nota legal: Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros medios conocidos o por conocerse) sin autorización previa y por escrito de los titulares de los derechos patrimoniales. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual. La responsabilidad del contenido de este texto corresponde a sus autores.

Depósito legal según Ley 44 de 1993, Decreto 460 del 16 de marzo de 1995, Decreto 2150 de 1995 y Decreto 358 de 2000.

Cómo citar este libro:

Miranda Salcedo, D. (2018). *Barranquilla: tuberculosis, cultura y sociedad 1900-1930*. Barranquilla: Sello Editorial Universidad del Atlántico.

Dedicatoria

Ese libro está dedicado a Alex Támara Garay, Víctor López Pertuz y a José Joaquín Salcedo López (el tío negro), quienes se fueron para siempre, pero a quienes retenemos en nuestra memoria.

Lo dedico también a mi madre, Judith Salcedo de Miranda, y a mis tres mujeres, Jheanice Elena López Mercado, mi esposa; Judith Elena Miranda López y Laura Elena Miranda López, mis dos hijas.

Y a todo aquel que se sienta con ese derecho.

CONTENIDO

Dedicatoria	5
Introducción.....	9
Epidemias y mortalidad en Barranquilla	15
Topografía de la tuberculosis en Barranquilla.....	27
El discurso médico sobre el cuerpo, la enfermedad y la higiene	45
Imaginarios sobre tuberculosis y la ciudad.....	61
Ciudad, tuberculosis y enfermedad social.....	81
Conclusión.....	101
Referencias Bibliográficas	105

Introducción

Barranquilla es una ciudad republicana. Aunque su existencia data de los tiempos coloniales, no fue sino hasta fines del siglo *xxi* cuando adquirió, sin dudas, una importancia significativa en el panorama nacional colombiano. Los esfuerzos estatales, dirigidos a construir obras de infraestructura posibilitaron agilizar la penetración del país al mercado mundial, aprovechando la rentabilidad atractiva que ofrecían el tabaco, la quina y el café, sirvieron para que Barranquilla, entre finales del siglo *xix* y principios del *xx* –cuando su importancia empieza a decaer–, se transformara en el principal puerto de Colombia: entrada y salida de las principales exportaciones e importaciones del país (Tovar Zambrano, 1989 y Ocampo, 1984).

Este ascenso significativo le permitió a Barranquilla ubicarse por encima de Cartagena y Santa Marta, tradicionales e históricos puertos coloniales. La construcción del ferrocarril de Bolívar había facilitado la conexión de Barranquilla con el mercado mundial y la zona del interior andino del país, donde estaban los principales mercados (Posada Carbó, 1987).

El establecimiento de esta ruta, hizo posible, además, el surgimiento de una dinámica actividad comercial y una industria local importante, transformándola en una ciudad

regional, episodio circunstancial que marcó la historia de Barranquilla y ha incidido en que los historiadores que se han ocupado de construir la explicación histórica de todos los procesos y acontecimientos entrelazados de la realidad barranquillera, fijen sus miradas en unos ejes temáticos fuertemente atractivos: las condiciones para el surgimiento socio-económico de la ciudad en el último tercio del siglo XIX (Theodore, 1988, 1973); el desarrollo de la navegación a vapor por el río Magdalena y su impacto en el desarrollo económico de la ciudad (Zambrano, 1979; Gilmore & Harrison, 1977); el auge portuario y la primacía de Barranquilla en la región (Solano, 1986 y 1988); la configuración de la estructura comercial y empresarial y los inicios de la industria (Solano & Conde Calderón, 1993; Zambrano Pérez, s.f); los procesos de modernización y la economía liberal (Conde, 1987; Solano, 1997; Posada Carbó, 1987); el delineamiento del trazado urbano y los servicios públicos (Valencia Martínez, 2005; Gonzales Chamorro, 2000; Arroyo Castillo, et al, s.f;).

Todas estas investigaciones y conclusiones han permitido el desarrollo de un cuadro histórico más claro de nuestro pasado: se han resuelto problemas históricos que hasta hace algunas décadas ignorábamos. Existe hoy un discurso historiográfico que logró posicionar una imagen de Barranquilla como ciudad pujante. Se debe agregar que una proporción significativa de esta historiografía se centra cronológicamente entre 1850 y 1950, constituyéndose en el período más trabajado por los historiadores de la ciudad (Solano, 1997).

Sin embargo, existen aún muchas preguntas no resueltas por la historiografía barranquillera. Puntualmente nos preguntamos ¿Cómo experimentó la ciudad los procesos sociales y de acondicionamiento urbano presionados por el capitalismo internacional entre finales del siglo XIX y principios del XX? Aunque el arribo de inmigrantes a Barranquilla fue insignificante, comparado con otras ciudades latinoamericanas, hubo, sin duda, cierta presión social de estos grupos en la dinámica interna de la ciudad. Inmigrantes de la región, que en el proceso de apropiación de la tierra y la descomposición de las relaciones sociales precapitalistas en el campo, impulsaba migrar a las ciudades, atraídos por la máquina y el “comercio ciudadano”. El crecimiento poblacional interno a principios del siglo XX planteó un problema al ordenamiento urbano. La deficiente infraestructura urbana y una adecuada policía sanitaria para una creciente población, provocó uno de los peores ambientes ciudadanos insalubres de la región Caribe. La tuberculosis, el sarampión, la viruela, la fiebre amarilla, se apoderaron de la ciudad. ¿Cómo fueron impulsados los procesos de medicalización para transformar la ciudad, en qué lapso de tiempo se desarrolló y quiénes fueron los actores? Igualmente ¿Quiénes estaban pensando la ciudad en términos urbanísticos y qué factores socio-culturales foráneos o de la ciudad intervinieron en esa configuración urbana? ¿Por qué los grupos de élite abandonaron la ciudad histórica, y construyeron su propia ciudad (El Prado)? Estas inquietudes están soportadas en la presunción, de que quienes estaban pensando la ciudad en América Latina y en Colombia entre la segunda

mitad del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX eran los médicos higienistas.

Sobre las anteriores preguntas hay resultados importantes, que describen, con base en cuantioso material primario, el desarrollo por el que atravesaron los servicios públicos, y la modernización del trazado urbano de Barranquilla impulsada desde el Estado en su forma local, o desde la iniciativa privada y el despliegue caótico de la ciudad. Sin embargo, estos estudios discurren por las observaciones tradicionales que han dominado la comprensión histórica de lo urbano en nuestra ciudad, que destaca el proyecto urbanístico de El Prado como una iniciativa privada y, en cierta medida, foránea, reduciendo lo urbano casi a este barrio moderno. Aunque hay un ejercicio de comparación en las dinámicas de construcción (la formación del barrio Las Nieves, San Isidro y El Prado), creo que quedan vacíos importantes sin ventilar.

Este estudio se propone contribuir a llenar parcialmente estos vacíos de la historia de Barranquilla. Se plantea que la tuberculosis, esparcida por toda la ciudad, y los problemas sociales que acarreó la falta de vivienda para los pobres, fueron el motivo por el cual los grupos de élites abandonaron el centro histórico para construir su propio espacio: El Prado. Asimismo, se pretende ilustrar que eran los médicos higienistas, organizados en la Sociedad Médica de Barranquilla, los que diseñaron y promovieron para la ciudad un conjunto de conceptos e imaginarios urbanos híbridos que

tenían como objetivo final la construcción de una ciudad higiénica y un ser humano higiénico.

Para tal propósito hemos dividido este libro en cinco capítulos. El primero, aborda el problema de la mortalidad y las epidemias en la ciudad durante el primer tercio del siglo xx. El estudio de tal problema pone al descubierto las carencias urbanas y sanitarias de la ciudad puerto más importante de Colombia. El segundo capítulo centra su interés en el estudio del impacto de la tuberculosis y cómo la expansión de esta enfermedad provocó unas prácticas que develaban formas de asumir la ciudad, las epidemias y la muerte misma. En el tercer capítulo, nos centramos en las formas discursivas alrededor de la tuberculosis. Puntualmente se contextualizan los discursos, mostrando los marcos de referencia que le daban sentido a las concepciones médicas. El cuarto capítulo estudia las imágenes o representaciones que sobre la tuberculosis poseían los médicos y la publicidad de la prensa de la ciudad. La tisis, de acuerdo a estas imágenes, era una enfermedad eminentemente urbana, que debilitaba a la población. Por tanto, debilidad y falta de vigor, fueron figuras recurrentes dentro de estas retóricas. El quinto y último capítulo estudia el impacto colectivo de la expansión de la tuberculosis en la ciudad de Barranquilla. Se muestra cómo el panorama sanitario se había tornado incontrolable hasta tal punto que el movimiento social del momento incorporó a su discurso el problema de la tisis y la vivienda insalubre.

Capítulo I

**ÉPIDEMIAS Y MORTALIDAD EN
BARRANQUILLA**

Hace unos años, cuando estudiaba los testamentos registrados en los protocolos notariales de la segunda mitad del siglo XXI, ubicados en el Archivo Histórico del Atlántico, observaba con desconcierto que en las notas redactadas para expresar su última voluntad, los testadores y testadoras no olvidaban en registrar, con una precisión aterradora, todos aquellos hijos e hijas que habían muerto en medio de los embates más difíciles que ofrecía el entorno urbano-insalubre de la Barranquilla de aquella época.

Lo más admirable de estos actos de memoria fue que cada uno de los fallecidos anotados en esos inventarios notariales aparecían, sin el menor rastro de duda, con su respectivo nombre y la correspondiente edad que tenía al momento de morir; la mayoría en la más frágil infancia y víctima de alguna mortal epidemia o enfermedad endémica de la ciudad. Blasina Marriaga, por ejemplo, en su lecho de muerte y bajo tenue luz de un candil, traía a la memoria en su testamento, protocolizado en 1890, todos y cada uno de los detalles más sensibles de su vida, entre los cuales, el abultado número de hijos que la muerte le había arre-

batado. Después de nombrar a la prole que aún vivía, se despachó con lujos de detalles en el registro de los difuntos:

Y además Adolfo que murió de trece años, sin dejar descendencia, Eladia que murió de siete años, Eladia, que falleció de cinco años, Ana que murió de dos años, Ignacio que murió de un año, Joaquín que murió de un año, Adolfo que falleció de tres años, Isabel que falleció de un año, y tres más cuyos nombres no recuerda, pero que murieron en la lactancia. (Archivo Histórico del Atlántico - AHA, 1890)¹

De igual modo, Manuel Borrero, hacia 1888, expresaba en su testamento la descendencia que con su señora esposa, Felicidad Molinares, había procreado a lo largo de su vida de casados. A través del protocolo y la tensión que supone ese momento de agonía, expresó con alegría y dolor:

Los nombres de Manuel de Jesús, que había muerto de siete meses; Ana Joaquina que falleció de siete días de nacida; Manuel Espíritu Santo, que murió teniendo de edad un año catorce días; Isabel, soltera y que aún vivía a su lado y abrigo; Elodia Salomé, que estaba casada; Celio, que falleció de cuatro años y ocho meses; y Joaquín Roque que vivía bajo su patria potestad y tenía quince años. (AHA, 1888)

Las epidemias recurrentes de fiebre amarilla, sarampión, viruela, disentería y tuberculosis explican la abrumadora

1 Es común encontrar en casi todos los testamentos de la segunda mitad del siglo *xxi* estas anotaciones que caracterizaron los entornos familiares en Barranquilla. Altas cifras de nacimientos y altas cifras de defunciones. Se trataba de la típica estructura demográfica de antiguo régimen. La alta mortalidad fue el patrón hasta bien entrado el siglo *xx*.

mortalidad sugerida en los testamentos. Estas terribles y mortales enfermedades sentaron hondas raíces en la población de Barranquilla hasta bien entrado el siglo xx. Si bien el *Boletín de Estadística*, aparecido un poco antes de los años veinte, publicaba información para mostrar los adelantos en equipamientos sanitarios y urbanos que incidían positivamente en la salubridad de Barranquilla, la realidad cotidiana de la ciudad denunciaba sin tapujos un panorama menos alentador (BME No. 8), 1932; 8, 1898 y Bejarano, 1933)². Algunas de estas epidemias azotaban de manera inexorable a la ciudad, segando la vida de cientos de personas anualmente, entre las cuales una proporción altísima correspondía a la población infantil. Al cabo de un tiempo, la epidemia cedía y dejaba tras de sí una estela de muerte, desolación y miedo. Otras enfermedades, por endémicas, permanecían entre los habitantes, bajo una “normalidad” espantosa: disentería, uncinariasis, tosferina, gastroenteritis, enterocolitis y tuberculosis, fueron las patologías más temidas y mortíferas entre los barranquilleros.

En términos generales, la mortalidad entre los últimos años del siglo xix y el comienzo del siglo xx era sobrecogedo-

2 Conforme a información estadística publicada por el Boletín de Medicina de Barranquilla, entre agosto y octubre de 1898 la fiebre amarilla segó la vida del 64 por ciento de los enfermos. Boletín de Medicina de Barranquilla Vol. I No. 8, 1898, p.59. Hacia 1933, el médico y profesor Jorge Bejarano; “Reflexiones a propósito de la mortalidad infantil”. Revista de la Facultad de Medicina, No. 8, enero 1933, pp.611-613, destacaba los progresos que en materia de higiene y salubridad se habían logrado en Colombia y de forma particular en Barranquilla. No obstante, lamentaba que “la mortalidad infantil quedaba elevada, superior al índice de otros países indo-hispano y en esa mortalidad”, decía, “tiene que haber otros factores distintos de los que aparecen en los diarios políticos”.

ra. Pese a que no existen registros estadísticos confiables, algunas evidencias de la época permiten suponer lo prominente de las defunciones. Miguel Arango, un destacado médico e higienista de la época, escribió lo que podría considerarse el único estudio serio sobre la demografía de Barranquilla a principios del siglo xx. Se trata de una investigación que se focalizó puntualmente sobre la década comprendida entre los años 1910 y 1920, donde la mortalidad general en la ciudad se registró en una escala alarmante. De acuerdo con esta información –que Arango (1922) dividió en dos partes, una sobre la mortalidad general de la ciudad y la otra dirigida a calcular la mortalidad infantil– el médico concluía que:

La mortalidad en Barranquilla no ha disminuido en los diez últimos, pues ha seguido al paso el aumento de la población, y como el coeficiente de mortalidad depende del grado de higiene y salubridad, bien puede decirse que este no ha mejorado y que esa mortalidad invariable marca el mismo índice de atraso en la progresista ciudad. (p.40)

Lo valioso de este estudio demográfico –que por supuesto está articulado a la tendencia general que adoptó la medicina de la época, en el sentido de introducir el cálculo estadístico en los estudios de epidemias, mortalidad y enfermedades, en el propósito de construir regularidades y de esta manera procesos de intervención– (Estrada Orrego, Gallo, y Márquez, 2016)³ es que devela las precariedades

3 Hay que destacar que para la época se impulsaron normas que trataron de institucionalizar la estadística para jalonar los procesos de modernización de la administración pública. En el mes de noviembre de 1914 empezó a regir la Ley 63, que intentó organizar la estadística nacional y en 1916, con el objetivo de luchar contra la

urbanas que marcaban notablemente a la ciudad portuaria más importante de Colombia. Con base en un repertorio de información envidiable, Arango elabora un análisis comparativo de la mortalidad y sus causas en Barranquilla y otras ciudades de Colombia y el mundo, para establecer de manera categórica que la alta incidencia de la mortalidad era resultado de la ausencia de dispositivos higiénicos y una pobre cultura de la higiene. En primer lugar, no existían instrumentos de control de elementos como el agua y el aire, y la ausencia generalizada de sistemas de cloacas hacía de los entornos ambientales de la ciudad los escenarios más pútridos y repugnantes, desprovistos literalmente del mínimo atisbo cuidado higiénico (Foucault, 1977). En segundo lugar, el ambiente material de la ciudad, sus calles, callejones, la mayoría de las viviendas, evidenciaban unas condiciones sórdidas y lamentables, pese a las reglamentaciones gubernamentales que exigían estándares de construcción y saneamiento adecuados para tales efectos (*El Rigoletto*, 1904; *Revista de Higiene*, 1925)⁴.

tuberculosis, entró en vigencia la Ley 66, que contemplaba la necesidad de organizar una estadística sanitaria.

Foucault Michel (1977) *Historia de la medicalización*, p.16. Para trabajos estadísticos demográficos sobre mortalidad en otras ciudades de Colombia que sugieren una tendencia, cfr. Troconis Fernando G. *Apuntaciones sobre mortalidad infantil en Bogotá*; Estudio para el doctorado. Imprenta J. Casis, 1912.

Cardona Correa Pedro Nel. *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en la ciudad de Medellín*. Tesis de doctorado en medicina y cirugía. Universidad de Antioquia, Medellín, 1978.

- 4 Las notas de viajeros reseñaron permanentemente estas deficiencias urbanas de Barranquilla a principios del siglo xx. Una nota editorial de un periódico de la ciudad extractó apartes de los apuntes de viaje de Hermes García, un viajero que visitó la ciudad en 1904, las impresiones del viajero decían: “Íbamos predispuestos, porque así lo quería nuestro deseo tratándose del primer puerto fluvial de la República, a juzgarla favorablemente; a disimular sus lunares y a ponderar su belleza y progreso. No obstante, no pudimos calcular

En efecto, Arango subrayaba el carácter dramático de la mortalidad en Barranquilla durante las dos primeras décadas del siglo XX, y aunque en sus números esta ciudad resultaba mejor librada que otras de Colombia –Bogotá, Medellín, Cartagena y Santa Marta–, el estudio del fenómeno le permitía mostrar que una proporción significativa del problema obedecía a la falta de un sistema de higiene moderno. Un grupo de enfermedades bien identificadas, pero fuera por completo del control médico-sanitario, arrasaba permanentemente a la población barranquillera: paludismo, disentería, gastroenteritis, uncinariasis, tuberculosis, enfermedades broncopulmonares y el tétano, todas ellas enfermedades evitables según Arango, cobraban cada año un número lamentable de muertes (Arango, 1922)⁵.

nuestra sorpresa cuando nos vimos en un arrabal, donde creíamos encontrar una Estación pintoresca; cuando tuvimos que meternos en un coche sucio y con arneses de mecate, tirado por escuálido caballo; donde creíamos perfecto este servicio público; cuando al tardo paso del vehículo atravesamos calles polvorosas y veíamos el desfile de tanto negro rancho haciendo contraste con elegantes edificios; cuando en la noche la ciudad quedó en tinieblas, por falta de alumbrado; cuando buscando un paseo, un jardín, un parque, fuimos al Camellón Abello, en uno de cuyos ángulos se levanta la Iglesia y el pequeño parque de San Nicolás, que da grima, con cercado, que no verja, de madera; sin escaños, víctimas del mayor abandono y donde las flores languidecen sobre árboles de color indeciso, por el polvo que los cubre.

Ante nuestro desencanto, un compañero poco dispuesto a la indulgencia, nos miraba por sobre el hombro con irónica sonrisa y nos hería el oído con un silbido mofador de triunfo.

En nuestro empeño de disimular lunares, al día siguiente casi hubiéramos triunfado sobre nuestra primera impresión, –cuando recorrimos el resto de la ciudad, donde las calles se ensanchan y mejoran; donde el barrio La Quintas muestra sus chalets entre poético follaje– si vueltos al centro –que es precisamente donde se desalienta el viajero– esa maldita nube de polvo que hace infructuoso el empleo de cepillos de calzado y de ropa – no estuviera allí con insistencia de verdugo tiñéndonos a igual del cuerpo el pensamiento”.

5 Hermes García, 1904. Tomando como ejemplo los años 1917 y 1918

Aunque la observación de Miguel Arango está dirigida a la segunda década del siglo xx, lo cierto es que tanto la primera década como la tercera, tuvieron comportamientos semejantes en términos de mortalidad y enfermedades. Entre 1899 y 1905, por ejemplo, las epidemias fueron corrientes y aparatosas y el índice de mortalidad en promedio fue de 1.431 defunciones por año. 1915, 1922 y 1926 fueron los más críticos (Arango, 1922)⁶.

El peso de la mortalidad causado por epidemias generó un entorno devastador y de desasosiego. Solo en 1914, 1915 y 1916 murieron en la ciudad 5.271 personas a causa de la disentería, el sarampión, el paludismo, la tuberculosis y afeciones broncopulmonares. Siete años después, en 1922, las

mostraba, en efecto, que los porcentajes de mortalidad en una población como Barranquilla de 65.000 habitantes fueron de 22,58 % y 20,78 % respectivamente. Pero, según Arango, estas cifras eran impactadas por enfermedades llamadas por él evitables, como las de tipo diarreico, el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades broncopulmonares y el tétano, que para 1917 alcanzaron un porcentaje de 9,77 % y en 1918 7,33 %. El empeño de Arango era mostrar la precariedad higiénica en que se encontraba la ciudad. Si existiera un trabajo de infraestructura sanitaria moderna que apalancara los procesos de profilaxis, las enfermedades "evitables" desaparecerían, y, en consecuencia, la mortalidad se bajaría a niveles de ciudades como Buenos Aires y New York.

