

**Creación de Políticas Públicas:  
una Mirada Bioética y Biopolítica a Bogotá desde 1880 a 1940**

Ángela Isabel Rodríguez Leuro

Doctorado en Bioética  
Universidad El Bosque  
2020

## **Dedicatoria**

A mi hijo David Camilo por su compañía, amor y complicidad cada día de su vida para conmigo. A mis padres quienes sembraron el amor por el conocimiento y el reconocimiento al otro como un igual.

A mis hermanos quienes son cómplices en cada proyecto y cada sueño. A Sarita y Shaia por su ternura y belleza, a Luis Miguel por su compañía y a Johan Manuel por su solidaridad.

## **Agradecimientos**

El realizar estudios superiores es un reto personal que en la mayoría de casos necesita apoyo económico y emocional de las personas cercanas al estudiante. Al culminar esta etapa tan importante para mi vida académica y profesional, quiero hacer un reconocimiento especial a mi hijo quien esta siempre dispuesto a realizar la lectura de cada capítulo o segmento y dar amor, a madre, a mis hermanas y hermanos, a mis sobrinas y a mi cuñado, porque creyeron en mis capacidades y nunca dudaron en dar una palabra de entusiasmo y tampoco en aportar de otras maneras para poder continuar con el proyecto.

Mi compañero de vida quien esta ahí con una sonrisa y una actitud de todo esta bien y es interesante. También a mis amigas que con sus llamadas, preguntas y diálogos contribuyeron para que en momentos específicos mis ideas se aclaran y pudiera desenredar el hilo conductor de la investigación.

Esta valiosa investigación no hubiera llegado a su fin sin el apoyo y acompañamiento del profesor Gustavo Chirolla, quien con su entusiasmo, paciencia y conocimientos nutrió página a página la construcción del documento y por supuesto, los demás maestros quienes estuvieron presentes de diferente manera y en distintos momentos durante el desarrollo de los seminarios de fundamentos éticos, políticas públicas, biopolítica, evolución, metodología, investigación en bioética, teoría social, conocimiento científico, éticas narrativas, ciencias ambientales, entre otros.

## Tabla de Contenido

<b>Capítulo 1 .....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 2 .....</b>	<b>11</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>11</b>
2.1. Fuentes de información y Bioética .....	12
2.2. Archivo y enunciados .....	14
2.3. Categorías de análisis .....	17
2.3.1. Categorías deductivas. ....	17
2.3.2. Categorías inductivas o emergentes.....	18
<b>Capítulo 3 .....</b>	<b>20</b>
<b>Exclusión, políticas públicas y transición del siglo XIX al XX.....</b>	<b>20</b>
3.1 Contexto constitucional colombiano del siglo XIX .....	21
3.2 Conflictos políticos y sociales durante la transición del siglo XIX al XX.....	25
3.2.1 Habitaciones higiénicas y la inclusión-exclusión. ....	31
3.2.2. La pobreza como discurso político. ....	35
3.3. Salubridad e instituciones públicas.....	39
3.3.1. Progreso y dinámica social. ....	49
3.4. Anomia, asilos e instituciones de salubridad e higiene .....	53
<b>Capítulo 4 .....</b>	<b>62</b>
<b>Salud pública, enfermedades y políticas de salubridad para la población .....</b>	<b>62</b>
4.1. La salubridad en Bogotá a inicios del siglo XX .....	63
4.1.1. Estadísticas y dinámicas de la población entre 1900 – 1940.....	66
4.1.2 El hospital San Juan de Dios y las biotecnologías.....	75
4.1.3. Virus, bacterias y biotecnología.....	79
4.2. Enfermedades y salud pública .....	87
4.2.1. Salubridad femenina y control del cuerpo. ....	96
4.2.2. Tecnologías para prevención y cura de las enfermedades desconocidas.....	104
4.3. Servicios públicos y tecnologías de salubridad e higiene.....	106
4.3.1. Alcantarillado y control sanitario. ....	107
4.3.2. Agua potable y morbilidad. ....	111
<b>Capítulo 5 .....</b>	<b>118</b>
<b>Hospitales modernos y desigualdad social.....</b>	<b>118</b>
5.1. Prácticas médicas y el servicio médico .....	118
5.2. Salud y desigualdad social.....	122
5.3. Hospitales modernos y tecnologías para el cuidado de la salud.....	126
<b>Capítulo 6 .....</b>	<b>132</b>
<b>Ensanche de Bogotá y salubridad barrial .....</b>	<b>132</b>
6.1. Configuración urbana e intervención estatal .....	132
6.1.1. Urbanizaciones y barrios para obreros.....	136