- 6 Los años durante los cuales se presentaron fuertes epidemias en Barranquilla fueron 1882, 1889, 1896, 1899, y en el siglo xx los años 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1915, 1922, 1926. Asimismo, Miguel Arango, preocupado por identificar en la ciudad un promedio de mortalidad que contribuya a vislumbrar medidas de intervención, separa entonces los años críticos de epidemias, en este caso 1914, 1915 y 1916, del resto de años de la segunda década del siglo xx, sobre los cuales elabora su estudio, para, en su criterio, poder construir un coeficiente normal de mortalidad. Indicaba que metodológicamente era incorrecto establecer el coeficiente de mortalidad incluyendo los años de epidemias que exhibían cifras de defunciones más elevadas; lo correcto era, según él, apartar de la operación estadística los años de crisis epidémicas, de esta manera se podría establecer el coeficiente ordinario de mortalidad.

mismas epidemias mataron a 2.021 habitantes de todas las edades y durante 1926 representaron 2.226 defunciones en la ciudad (Arango, 1922, BME N° 8, 1932)⁷.

Ahora bien, dentro de la topografía de la ciudad, constituida por los cuatro barrios señalados arriba, ¿dónde se presentaban los mayores índices de mortalidad? Según Arango (1922), las áreas con alta densidad de población presentaban los índices más elevados de mortalidad. Existía una correlación importante, según él, entre densidad poblacional y mortalidad: cuanta más alta la densidad la mortalidad se eleva. El criterio médico higienista de la época planteaba que la excesiva densidad de población en los medios urbanos traía consigo “falta de luz y sol, mayor acumulación y poco alejamiento de las deyecciones e inmundicias, enfermedades del medio social, como sífilis, alcoholismo” (p.90). En este caso, para 1918 los barrios con más concentraciones humanas eran San Roque y Rosario, las cuales, según Arango, presentaban densidades que oscilaban entre 183, 152 y 148 personas por hectárea. En estos barrios la “densidad y acumulación fueron tan extremas que muchas

7 Es indispensable evidenciar dos cosas: la primera, que la mortalidad registrada durante los años que no hubo epidemias fue notablemente elevada; si promediamos las defunciones ocurridas entre 1906 y 1914 nos arroja la cantidad de 1.045 fallecimientos anuales. Sin embargo, el impacto de estas cantidades en la sociedad está determinado por el total de habitantes nacidos en la ciudad para cada uno de los años promediados. La segunda consideración tiene que ver con la aparente disminución gradual del coeficiente de mortalidad que patenta el Boletín de Estadística de 1932. El cálculo que refleja la disminución del coeficiente responde al crecimiento continuo de la población de Barranquilla por flujos migratorios que arribaban a la ciudad en la primera mitad del siglo xx; en cambio, el crecimiento vegetativo de la ciudad era poco alentador, según el médico higienista Miguel Arango.

viviendas pequeñas alojaban en su interior entre 20 y 25 personas” (Arango, 1922, p.46). Mientras tanto, San Nicolás, el barrio de la élite, presentaba menor concentración, con 12 personas por hectárea. Este cálculo sugiere que la mayor proporción de defunciones en la ciudad se repartía en los barrios más densos: San Roque y Rosario (Arango, 1922; 1918)⁸.

Algo similar ocurría en otras ciudades del país, algunas con mayor población que Barranquilla, como Medellín y Bogotá. Allí la estadística de mortalidad para 1918 era de 29 % y 28,40 % respectivamente. Entre ciudades del Caribe distintas a Barranquilla, con poblaciones menores –caso Santa Marta y Cartagena– la primera resulta mal librada con una mortalidad de 32 %, y Cartagena con 21,14 % (Arango, 1922). Conforme a los análisis de Miguel Arango no se trataba de que Barranquilla presentase mejores indicadores de mortalidad que las anteriores ciudades mencionadas, sino “que las causas de insalubridad existen intensamente también en las ciudades citadas y que Barranquilla es de las menos malas entre nuestras ciudades” (Arango, 1922, p.40). El médico higienista concluye que:

La mortalidad en Barranquilla no ha disminuido en los diez últimos años, pues ha seguido al paso el aumento de la población, y como el coeficiente de mortalidad depende del grado

8 La elevada densidad en estos barrios obedece a los grupos de inmigrantes que llegaban a la ciudad de forma continua, y su ubicación fueron en estas zonas periféricas. Aunque el higienista no menciona al barrio del Rosario en su cálculo respecto de la densidad, nosotros lo incluimos como espacio con elevada densidad, y nos basamos en apreciaciones del mismo médico en otros textos.

de higiene y salubridad, bien puede decirse que éste no ha mejorado y que esa mortalidad invariable marca el mismo índice de atraso en la progresista ciudad. (Arango, 1922, p.40)

Todos estos cálculos sobre los padecimientos de la población, planteaba un panorama dramático y crítico. Sin duda, el terror debió invadir a toda la sociedad barranquillera, al mismo tiempo que ahuyentaba a muchos inmigrantes que habían puesto los ojos en la ciudad como destino de llegada. “Estamos al borde de un abismo”, apuntaba en tono de alarma y miedo en una nota de prensa durante el funesto año 1915, “Sobre las autoridades recae la responsabilidad moral de tantas muertes. Entre enero, febrero y marzo fallecieron en la ciudad 198 personas de enteritis, disentería, sarampión o tuberculosis” (*El Progreso*, 1915). Debió existir en la ciudad durante esta época una sensación colectiva de pavor y desprotección frente a la invasión de enfermedades que llegaban o que podrían llegar de cualquier parte. En 1910, en respuesta al Secretario de la Junta Departamental de Higiene del Atlántico, quien había solicitado poner en práctica lo establecido por el Acuerdo No. 4 de la Junta Central de Higiene, sobre profilaxis de la Peste Bubónica, para evitar la entrada de dicha enfermedad al país, Justiano Martínez, médico de Sanidad de Puerto Colombia, manifestaba con inocultable impotencia que:

Es del todo imposible poner en práctica lo dispuesto en dicho Acuerdo por carecer este Puerto, como carece en absoluto de elementos con que impedir la invasión de cualquier epidemia. [Más adelante remataba su respuesta este sincero médico higienista aclarando que] “Sabe muy bien la Junta de la cual

usted forma parte, que aquí nunca ha habido, ni hay organizado, cuerpo alguno de Sanidad, que pueda prestar debidamente los varios servicios que son necesario en el presente caso. (*Diario del Comercio*, 1910; Márquez Valderrama, 2001)

El sarampión, la viruela, la tosferina y el tétano cobraban vidas diariamente en Barranquilla durante todo el primer cuarto del siglo xx. Del mismo modo, el agua y la leche, conforme al concepto médico de la época, resultaba el peor enemigo de la infancia. Estos líquidos llevaban la muerte diariamente a las familias que la consumían. Pero, dentro de todo este cuadro de “asesinos microscópicos” en el complejo ambiente social de la ciudad, el más desconcertante era la tuberculosis. No solo por lo mortal, como el cólera, sino en razón de las connotaciones simbólicas, psicológicas, culturales y metafóricas que poseía.

En 1977, la narradora estadounidense Susan Sontag, reflexionó ante un auditorio saturado de gente, sobre algo sorprendente: “La enfermedad y sus metáforas”. Refiriéndose a la tuberculosis afirmaba que “suele concebirse como una enfermedad de la pobreza y de las privaciones; de vestimentas ralas, cuerpos flacos, habitaciones frías, mala higiene y comida insuficiente”. También manifestaba Sontag que lo aterrador de esta enfermedad consistía “en la mácula aparentemente arbitraria e incommunicable que poseía”.

En Barranquilla durante la primera mitad del siglo xx la tuberculosis se había propagado incontrolablemente. Su inevitable presencia en el cuerpo social y urbano tendría un

impacto que hasta ahora no ha sido estudiado por la historiografía de la ciudad y la región. Esta enfermedad atravesó a todos los grupos sociales. La carga simbólica arraigada en el conjunto social provocó una especie de silenciamiento de este padecimiento. En otros términos, sufrirla sin nombrarla ni divulgarla. Quizá muchas personas padecieron en silencio el drama y los estragos de esta enfermedad para ponerse a salvo de esa mácula aterradora. La misma retórica publicitaria de medicamentos para problemas pulmonares desterró por completo los vocablos tisis o tuberculosis. Los eufemismos se tomaron las etiquetas de los envases de remedios.

Por esta razón los médicos higienistas de la época fijaron la atención en las deficiencias sanitarias de la ciudad y fustigaron una diversidad de causas de enfermedades que aniquilaban cada día a la población barranquillera: ausencia de control de la circulación de elementos y falta de gestión y control de los lugares de acumulación o amontonamientos, como los definió Foucault cuando estudió el proceso de medicalización de occidente. La ausencia de un sistema de cloacas o letrinas modernas y las deficiencias crónicas de un acueducto incipiente y fatal, que en vez de agua potable repartía entre la población un líquido saturado de enemigos microscópicos que tomaba de un caño insalubre donde se vertían los desperdicios e inmundicias de toda la ciudad. Sobre este fenómeno se dedica el siguiente aparte.

Capítulo II

**TOPOGRAFÍA DE LA TUBERCULOSIS EN
BARRANQUILLA**

Barranquilla estuvo plagada, a comienzos del siglo xx, de una de las enfermedades más desconocidas y mortales de la época: la tuberculosis. Esta enfermedad, definida por muchos como una patología romántica, se había diseminado incontrolablemente por todos los espacios sociales constitutivos de la ciudad hasta alcanzar un cuadro epidémico dramático que desconcertaba por completo a médicos y autoridades por no encontrar mecanismos de intervención para defenderse de sus embates letales. Este escenario espejuznante se acrecentaba cada día por el aumento continuo de la población que arribaba de una diversidad de sitios y estratos socioeconómicos buscando acomodo en el entramado socioeconómico complejo de una Barranquilla que mostraba positivos indicadores de progreso. Esta expansión progresiva de la tuberculosis y de la muerte, encontraba en la ausencia de control médico y en la carencia de dispositivos higiénicos efectivos, sus más importantes aliados. Todo este cuadro de circunstancias surtió unos efectos definitivos en la futura configuración urbana de Barranquilla.

La tuberculosis y la disentería fueron las enfermedades más mortales en Barranquilla a comienzos del siglo xx,

pero el desconocimiento sobre la primera y la impotencia médica para curarla la convirtió en un problema colectivo que desencadenó una cantidad de respuestas y metáforas alrededor del tuberculoso y su contagio. Entre 1907 y 1916 las cifras de muerte por tuberculosis aumentaron. Unas 100 personas de todas las edades morían cada año en Barranquilla víctimas de la peste blanca. El abandono sanitario se convirtió, según los médicos higienistas de ese momento, en la causa mayor de propagación y contagio. En esta época existían en la ciudad verdaderas zonas de mortalidad que se agudizaban por el aumento constante de la densidad demográfica en los barrios y por una deficiencia habitacional.

Aunque la tuberculosis se había extendido por toda la ciudad, hacia 1918 los focos de infección se concentraban en los barrios San Roque y Rosario. En San Nicolás, El Cementerio, y la zona de las Quintas, si nos atenemos a los informes higienistas, las magnitudes de la enfermedad fueron menos dramáticas. En San Nicolás, por ser el corredor habitacional de las familias de élite de Barranquilla; en El Cementerio, al parecer, por ser una zona poco poblada y las Quintas, por ser una franja exclusiva de la élite, ubicadas en los suburbios noroccidentales de la ciudad y donde yacían dispersas habitaciones de lujo de tipo campestre. El Cementerio se caracterizaba por ser una franja alta de terreno seco, bastante arborizado, aireado y fresco; justamente por estas características, un segmento de este sector, adyacente al cementerio Universal, tomó el nombre de Loma Fresca (Arango, 1918; *Gaceta del Atlántico* N° 82, 1912)⁹.

9 Hacia los años veinte del siglo xx Barranquilla estaba compuesta

En un documento probablemente elaborado antes de 1915, basado en trabajo de campo y análisis de informes de enfermedades y defunciones relacionados con Barranquilla, Arango (1918)¹⁰ trazó una valiosa cartografía de la tuberculosis y su inexorable propagación por toda la ciudad. El estudio de las defunciones ocurridas entre noviembre de 1914 y noviembre de 1916, bastaron para advertir la dimensión dañina y mortal que significaba la tuberculosis en la ciudad. Todos los meses diez personas morían de tuberculosis en Barranquilla, y las autoridades municipales eran

por cuatro barrios: San Roque, San Nicolás, el Rosario y el Cementerio. Éste último, años más tarde tomaría el nombre de Chiquinquirá, revelando todo esto que la toponimia barrial del centro histórico primario es impuesta por el santoral católico y las parroquias construidas en cada una de los barrios. El Cementerio mantuvo este nombre hasta 1925, cuando fue cambiado por el de Chiquinquirá debido a la apertura de la parroquia que recibió este nombre. Debo aclarar que en algunos documentos oficiales, como la Gaceta del Atlántico, hay informes médico legales mensuales sobre agresiones físicas y asesinatos en la ciudad donde se emplean otras denominaciones para referirse a los espacios barriales. Para ubicar el registro de un incidente anotan, por ejemplo, “inspección del Barrio Sur, inspección del Barrio Norte, e inspección del Barrio Centro”.

- 10 Miguel Arango era de Magangué y después de estudiar medicina en la Universidad Nacional se instaló en Barranquilla donde se dedicó a la difusión de la higiene moderna y al tratamiento de la tuberculosis. Su ejercicio profesional no estuvo al margen de influencias teóricas y culturales del momento. En un ambiente imbuido del discurso eugenésico en América Latina, dinamizado por la preocupación que planteaba la “degeneración” de nuestras razas, su desempeño profesional se revela articulado a estos discursos y debates. Su preocupación por la estadística médica y demográfica, la educación higiénica de la población y el impulso de la puericultura, el estudio de los problemas visuales o tracomas, sus investigaciones sobre la tuberculosis, y la sangre, las indagaciones por la estructura anatómica de los habitantes del departamento de Atlántico, son indicadores de esas influencias. Todos estos tópicos formaron parte de la agenda eugenésica de la época que buscaba la fórmula para la “regeneración” de nuestras poblaciones. El estudio que desarrolló sobre la tuberculosis estuvo apoyado en el análisis de las boletas de defunción correspondiente a dos años, de noviembre de 1914 hasta noviembre de 1916.

incapaces para evitarlo. Hasta 1920 los cuatro barrios que integraban la figura urbana de Barranquilla estaban plagados de tuberculosis. Sin embargo, se debe aclarar que unos más que otros padecían la embestida de esta enfermedad. En general el espacio sociourbano se encontraba totalmente enfermo. Aunque las líneas fronterizas que demarcaban los barrios eran borrosas, existían algunas convenciones que delimitaban a cada uno de los espacios mencionados y esto posibilita ubicar geográficamente a cada uno de los cuatro barrios en ese momento (*Diario La Regeneracion* de Sabani-lla, 1852)¹¹.

San Nicolás era el núcleo urbano central de la ciudad. Allí vivían las familias de élite que controlaban el aparato económico y el poder político. En este barrio también existían las mejores viviendas. “Vivía la aristocracia del comercio”, afirmaba al pasar por Barranquilla Röthlisberger (1963):

Están las grandes casas de mampostería de la más importante gente de negocios, edificios de dos plantas, por lo común, de recia arquitectura y al viejo estilo español: abajo, dando a la calle, el gran almacén lleno de mercancías, abierto a todo el mundo, aireado, sin ventanas; arriba, las habitaciones. (p.12)

11 No obstante ser San Nicolás el espacio de los grupos notables, en sus extremos o periferia alcanzaban a acomodarse familias de modestos recursos, incluso de muy pobres recursos; de igual forma, muchos inmigrantes, algunos con ciertas comodidades económicas, buscaron ubicación en las mejores zonas de otros barrios, como San Roque, lo que explica que en estos sitios se levantaran hermosas viviendas que se distinguían por su majestuosidad. De otro lado, Barranquilla tuvo a mediados del siglo XIX una demarcación territorial oficial que la dividió en dos distritos: el de San Nicolás y el de San Roque.

Las fronteras que demarcaban a San Nicolás del resto de barrios eran confusas, por lo cual resulta difícil establecer con alguna precisión su cuadrícula. Probablemente, fueron los contornos de la Plaza el escenario residencial de estas élites, al mismo tiempo que el núcleo funcional de la economía local (Revollo, 1956)¹².

Según Arango (1918) este barrio mostraba mejores condiciones materiales y, por tanto, el impacto de la tuberculosis era poco. Por ende, el número de personas fallecidas a

12 Pedro María Revollo ofrece la mejor descripción sobre las familias notables que residenciaban en el Barrio San Nicolás, todas estaban ubicadas en los contornos de la plaza de San Nicolás. Se levantan en el costado oriental tres grandes casas: la primera de sur a norte, es la antigua morada de don Esteban Márquez, aquel ricachón (para su época) de principios del siglo, pasado, hasta avanzado más de tres cuartas partes, a quien mucho debió el adelanto material de Barranquilla [...] La casa siguiente, en medio de las dos, la conocí de bahareques y paja; era también de don Esteban. Finalmente se le hizo segundo y tercer piso y en ella se instaló el Hotel Francés, que fue uno de los mejores de la ciudad [...] La tercera casa, que forma la otra esquina hacia el norte, por la carrera del mercado o Esteban Márquez o número 42, la conocí de morada magnífica de don Roberto Joy, personaje importante al servicio de la Compañía Unida (de vapores) del río Magdalena; más tarde se estableció en ella el Club Barranquilla hasta el fin de siglo [...] En el costado meridional había dos grandes casas: en la primera formando esquina con la calle Real, propiedad de los Márquez, estuvo funcionando antaño el Club Tres Estrellas, que fue lugar de cita, por mucho tiempo, de los hombres importantes de nuestra ciudad [...] La otra casa siguiente era el edificio llamado antes la Casa de Tres Pisos, porque era la única que los contaba; fue construida por don Juan de Dios Abello y comprada por don Esteban Márquez [...] En el costado opuesto, el septentrional, encontramos que la casa esquina, perteneciente a los señores La coraza Hermanos, conserva el techo más antiguo de Barranquilla [...] Fue ella de propiedad de don Eusebio de la Hoz [...] Al costado de la anterior se levanta una casa grande de mampostería, y enseguida, otra de piso alto, en que también habitó el doctor Insignares [...] Sigue a continuación el gran edificio de los señores Volpe, comerciantes Italianos muy apreciables que se han hecho simpáticos a la ciudad [...] y al costado, el solar en que estuvo la famosa pensión y escuela de la Misi, doña muy acogedora de huéspedes y de niños.

causa de esta enfermedad fue notablemente exiguo. En San Nicolás, relataba el médico higienista:

Mueren pocos de tuberculosis, a causa de las mejores condiciones de sus moradores. Sólo hacia las vecindades de la carrera del Cuartel [hoy carrera 44] se encuentran viviendas que se asemejan a los Pasajes, y es allí, precisamente, donde se presentan los pocos casos del barrio. (p.41)

Esto significa que las defunciones por tuberculosis en San Nicolás ocurrían en su banda extrema: carrera Cuartel, límite arterial que lo separaba del barrio Rosario. Sin embargo, podemos decir que San Nicolás, el barrio mejor librado de la peste de tuberculosis, poseía una particularidad negativa. Estaba ubicado geográficamente entre los dos barrios más plagados de tuberculosis: San Roque y Rosario.

Sobre el barrio El Cementerio, Arango suministra poca información. Solo sabemos que corresponde a la zona adyacente al cementerio Universal. Aun así, ignoramos con precisión su demarcación. Conforme a un croquis de Barranquilla aportado por Arango para situar gráficamente la repartición de la tuberculosis en la ciudad, podemos suponer que los puntos limítrofes, de sur a norte, estaban ubicados entre las carreras 33, "Concordia", y la 38, "avenida de los Estudiantes"; mientras que de oriente a occidente se ubicaban entre la calle 45, "Murillo" y la calle 38, "Caldas". Respecto a este barrio, Arango (1918) afirmaba que: "Se encuentra en un lugar elevado y en terreno más seco". [Según este médico, la altura y una temperatura bastante fresca hacían del barrio un verdadero atractivo. Debido a estas cir-

cunstancias, probablemente, llamó la atención de algunos enfermos tuberculosos, que creían en la terapia climatérica, la mayor proporción de ellos, dos tercios se ubicaba al sur de la carrera Hospital (carrera 35)]. “Allí la muerte los sorprende, y esto explica la existencia de esta zona” (p.441). El resto de los enfermos, un tercio se encontraba repartido en el resto del barrio.



Figura 1: Cartografía de la tuberculosis (Arango, 1918)

Los puntos negros indican los lugares donde han ocurrido muertes por tuberculosis durante dos años en Barranquilla

Fuente: Tomado de Miguel Arango, M. Propagación de la tuberculosis en el Litoral Atlántico y específicamente en Barranquilla, Boletín de Medicina e Higiene (Órgano de la Sociedad Médica de Barranquilla y las Autoridades Sanitarias del departamento del Atlántico) No. 24, Barranquilla, diciembre de 1917.

Después de 1925, el barrio El Cementerio cambió su nombre por el de Chiquinquirá. La construcción de la parroquia en ese año le dio el nuevo nombre. Según estudio de Castro Senior (1936), médico y director del Dispensario antituberculoso del Atlántico, en 1936 Chiquinquirá, antiguo barrio del Cementerio, mantenía el mismo drama higiénico sanitario. Para este año, el barrio tenía un área de 17.491 hectáreas, organizado en 107 manzanas, entre las que se ubicaban 2.104 casas y 23 “pasajes”. Chiquinquirá en 1936 tenía una población calculada de 20.000 habitantes, entre las cuales había 405 tuberculosos registrados (p.275).

Por su parte, San Roque estaba ubicado en el extremo sur-occidente de la ciudad. Sus contornos igualmente, resultan difíciles de fijar. No obstante, la lectura de algunos planos de la ciudad correspondiente a los años 1910 y 1920 permiten pensar que el barrio tenía como límite sur la carrera Vesubio, carrera 27, y, hacia el norte, la carrera San Roque, que se identifica con el número 36. Los límites este y oeste eran la Calle el Sol, o número 10, y la calle de las Flores, que es la número 39. El barrio presentaba zonas con un aspecto bastante sórdido y enrevesado. Era una franja baja y extremadamente húmeda por estar cerca de un grupo de caños que bordeaban la ciudad.

En este sector residían los más deprimidos de la estructura social, parte de ellos eran inmigrantes procedentes de la región y de otras partes del país, quienes, buscando posibilidades laborales, se acomodaban en esta periferia hasta conformar un denso entramado social cuya existencia

transcurría en el límite de lo posible. Para 1920, San Roque se había convertido en un lugar desmesuradamente habitado. Aquí vivían quienes no encontraban ubicación en los otros espacios de la ciudad.

Aunque los cálculos de Arango son incompletos, pueden ofrecer una idea del panorama de la tuberculosis en los barrios de la ciudad. En San Roque, la tuberculosis estaba bien arraigada y hacía estragos en las franjas más deprimidas, que incluía las dilatadas calles el Sol, de la Esperanza, y Soledad, abrazadas por el caño de Soledad y la Ciénaga de la Caimanera. Allí se encontraban las dos quintas partes de los casos de tuberculosis existentes en el barrio (Arango, 1918). Más hacia el oeste, entre las calles “Oriente” (calle 19) y “Almendra” (calle 28) y las carreras “Vesubio” (carrera 27) y “Buen Retiro” (carrera 32), había otro foco de la enfermedad que representaba la cuarta quinta parte del total del barrio. Al parecer este tramo del barrio se había convertido en un muladar, y los desechos y detritus eran la impronta de este entorno.

Una parte más al oeste se convirtió desde el siglo XIX en la zona de arribo y ubicación de familias extranjeras que se articularon al comercio de la ciudad y alcanzaron posiciones importantes en la escala social, razón por la cual existían en este barrio grandes viviendas con las comodidades que solo los grupos adinerados podían disfrutar (Solano, 1997)¹³. En medio de estos grupos acomodados, las cifras de

13 En esta zona de Barranquilla vivía un buen número de extranjeros desde mediados del siglo XIX. Algunos pertenecían a la comunidad judía dedicados a la labor comercial.

la peste blanca eran extremadamente bajas, solo un tercio de todos los casos del barrio (Arango, 1918).

En 1936 el espectro del barrio no había mejorado. Ya para entonces, de San Roque se desmembró una zona que tomó por nombre barrio Rebolo y otra con el nombre de barrio Montes. En todos ellos la tuberculosis seguía dramáticamente apoderada de la población sin que las autoridades municipales o departamentales pudieran hacer algo con verdadera eficacia.

Otras evidencias nos han permitido encontrar información estadística que pueden ayudar a calcular y a imaginar las dimensiones de la peste blanca en esta zona. Una marca deleznable de los barrios San Roque y Rebolo, por ejemplo, era la pervivencia de los denominados Pasajes, prototipo de vivienda de alquiler, donde residían grupos de familias de las peores condiciones socioeconómicas, muchos de los cuales eran inmigrantes de pueblos de la región. El médico Castro Senior (1936) expresaba:

Hemos clasificado las viviendas en “pasajes” y casas de familia, entendiéndolo por aquellos, viviendas abominables constituidas por cuartos de maderas, con techo de hierro corrugado, algunos sin piso y dispuestos en serie con servicios sanitarios comunes. (p.273)¹⁴

14 Este médico elaboró un estudio sobre la relación entre tuberculosis, medio familiar, vivienda y habitantes por barrios en Barranquilla, documento que presentó en el quinto Congreso Médico, realizado en Barranquilla.

Los Pasajes se convirtieron rápidamente en sitios insalubres, donde proliferaban toda clase de enfermedades, especialmente la tuberculosis. Lo preocupante de la expansión de esta enfermedad era la ineficacia institucional para impedir el contagio. Según David Castro, 1.325 tuberculosos, que es la cifra que soporta su estudio y que tomó de las estadísticas del Dispensario antituberculoso¹⁵, vivían en contacto con otras 8.622 personas, de los cuales 3.478 eran niños.

Tan solo en San Roque y Rebolo, el número de personas enfermas de tuberculosis era 758, y de acuerdo con los datos de David Castro, eran los barrios más poblados de la ciudad y continuaban siendo zonas bastante deprimidas, donde sus habitantes carecían de sistemas de acueducto y alcantarillados, y sus calles eran verdaderos callejones desprovistos de cualquier tipo de estética y cuidado higiénico, lo que facilitaba, por las brisas de la ciudad, la circulación del bacilo de la tuberculosis. Desde finales del siglo XIX, a causa de ser la zona más apartada del núcleo económico y social más importante, San Roque fue siempre el escenario ideal para la construcción del hospital y el Dispensario antituberculoso. Su ubicación –en el borde más sur-occidental de la ciudad– y la dirección de las brisas, fueron, seguramente, el criterio de definición para la construcción de estos sitios de curación y de contagio (Castro Senior, 1936).¹⁶

15 Este dispensario fue creado por la Junta de Beneficencia y se inauguró en julio de 1934, es decir, casi veinte años después de que el higienista Miguel Arango expresara a las autoridades locales y departamentales la importancia de la construcción de un Dispensario antituberculoso para la lucha contra esta enfermedad

16 Rebolo poseía un perímetro de 114.92 hectáreas, con una población

En el extremo norte de la ciudad, próximo a la parte baja del río, estaba situado el barrio Rosario, habitado por comerciantes y gente pobre que se dedicaba a labores diversas que ofrecía el magro espectro económico de la ciudad. Hacia 1920, el barrio estaba encuadrado entre la carrera "Cuartel" (44) en el sur y carrera "Santa Ana" (60) al norte; el límite este, probablemente fueron las calles del Paseo Bolívar y la Aduana. Para esta fecha, era el barrio más extenso y con un dinamismo importante, dado el amplio número de establecimientos comerciales y fábricas de todo tipo (*El Progreso*, 1915)¹⁷.

Además, la aduana, situada en lo más extremo del barrio, le imprimía a esta franja una vitalidad constante, que hacía de ella un hervidero de gente las 24 horas del día. El interminable bullicio de los prostíbulos y casas de juegos, el activo y constante movimiento comercial y un ambiente material completamente descuidado marcaban la fisonomía del barrio. Aquí la tuberculosis estaba bastante extendida, pero, igual que en San Roque, existían unos focos infecciosos

de 25.000 habitantes, 2.676 casas y 43 "pasajes", distribuidos en 145 manzanas. En este barrio existían, para 1936, 509 enfermos de tuberculosis. Por su parte, los barrios San Roque y Montes, poseían un área de 212.44 hectáreas y una población de 35.000 habitantes; además, había para ese año 3.346 casas y 60 "pasajes", distribuidos en 224 manzanas. En estos dos barrios se han registrado 249 tuberculosos. Desafortunadamente los datos de San Roque y Montes David Castro los registra englobados, lo que impide saber con certeza las especificaciones de cada uno de ellos.

- 17 Registros de 1915 destacan en este barrio la proliferación de negocios de la más diversa índole: 22 cantinas, 213 tiendas, 9 casas de comercio, 58 casas de prostitutas, 42 ventas de leche, 9 boticas y botiquines, 4 establecimientos públicos, 2 galleras, 5 fábricas, 13 casa de juegos permitidos, 10 ventas de carnes, 13 panaderías, 4 confiterías, 9 casas de asistencia, 6 ventas de café, 5 posadas, 8 casas de huéspedes, 26 carpinterías, 6 lavanderías, 3 herrerías, 6 hojalaterías y platerías.

bien definidos: toda la carrera “Cuartel” (44) donde, según los cálculos de Miguel Arango, las cifras de personas con tuberculosis ascendían a cuatro doceavas partes. La carrera “Robles” (51), era completamente estrecha, inclinada y maloliente; permanecía atiborrada de casitas humildes, y en épocas de lluvia bajaba un arroyo que arrastraba tras de sí desperdicios de todo tipo; esta carrera estaba plagada de la peste blanca. Los registros de Arango presentaban unas siete doceavas partes de personas con la enfermedad (Arango, 1918, p.441).

En los suburbios de la ciudad, en la parte más extrema hacia el noroccidente, se ubicaba el barrio de las Quintas. No era propiamente un barrio, era más bien un área de ubicación de las casas de campo hacia donde las familias notables de la ciudad vacacionaban. Fueron construyéndose desde finales del siglo XIX, pero con el tiempo y por transformaciones de la ciudad se convirtieron en viviendas permanentes. Estos desplazamientos hacia las afueras de la ciudad, expresaba el despunte de un proceso de segregación que se cristalizaría durante los años 20. Eran verdaderas casas de campo y se distinguían por lo monumental, lo estético y amplitud en comodidades. “Los jardines son amplios y llenos de árboles que oxigenan el aire y lo filtran por así decir” (Arango, 1918, p.441).

Grau, (s.f) las describía como bellísimas y muy cómodas:

Provistas de todas las comodidades de las casas del centro, en la parte más alta de la ciudad, en donde el aire es mucho más puro y la temperatura menos elevada y en un todo más sano que el resto de la ciudad. (p.83)

No obstante, conforme a la información del higienista Miguel Arango, la tuberculosis también invadió este escenario, aunque su impacto fue menos dramático. Las cifras registradas por el médico fueron una doceava parte en total (Arango, 1918).

Catorce años después de construido el barrio El Prado, lugar de residencia de la élite que abandonó el centro histórico, había para este tiempo 409 casas y 119 manzanas. Aquí, según Castro Senior (1936), había cuatro enfermos de tuberculosis. Y en el barrio Boston, aposento de una clase media, tenía un área de 418 hectáreas, allí bien repartidas y con algunas comodidades, había 1.428 casas y 12 “pasajes”, distribuidos en 111 manzanas, con una población calculada de 20.000 habitantes; sin embargo, residían allí 110 enfermos de tuberculosis.

Después de todo, la tuberculosis se había convertido en una epidemia mortal que atravesaba de punta a punta toda la geografía de la ciudad. La magnitud del contagio de esta “extraña” e incontrolable patología desencadenó en el entorno social nacional y local unos imaginarios que con mucha dificultad pueden analizarse, dado que sus rastros o evidencias son en alguna medida, residual y fragmentaria. Dicho de otra manera, los imaginarios desencadenados por la tuberculosis en la población de Barranquilla, solo podemos analizarlos sin poder evitar un sesgo. Los textos de los médicos higienistas de principios de siglo y

los relatos periodísticos¹⁸ publicados en periódicos y revistas, constituyen las únicas fuentes para acercarnos a estas imágenes y sus efectos más diversos.

Todos estos documentos o narrativas desencadenaban unas prácticas que incidirían, efectivamente, en la forma de pensar la enfermedad, los enfermos, y la ciudad. Por ello, fueron los médicos higienistas quienes empezaron a discutir sobre la ciudad y el orden urbano ideal desde finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. La preocupación por la tuberculosis en Barranquilla incidió poderosamente en la forma que los médicos e higienistas medicalizaron la ciudad, pero también el padecimiento de la enfermedad afectó las dinámicas socio-urbanas de entonces.

18 Por relato periodístico nos referimos a una diversidad de publicaciones insertos en la prensa de la época: notas de opinión, informes sanitarios, noticias y propagandas de todo tipo.



Figura 2: Un aspecto Interior del edificio

Los doctores Moreno Vives y Castro Senior, médicos encargados del Dispensario anti-tuberculoso y un grupo de enfermeras. El dispensario fue obra de la Junta de Beneficencia del Atlántico, que con el recaudo del impuesto de sanidad a espectáculos públicos y de lotería construyó esta obra de infraestructura sanitaria en el marco de la lucha contra la tuberculosis. Esta foto corresponde al día de la inauguración, 31 de julio de 1934. *Revista Civilización* No. 203, agosto 31 de 1934.

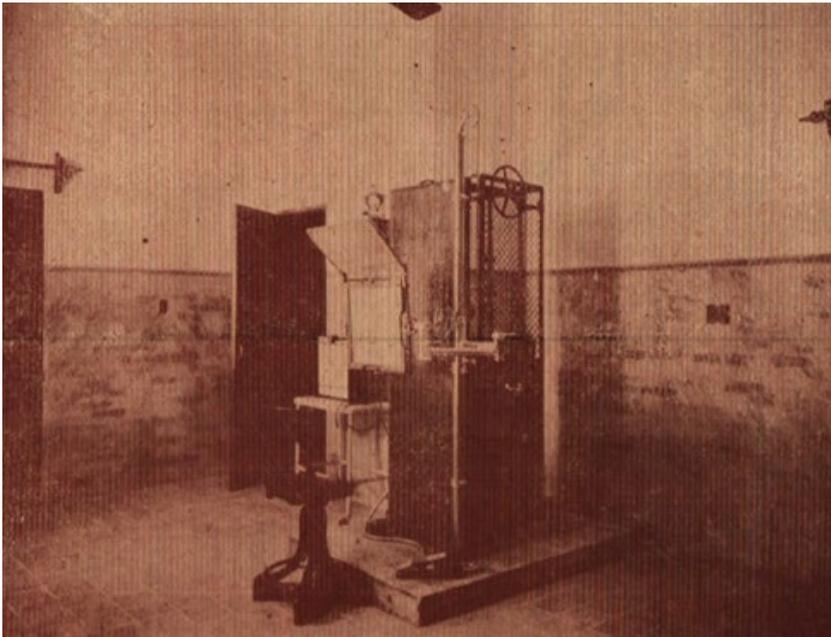


Figura 3: Salón de radiografía del Dispensario Anti-tuberculoso del Atlántico

Fuente: Fotos Tepedino especiales para CIVILIZACIÓN



Figura 4: El Cuchillo fue el órgano de expresión de los zapateros de la ciudad de Barranquilla. Entre sus reivindicaciones se encontraba la vivienda y la lucha contra la tuberculosis.

Capítulo III

**EL DISCURSO MÉDICO SOBRE EL
CUERPO, LA ENFERMEDAD Y LA HIGIENE**

Este discurso médico higienista del primer tercio del siglo xx no puede entenderse sin considerar los códigos socio-culturales y los paradigmas que dominaban ese momento. Categorías como pueblo, raza, degeneración, fatiga, agotamiento, clima, profilaxis, higiene social, bacteriología, alcoholismo, sífilis, tuberculosis, estructuraban los discursos e imaginarios con los cuales se dotaba de sentido la metáfora del progreso y el porvenir de una raza nacional y a la ciudad misma. Toda la primera mitad del siglo xx estuvo saturada de conceptos y teorías que reflexionaban, algunos en tono pesimista y otros con moderación, sobre el futuro de nuestras nacionalidades y nuestros pueblos. Estas preocupaciones, desatadas por las dislocaciones del proyecto positivista de modernidad, motivaron durante todo el siglo xix y principios del xx un enérgico y continuo debate en la búsqueda de la panacea al problema de la “degeneración, la debilidad y agotamiento de nuestras razas”.

El mayor desconcierto ocasionado por la tuberculosis entre las personas, a pesar del descubrimiento en 1882 del bacilo que la causaba, era efectivamente la falta de control médico sobre ella, la complejidad de su contagio y la fata-

lidad social que, según las certezas médicas y sociológicas de la época, provocaba en la sociedad. El consenso médico de principios del siglo xx estableció la teoría del “terreno” para explicar las formas de desarrollo de la enfermedad en el cuerpo humano. En 1909, Nicolás Solano, un prestigioso médico panameño de principios del siglo xx, quien estudió medicina en la Universidad Nacional de Bogotá, explicaba que el contagio se producía si el bacilo encontraba lo que los médicos denominaban “el terreno”. “Es que al lado del germen”, manifestaba Solano (1909):

No solo en la tuberculosis, sino en toda enfermedad infecto-contagiosa, hay que considerar el terreno; porque para ser tuberculoso se necesitan no solamente los bacilos, sino también un terreno que sea apto para su cultivo. [Y, conceptualmente, para Solano] El terreno es la aptitud del organismo para recibir y desarrollar las influencias mórbidas. (p.61)

Diez años después, igualmente Ponce (1919), un médico de la ciudad, reseñaba que un factor determinante para el desarrollo de la tuberculosis era, sin duda, el pésimo estado del agua que consumía la población de Barranquilla, dado que “lesionado el aparato digestivo por otros microbios y parásitos, encuentra el bacilo de Koch, si se ingieren alimentos contaminados, “terreno” propicio para desarrollarse” (p.32). Bajo este marco conceptual, la tuberculosis no era hereditaria como solían sostener otros científicos de la época; lo que resultaba hereditario era el “terreno”. El cuerpo humano debilitado y sin vigor, producto de los excesos del mundo moderno, de las enfermedades endémicas, de la mala higiene y la pobreza, se transformaba en

el “terreno” propicio para la adquisición y desarrollo de la enfermedad, con el agravante de que los cuerpos debilitados y enfermos, según esta concepción, engendraban cuerpos debilitados y degenerados.

En estas concepciones, además, se puede observar una fuerte correlación entre un determinismo geográfico, propio del siglo XIX, (García, 2016)¹⁹ enfermedad y degeneración racial y moral. El discurso médico sociológico del siglo XIX y principios del XX había introducido las teorías socio-raciales que explicaban los progresos materiales de la humanidad en términos geográficos. Es decir, de acuerdo con este discurso existía una especie de geografía para el progreso y la civilización, y otra para la decadencia y la degeneración. Dicho de otra manera, la sociobiología estableció, de acuerdo con una observación histórica, que las zonas de latitudes medias eran franjas geográficas del planeta propicias para el desarrollo de los seres organizados y la civilización; por su parte, los trópicos, eran concebidos como zonas impropias para la vida civilizada. En gran medida, el pensamiento intelectual latinoamericano de finales del siglo XIX y principios del XX estuvo impregnado en sus fundamentos por estas teorías prevalecientes (Helg, 1989)²⁰.

19 Para información sobre la influencia del neo-hipocratismo y la geografía médica francesa en el discurso médico en Colombia en el siglo XIX. cfr. García Mónica, *Entre climas y bacterias: el saber sobre la enfermedad en Colombia, siglo XIX*, Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia, 2016, pp.9-50.

20 Sobre la influencia del evolucionismo social y la teoría de la degeneración América Latina Cfr. Helg Aline, “Los intelectuales frente a la cuestión racial en el decenio de 1920: Colombia entre México y Argentina”. Medellín: Estudios Sociales, Vol. 1, No. 4, 1989; Marichal Carlos, “El legado oscuro de la generación del 900 en América Latina: darwinismo social, psicología colectiva y la metáfora

El trópico, por la falta de dinámica de los estados climáticos, representaba una geografía impropia para cualquier proyecto moderno de sociedad. Dentro del mismo trópico, incluso, los científicos sociales discriminaron las zonas bajas de las altas, considerando a las tierras bajas como geografías propicias para todo tipo de endemia y degeneración moral.