6.1.2. Exclusión, pobreza y ensanche de la ciudad.....	140
6.2. Barrios, obreros y percepción política.....	146
6.2.1. Intervención política y percepción de la población pobre. ....	151
<b>Capítulo 7 .....</b>	<b>157</b>
<b>Justicia social y exclusión.....</b>	<b>157</b>
7.1. Justicia social, exclusión y desigualdad .....	158
7.2. Justicia en Bogotá.....	163
7.3. Justicia normal o justicia anormal .....	166
7.4. Justicia y ensanche de la ciudad .....	169
<b>Capítulo 8 .....</b>	<b>172</b>
<b>Conclusiones y discusiones.....</b>	<b>172</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>178</b>

## Capítulo 1

### Introducción

La presente investigación tiene como objeto de estudio las políticas públicas de salubridad que se crearon para proteger a la población bogotana durante el período de transición del siglo XIX al XX. El propósito de este examen es aproximarse a las políticas desde una mirada bioética y biopolítica. Esta investigación pertenece a la línea de investigación en Bioética y Educación, desarrollada al interior del grupo Investigación y Desarrollo. Los resultados aquí expuestos forman parte de la investigación producida para el grupo y que se titula: La relación entre Bioética y Biopolítica en las narrativas científicas sobre la pobreza producidas para Argentina, Colombia y México; investigación adelantada para el Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque.

El aspecto Bioético es transversal en la investigación, permitiendo realizar discusiones y análisis relacionados con la pobreza, la vida, el cuidado de la salud, la investigación, el desarrollo biotecnológico, la biomedicina, la evolución de la enseñanza de la medicina en los hospitales, la formación profesional de médicos y enfermeras, los avances científicos para sanar y evitar la muerte, el desarrollo de medicinas o tratamientos para preservar la vida o brindar mejores condiciones a los enfermos, la potabilización del agua y el cuidado de la salud femenina.

Aunque la esencia de la investigación es bioética, el lector no encontrará el término con la frecuencia esperada ya que durante el período histórico en estudio el concepto no tuvo gran impacto a nivel científico o social. La expresión fue utilizada por primera vez en 1927 por el teólogo y filósofo alemán Jahr Fritz quien usó el concepto Bio-Ethik refiriéndose a la relación existente entre los humanos, las plantas y los animales, pero en ese momento no tuvo mayor trascendencia. No sería sino hasta la década de 1970 que el bioquímico estadounidense Van Rensselaer Potter lo usaría para referirse a los cuidados de los enfermos de cáncer, otorgándole al término otra perspectiva dentro del área de la salud.

En esta investigación se profundiza en los elementos propuestos por Gilbert Hottois quien agrupa la extensión de la Bioética en tres campos de estudio: los temas relacionados con la naturaleza, la biomedicina y el plano social. Los elementos fundamentales para la investigación son el plano social y la biomedicina, ya que se trata de un análisis que indaga en los problemas de la población y la salud desde los discursos médicos, gubernamentales y religiosos que recayeron directamente en las acciones tomadas para mejorar las condiciones de vida de los bogotanos.

Un elemento fundamental para el desarrollo de la presente investigación fue el estudio del plano social, aspecto que requirió realizar una exploración histórica con el fin de hacer una reflexión bioética y biopolítica. Esto para comprender la relación que hubo entre los principios de justicia y las formas de inclusión-exclusión social asociadas al desarrollo de las políticas públicas que regularon el sistema de salud en Bogotá entre 1880 y 1940. Esta característica llevó a analizar documentos de fuentes primarias que permitieron extraer enunciados de diferentes discursos referentes a la población obrera, pobre y menesterosa; discursos con los que se pudo determinar cómo se pensaba y practicaba la justicia social en ese entonces.