Veinticinco años después de publicada la tesis de Solano –donde se explicaba las causas etiológicas de la tuberculosis, el problema que representaba para la nación y la economía, así como su profilaxis– este tipo de concepciones seguía prevaleciendo en las conferencias leídas durante el quinto Congreso Médico Nacional, que se llevó a cabo en Barranquilla en 1936. En esta ocasión, el médico Simón Medina, cuando disertaba sobre la tuberculosis en Colombia, subrayaba el factor climático como una fatalidad para los pueblos que habitan estas zonas. “Una de las causas de la debilidad de nuestra raza”, expresaba Medina, “lo que la hace apta para adquirir la tuberculosis, se debe en gran parte al clima estático en que vivimos” (Medina, 1936, p.225). El clima –según esta aseveración– es un elemento

médica”, en Granados Aimer, Matutes Álvaro y Urrego Miguel Ángel (Editores), *Temas y tendencias de la historia intelectual en América Latina*, Morelia, Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Centro de Investigaciones Históricas, 2010; Schwarcz Lilia M, *El espectáculo de las razas: Científicos, instituciones y cuestión racial en el Brasil, 1870-1930*, Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes, 2017; Villegas Vélez Álvaro Andrés, “Raza y nación en el pensamiento de Luis López de Mesa: Colombia, 1920-1940”, *Estudios Políticos* No. 26, Medellín, 2005; McGraw Jason, “Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación moral-racial de la periferia del Caribe colombiano, 1900-1930”, *Revista de Estudios Sociales*, No. 27, Bogotá: Universidad de Los Andes, agosto 2007.

debilitante del ser humano, lo que conlleva a la creación del “terreno” donde la tuberculosis prospera sin obstáculo alguno. Para Medina (1936):

Los climas tropicales, sean ardientes, templados o fríos, son inadecuados para el vigoroso desarrollo del pueblo en general a causa de la monotonía y uniformidad que oprime y embota las facultades; que las enfermedades propias de nuestra zona son debilitantes en alto grado, predisponen naturalmente a la receptibilidad de la tuberculosis. (p.228)

En esta misma línea de pensamiento, José María Oricoechea Loaiza, un joven médico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, empeñado en validar y convencer sobre la eficacia del Suero Maragliano como terapéutica antituberculosa (Maragliano, 1907)²¹, destacaba el peligro que desempeñaban algunas enfermedades y las malas condiciones de higiene como vectores peligrosos de la tuberculosis. Para él

el alcoholismo desempeña un papel importante en el desarrollo de la tuberculosis y como degenerador de la raza. El paludismo, predispone a la infección por el bacilo de Koch, aminorando las resistencias orgánicas; la anemia tropical produce predisposición a la infección por las mismas razones; las enfermedades eruptivas, la gripa, llamada enfermedades tisiógenas, predisponen al desarrollo de la tuberculosis; las del aparato digestivo; la diabetes, las enfermedades infecciosas,

21 Eduardo Maragliano, fue un médico genovés, que en 1905 dio a conocer el invento de un suero contra la tuberculosis. Según este médico, “existía una sustancia defensiva antitubercularia que se podía crear en el medio orgánico de los animales, para después extraerla y aplicarla a la clínica humana”.

la mala higiene, el aire viciado y confinado, las privaciones, la miseria, etc. Todos estos factores repercuten directamente sobre el organismo modificando el terreno, disminuyendo su resistencia y aumentando la virulencia del bacilo de que es portador. (Oricochea Loaiza, 1928)

En todo caso, estos discursos articulaban tuberculosis con elementos climáticos, sociales y culturales. Lo interesante de toda esta retórica higienista es la plataforma profiláctica impulsada que, de algún modo, implicaba la construcción de un nuevo sujeto y la reorganización urbana. Pero, al mismo tiempo, esta plataforma escondía en sí misma, la angustia y la perplejidad por el inexorable contagio de la enfermedad. El bacilo estaba en todas partes: en la escuela, en la calle, en el hospital, en el club, en la cárcel, en la vivienda, en el matadero, en fin, en cualquier lado podía sorprender de forma silenciosa e imperceptible. Cuando la fiebre y la expectoración aparecían de repente, en la mayoría de los casos había poco que hacer. Si bien los médicos y curanderos promovieron una infinidad de remedios, algunos de los cuales bastante exóticos, casi siempre resultaban sin ningún tipo de eficacia. En efecto, en 1919, cuando la tuberculosis afligía sin piedad a la población de Barranquilla y de la costa Caribe en general, un médico de la población de Lorica señalaba que:

De todas las enfermedades descritas en patología, la que más ha dado que hacer a la Terapéutica es la tuberculosis pulmonar; y hasta el presente, el médico al aplicar cualquier medicamento cualquier tratamiento moderno, la desilusión en ocasiones, es la recompensa que obtiene de sus afanes. Desde la creosota hasta el tratamiento del doctor Le Mónaco, todas

han sido vanas esperanzas; este último tratamiento de la tisis pulmonar, si bien tuvo o tiene sus adeptos, no ha dado los resultados pregonados por ellos, pues la enfermedad continua su curso con todo el cortejo de síntomas que la caracterizan; solo he observado que, en varios casos, ha disminuido la expectoración y ha aumentado la elevación térmica a la primera serie de inyecciones de sacarosa. El primer síntoma es halagador para el paciente porque el desgraciado se engaña así mismo, porque ve disminuir la secreción diaria, y más porque esta clase de enfermos, ve en todo medicamento nuevo, el salvador que ha de calmar sus sufrimientos, pero el médico observador ve con tristeza la vana esperanza que abriga su enfermo, y solo le queda el deber de consolarlo aumentando su triste engaño. (Tuñón, 1919, p.3)

El avance de la tuberculosis planteaba un doble problema para la sociedad. En primer lugar, representaba un problema político y económico, en la medida en que Barranquilla era el puerto de entrada y salida de una proporción importante de exportaciones e importaciones del país. Los acuerdos sanitarios internacionales obligaban a las autoridades del orden nacional, departamental y local a contrarrestar las condiciones que facilitaban la contaminación y el contagio de enfermedades. El imperativo era ofrecer puertos seguros. Puerto Colombia, que para las primeras décadas del siglo xx se consolidó como puerto, era un sitio con pocas facilidades sanitarias y cuya estación sanitaria era bastante modesta en términos materiales y técnicos. En efecto, la tuberculosis estaba repartida en toda la población y los con-

troles del puerto, al parecer, eran poco efectivos (*Boletín de Medicina e Higiene*, 1919)²².

En segundo lugar, la tuberculosis, por su etiología y el carácter racializado que impregnaba las imágenes y conceptos que se tenía de ella, obligaba a pensar, desde algunos ámbitos académico-científicos, en el deterioro inminente que a corto plazo esta enfermedad ocasionaba a la población local y nacional, en gran medida a los obreros. El tuberculoso era concebido como un ser debilitado y esta condición era heredable. De acuerdo con este criterio la población estaba en alto riesgo de degeneración.

El concepto de fatiga, agotamiento y degeneración encontraban su respaldo teórico en el desarrollo de las ciencias naturales como la Química, la Física, la herencia y la Fisiología (Roldán, 2010, p.644). Desde estos saberes se estructuró una concepción organicista del cuerpo cuyo funcionamiento fue equiparado al de la máquina, símbolo del progreso y la modernidad. El funcionamiento del cuerpo dependía de la combustión de materia orgánica y en ese proceso de la nutrición, donde el oxígeno es determinante, se producen la energía y el calor corporal.

En un Congreso de higiene y demografía desarrollado en España, Enrique Lluria, un médico y sociólogo cubano-es-

22 Durante los primeros meses de 1919, las autoridades sanitarias del país discutieron las causas que permitieron la entrada de la Gripe española. Uno de las explicaciones que ofrecía la Junta Central de Higiene fue la falta de control en Puerto Colombia, planteamiento que motivó un debate con las autoridades de Barranquilla y del departamento Atlántico. Para ese momento el Inspector de Sanidad de los Puertos del Atlántico era el doctor Miguel Arango.

pañol, explicaba y diferenciaba los conceptos de fatiga y agotamiento en los siguientes términos:

La fatiga es la alteración pasajera de la normalidad del substractum orgánico, por un gasto excesivo de fuerzas, mientras que el agotamiento lo definimos como la alteración definitiva del substractum orgánico, por un gasto excesivo de fuerza. (Lluria, 1900, p.120)²³

Esta condición, propia del cuerpo humano, bajo el sistema social imperante, imponía, según Lluria, la necesidad de cuidar el cuerpo humano de excesos que sacrifique la economía, la sociedad y la raza. Para este médico:

Mantenerse dentro de los límites fisiológicos tiene gran importancia, no solo para la salud del individuo, sino que también, y aún mayor si cabe, para la conservación y mejoramiento de la especie. Un individuo sano que conserve íntegra su estructura molecular, transmite a sus descendientes, íntegra también, su propia constitución; pero todo individuo que siendo sano gaste más fuerza de la que le corresponde, ese individuo no puede legar su constitución a sus descendientes; ese individuo engendra degenerados. (Lluria, 1900, p.114)

Lo que se quiere reseñar, es que todo el primer cuarto del siglo xx estuvo influenciado por estas teorías sobre el cuerpo y su funcionamiento. Estos eran los presupuestos teóricos basados en los cuales los intelectuales y académicos del momento pensaron a la sociedad, al ser humano y

²³ Todo el análisis que hace Enrique Lluria sobre fatiga, agotamiento y degeneración, está basado en las ideas de Philippe Tissié y Angelo Mosso.

al mundo. No se trataba de una perspectiva homogénea. Como en el fondo del problema estaba en juego el porvenir de las razas, particularmente, la raza latinoamericana, las posiciones estaban divididas. Los enfoques eurocéntricos basados en la teoría de la degeneración de Bénédicte Augustin Morel y la genética de Mendel sentenciaban un futuro desalentador para Latinoamérica. La acción deletérea del clima tropical y la herencia de nuestros ancestros, según esta visión, degeneraba a los pueblos que habitan esta geografía.

Otros, mientras tanto, estructuraron un discurso y una racionalidad que entendió a la salud y a la enfermedad de la población como la piedra angular de su decadencia, que, en consecuencia, exigía la intervención del Estado, (Stepan, 1985; Zimmermann, 1993; Castro Gómez, (s.f).

No debemos perder de vista, además, que los esquemas culturales europeos concebían el cuerpo humano como un mecanismo (Roldán, 2010; Caponi, 2009)²⁴. Dentro de estas

24 Estas metáforas del cuerpo como máquina, de la energía como capital y de la fortaleza biológica como vitalidad racial (Castro Gómez, s.f) fueron determinantes en las elaboraciones discursivas de los teóricos europeos y latinoamericanos de principios del siglo xx sobre la degeneración del cuerpo humano. El telón de fondo de todas estas concepciones era el proyecto de la modernidad capitalista industrial. Los fisiólogos Angelo Mosso y Phillippe Tissié analizaron con preocupación la objetividad de la fatiga y sus efectos sobre la economía y el cuerpo humano. La fatiga y la degeneración eran presentadas como resultado de la industrialización, por tanto se requería de la formulación de un plan de reforma social que contemplara la racionalización del tiempo de trabajo, la higiene enfocada hacia el cuerpo y su adiestramiento físico, la nutrición y la vida material. Para una reflexión comparativa sobre las obras Mosso y Tissié y fisiólogos argentinos como Romero Brest, Baillet Massé y Augusto Bunge.

concepciones emergieron las panaceas regenerativas que impulsaban, de un lado, la educación física, en el objetivo de construir el cuerpo requerido por la modernidad, (Pedraza, 1997). Por otro lado, el impulso de las nociones modernas de lo pulcro, lo limpio, lo sucio, lo fétido, el buen vivir, el aseo del cuerpo, la buena alimentación y, además, el cálculo y conocimiento de los entornos y los grupos humanos junto con sus padecimientos (Foucault, 2007 y 2002)²⁵.

En Colombia las premisas de este debate pueden vislumbrarse en la discursiva de la prensa a lo largo y ancho de la primera mitad del siglo xx. La imaginación publicitaria, que buscaba acaparar la atención de la mayor parte del espectro social, dejaba entrever las prácticas socioculturales de la época. Entonces, nociones como “debilidad”, “raquitismo”, “falta de vigor”, “tuberculosis” se vuelven recurrentes en la trama discursiva comercial que combinaba el poder de la imagen con ingeniosas narraciones. En los comerciales del reconocido Emulsión de Scott, puede apreciarse con nitidez los enunciados de un problema social de la época. “El ilustrísimo y reverendo señor arzobispo de Guatemala”, dice el comercial, “bendice a los inventores de la *Emulsión de Scott*. Toda persona extenuada y debilitada, física o mentalmente, encuentra en la *Emulsión de Scott* el agente más poderoso para restablecer las fuerzas del cuerpo y el vigor cerebral. Es el remedio más eficaz para combatir la Tisis, la Anemia y el Raquitismo” (*El Comercio*, 25 de agosto de 1910). Otro

25 Foucault denominó este proceso con el concepto de Biopolítica, entendida como una tecnología de gobierno que piensa al ser humano como una estructura individual y social que se construye para un engranaje económico y político.

anuncio destacaba que “*Somatose* brillantemente calificada desde hace muchos años por sus excelentes efectos en Anemia, Clorosis, Debilidad general, Convalecencias, Puerperio, niños enfermizos e inapetentes”.

Estas narrativas publicitarias forman parte de los códigos o marcos de referencia de la época sin el conocimiento de los cuales se hace imposible la comprensión de la agenda médico-higienista. En medio de estos contextos los médicos higienistas articularon sus discursos, enérgicos, en algunos casos, y dispares. Mientras unos veían con pesimismo (Jiménez López, 1920; Muñoz Rojas, 2011)²⁶ veían con pesimismo el progreso, por la inevitable degeneración de la raza de los trópicos; otros, en cambio, expresaban optimismo y destacaban el papel determinante de la higiene social para la regeneración racial (Muñoz Rojas, 2011)²⁷.

El discurso del médico e higienista Miguel Arango se enmarca dentro del anterior universo de nociones y conceptos, que en su ideario, se entrecruzan e imbrican constituyendo marcos de interpretación socioculturales donde encajan nociones dispares como humores, enfermedad, bacterias, consanguinidad y climaterapia. No es casual, entonces, que su labor médica esté dirigida al problema de

26 En el mes de mayo de 1920 se verificó un debate en el teatro Colón de Bogotá sobre el problema de la raza en Colombia. La discusión se desarrolló alrededor de la tesis de Miguel Jiménez López, médico siquiatra según la cual la población colombiana estaba en proceso de degeneración permanente producto de los efectos adversos del clima tropical sobre las personas y de los vicios heredados de nuestros ancestros. Hay una reedición de estas conferencias elaborada por la Universidad del Rosario, con una excelente presentación de Catalina Muñoz Rojas.

27 Entre quienes sostenían la tesis contraria se encontraba Jorge Bejarano, médico y Simón Araujo, pedagogo.

la tuberculosis y de la niñez, dos elementos fundamentales de la agenda médico-higienista impulsada por los gobiernos latinoamericanos desde finales del siglo XIX con el fin de adecuar las estructuras urbanas a los requerimientos del capitalismo internacional, que exigía puertos, ciudades y circuitos económicos libres de toda enfermedad. También esta agenda promovió la imagen de un hombre higiénico y vigoroso, libre de los vicios que resentían las fuerzas vitales necesarias para la economía. El aparato estatal hizo acopio del discurso médico bajo la forma de estructuras institucionales que direccionaran la política sanitaria nacional. Sin embargo, estas acciones estatales resultaron en un rotundo fracaso.



Figura 5: La Prensa, enero 16 de 1929

The image displays three distinct vintage advertisements for medicinal products, arranged in a grid-like fashion. The top-left advertisement is for Brandreth pills, featuring a woman's profile and text in Spanish. The top-right advertisement is for Lanman & Kemp's cough medicine, with a tree logo and vertical text. The bottom-left advertisement is for Alcock plasters, with a signature and descriptive text. The bottom-right advertisement is for Lombri/Solitaria and Globulos Secretan, with a decorative border and detailed text.

Brandreth Pills Advertisement:
Fundada 1752.
Cuando Quiera Vd. Píldoras,
tome las de **Brandreth**
Puramente Vegetales.
Siempre Eficaces.
Para el Estrechimiento Crónico.
Las Píldoras de BRANDRETH, purifican la sangre, activan la digestión, y limpian el estómago y los intestinos. Estimulan el hígado y arrojan del sistema la bilis y demás secreciones viciadas. Es una medicina que regula, purifica y fortalece el sistema.
Acérque el grabado a los ojos y verá Vd. la píldora entera en la botica.
Para el Estrechimiento, Vómitos, Somnolencia, Lengua Sucia, Aliento Fétido, Dolor de Estómago, Indigestión, Dispepsia, Mal del Hígado, Ictericia, y los desarreglos que dimanen de la impureza de la sangre, no tienen igual.
DE VENTA EN LAS BOTICAS DEL MUNDO ENTERO.
40 Píldoras en Caja.
B. Brandreth

Lanman & Kemp Advertisement:
LA TOS Y
PECTORAL DE ANACAHUITA
AFECIONES PULMONARES
REMEDIO SEGURO PARA
PREPARADO POR
LANMAN Y KEMP
NEW YORK
EL BAISANO POR EXCELENCIA
CURA LA TOS MAS PERTINAZ Y HA PRODUCCO CURAS ASIMILARES EN CASOS DE TISIS PULMONAR UNIFORME.
INFALIBLE

Alcock Plasters Advertisement:
Fundada 1847.
Emplastos Porosos de Alcock
Remedio universal para dolores.
B. Brandreth
Donde quiera que se sienta dolor aplíquese un emplastro.

Lombri/Solitaria and Globulos Secretan Advertisement:
LONBRIZ SOLITARIA
en GERACOS CURITA en S. MORAN, con los **GLOBULOS SECRETAN**
FARMACIA LOMBRI Y FRANCO
CASA BARRANQUILLA
DISTRIBUIDORES EN LAS BOTICAS DE PARAGUAY
DISTRIBUIDORES EN LAS BOTICAS DE PARAGUAY
DISTRIBUIDORES EN LAS BOTICAS DE PARAGUAY

Figura 6: Anuncio de prensa de la época

NIÑA QUE SE MORIA
DE
**Raquitismo
y Escrófula**



LUCILA CALDERON

Curada Radicalmente con la
Emulsión de Scott

“Mi hija Lucila desde los primeros años de su edad era atacada de ataques espasmódicos. Pade- cía de Raquitismo, de enfermedad supurativa de los ojos, llegando á tener nubes en uno de ellos.”

“Cuando ya habíamos perdido todo esperanza de salvarla, fuimos aconsejados de darle la **EMULSION DE SCOTT.**”

“Apenas habia termina- do el tercer frasco, em- pezó á mejorar visib- lemente hasta ponerse completamente bien. Ha llegado á los seis años robusta y sana, y declaro, con toda justicia, y con la convicción de una madre agradecida que debemos la salvación de nuestra hija á la maravillosa **EMULSION DE SCOTT.**”

—CARMELA A. DE CALDERON, Quillota, Chile.

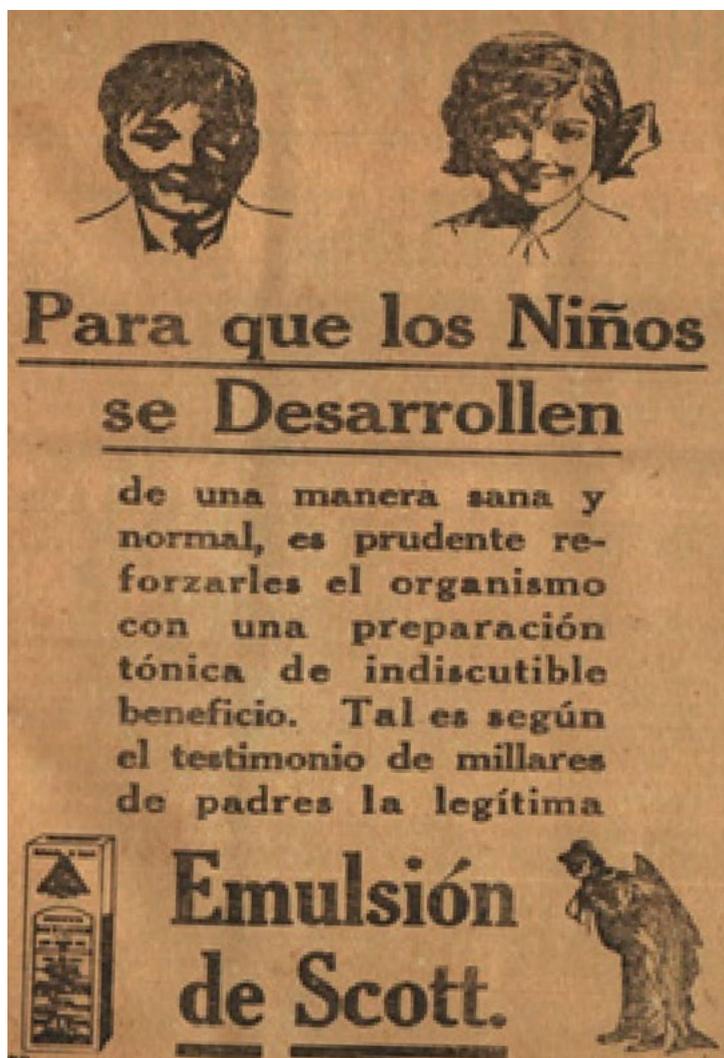
Pidase EMULSION DE SCOTT y no de- jarse engañar con imitaciones que Llevan Nombres Parecidos. Exíjase Esta Marca.



SCOTT & BOWNE
Químicos Nueva York

3510

Figura 7: El Derecho, marzo de 1916



**Para que los Niños
se Desarrollen**

de una manera sana y normal, es prudente reforzarles el organismo con una preparación tónica de indiscutible beneficio. Tal es según el testimonio de millares de padres la legítima

**Emulsión
de Scott.**

Figura 8: La Nación 29 de octubre de 1917

Capítulo IV

**IMAGINARIOS SOBRE TUBERULOSIS
Y LA CIUDAD**

El problema que representaba la tuberculosis, por la incapacidad de la medicina para formular un tratamiento eficaz, y la causa externa de propagación, el bacilo de Koch que la producía, la convirtió en enfermedad con una doble dolencia crítica: una anatómica y otra social, o moral, si se quiere. Estas circunstancias generaron un buen número de significaciones, metáforas e imágenes con respecto a la tuberculosis y al tuberculoso. Por ello creemos que el discurso médico que se tejió alrededor de esta enfermedad fue determinante para el surgimiento de las representaciones sociales del tuberculoso y de la tuberculosis (Carbonetti, 2014).

Durante todo el siglo XIX esta enfermedad era asociada con poetas, escritores y bohemios. A la vuelta del nuevo siglo surgieron otras asociaciones y metáforas que poblarían el imaginario social: la tuberculosis se transformó así en la enfermedad de la miseria, de los excesos y la acumulación, al mismo tiempo que es la enfermedad de la oscuridad (Sontag, 1977). Todo el discurso médico higienista de finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX relacionaba la tuberculosis con la miseria y la falta de higiene en que

vivía la mayoría de las personas en las ciudades, por esto, además, fue representada como una enfermedad urbana. Era una perspectiva ambientalista del contagio y de la cura de la enfermedad. La falta de condiciones salubres en la ciudad fomentaba una atmósfera predispuesta a la tuberculosis. Estas convicciones estaban adscritas a una doble matriz: primero, al concepto mecanicista de la enfermedad, que propone a los ambientes y al aire alterado con vectores de la enfermedad y, segundo, la medicina microbiana pasteriana que explicaba la enfermedad a partir del microbio (Roy, 2002; Corbin, 1982; Márquez Valderrama, 2005). De tal forma que la mirada médica en Barranquilla se debatía en un escenario complejo donde la concepción clásica y moderna coexistían en los discursos.

Las narrativas higienistas de principios de siglo xx describen a Barranquilla como una ciudad de pésimas condiciones ambientales e higiénicas y con deficiente equipamiento urbano: calles polvorientas y malolientes, basuras por doquier, aguas desechadas y contaminadas que rodeaban las viviendas, que convertían calles y carreras en entornos complicados. Dos de sus principales barrios fueron descritos como verdaderos arrabales insalubres donde no llegaba ni la luz del sol; la higiene brillaba por su ausencia y el hacinamiento se aumentaba cada día.

San Roque y Rosario, eran los focos de la tuberculosis; allí vivía una población mísera que cada día aumentaba dramáticamente por la inmigración hasta generar un panorama sobrecogedor. Los dictámenes higienistas del momento

consideraban lo anterior como factores que transformaban zonas de la ciudad en verdaderas zonas tuberculizables por la acumulación, la densidad y las viviendas insalubres. Arango (1918), al referirse a la acumulación del mundo urbano, afirmaba:

El hombre, obedeciendo a su sociabilidad, ha formado agrupaciones en todo tiempo, creando así las aldeas y ciudades para atender mejor a los mutuos intereses y necesidades. Las agrupaciones humanas son de ese modo consecuencia de la evolución del hombre en la tierra, necesarias al progreso y a la civilización. Mas lo malo es que esta necesidad ha llevado a la mucha acumulación que marca el índice higiénico del mundo urbano. Como consecuencia de esta vida de las agrupaciones de hombres, se desarrollan ciertos factores de grande importancia, que no existen en el medio rural, cual es la aireación insuficiente, la falta de luz y de sol, acumulación y poco alejamiento de deyecciones e inmundicias, enfermedades del medio social, como la sífilis, y el alcoholismo,... la tuberculosis encuentra de ese modo en las ciudades medio apropiado para su propagación y esto en razón directa a la densidad de esas agrupaciones. (p.444)

Esta afirmación asociaba la ciudad con lo insalubre y la contaminación. Se consideraba la concentración humana en los centros urbanos como grave problema, dado que la densidad de población impide la circulación del aire limpio y la luz, necesaria para la salud. La ciudad, de acuerdo con este discurso, resultaba un mal necesario; como espacio de los seres humanos, padecía un mal congénito que la predisponía a la tuberculosis. En esta retórica higienista se ad-

vierte el empleo de nociones binarias, con las cuales Miguel Arango destaca dos entornos divergentes: la ciudad y el campo, o mundo natural. “En la vida en el campo y en el medio natural”, afirmaba el higienista al referirse al campo, “el hombre está rodeado de circunstancias favorables a un sano vivir: habitaciones aisladas por todas partes, con rica vegetación, aire más puro, luz vivificante y calor fecundante del sol. En ese medio la salubridad es lo ordinario y la insalubridad accidental y limitada, proviniendo esta del hombre mismo y no del medio”. En contraste, la ciudad remitía a unas significaciones enteramente negativas; se consideraba un ente artificial “donde el aire se vicia no solo por los hombres sino también por otros animales que con él viven, y donde los rayos caloríficos y luminosos del sol luchan por vencer la atmósfera de polvo, humo y gases, dando lugar a la oscuridad y humedad de las habitaciones” (Arango, 1918).

Por otro lado, como la ciudad carecía de los componentes esenciales del campo y de la vida rural, al mismo tiempo que sufría los efectos de la falta de equipamientos urbanos, que hicieran la vida más llevadera; la tarea higiénica, según los higienistas, consistía en el diseño de una cura higiénico-climática. Este tratamiento privilegiaba el régimen y no la medicina. Es decir, buena alimentación, ambientes provistos de aire sano y reposo absoluto. Miguel Arango, en la única cartilla conocida para combatir la tisis en Barranquilla, afirmaba en tono severo que

huyamos de los charlatanes, de las medicinas de patente que se denominan específicos y gastemos mejor el dinero en pro-

curarnos amplios dormitorios, estadías en el campo y buena alimentación... el tratamiento de la tuberculosis debe ser más higiénico que medicamentoso. (Arango, 1925)}

Esta afirmación pone en evidencia un contexto histórico marcado por proliferación de tratamientos exóticos contra la tuberculosis, que con mucha frecuencia ofrecían algunos médicos, pero que la mayoría eran recetas de “charlatanes”.

En todo caso, los higienistas planteaban que la profilaxis debe empeñarse en “aproximar el medio urbano, donde el hombre se agita y vive de manera interna, a la vida natural pura”. Esta “ruralización” de la ciudad era el eje central de la agenda higienista en Barranquilla durante los primeros treinta años del siglo xx. Por ende, la lucha contra la tuberculosis exigía reformular la ciudad y promover una agenda de valores profilácticos que buscaba forjar lo que Diego Armus denomina el *hombre higiénico*. Para darle consistencia a sus reflexiones sobre la higienización y naturalización de la ciudad, Arango acude a una metáfora creada por el médico francés Johann Peter Frank: “hacer del niño un pequeño campesino; cambiar la vida urbana por la agreste; reemplazar la privación del sol por la exposición a él; el temor al frío por su búsqueda; los ejercicios intelectuales por los musculares; en una palabra, [*vivir la vida natural: esa es en realidad para la tuberculosis hereditaria la verdadera profilaxis*]” (Arango, 1918; Armus, s.f; Leyton & Huertas, 2012; Benchimol, 1992)²⁸.

28 Estas imágenes sobre la utopía de una ciudad natural, resplandeciente y colmada de aire puro dominaron todo el pensamiento higienista y urbanista latinoamericano de finales del siglo xix y princi-

Consideramos que estas representaciones sobre el “verde” o la “vida natural”, formuladas por los higienistas de la ciudad encontraron algún eco en sectores de la sociedad, sobre todo en la prensa. Durante las tres primeras décadas del siglo xx, proliferaron en la ciudad publicaciones periódicas que mostraban con insistencia la falta de árboles y la ausencia de parques. “Cuando se mira a Barranquilla desde un hidroavión, más parece un bosque con casas que una ciudad con árboles”, registraba un editorial en 1923. “Desde aquí”, afirmaba el editorial, “desde nuestras arenosas vías no nos damos cuenta de los árboles que hay en la Ciudad. [...] Barranquilla es una ciudad sin parques, es decir, sin pulmones” (*Diario del Comercio*), Hay que sacar los árboles a la calle, 1923, p3).

Esta necesidad de “pulmones”, de aire puro y de arborización, sugerida por los higienistas, estimuló a quienes impulsaban, con insistencia, campañas de higiene y ornato en la ciudad. La nota editorial, de un reconocido periódico de Barranquilla, convocaba a la ciudadanía al mejoramiento local y destacaba que “así podrían crearse premios

pios del xx. En Buenos Aires, este discurso destacaba tres imágenes del verde urbano: el verde como pulmón, el verde civilizador y el verde para la recreación. Este imaginario higiénico se movía igualmente en imágenes binarias, entendía la ciudad como un cuerpo humano, que se enferma, y los parques como pulmones, espacios verdes cuya función era renovar el aire. Por su parte, en Santiago de Chile el proyecto reformador de Vicuña, se movía dentro del imaginario de reforma urbana que contemplaba la reformulación de los espacios para dinamizar los elementos determinantes en la vida humana, entre ellos el aire, el agua y el verde, mientras que en Río de Janeiro en la segunda mitad del siglo xix, los planes de modernización de Pereira Passos, basados en la plataforma higienista de la medicina social, incorporaba justamente la aireación de los espacios vitales de la ciudad, para lo cual el verde de los árboles fue determinante. La cursiva es nuestra.

a la mejor casa que se construyera en el año; para el frente mejor presentado; para el árbol mejor cultivado en las calles que por su anchura permitan la arborización sin perjuicio del tráfico” (Diario del Comercio, 1923). En 1918, en plena época de epidemias en Barranquilla, un diario local abordaba el complejo problema de la arborización de la ciudad. Con tono sensiblemente ecologista se refería a “los árboles como nuestros hermanos que merecen por tanto toda suerte de acatamientos”. Se interrogaba el editorialista “¿qué vida hay entre los humanos que sirva únicamente para el bien? La sombra, la frescura, la producción de oxígeno que alimenta nuestra respiración, alegra la vista y le da descanso”. En esta defensa del árbol para la ciudad recalca la importancia de “educar y fomentar en los niños, futuros ciudadanos, el amor a los arbolados; y enseñarles que quienes siembran árboles y los cuida con solicitud, no hace gracia alguna sino cumplir un deber trivial; y que quien los destruye con móviles fútiles y engañosos comete un acto impropio anatematizado por la civilización” (*El Derecho*, 1918)

La falta de arborización, de parques, plazas y cualquier tipo de equipamiento urbano en Barranquilla, la pobreza rampante, la proliferación de epidemias y endemias que mermaban su población, ponían al descubierto la necesidad de un proyecto sistemático de ciudad moderna. Al tiempo resaltaba la falta de voluntad para impulsarlo entre quienes dirigían la ciudad (Primer y Segundo Congreso de Mejoras Nacionales, 1917 y 1921)²⁹. Todavía en 1939 un diario de la

29 Realmente era un problema nacional que todavía en los años veinte mantenía vigencia. Aunque desde finales del siglo XIX se había introducido en el país las discusiones urbanísticas de moda, al menos

ciudad publicaba con insistencia un aviso de la Sociedad de Mejoras Públicas, en el cual afirmaba que “los árboles brindan sombra amiga a todos; coopere usted en la labor de arborizar a la Ciudad” (*El Herald*, 1939). Desde los años veinte, la revista *Mejoras* impulsó una vehemente y apasionada campaña por el árbol y la arborización de Barranquilla. Todos los informes de esta Sociedad de Mejoras están llenos de notas de todo tipo sobre la importancia del árbol para la vida urbana y para la salud humana (*Revista Mejoras*, 1938). Una copiosa literatura sobre el árbol y su importancia para la salud humana ocupó la atención de esta revista, desde poesías e imágenes, hasta artículos periodísticos y científicos. Ello significa que el discurso médico higienista sobre la ruralización de la ciudad para prevenir la tuberculosis y otras enfermedades es utilizado por la Sociedad de Mejoras Públicas y planteado en lenguaje cívico y estético.

En todo caso, existía un proyecto de fomento del verde en la ciudad y, en medio de esta arborización, se impulsó el rescate de un árbol propio del ecosistema regional: el matorrón (*Revista Mejoras*, 1938) En enero de 1938, la Sociedad

en Bogotá y Medellín, especialmente sobre el *city planning*, corriente urbanística prevaleciente durante la época, y los llamados “planes de ensanches”, nuestras ciudades seguían conservando su fisonomía tradicional. La modernización de las ciudades colombianas era notablemente desigual, mientras en Bogotá y Medellín los procesos fueron un poco más temprano, en Barranquilla no empezó hasta los años veinte. Un grupo de empresarios antioqueños, entre los cuales se encontraba Ricardo Olano, el más visible de todos, promovieron lo que podría considerarse como los dos espacios académicos más importantes propiciados en Colombia para pensar la ciudad en códigos modernos. Nos referimos a los dos Congresos de Mejoras Nacionales, verificados en Bogotá en 1917 y 1920 respectivamente. Olano fue uno de los enérgicos promotores del *City Planning*, cuya máxima eran la higiene, la estética y la comodidad, pero también la rentabilidad.

de Mejoras informaba a la ciudad que “habían sembrado en distintos sitios de la ciudad 2.100 árboles de Matarratón con sus respectivos corrales”. La misma *Revista Mejoras*, en medio de esta pedagogía cívica sobre el verde, publicó trabajos del botánico barranquillero Armando Dugand que informaban copiosamente sobre la importancia para la ciudad y la salud de sus habitantes el cultivo y protección de este pequeño árbol (Dugand, 1938). En 1945, Ignacio Reyes Posada, imbuido de este ambiente de promoción del árbol de matarratón, manifestaba en bello tono poético que:

Entre los motivos ornamentales de nuestra ciudad, ninguno tan digno del elogio y de la permanencia como nuestro buen árbol de matarratón... Buen amigo, su sombra es oasis de frescura contra el beso ardiente del sol, celestial sembrilla; protesta vegetal contra el furor del trópico encendido... siempre sonriente, todos los rigores del clima se quiebran contra la suave permanencia de su follaje que sólo cede el paso al repetido milagro de su florescencia... Yo no me había atrevido a ensayar este breve elogio del matarratón, de no saber que la secretaría de Obras Públicas Municipal está empeñada ahora en la labor de arborizar íntegramente la ciudad, labor admirable que colocará a nuestro árbol en el sitio que la buena tradición barranquillera le señala. (Civilización, 1926, p.24)

Ricardo Olano fue un referente importante en esta asamblea del árbol en Barranquilla; sus notas y escritos fueron redactados con bastante esmero. Respecto a un estudio sobre arborización que leyó en el Congreso Nacional de Sociedades de Mejoras Públicas en Cúcuta la *Revista Mejoras* manifestaba que “había sido uno de los mejores” (Mejoras, 1941).

En este contexto, la intervención y organización urbana y social de la ciudad y el desarrollo de los códigos higiénicos fueron determinantes para ejercer control de los factores que, según el criterio de los higienistas de la ciudad, provocaban las patologías producidas por la vida urbana y el hacinamiento. Si observamos con atención la plataforma anti-tuberculosis impulsada por los médicos higienistas en Barranquilla a comienzos del siglo xx se pueden apreciar sus concepciones sobre ciudad y las representaciones y significaciones que probablemente se forjaron en el imaginario social. El pánico al contagio respondía al misterio que cubría a la tuberculosis, puesto que el bacilo

se le encuentra en la calle, en las oficinas públicas, en los carros de trenes, y tranvías, y, sobre todo, en las habitaciones de los tísicos y en las salas de los hospitales, en el suelo, y suspendido en el polvo que flota en la atmósfera. Donde quiera que haya hombres o animales domésticos existe el bacilo de Koch. (De la Roche, 1913, p.318)

Esta filosofía de la prevención, negaba tajantemente uno de los actos más sublimes del ser humano: el beso. (Armus, s.f)³⁰ “Uno de los factores que facilitan la diseminación del

³⁰ Armus sostiene un punto interesante respecto al problema del temor al contagio de enfermedades como la tuberculosis y la sífilis a finales del siglo xix en Buenos Aires. En su criterio, al calor de estos temores, motivados por la pavorosa mortalidad y morbilidad, se suscitó una especie de cultura del hombre higiénico resultado de algunos esfuerzos conjuntos entre la medicina, las ciencias sociales y la política. En otras palabras, el Estado articuló un proyecto médico-higiénico liderado por una burocracia profesional cuyo objetivo fue “ofrecer a la élite un entorno urbano seguro y controlable desde el punto de vista epidémico; por otro, alejar a vastos sectores de la sociedad del peligro del contagio en un sentido más amplio y, como resultado de esta operación, incluirlos en el mundo social moderno como trabajadores respetables y eficientes”.

agente patógeno” decía Miguel Arango, es “el beso en la boca, y especialmente a los niños... beso a las imágenes, escapularios, reliquias, etc.” (Arango, 1918; Quevedo, 2000; Medina, 1910, p.455)³¹. Esta convicción proponía que el beso representaba un factor desencadenante de la tuberculosis, por tanto, su práctica debía eliminarse como manifestación afectiva cotidiana. El intercambio de saliva era una forma expedita para el contagio de la enfermedad. “Haced guerra a tan inconveniente costumbre y tened presente que el BESO (sic) es un peligro aun recibido de persona sana, pues esta ha podido ser besada momentos antes por un tuberculoso y ser así un portador del contagio”, sostenía Arango (1925). Al referirse a las expresiones de afecto hacia los niños este higienista manifestaba, “haga todo lo posible por evitar que los niños sean besados, sobre todo en la boca, pues ello es muy peligroso. Es por consiguiente una buena costumbre poner en los sombreritos de los niños el letrero NO ME BESE (sic)” (Arango, 1925). También “los hábitos de untar saliva en los “granos” o pequeñas heridas, untar saliva en la aguja para abrir orejas, limpiar la pizarra con

31 Estas anotaciones del higienista Miguel Arango están relacionadas con los códigos de la higiene moderna. Las medidas profilácticas que él propone son las mismas encontradas en la obra de Pablo García Medina, uno de los fisiólogos más destacados en Colombia hacia finales del siglo XIX y principios del XX, quien contribuyó a la organización sanitaria de Colombia, bajo los conceptos de la medicina bacteriológica, y promovió la relación entre medicina y ciencias experimentales. Según los postulados de Medina era preciso adelantar estudios sobre los contextos climatéricos y sociales de las regiones y localidades del país para construir una geografía patológica de Colombia, en la que la estadística demográfica, la química y otras ciencias jugaban un papel importante. Medina formó parte de la Academia Nacional de Medicina, aparte de ser un empresario. Los trabajos de investigación del médico Miguel Arango en Barranquilla y el Atlántico deben entenderse bajo los postulados de Medina.

saliva, llevar a la boca el extremo del hilo para ensartar la aguja, humedecer los dedos para pasar las hojas de los libros o para contar billetes...” (Arango M. , 1925) debían suspenderse de los hábitos cotidianos. También recomendaba con cierta vehemencia “que los matrimonios entre quienes heredan la predisposición por enfermedad de sus padres, y entre quienes padecían la tuberculosis debían prohibirse”. En su estudio sobre la profilaxis de la tuberculosis de la Roche (1913) afirmaba que:

Rotundamente hay que decirlo de una vez: el matrimonio debe ser prohibido tanto al hombre como a la mujer afectados de tuberculosis con lesiones en actividad en cualquier período de su evolución, ora por el peligro del contagio del cónyuge sano, ya porque de estos matrimonios resultan hijos enclenques y fácilmente contagiados. (p.331)

Los excesos, un término que aludía con reiteración al trabajo, al vicio y al placer fueron asociados insistentemente con la enfermedad. La diatriba contra el alcoholismo hacía parte de los conceptos higiénicos anti-tísicos de principios de siglo.