Consideramos que para analizar la justicia social en el contexto de la investigación era pertinente hacerlo en un capítulo aparte, es decir, extraer del análisis los procesos que se relacionaban o permitían ser discutidos desde la paridad de participación, la justicia normal y la justicia anormal propuestos por Nancy Fraser; lo anterior con el objetivo de no incurrir en anacronismos. De esta manera, el lector podrá comprender que en el período en estudio la justicia social tuvo características particulares que cobijaban a la población y que estaban relacionadas con la misma ley.

Los análisis biopolíticos se realizaron desde las miradas de Giorgio Agamben y Michel Foucault. Con las teorías agambenianas se pudo hacer una aproximación a las políticas que generaron en la población procesos de inclusión-exclusión, estado de excepción y condición de *nuda vida*. Desde los preceptos de Foucault se estudió a la población, al uso que se dio al hospital y al control del cuerpo. Al examinar el plano social

bajo la mirada de Agamben y Fraser surgieron elementos relevantes que necesitaron ser profundizados desde otras miradas; por ejemplo, los estudios del sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos permitieron establecer que la desigualdad social fue un proceso relacionado con la proyección constitucional y con la inclusión-exclusión, elementos presentes desde el mismo momento en que se pensó políticamente el Estado colombiano. De la misma manera, los estudios de Adela Cortina permitieron explicar la relación de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social con el *sinhogarismo*.

Por ser una investigación que requería la aproximación al ser humano y a las dinámicas de vida de la misma población, se hizo necesario implementar la metodología cualitativa en dos sentidos: en primer lugar, haciendo un levantamiento de documentos propio de la investigación histórica; con este ejercicio de archivo se realizó la interpretación de procesos y hechos. En segundo lugar, realizando una reflexión bioética y biopolítica a partir de los datos arrojados por los diferentes documentos. La fuente primaria fue un elemento importante porque permitió analizar los sucesos, acontecimientos, discursos y leyes a la luz de las teorías de Agamben y Fraser; teorías fundamentales para determinar si se presentaron procesos de inclusión-exclusión, si hubo sectores de la sociedad capitalina viviendo en condición de *nuda vida* o si el gobierno o las leyes llevaron a la sociedad a vivir en estado de excepción. Todos estos factores nos permiten comprender cómo se percibía la justicia social en el momento.

El análisis de los documentos de archivo se hizo desde la perspectiva foucaultiana relacionada con la extracción de enunciados. Este ejercicio permitió evidenciar la percepción que la sociedad de ese momento tenía acerca de la gente, del control del cuerpo, de la enfermedad, de la demencia, entre otros aspectos reflejados en la creación de políticas públicas. Para establecer la idea de sociedad que tenía el Estado, el análisis se remitió a las constituciones políticas de Colombia, haciendo un énfasis en el discurso utilizado por el nuevo gobierno que incluyó y excluyó a un gran número de personas de los derechos ciudadanos. Para este enfoque se tomó como guía tres constituciones relevantes para el país: primeramente, la de 1821 con fuerte tendencia conservadora, que evidencia la forma en que los criollos veían a la población y la manera en que fue creada la división de la

misma a través de la ley. Seguidamente, la constitución de 1863 de tendencia liberal que se enfocó en la posibilidad de la libre empresa, la educación laica y la creación de un país federalista. Finalmente, la constitución de 1886 con la que se implantó una dictadura soberana y se retomó los principios conservadores que estuvieron rigiendo la nación hasta 1991.