El alcohol se llama el mejor aliado de la tuberculosis, pues prepara, en el que lo acostumbra, el desarrollo de la enfermedad. Se ha dicho, con razón, que el alcohol prepara la cama al tuberculoso y también que la tuberculosis se toma en el mostrador de la cantina. (Arango, 1925, p.10)

Por igual, empezó a plantearse una racionalidad del espacio y del tiempo laboral de los trabajadores pensando en las

consecuencias mortales que, según este discurso, tenía la sobrecarga de trabajo en los obreros y obreras. De la Roche, (1913) manifestaba al respecto que

en la lucha contra el terreno tuberculizable va envuelta una cuestión social, porque la invasión parasitaria hace mayores estragos en las clases pobres, agotadas por la miseria, el alcoholismo y las enfermedades. (p.332)

Una medida profiláctica para combatir la tuberculosis buscaba racionalizar los excesos que planteaba el marco laboral, De la Roche (1913) sugería:

Mejorar las condiciones de los obreros, elevando sus salarios, disminuyendo sus horas de trabajo, descargándolos, hasta donde sea posible, de impuestos y contribuciones, enseñándoles hábitos de aseo, haciendo que sus habitaciones reúnan buenas condiciones higiénicas, pues la insalubridad es una de las principales causas de la tuberculosis. (p.332)

Todas estas costumbres o prácticas proscritas por los imperativos higiénicos de la época desataron una cantidad de imágenes negativas sobre el tuberculoso y la tuberculosis. Esta enfermedad era asociada la más de las veces con la oscuridad: “la luz es la vida y la oscuridad es la muerte”, afirmaba Miguel Arango para justificar los beneficios de la luz solar para sanos y enfermos. “Allí donde no entra el sol”, sentenciaba Arango, “entra la enfermedad y, sobre todo, la tuberculosis” ... “debemos procurar que la luz solar entre a nuestras casas, recordando que la tuberculosis es la enfermedad de la oscuridad” (Arango, 1925). La tos y el esputo fueron vistos con una fuerte carga de sospecha; las manifestaciones catarrales eran muchas veces síntomas

de tuberculosis. Las notas de Arango registran con insistencia padecimientos catarrales frecuentes en la población del barrio Rosario, atribuidos, según él, a los oficios que hacían madrugar a la mayoría de las personas y a las oscilaciones climáticas (Arango, 1925). Existe una reiterada asociación entre patologías del pulmón o bronquiales con la tisis. Padecer catarro era la antesala de una tuberculosis. Además, las secreciones que producían las enfermedades bronquiales fueron permanentemente objeto de una diatriba de carácter higiénico. Como el bacilo era vehiculado por el esputo de quienes padecen estas enfermedades se convirtió en una preocupación acuciante. En una ciudad sin norma higiénica hacía de todos los espacios, públicos y privados, lugares sospechosos. El bacilo podía incubarse en cualquier rincón insospechado; era invisible a los ojos del más avisado; podía ocultarse en la calle polvorienta y desaseada; en el matadero donde se procesaba la carne de consumo, en la leche, alimento esencial de la niñez, en los alimentos que se expenden en el mercado, en el agua, en fin. Todo un imaginario de asociación entre la tos, el catarro, la gripa con la tuberculosis impregnó las formas de ver y padecer la enfermedad durante esta época.

En la publicidad de la época, que acudía con frecuencia a la imagen y a la prosa para promocionar un medicamento, puede apreciarse estas asociaciones. Empleando la voz del obispo de una localidad mexicana Emulsión de Scott promocionaba el reconocido remedio de la manera siguiente:

Mi parecer con respecto a la gran eficacia de la Emulsión de Scott está fundado en el aprecio que le tiene los perito y los enfermos que la usan. Entre estos, particularmente he oído elogiarla como infalible preservativo y eficaz remedio contra

las enfermedades del pecho y del pulmón. (*Diario El Comercio*, 1910).

Otro medicamento sugería estas asociaciones, destacaba, por ejemplo, que:

De igual manera que en medio del mar embravecido el náutico se agarra con toda su fuerza a la boya y a los restos a que puede asirse el navío, el desdichado que sufre de bronquitis, catarro, asma, resfriado pertinaz, fía su salvación al Alquitrán Guyot. Es más, a veces se consigue dominar y curar la tisis ya declarada. (*Heraldo de la Costa*, 1915)

La metáfora de la guerra pobló definitivamente la imaginación comercial. Al igual que el océano, el cuerpo humano era también territorio de guerra. Sin fortaleza adecuada se convertiría en terreno propicio para el ataque de enemigos invisibles. “Tan pequeñitos, sin embargo ¡qué horribles monstruos!” afirmaba con vehemencia un comercial de *Carbón de Belloc*, refiriéndose al microscópico mundo de los virus que asechaban a la población. Otro anuncio manifestaba “que lo mismo que el cañón mata a los enemigos de la patria, mata el *Alquitrán Guyot* a todos los malos microbios, que son los enemigos de nuestra salud y aún de nuestra vida” (*El Heraldo de la Costa*, 1915). En otra propaganda, *Alquitrán Guyot* utiliza el mito platónico de la caverna y pone en escena dos figuras humanas decrepitas y repugnantes que representan a la tuberculosis y al catarro. Desde el interior de su guarida oscura asechan a la figura humana sana y protegida por el medicamento. “¡Ese hombre es mío, no se me escapa!”, dice la tuberculosis en el diálogo del anuncio, a lo cual el catarro respondió: “hay que renunciar, mi buena amiga ¿no ves que toma *Alquitrán Guyot*? (Heraldo, 1915).

En todo caso, oscuridad y catarro fueron asociados invariablemente con la tuberculosis. Hay una sintonía entre las representaciones médicas sobre la tisis y las metáforas sugeridas por la publicidad. Todas estas imágenes sugieren un cuadro urbano sobrio, carente de una instancia o grupo social que pensara la ciudad con criterios de modernidad. Este pavor colectivo probablemente debió marcar los esquemas de vida de los grupos sociales en la ciudad, especialmente de aquellos que poseían medios económicos.

HAY QUE RENUNCIAR, AMIGA MIA



LA TUBERCULOSIS. — ¡ Ese hombre es mío! No se escapa!
EL CATARRO. — Hay que renunciar, mi buena amiga
¿ No ves que toma Alquitrán Guyot ?

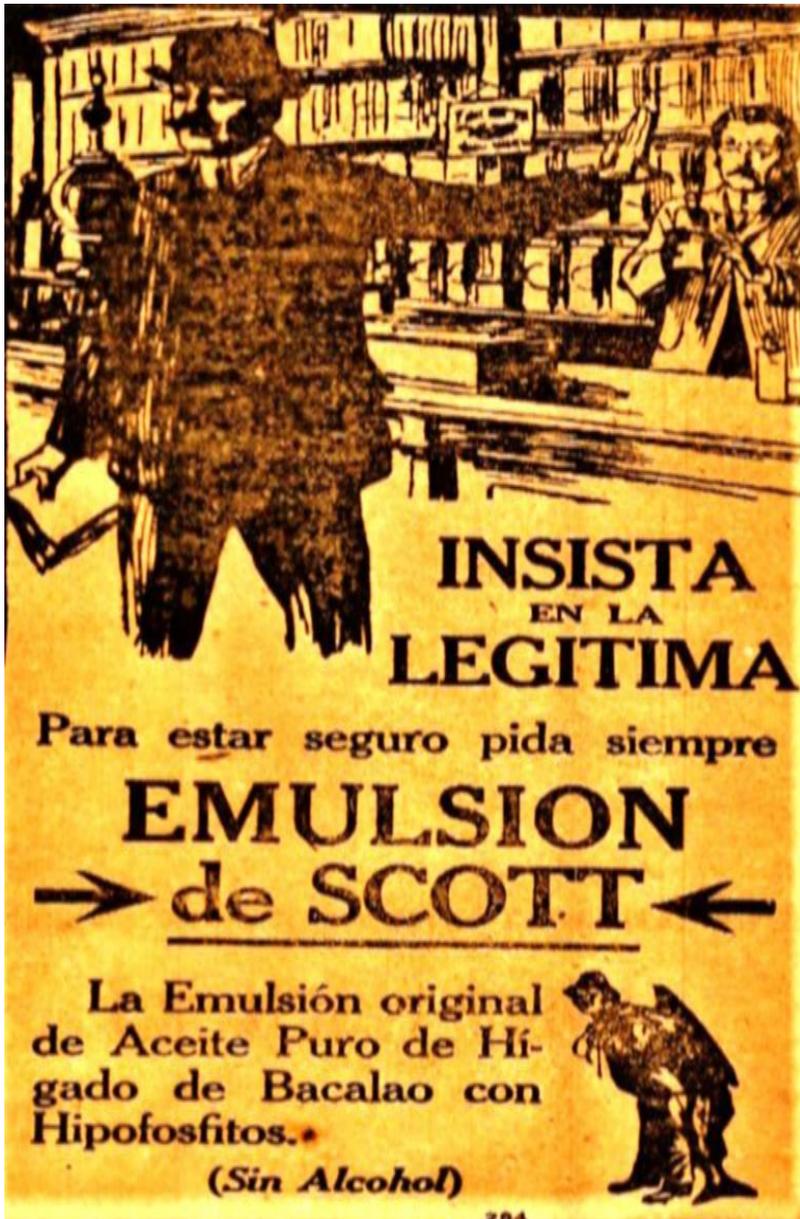
El uso del Alquitrán-Guyot, á todas las comidas y á la dosis de una cucharada cafetera por cada vaso de agua, basta, en efecto, para hacer desaparecer en poco tiempo aun la tos más rebelde, y para curar el catarro más tenaz y la bronquitis más inveterada. Es más; á veces consigue dominar y curar la tisis ya declarada, pues el Alquitrán detiene la descomposición de los tuberculos del pulmón al matar á los malos microbios, causa de dicha descomposición.

¡Desconfiad del consejo, realmente interesado, si, en lugar del verdadero Alquitrán-Guyot, os propusiesen tal ó cual producto! Para lograr la curación de bronquitis, catarros, resfriados antiguos descuidados, y, necesariamente el asma y la tisis, es absolutamente preciso especificar bien en las farmacias que lo que deseais es el **verdadero Alquitrán-Guyot**. Aunque lo mejor para evitar todo error es fijarse en la etiqueta que, si es del verdadero Alquitrán Guyot, lleva el nombre de Guyot impreso en grandes letras y su firma en tres colores; violeta, verde y rojo, al bids, así como las señas: *Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.*

El tratamiento sólo cuesta unos **10 céntimos al día — y cura.**

Advertencia. Como hay personas para quienes el sabor del agua de brea no es agradable, podrán remplazarla con las Cápsulas-Guyot de Alquitrán de Noruega (de pino marítimo pero) y tomar dos ó tres cápsulas á cada comida; las cuales producen idénticos efectos saludables y una curación igualmente cierta. *Las verdaderas Cápsulas-Guyot son blancas, y la firma de Guyot va impresa en negro sobre cada cápsula.*

Figura 9: El Heraldo de la Costa, 1995



**INSISTA
EN LA
LEGITIMA**

Para estar seguro pida siempre

**EMULSION
→ de SCOTT ←**

La Emulsión original
de Aceite Puro de Hígado de Bacalao con
Hipofosfitos.

(Sin Alcohol)

294

Figura 10: La Nación, 1917

REJUVENECIMIENTO



Fuerza y Vigor

REJUVENECIMIENTO
Por medio del tratamiento hormonal del doctor
Richard Weiss, de Berlín

obtendrá usted rápida y segura
mente tomando

VIRILINETS

el compuesto hormonal a base de
extracto de glándulas de animales
jóvenes y sanos.

No contiene drogas ni es excitante
pudiéndolo tomar hasta los años
sin temor a resultados secundarios.
Es sencillamente un estimulante de
las glándulas de secreción interna,
que según los últimos adelantos de
la ciencia, con su funcionamiento
irregular produce la vejez prematu-
ra y el agotamiento físico y mental,
la impotencia, la debilidad sexual,
frigididad.

Las mujeres toman

FERTILINETS

Depositarlos para la República

Víctor J. Santiago

Teléfono 4287—Apartado 851

Figura 11: El Heraldo 1938

CIUDAD, TUBERCULOSIS Y ENFERMEDAD SOCIAL

Teniendo en cuenta que Barranquilla desde finales del siglo XIX crecía incontrolablemente, que sus condiciones locativas y de equipamiento urbano eran desafortunadas y que los índices de mortalidad no descendían, los médicos higienistas marcaron los lineamientos para rediseñar el esquema urbano de la ciudad en el propósito de una reforma social que transformara los patrones de vida carentes de códigos higiénicos modernos y “naciones del buen vivir”. En otras palabras, el Estado central, por medio de la Junta Central de Higiene, las juntas departamentales y municipales de higiene, constituidas por médicos, programaron lo que podríamos denominar la medicalización de las ciudades. En 1913, el Estado, a través de el Consejo Superior de Sanidad, constituido por un cuerpo de especialistas en Medicina, impulsó desde el centro administrativo del país una de las reglamentaciones higiénicas más modernas que debía regentar la vida urbana en nuestro país (*Gaceta del Atlántico*, año III, 1913). Dos años después, en 1915, el Concejo de Barranquilla, mediante Acuerdo número 25 del 29 de diciembre, aplicó las anteriores disposiciones a nivel local

(*Boletín de Medicina e Higiene*, 1916)³². Todo esto correspondía a un plan de intervención médico-sanitaria en la ciudad, dirigido a espacios neurálgicos, denominados por Foucault lugares de acumulación y amontonamiento, esto es, mataderos, carnicerías, mercados, donde se expendían toda clase de alimentos, entre ellos, la leche y la carne y también en cementerios. Asimismo, la medida propugnaba por el “control de la circulación”, esto es la gestión del agua y el aire (Foucault, 1977, pp.13-15). En 1911, la Junta Departamental de Higiene del Atlántico estableció seis meses para que la empresa del acueducto de la ciudad resolviera el problema del agua impotable que ofrecía a la población, que propiciaba la proliferación de enfermedades mortales (*Gaceta del Atlántico*, 1911) “Ejercer el control más severo”, decía el parágrafo 5 del artículo 12 de la Ley 33 de 1913, “respecto de las medidas sanitarias concernientes a los inmuebles, tales como su saneamiento, construcción, agua potable, excusados, desagües, etc”. (*Gaceta del Atlántico* N° 88, diciembre de 1913, p.950).

En 1918, la Junta Central de Higiene expidió algunos acuerdos que marcaban las pautas higiénicas que debían

32 El Concejo de Barranquilla creó la Oficina de Higiene y Salubridad. Este acuerdo definió el personal técnico que debía constituirlo: tres médicos, un veterinario, un vacunador, y otros técnicos adicionales. Al mismo tiempo, se definió el campo de acción y las funciones de esta instancia sanitaria. El artículo cuatro decía, “A la administración sanitaria corresponde los servicios siguientes: la inspección de vías públicas, vehículos de transporte y locomoción, edificios públicos, habitaciones colectivas (pasajes, colegios, escuelas, hoteles, cuarteles, etc.; parques, aseo, drogas, sustancias patentadas, víveres y medicamentos, endemias y epidemias, demografía, estadística, mortalidad y morbilidad, inspección del ejercicio de profesiones médicas”).

seguir todas las construcciones en el país. Estos acuerdos reglamentaban las formas y medidas que debían regir a las construcciones de edificios, viviendas y todo tipo de equipamiento urbano. Recomendaba, por ejemplo, que:

En las zonas de arborización no se permitirá abrir calles de menos de quince metros de ancho. Las calles deben ser rectas como lo permita la topografía del terreno". [Sobre el pavimento de calles y plazas recomendaba que] "debían (sic) ser uniforme, sólido y arreglado de tal manera, que pueda hacerse fácilmente el aseo de ellas. (*Gaceta del Atlántico* N° 69, 1918, pp.535-540)

Asimismo, "la distribución interior de un edificio público o de una casa particular", autorizaba el acuerdo, "deberá ser tal que todas las piezas tengan luz, ventilación y la capacidad necesaria para la salud de sus moradores". En cuanto a los dormitorios indicaba que "debían recibir luz y ventilación directa de un patio, de un jardín o de la calle". Se recomendaba también pintar las paredes con pintura de aceite para facilitar su lavado. Todo indica que desde 1910 hubo un esfuerzo enorme de las organizaciones médicas y de las instituciones sanitarias oficiales, tanto del nivel nacional como del departamental y local para impulsar una agenda urbana moderna basada en gran medida en postulados del higienismo francés y el estadounidense (Márquez Valde-rama, 2005)³³. La mayoría de estos esfuerzos no pasaron

33 Aquí es necesario considerar la presión que ejercían las fuerzas económicas internacionales sobre los países periféricos para adecuar sus puertos e infraestructuras sanitarias a los requerimientos del capitalismo internacional, particularmente a las disposiciones de la Conferencia Sanitaria de Washington de 1881.

más allá del papel: todavía en los años veinte la ciudad de Barranquilla continuaba sufriendo de unas condiciones urbanas precarias y de un problema habitacional crítico, sin una propuesta clara para solucionar el problema (Noguera, 1906; Quesada Romero, 1906; Calvo, 1918)³⁴.

Al respecto, las evidencias muestran que durante casi toda la segunda mitad del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX Barranquilla registraba una estructura urbana precaria. A excepción de la construcción del barrio El Prado en los años veinte, el trazado de la ciudad era irregular y mal concebido; su crecimiento no estuvo organizado conforme a un plan urbanístico sistemático. La ciudad resultaba estrecha e insalubre para una población que crecía permanentemente bajo el impulso de la inmigración, sobre todo

34 Hacia 1906 el médico Oscar Noguera se quejaba de las pésimas condiciones de Barranquilla y la falta de voluntad para cambiar la situación: "Varias son las causas de la insalubridad de Barranquilla" afirmaba Noguera, "la falta de aislamiento de las enfermedades infecciosas; la falta de alcantarilla; y la falta de una inspección de salubridad, con su correspondiente policía sanitaria"; en ese mismo año, otro destacado médico de la ciudad, Pedro Quesada Romero, escribía que "la higiene pública, y aún la privada, está tan atrasada entre nosotros que puede decirse, sin hipérbolo, que no se la tiene en cuenta para nada. Es curioso ver disposiciones, acuerdos, y decretos que se expiden por pura fórmula, como si la salud pública y el progreso de los pueblos, en general, se arreglasen con artículos más o menos literarios", doce años después, en 1918, Oscar Noguera se quejaba de la falta de apoyo de las autoridades municipales a las labores de medicalización que impulsaba la Oficina Municipal para el servicio de Higiene y Salubridad "más habría sido esa labor si hubiera contado con el apoyo decidido de las autoridades, no se han dado bien cuenta de la importancia de la higiene, y pecan por una marcada indiferencia musulmana". El nuevo director de Higiene departamental del Atlántico, en un informe redactado para la Junta Central de Higiene sobre la salubridad en Barranquilla, expresaba con acento de preocupación: "refiriéndome a esta ciudad, lamento tener que informar a usted que el estado sanitario no ha mejorado sensiblemente puesto que la mortalidad en 1918 fue casi la misma que la del año 1917".

de grupos pobres. Entre 1905 y 1928 la población pasó de 40.115 a 139.974 habitantes. Se multiplicó un poco más de tres veces. Este crecimiento se convirtió en un problema para el cual las autoridades no develaron medidas efectivas (Anuario Estadístico de Colombia, 1975; Censo General de la República de Colombia, 1912; Censo de población de la República de Colombia, 1923). No existían parques, plazas, ni sistemas de cloacas o alcantarillas; sus calles y carreras carecían de empedrados.

Las condiciones de vida de los grupos desarraigados, y las dificultades que al parecer padecía un sector social emergente de pequeños y medianos comerciantes, algunos de los cuales eran de otras regiones del país, se convirtieron en una presión demográfica, que hizo que los límites urbanos de la ciudad se creciesen por los costados. La mayoría de viviendas que formaban los entornos en estos barrios, Rosario y San Roque, “eran verdaderos focos de infección”. Los pasajes, como se les llamaba, “son series de localidades o cuartos que están bajo un techo corrido, y separados unos de otros por ligeros tabiques de maderas o de barro” (Arango, 1918, p.438). Algunos de estos pasajes, construidos para tal objeto, ostentaban nombres a la entrada y, según Miguel Arango, “formaban dos series de cuartos paralelos, separados por una callejuela de pocos metros de ancho”; otros, antiguos depósitos, cocheras o establos, fueron adaptados a este tipo de “viviendas”. Arango (1918) ofrece la mejor imagen que sobre los pasajes nos haya dejado cualquier registro. Con humor penetrante y crítico anotaba:

Hacia atrás de esos cuartos hay un angosto corredor, donde la existencia de ciertos enseres y de un fogón indica al visitante que aquel sitio representa la cocina. Como las paredes divisorias entre el cuarto y el corredor son incompletas, ese fogón se encuentra prácticamente dentro del cuarto, y por tanto, los gases de la combustión acaban de viciar aquel aire de suyo ya confinado... Los techos son generalmente de cin, y bajos. Los cuartos apenas tienen la puerta de entrada, a fin de no perder espacio. Se comprende que la ventilación, consiguientemente sea casi nula y en muchos de ellos la renovación parcial del aire se hace a causa de la inhabilidad del carpintero al hacer puertas que no ajustan bien y dejan rendijas que deben tenerse como providenciales... Las dimensiones del cuarto son bien reducidas, y unos cuatro metros de largo por cuatro de ancho formarían un modesto ideal higiénico para cualquiera de los moradores de ellos... Duermen allí dos, tres o cuatro personas, sin contar, por su puesto, animales domésticos, que de esa manera reciben el inmediato cuidado del dueño. (p.439)

Para reforzar la descripción de la insalubridad en que vivían las personas en los barrios del Rosario y San Roque de Barranquilla, el médico Arango empleó una nota del escritor centroamericano Salvador Mendieta, quien definía las condiciones de higiene y salubridad de esta región como infortunadas. Decía:

El piso de las casas no tiene ladrillos. Las aguas sucias se derraman a la orilla de la casa. Lugares excusados no hay, depositándose en el solar las deyecciones e inmundicias. Con el objeto de que unas y otras no molesten demasiado con los

malos olores, se tiene uno o más cerdos, que ya gordos producen además buena ganancia. (Arango, 1918, p.439)

La expansión demográfica de la ciudad, sobre un perímetro urbano cuyo suelo era controlado por unos grupos de élites dedicados a una diversidad de actividades económicas, entre las cuales se pueden destacar la especulación financiera, el comercio, la ganadería y la renta por arriendos, desató un movimiento social por la falta de espacios para vivir y para las actividades de un sector de comerciantes y por los altos costos de las tarifas de arrendamiento³⁵. Al parecer desde el siglo XIX se había activado en Barranquilla un proceso de monopolio del suelo por parte de algunos sectores de la élite local. El mercado de tierras dentro del casco urbano dinamizado durante el siglo XIX y la primera mitad del XX ocasionó un acaparamiento de predios o fincas urbanas en manos de unas cuantas familias. Con el tiempo, muchas de las viviendas de estos grupos, se convirtieron paulatinamente en centros de comercio y habitación de otros actores, mientras ellos, las élites, abandonaban desfavoridos el casco urbano primario para reubicarse en otros escenarios libres de “patologías” biológicas y sociales. (Scobie, 2000)³⁶. Las gruesas rentas que proporcionaba este

35 Desde 1920 se inició en Barranquilla una organización de inquilinos, La Liga de Inquilinos, que empezó a presionar a las autoridades locales y al Gobierno nacional por los altos precios del arriendo en la ciudad. Presionaban al gobierno para derogar la Ley 57 que regía los arriendos.

36 Estos desplazamientos de los grupos de élites hacia los suburbios urbanos, buscando confort, prestigio y seguridad sanitaria, fue una marca de los procesos de transformación que afectaron a las ciudades latinoamericanas durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. En Buenos Aires, por los años de 1890, las familias adineradas emigraron hacia el norte de la Plaza de Mayo buscando dis-

tipo de negocios lo convirtieron en gran fuente de capital para los propietarios, quienes por demás estaban vinculados al poder político local.

Un informe del médico Oscar Noguera en 1914, describía los padecimientos higiénicos que sufría Barranquilla. Se quejaba del estado de cosas de la ciudad, en particular de la proliferación de casas insalubres para el arriendo, sin ningún tipo de control sanitario

Se ha establecido la especulación de construir casas con numerosos cuartos donde se puedan alojar gentes pobres mediante un alquiler semanal y hasta diario, por desgracia no es el sentimiento de humanidad el que ha guiado a esos especuladores. (Noguera, 1915)³⁷.

Estas viviendas, diseminadas por casi toda la geografía de la ciudad, eran los pasajes, que junto a otras construcciones, engrosaron las fortunas de muchos sectores de las élites.

tinción, pero también seguridad sanitaria. Realmente este proceso de desplazamiento de la élite empezó en 1871, considerando el efecto catastrófico que la epidemia de fiebre amarilla de ese año desató sobre la población. Tan solo en el mes de marzo de este año morían más de 100 personas diarias, suscitándose pánico colectivo que resultó en casi el abandono gradual de la ciudad. Para un análisis de los procesos de transformación experimentados por las ciudades de América Latina en el tránsito al siglo xx y los efectos de la higiene y las enfermedades en la vida de los grupos de élites en Buenos Aires.

- 37 En el corazón mismo del sector llamado La Loma, rivera nororiental del caño antiguamente llamado De Arriba funcionó un edificio de pasajes, al parecer estaba dividido en tres sectores, pasajes Castro uno, pasajes Castro dos y pasajes Castro tres, Cfr. Plano de Barranquilla levantado por el Ingeniero Civil General Daniel Ortiz en 1910, en Barranquilla Futura, Informe sobre saneamiento de la ciudad de Barranquilla rendido al Honorable Concejo Municipal por R.W. Hebard & Company, New York, (s.f.p.).

Con los años veinte el panorama social e higiénico de Barranquilla se había tornado bastante complejo. Mientras en otras ciudades del país, como Bogotá y Medellín, las élites habían impulsado procesos de cambio urbanos y sociales, pensados y dirigidos fundamentalmente por instituciones como la Academia Nacional de Medicina y Ciencias Naturales, la Academia de Medicina de Medellín, las Facultades de Medicina y las Sociedades de Ingenieros y la Sociedad de Mejoras Públicas, que existía desde finales del siglo XIX, (Márquez Valderrama, 2005; Botero Herrera, 1996), en Barranquilla no hubo un Ente institucional que pensara la ciudad para intervenirla y transformarla³⁸. Sin embargo, los médicos fueron quienes desplegaron un saber y unos dispositivos sobre lo que debía ser la ciudad. A lo largo de este estudio hemos demostrado cómo los higienistas de la ciudad articularon un discurso de medicina urbana moderno, en el cual proponían los protocolos para una ciudad higiénica y un ser humano higiénico.

La expansión del contagio de la tuberculosis en la ciudad generó la aplicación de dispositivos de desinfección de las viviendas infectadas por personas que padecían la enfermedad. La medida resultó poco útil. La mayoría de las vivien-

38 En los dos Congresos de Mejoras Nacionales, verificados en Bogotá durante los años 1917 y 1920, espacios creados por un sector de la élite empresarial antioqueña para pensar el desarrollo urbano nacional, no asistió ninguna delegación de Barranquilla como ponentes, esto es, como intelectuales que sometieran a discusión sus concepciones o planes sobre urbanismo moderno. Al primer Congreso solo asistió como representante por el municipio de Barranquilla Alberto Goenaga, y en el segundo, no hubo ninguna representación. Estos Congresos tenían cuatro ejes estructurales, la Sanidad, Transporte, Desarrollo Urbano, Legislación y Organización.

das eran construidas con enea y barro y, en estas condiciones, la desinfección sanitaria era inútil. Para el médico Jorge Calvo las condiciones de Barranquilla eran un verdadero problema para acabar con las endemias y epidemias, Calvo informaba a la Oficina Nacional de Higiene (ONH), que una ciudad como Barranquilla

que aún conserva dentro de su parte urbanizada innumerables casas de paredes de barro, de techos de paja y de pavimentos enladrillados y de barro pisado, y en cuyas calles arenosas y sin regadío apropiado las brisas levantan una cantidad increíble de polvo, es de las que propicia para que se hagan endémicas las enfermedades de las vías respiratorias y para que la tuberculosis adquiriera la alarmante proporción de 22 %. (Calvo, 1918)

Desde hacía tiempo, los médicos higienistas de la ciudad habían recomendado la construcción de viviendas higiénicas para obreros, sin lograr nunca su propósito. En 1918, por ejemplo, Miguel Arango propuso una serie de normas para evitar la formación de terrenos tuberculizables en la ciudad, entre ellos destacó la “mejora de los barrios, ampliando las vías, haciendo espacios libres (parques y jardines), evitando la acumulación de casas”. Además, propuso el higienista, que era necesaria la “construcción de casas higiénicas para obreros, prohibir la superhabitación, y establecer rigurosamente que las casas tengan certificado de salubridad” (Arango, 1918, p.458). En ese mismo programa higiénico Oscar Noguera sostenía en otros términos, en 1917, que para acabar con el estado habitacional insalubre en que se encontraba inmersa la mayoría de las personas

en Barranquilla, para erradicar la proliferación de pasajes “primero se debe construir habitaciones para obreros que a la vez que sean sanas brinden comodidades y estén al alcance de su salario” (Noguera, 1917). Departamento del Atlántico al señor Presidente de la Junta Central de Higiene, p.285).

La construcción de la casa obrera o el barrio obrero, no puede verse como un capricho o concesión de los médicos higienistas de la ciudad. Más bien era una propuesta basada en el *City Planning*. Uno de los más sobresalientes exponentes de este programa urbanístico fue el empresario antioqueño Ricardo Olano. En una conferencia, intitulada “*Estudio sobre el City Planning*”, Olano subrayaba, dentro del componente *planeamiento de la ciudad*, que los puntos esenciales de este sistema eran las calles, el transporte, la arquitectura, *los barrios o casas para obreros*, los parques y bosques, acueductos, sanidad, edificios públicos, mercados y luz eléctrica (Olano, 1917, p.31).

Aun en 1920, el arquitecto Manrique, (1921) redactó el documento “*Estudio sobre los Barrios Obreros*”. Tomando en cuenta la experiencia de Buenos Aires, insistía en la necesidad de “resolver este problema que tiene que ver con la higiene pública, y sobre todo con la higiene moral de nuestro pueblo, venciendo obstáculos y procurando pronto la sana y cómoda vivienda para nuestros obreros” (p.49).

Como vemos, el discurso del médico higienista de Barranquilla tenía que ver con los lineamientos del urbanismo

moderno. Este discurso urbanístico sugería que la *nueva ciudad* debía tener en cuenta las transformaciones del mundo moderno capitalista, también dentro de una estética burguesa. Sin embargo, los grupos de élites, que controlaban el poder político y la economía estructural de la ciudad, no transformaron el casco urbano primario o histórico conforme a un plan de modernización. Tampoco hubo, a comienzos del siglo xx, una política oficial local de planeamiento y construcción de viviendas para obreros que contribuyera a eliminar la insalubridad y el problema social que planteaban los Pasajes. Quizá el hecho de existir en la ciudad un sector poderoso de la élite que controlaba un negocio bastante ganancioso como el arriendo de edificios, pasajes y viviendas, contribuyó a que este discurso urbanístico, que proponía el plan de vivienda obrera, fuera menospreciado, o al menos postergado en su ejecución (*Diario del Comercio*, 1923, Archivo del Concejo de Barranquilla, 1928)³⁹.

39 Desde 1818, mediante la Ley 46, se estableció que todos los municipios en Colombia que tuvieran más de 15.000 habitantes debían destinar el dos por ciento de sus rentas para la construcción de viviendas higiénicas para obreros. Sin embargo, pienso que el interés rentista, muy poderoso, se opusieron a la realización de planes de viviendas higiénicas oficiales en los sitios donde quedaban los pasajes, al mismo tiempo que especulaban con los precios de los arriendos de pasajes, locales comerciales, y otros tipos de viviendas. El *Diario del Comercio*, propiedad de la familia Carbonell, fue el periódico que sirvió de portavoz a las luchas de la Liga de Inquilinos. En la edición del 2 de octubre de 1923, por ejemplo, registraba la siguiente nota de la Liga de Inquilinos “Para mañana miércoles 24 a las siete pm, en la Calle San Juan, carreras Rosario y Aduana, nos anuncian los miembros del sub-comité de Inquilinos del Barrio San Nicolás, una espléndida reunión que prepara con el fin de conocer las fuerzas con que se cuentan en este barrio y para informar algunos triunfos obtenidos por la Liga. Creemos oportuno aconsejar que no falte ningún comerciante e inquilino que esté interesado en obtener la rebaja de su vivienda o almacén, pues es ya un hecho palpable el triunfo. El Dr. José Francisco Insignares, altruistas si los hay, ha rebajado a muchas de sus propiedades situadas en el

Mientras tanto, en el centro histórico primario, la densidad y ocupación del espacio, con viviendas, y negocios, se había complicado. El flujo permanente de inmigrantes, como ya hemos anotado, había hecho de esta zona un entorno bien complejo. Gran parte de quienes arribaban a la ciudad lo hacían buscando oportunidades de trabajo. Hacia 1912, Barranquilla contaba con 48.543 habitantes y ya en 1918, la población ascendía a 64.543 personas. Ese crecimiento demográfico planteó un grave problema social. Se originó entonces una especie de organización social que presionó a la dirigencia de la ciudad. La pobreza, la insalubridad, los altos precios de los arriendos, la falta de vivienda para los sectores sociales que se amontonaban en pasajes y viviendas de pajas, se convirtieron en una especie de detonante de uno de los movimientos sociales más impresionantes en la historia de la ciudad. La dirigencia de este movimiento articuló un discurso político que cuestionaba a quienes habían administrado a Barranquilla desde el siglo XIX (Cáceres Sánchez, 2011)⁴⁰.

centro del comercio con un 20 por ciento, y si esto no llena las aspiraciones de la Liga, al menos habla claro de su triunfo". 'La cursiva es nuestra'. Por otro lado, quiero señalar que fue solo hacia finales de la década del veinte, después de los críticos problemas que planteó el movimiento social de los inquilinos, cuando el Concejo de Barranquilla tramitó un acuerdo para ventilar la vivienda obrera, que también se quedó en el papel.

- 40 Las evidencias permiten pensar que la Liga de Inquilinos fue un movimiento compuesto por grupos de distinta ascendencia socioeconómica. Estaba ampliamente integrado por una mayoría de trabajadores, albañiles, zapateros braseros y desempleados quienes probablemente eran los habitantes de los Pasajes insalubres de las barriadas periféricas, y por otro lado un grupo de pequeños y medianos comerciantes, algunos profesionales. Muy seguramente estos últimos dirigían el movimiento, el discurso que contiene su plataforma sugiere una formación académica y política. En cuanto a su organización la Liga estaba conformada en comités y subcomités. La Asamblea General era el órgano rector y decisorio, y

Este movimiento de inquilinos puso en evidencia las dificultades del proyecto modernizador de la élite barranquillera para enfrentar el problema social que marcaba a todas las ciudades latinoamericanas. El monopolio del suelo y las tierras de los sitios más valorizados y del centro mismo, desencadenó todo tipo de “patología social”: delincuencia, enfermedad, epidemias y hacinamiento social. Las viviendas de la mayoría carecían de condiciones materiales para una vida sana. Es decir, la agenda higiénica impulsada por los médicos higienistas no había trascendido. Estos médicos culpaban al gobierno local y departamental por la inercia y la falta de ejecución de un proyecto de ciudad.

El discurso de la Liga de Inquilinos puso en evidencia las debilidades del proyecto de ciudad que poseían quienes ostentaban el poder local. El discurso de la Liga, no podemos soslayarlo, incluía un componente político, en el sentido de que cuestionaba la cosa pública en cuanto a la vivienda social de la época. Esto le permitió construir una base social de apoyo integrada por inquilinos pobres. David Gómez Díaz, uno de los voceros de la Liga manifestaba, refiriéndose al estado social de la época

Ese marasmo alarmante que nos invade en todas nuestras manifestaciones de nacionalidad, causa del atraso en que vamos en materias que están bien resueltas en otros países que no es

el comité centra era el encargado de ejecutar las decisiones de la Asamblea. Debemos mencionar también que existía un subcomité de propaganda y uno de comunicaciones. Dentro de la dirigencia de este grupo algunos y algunas eran socialistas, anarquistas, y liberales. Sobresalió el peruano Nicolás Gutarra, un hombre de aproximadamente 1.65, de fisonomía completamente indígena, y de una oratoria reconocida.

lógico que nos aventajen en cultura (*Diario del Comercio*, s.t, 1923).

Mientras la élite de la ciudad mantenía un discurso basado en la idea de progreso (Bolívar Bolívar, 2000) y de culto a la tecnología como garantía de bienestar, riqueza y felicidad, la Liga de Inquilinos desafió ese discurso y mostró con ruido los vacíos del proyecto de la élite.

En 1923, Úrsula del Portillo, en medio de una concurrida asamblea de inquilinos en el teatro Cisneros, y probablemente con los ánimos caldeados, discutía y describía con vehemencia a los dueños del suelo del centro de la ciudad como una

(...) casta de acaparadores cuyo único afán es contemplar la espiral reluciente de sus montañas de oro levantadas a poder de las lágrimas ajenas y de las ajenas tristezas. Ellos han pretendido especular con el dolor de una inmensa muchedumbre, sobre la cual se yerguen como fantasmas espectrales, que amenazan con sus arpas poderosas de ave de rapiña en las puertas misérrimas de nuestros barrios donde habita y pulula un enjambre macilento y cadavérico. Es profundamente doloroso que se encuentren tales casas desmanteladas y sórdidas y semejantes propietarios impasibles ante la racha de los extraños dolores en una ciudad que aspira a conquistar el calificativo de urbe civilizada. (*Diario del Comercio*, s,t, 1918)

Aunque en la agenda política del anarquismo y los sindicatos obreros de la ciudad no era evidente el problema de la higiene y salubridad, ello no significa que no lo contem-

plaron. Alegatos como el de Úrsula del Portillo, representan un indicio palpable que mostraban el malestar popular representado en una plataforma contestataria. Una nota de prensa en 1923 informaba que en plena asamblea de la Liga de Inquilinos:

El orador mostró y leyó a la concurrencia una carta firmada por 50 personas habitantes de un asqueroso pasaje en donde hay total ausencia de higiene, principiando porque le falta agua. Dio cuenta, asimismo, de un memorial pasado al señor alcalde de la ciudad para darle cuenta del hecho e hizo ver como si algo se consigue para acabar con ese crimen que es un pasaje de esa naturaleza, se debía a los esfuerzos de la Liga. (*Diario del Comercio*, s.t, 1923)

El continuo aumento de la población en Barranquilla, que inició su proceso a finales del siglo XIX y en los años veinte del siglo XX estimuló la configuración de una geografía de la infección y de la muerte. Los cuatro barrios que aglutinaban a los distintos grupos sociales de la ciudad, Rosario, Cementerio, San Roque y San Nicolás, no resultaban suficientes en términos habitacionales. Se formó entonces un ambiente incómodo, difícil, y peligroso. Las élites de la ciudad, decidieron entonces abandonar la ciudad y desplazarse a una zona lejos de las plagas sociales, de la tuberculosis, de la fiebre amarilla y el paludismo. Esa zona lejana estaba ubicada en el noroccidente de la ciudad histórica, en sus extramuros rurales.

El cambio se convirtió en un desplazamiento, no un abandono, del centro al suburbio, huyendo del tumulto y la infección. Este movimiento estuvo dirigido por una élite que

comprendió la necesidad de construir un espacio propio, acorde con su estatus económico, y alejado no solo del bullicio y la violencia de la zona comercial, y donde hasta ese momento había permanecido inmersa, sino también de la peste, las enfermedades y la epidemia.

El desplazamiento de la élite, entonces, tiene que ver con el problema de salubridad que aquejaba a la ciudad histórica o tradicional núcleo urbano de Barranquilla -léase el centro-. Este desplazamiento tuvo una dirección y dos fases. Su desplazamiento tomó rumbo noroccidental. El sitio, es decir, la parte noroccidental, que se constituyó en el nuevo hábitat de los notables, está asociada también a la construcción de unas imágenes, conceptos y significaciones sobre el “buen vivir” y el ambiente puro. La garantía, según este imaginario, para una saludable y larga vida estaba asociada al aire puro y el bosque, al árbol, que produce fresco y oxígeno. De ahí la necesidad de construir una micro-ciudad en la ruralidad.

La primera fase del desplazamiento, consideramos que se realizó durante los primeros años del siglo xx, con la fundación del barrio Las Quintas. La segunda fase se concretizó durante los años veinte, y correspondió a la creación del barrio El Prado.

Las imágenes siguientes corresponden a viviendas denominadas Pasajes, en el barrio Abajo.



Figura 12



Figura 13: Pasajes del barrio Abajo. Esta vivienda colectiva, patrimonio histórico de la ciudad fue demolida por la administración municipal. Los Pasajes fueron sitios muy concurridos, lo que hizo de ellos focos de tuberculosis.



Figura 14

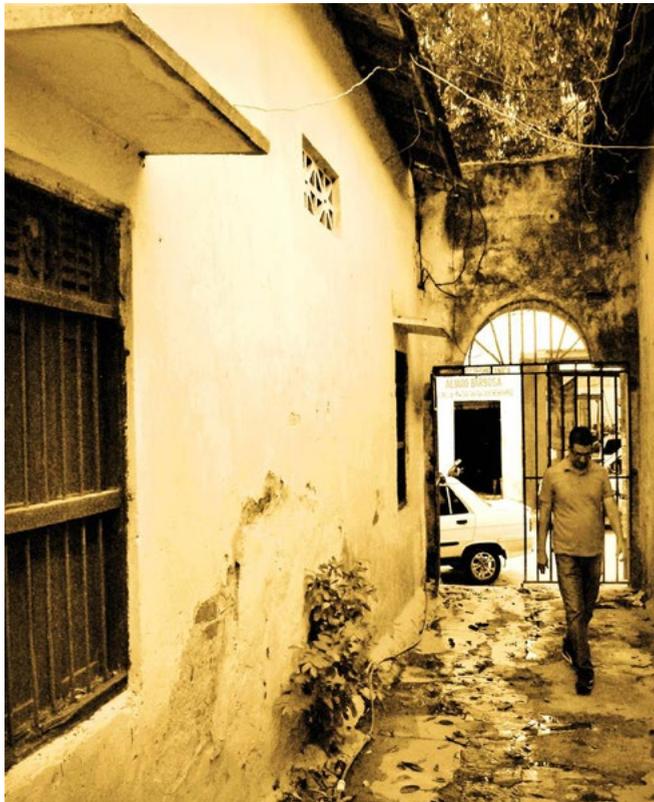


Figura 15: Pasaje del barrio El Rosario.



Figura 16: Pasaje del barrio El Rosario

CONCLUSIÓN

El estudio del discurso higienista registrado en las revistas de medicina, permite comprender las dinámicas urbanas y sociales en Barranquilla durante la primera mitad del siglo xx. Estos documentos ponen en evidencia cómo estas percepciones médicas estuvieron filtradas por las teorías eugenésicas, la sociobiología, la teoría de la degeneración, el concepto de cuerpo como máquina, el concepto de fatiga y agotamiento, la geografía médica y la medicina de laboratorio. De tal manera que las enfermedades, el cuerpo humano, la nutrición y la ciudad, fueron entendidas desde estos marcos de referencias.

Desde esta línea de pensamiento la medicalización de la ciudad se planteaba como un imperativo biopolítico articulado a un proyecto de sociedad, dentro del cual la medicina y la higiene fueron los saberes orientadores de la terapéutica de la “regeneración” la “raza” del Caribe y del país en general, como la puerta de entrada y salida del comercio nacional e internacional.

La tuberculosis, particularmente, fue entendida como una patología que desafiaba tanto al saber médico, a la raza y al proyecto socioeconómico positivista, basado en la idea burguesa de progreso. Esta enfermedad, que se difumina-

ba velozmente, no solo debilitaba y mataba el cuerpo, que era en esencia capital socioeconómico de la sociedad, sino también, quien la padecía, transmitía esta debilidad a su descendencia. Esta particularidad de la tuberculosis la hizo una enfermedad temible. Durante este tiempo su contagio era casi inevitable, lo que pudo provocar una especie de pánico colectivo, dado que las ciudades padecían las condiciones que necesitaba el bacilo para proliferarse. La imaginación médica, incluso, la clasificó como una enfermedad fundamentalmente urbana. El diseño de las ciudades, entonces, tuvo que ver con los mecanismos profilácticos impulsados para paliar la voracidad de esta enfermedad.

Barranquilla, el principal puerto de Colombia durante el primer tercio del siglo xx, se caracterizó por una precaria infraestructura urbana e inexistente policía sanitaria. Todo esto hizo de la ciudad un entorno de epidemias y mortalidad. Una ciudad enferma de tuberculosis, densa y con el suelo acaparado, donde se propiciaron unos procesos que marcarían el rumbo de la configuración urbana y social de la ciudad.

Por fin, la mirada higienista y la misma dinámica social, descubierta en las entrañas profundas de los registros médicos y periodísticos de la época, nos han permitido construir una nueva mirada de la historia de Barranquilla. La prensa de la época y cierta historiografía local han fijado una imagen grandilocuente de Barranquilla. Pero la lectura atenta de los reportes médicos del primer tercio del siglo xx sobre los ambientes materiales y las condiciones de vida

de las personas sugiere un panorama opuesto a la modernidad. Mientras en ciudades como Buenos Aires, Santiago, Río de Janeiro, Bogotá y Medellín, las élites dinamizaron agendas modernizadoras para adecuar los entornos a sus sistemas de vida, en Barranquilla, a las élites les resultó más fácil abandonar el centro urbano primario. ¡Qué ironía, hoy, casi un siglo después, quieren regresar!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anuario Estadístico de Colombia (1975). Bogotá, Colombia: Imprenta de Medardo Rivas.
- Arango, M. (1925). *Cartilla preventiva de la tuberculosis para el uso de escuelas y familias*. Barranquilla, Colombia: Tipografía Mogollón.
- Arango, M. M. (1918). Propagación de la tuberculosis en el litoral Atlántico y especialmente en Barranquilla. En *Revista de Higiene, Órgano de Junta Central de Higiene de Colombia*, (106 y 107).
- Arango, M. M. (1922). Apuntes demográficos de la ciudad Barranquilla. *Revista Médica de Bogotá*, (474-486), diciembre, 33-67.
- Archila Neira, M. (1987). *Barranquilla y el río: Una historia social de sus trabajadores*. Bogotá, Colombia: CINEP Controversia.
- Archivo del Concejo de Barranquilla (1928). Acuerdo N° 10 de 1928 "*por el cual se crea una junta y se dictan algunas disposiciones sobre construcción de habitaciones para obreros*". Barranquilla, Colombia.
- Archivo Histórico del Atlántico - AHA (1890). *Notaria 1° Tomo V-VII*. Barranquilla, Colombia.
- Archivo Histórico del Atlántico (AHA) (1888). *Notaria 1° Tomo I*.
- Armus, D. (s.f.). *La ciudad impura*.

- Arroyo Castillo, D. (s.f.). *Evolución histórica de los servicios públicos en Barranquilla 1925-1952* (Tesis para optar al título de Magíster en Historia). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Bejarano, J. (1933). Reflexiones a proposito de la mortalidad infantil. En *Revista de la Facultad de Medicina*, 1(8), 611.
- Bejarano, J. (1933). Reflexiones a propósito de la mortalidad infantil. *Revista de la Facultad de Medicina*, 8. Enero. 611-613.
- Benchimol, J. L. (1992). *Pereira Passos: Um Haussmann Tropical. A renovacao urbana na cidade do Rio de Janeiro no inicio do século xx*. Río de Janeiro, Brasil: Secretaría Municipal de Cultura, Departamento Gral de Documentacao e informacao cultural.
- Boletín de Medicina e Higiene - Órgano de la Sociead Médica de Barranquilla (1916). Acuerdo N° 25 del 29 de diciembre de 1915, sobre administración sanitaria del municipio. En *Boletín de Medicina e Higiene, Órgano de la Sociedad Médica de Barranquilla*, (1 y 2), 51-56.
- Boletín de Medicina e Higiene - Órgano de la Sociedad Médica de Barranquilla (1919). Sanidad en Puerto Colombia, ¿Cómo entró la gripa española al país? y a proposito de la gripa. En *Boletín de Medicina e Higiene, Órgano de la Sociedad Médica de Barranquilla*, (10, 12 y 13), 223-234 y 235-245.
- Boletín Medicina de Barranquilla (1898). *s.t.* Barranquilla: S.E.
- Boletín Municipal de Estadísticas - BME (1932). *Boletín Municipal de Estadísticas*, N° 8. Barranquilla, Colombia: S.E.

- Bolívar, J. (2000). *El movimiento obrero en Barranquilla (ciudad, élite y conciencia obrera), 1900-1950* (Tesis para optar al título de Magíster en Historia). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Botero Herrera, F. (1996). *Medellín 1890-1950, Historia Urbana y Juego de Intereses*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Cáceres Sánchez, S. (2011). *Estrella Fugaz. el caso de la liga de inquilinos de Barranquilla en 1923* (Tesis de grado para optar al título de Historiador), Universidad de los Andes, Departamento de Historia, Bogotá, Colombia.
- Calvo, J. E. (1918). Informe del Director Departamental de Higiene a Director Nacional de Higiene. En *Boletín de Medicina e Higiene - Órgano de la Sociedad Médica de Barranquilla*, (1, 2, 3), 247.
- Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. En *Cientiae Zudia, Sao Paulo*, 7(3), 425-445.
- Carbonetti, A. (2014). Tuberculosis y tifofofia en Argentina: discursos y conflictos en la construcción del sanatorio de Ascochinga 1925. En *Dynamis*, 34(2), 451.
- Cardona Correa, P. N. (1918). *Contribución al estudio de la mortalidad infantil en la ciudad de Medellin* (Tesis de Ddoctorado en Medicina y Cirugía). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Castro Gómez, S. (abril de 2017). ¿Disciplinar o poblar? La intelectualidad colombiana frente a la biopolítica 1904-1934. En *Nómada* (26), 44-55.
- Castro Senior, D. (1936). *Apuntes estadísticos sobre tuberculosos en Barranquilla*. Quinto Congreso Médico Nacional. Barranquilla: Talleres Mogollón.

- Censo de Población. (1912). *Censo General de la República de Colombia*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
- Censo de Población. (1923). *Censo de población de la República de Colombia*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
- Conde, J. (1987). Barranquilla en los inicios del Modelo Liberal Decimonónico 1849-1870. En *Historia General de Barranquilla, Sucesos*. Barranquilla, Colombia: Academia de Historia de Barranquilla.
- Conde, J. (1997). Desarrollo de Barranquilla, 1871-1905. En *Historia General de Barranquilla, Sucesos*. Barranquilla, Colombia: Academia de Historia de Barranquilla.
- Congreso de Mejoras Nacionales (1917 y 1921). *Primer y segundo Congreso de Mejoras Nacionales*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
- Corbin, A. (1982). *El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social siglos XVIII y XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Roche, J. (1913). Profilaxis de la Tuberculosis. En *Segundo Congreso Médico de Colombia* (p.318). Bogotá, Colombia: Escuela Tipográfica Saleciana.
- Diario del Comercio (1 de diciembre de 1923). Por el mejoramiento local. *Diario del Comercio*, p3.
- Diario del Comercio (23 de octubre de 1923). La liga de inquilinos. *Diario del Comercio*, p. 2.
- Diario del Comercio (25 de agosto de 1910). Comercial Emulsión de Scott. *El Comercio*, s.p.
- Diario del Comercio (25 de agosto de 1910). Comercil Emulsion de Scott. *El Comercio*.
- Diario del Comercio (28 de noviembre de 1923). Hay que sacar los árboles a la calle. *Diario del Comercio*, p.3.

- Diario del Comercio (30 de octubre de 1923). s.t. *Diario del Comercio*, p.3.
- Diario del Comercio (6 de septiembre de 1910). Sobre los miedos e impacto de la peste bubónica en la costa Atlántica. *El Comercio*.
- Diario del Comercio (octubre de 1918). s.t. *Diario del Comercio*.
- Diario El Heraldito (4 de mayo de 1939). *El Heraldito*, p.5.
- Diario El Heraldito de la Costa (8 de marzo de 1915). *El Heraldito de la Costa*.
- Diario El Progreso (19 de abril de 1915). *El Progreso*.
- Diario El Progreso (9 de abril de 1915). Relación de cantinas, lecherías, tiendas, etc. en el barrio de El Rosario. *El Progreso*, p. 2.
- Diario La Regeneración de Sabanilla (25 de noviembre de 1852). *La Regeneración de Sabanilla 1*, p.7. Barranquilla.
- Dugand, A. (1938). Reseña Histórica y Botánica del Matarratón. En *Revista Mejoras*, (23), 54 y 55.
- El Derecho (septiembre de 1918). Los árboles. *El Derecho*, p.2.
- El Rigoletto (25 de marzo de 1904). s.t. *El Rigoletto*, 2.
- Estrada Orrego, V., Gallo, O. & Márquez Valderrama, J. (2016). Retórica de la cuantificación: tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia 1916-1946. En *Historia Ciencias Suúde Manguinhos*, 23(2), 282.
- Foucault, M. (1977). Historia de la mediación. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 16.
- Foucault, M. (1977). Historia de la Medicalización. En *Educación Médica y Salud*, 11(1), 16.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la Sexualidad la Voluntad del*

- Saber* (Vol. 1). Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica, Curso en el Colegio de Francia*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Gaceta del Atlántico (15 de marzo de 1912). Necrología practicada en el mes de enero de 1912. Necrología sin asistencia médica, en el presente mes. En *Gaceta del Atlántico*, (82), 215.
- Gaceta del Atlántico (1911). Resolución N° 35 de la Junta Departamental de Higiene. En *Gaceta del Atlántico*, (30), año I, 10 de abril, 240.
- Gaceta del Atlántico (1913). Ley 33 de 1913, por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada. En *Gaceta del Atlántico*, (88), 950.
- Gaceta del Atlántico (1918). Junta Central de Higiene, Acuerdo sobre higiene de las construcciones N° 10, N° 40 de 1918. En *Gaceta del Atlántico*, N° 69, 535-540.
- Gaceta del Atlántico (Diciembre de 1913). Ley 33 de 1913, por la cual se organiza la higiene nacional pública y privada. En *Gaceta del Atlántico*, II(88), 949-950.
- García, H. (marzo 25 de 1904). Apuntes de viaje en Barranquilla por fuera. *El Rigoletto*.
- García, M. (2016). *Entre climas y bacterias: el saber sobre la enfermedad, en Colombia, siglo XIX*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad de Externado de Colombia.
- Gilmore, L. & Harrison, J. (1977). Juan Bernardo Elbers y la introducción de la navegación a vapor en el río Magdalena. En J. A. Bejarano, *El siglo XIX en Colombia visto por historiadores Norteamericanos*. Bogotá, Colombia: La Carreta.

- Gonzales Chamorro, E. (2000). Expansión Urbana y Servicios Públicos en Barranquilla, 1880-1920. En J. Álvarez Llanos, J. Colpas Gutiérrez & E. Gonzales Chamorro, *Prensa, desarrollo urbano y política en Barranquilla, 1880-1930*. Bogotá, Colombia: Universidad del Atlántico.
- Grau, E. (s.f.). La ciudad de Barranquilla en 1896. En J. R. Llanos & I. Flórez, *Barranquilla y Sabanilla durante el siglo XIX, 1852-1898*. Barranquilla, Colombia: Editorial Clio.
- Helg, A. (1989). Los intelectuales frente a la cuestión racial en el decenio de 1920: Colombia entre México y Argentina. En *Estudios Sociales*, 1(4).
- Jiménez López, M. (1920). Algunos signos de degeneración colectiva en Colombia y en los países similares. En *Los problemas de la raza en Colombia* (2). Colombia: Biblioteca de Cultura 12 de Octubre.
- Ley 33 de 1913. Gaceta del Atlántico No. 88, dic. 1913, p.950.
- Leyton, R. C. & Huertas, R. (2012). Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1975). En *Dynamis*, (1).
- Lluria, E. (1900). *El concepto Mecánico de la fatiga y agotamiento*. IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía. Madrid, España: Imprenta Ricardo Rojas.
- Manrique, M. A. (1921). Estudio sobre Barrios Obreros. En *Segundo Congreso de Mejoras Nacionales* (p.49). Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
- Maragliano, E. (1907). Curación de la Tuberculosis. El Suero Maragliano. En *Caras y Caretas, Semanario festivo, literario, artístico y de actualidades*, (464).
- Márquez Valderrama, J. (2001). ¿Rumores, Miedo o

- Epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la Costa Atlántica de Colombia. En *Historia Ciencias Saúde*, VIII(1).
- Márquez Valderrama, J. (2005). *Ciudad Miasmas y Microbios: la irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín, Colombia: Universidad del Atlántico.
- McGraw, J. (2007). Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación moral-racial de la periferia del Caribe colombiano, 1900-1930. En *Revista de Estudios Sociales*, (27).
- Medina, P. (1910). *Tratado de higiene y naciones e fisiología para la enseñanza de estas materias en las escuelas y colegios de Colombia*. Bogotá: Ministerio de Institución Pública.
- Medina, S. (1936). *La tuberculosis en Colombia*. Quinto Congreso Médico Nacional, historia de una reunión en Barranquilla. Barranquilla, Colombia: Mogollón.
- Muñoz Rojas, C. (2011). Más allá del problema racial: el determinismo geográfico y las dolencias sociales. En *Los problemas de la raza en Colombia*. Bogotá, Colombia: Editorial de la Universidad del Rosario.
- Noguera, O. (1906). Saneamiento de Barranquilla. En *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Barranquilla*, (2 y 3), 17.
- Noguera, O. (1915). Informe de Director Departamental de Higiene del Atlántico. En *Boletín de Medicina e Higiene*, (1-2), 27.
- Noguera, O. (1917). Director Departamental de Higiene del Atlántico al presidente de la Junta Central de Higiene. En *Revista de Higiene, Órgano de la Junta Central de Higiene de Colombia*, (103-105), 281. año VIII, Bogotá, noviembre.

- Ocampo, J. (1984). *Colombia y la Economía Mundial 1830-1910*. Bogotá, Colombia: Siglo Veintiuno Editores.
- Olano, R. (1917). *Estudios sobre El City Planning*. Primer Congreso de Mejoras Nacionales (p.31). Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
- Oricoechea Loaiza, J. M. (1928). *Algunas consideraciones sobre la Tuberculosis pulmonar y su tratamiento por los sueros Maraglianos*. Bogotá, Colombia: S.E.
- Pedraza, Z. (1997). El debate eugenésico: una visión de la modernidad en Colombia. En *Revista de Antropología y Arqueología*, 120-121.
- Ponce, R. A. (1919). *Contribución al estudio de la tuberculosis en el litoral Atlántico y su profilaxis* (Tesis de doctorado en Medicina). Universidad Nacional, Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, Bogotá, Colombia.
- Posada Carbó, E. (1987). *Una Invitación a la Historia de Barranquilla*. Bogotá, Colombia: Cámara de Comercio de Barranquilla, Cerec.
- Posada Carbó, E. (1997). El Puerto de Barranquilla: entre el auge exportador y el aislamiento, 1850-1950. En *Revista Caravelle*, (69).
- Quesada Romero, P. (1906). Higiene Local. En *Boletín de Medicina, Órgano de la Sociedad Médica de Barranquilla*, (2 y 3), 22.
- Quevedo, E. (2000). La salud en Colombia, análisis socio histórico. Recuperado de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud54/portad54.htm>. Consultada en 15 de junio de 2016.
- Revista de Higiene (1925). Informe del Director Departamental. En *Revista de Higiene a la Junta Central de*

- Higiene*, 139-142.
- Revista Mejoras (1938). s.t. *Revista Mejoras*, (23), 21.
- Revista Mejoras (1941). Defensa de los árboles. *Revista Mejoras*, (63), 34-35.
- Revollo, P. M. (1956). *Mis Memorias*. Barranquilla, Colombia: Editorial Mejoras.
- Reyes Posada, I. (marzo 1941). Breve elogio del matarratón. *Revista Civilización*, (55).
- Roldán, D. (2010). Discurso alrededor del cuerpo, la máquina, la energía y la fatiga: hibridaciones culturales en la Argentina fin de siècle. En *Historia Ciencias Saúde*, 17(3), 646.
- Röthlisberger, E. (1963). *El Dorado. Estampas de Viaje y Cultura de la Colombia Suramericana*. Bogotá, Colombia: Banco de la República.
- Roy, P. (2002). *Breve historia de la medicina: las personas, la enfermedad y la atención sanitaria*. Bogotá, Colombia: Taurusminor.
- Scobie, J. R. (2000). El crecimiento de las ciudades Latinoamericanas, 1870-1930. En L. Bethell, *Historia de América Latina* (Tomo 7, p.223). Barcelona, España: Crítica.
- Schwarcz, L. M. (2017). *El espectáculo de las razas: Científicos, instituciones y cuestión racial en el Brasil, 1870-1930*. Quilmes, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Solano, N. A. (1909). *Tuberculosis en Colombia, estudio sobre su etiología y su profilaxis* (Tesis para doctorado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Solano, S. P. & Conde Calderón, J. (1993). *Élite empresarial y desarrollo industrial de Barranquilla 1875-1930*. Barranquilla,

- Colombia: Ediciones Universidad del Atlántico.
- Solano, S. P. (1986). El Puerto de Sabanilla durante la época colonial. En *Revista Huellas*, (17).
- Solano, S. P. (1988). Comercio, Transporte y Sociedad en Barranquilla, 1813-1848. En *Historia General de Barranquilla, Sucesos*. Barranquilla, Colombia: Academia de Historia de Barranquilla.
- Solano, S. P. (1997). La Historiografía sobre Barranquilla. En *Historia General de Barranquilla, Sucesos*. Barranquilla, Colombia: Academia de Historia de Barranquilla.
- Solano, S. P. (1997). La modernización en Barranquilla, 1905-1930. En *Historia General de Barranquilla, Sucesos*. Barranquilla, Colombia: Academia de Historia de Barranquilla.
- Sontag, S. (1971). *La enfermedad y sus metáforas*.
- Stepan, N. L. (1985). Eugenesia, genética y salud pública: el movimiento eugenésico brasileño y mundial. En *Quiipu*, 2(3), 360-368.
- Theodore, E. N. (1988). El Surgimiento de Barranquilla. En G. Bell Lemus, *El Caribe Colombiano, Selección de Textos Históricos*. Barranquilla, Colombia: Ediciones Universidad del Norte.
- Theodore, N. (1973). *Tres Puertos de Colombia, estudios sobre el desarrollo de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla*. Bogotá, Colombia: Biblioteca Banco Popular.
- Tovar Zambrano, B. (1989). La economía colombiana (1886-1922). En *Nueva Historia de Colombia*. Bogotá, Colombia: Planeta.
- Troconis, F. G. (1912). *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil en Bogotá, estudio para el doctorado*. Bogotá, Colombia:

Imprenta de J. Casis.

- Tuñón, J. D. (1919). Contribución al estudio de la tuberculosis. En *Gaceta Médica Órgano de la Academia de Medicina de Cartagena*, (10 a 21), 3.
- Valencia Martínez, I. (2005). *Tres barrios en la Historia de Barranquilla: El Prado, Las Nieves y San Isidro, 1920-1940*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Atlántico.
- Villegas Vélez, Á. A. (2005). Raza y nación en el pensamiento de Luis López de Mesa: Colombia, 1920-1940. En *Estudios Políticos*, (26).
- Zambrano Pérez, M. (s.f.). *El Desarrollo del empresariado en Barranquilla (1880-1945)*. Barranquilla, Colombia: Fondo de Publicaciones de la Universidad del Atlántico.
- Zambrano, F. (1979). La navegación a vapor por el río Magdalena. En *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, N° 9. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Zimmermann, E. (1993). Raza, medicina y reforma social en la Argentina 1890-1920. En *Mundialización de la ciencia y la cultura nacional: actas del Congreso Internacional Ciencia, Descubrimiento y Mundo Colonial* (pp.573-585). España: Editorial Doce Calles.