A lo largo de la lectura de estos documentos es posible ver que desde lo constitucional se dividió a la sociedad en dos grupos asimétricos: los ricos, quienes tuvieron beneficios de participación constitucional y posicionamiento a nivel económico y político, y los pobres, quienes fueron minimizados y con el paso del tiempo invisibilizados dentro de las dinámicas políticas de la ciudad. Así se ejerció el poder: los más frágiles dentro del discurso político quedaron abandonados y en manos de la buena voluntad de la sociedad filantrópica y, por otro lado, la clase alta dirigía la ciudad desde sus objetivos individuales. En la presente investigación se explicará el proceso que dividió la ciudad entre estos dos grupos sociales. También se analizarán las dinámicas de las casas de habitación, la construcción de nuevas urbanizaciones y el desarrollo del servicio médico, aspectos que permitirán estudiar la percepción de la evolución urbanística de la época sobre el concepto de persona.

En cuanto al desarrollo biotecnológico, este estuvo presente en los procesos relacionados con la salud y la preservación de la misma gracias a que los médicos se posicionaron en el ámbito político y económico, aspecto que se evidenció en la fuerza que tomó la Junta de Higiene a nivel local y nacional. El ejercicio de la profesión desde la creación de la Escuela de Medicina, incursionó en el estudio de patologías y en la búsqueda de tratamientos para controlar las epidemias, a la vez que contribuyó en las investigaciones para la potabilización del agua.

Los documentos de archivo también nos presentaron la importancia que adquirieron los médicos e ingenieros en la creación de políticas de salubridad. Sus aportes en diferentes congresos nacionales e internacionales fueron relevantes en la proyección de la construcción de urbanizaciones para obreros en las diferentes capitales de la región

latinoamericana. Las discusiones y preocupaciones de los especialistas de la región y del gobierno de Estados Unidos por construir habitaciones para obreros y mejorar las condiciones de vida de la población, permitieron que dentro de los profesionales de la salud surgiera la especialización de médicos higienistas y se establecieran diálogos con los ingenieros respecto a las condiciones que debían tener las casas para los pobres y obreros. Teniendo como punto de referencia de este diálogo, se aceptaron las estrategias implementadas en Europa, enfocadas en el tipo de población y en la economía de las naciones.

Otras fuentes importantes de documentación que nos permitieron percibir el estado de salud de la población bogotana de la época fueron las crónicas de los viajeros, quienes de forma crítica observaron la labor médica, las dinámicas de la vida diurna y nocturna, la forma de vida de los menesterosos y la vida familiar. Gracias a estos documentos nos adentramos también en la forma de vida de las mujeres en temas como la salud, el matrimonio, la formación académica y la profesionalización médica de inicios de la década de 1920.

Diferentes estudios realizados por otros investigadores nos permitieron analizar la forma en que la ciudad finalmente se desarrolló urbanísticamente. Gracias a los estudios realizados por médicos e ingenieros en búsqueda de lugares ambientalmente apropiados para construir viviendas higiénicas y salubres, la ciudad se extendió de forma estratégica hacia el norte, brindando comodidades a las familias de los empresarios y políticos de la ciudad. No obstante, la situación de los pobres y los obreros que vivían en medio de una constante crisis de higiene y salubridad, que se puso en evidencia con la llegada de la gripa española (AH1N1), dio la posibilidad de ampliar la ciudad hacia los cuatro puntos cardinales y extender de esta manera la pobreza extrema alrededor de la ciudad de Bogotá.

## Capítulo 2

### Metodología

El interés de esta investigación se fundamenta en captar la realidad del plano social desde la mirada de las personas que estuvieron presentes durante los sucesos relacionados con la creación de políticas públicas de salubridad en Bogotá entre 1880 y 1940. Para esto se requirió implementar la metodología cualitativa en dos sentidos: primero se elaboró un levantamiento de archivo, ejercicio propio de un trabajo histórico, y en segundo sentido, se realizó una reflexión bioética y biopolítica a través de la información que arrojaron los documentos. A través de esta tarea se buscó establecer si las políticas públicas se pensaron teniendo como referente la justicia social y si las decisiones que se tomaron generaron alguna forma de inclusión-exclusión o condición de *nuda vida*. Se estableció, entonces, un análisis documental de fuentes primarias y secundarias que proyectaron datos sobre la situación en que se encontraban las personas y evidenciaron los discursos desde diferentes ángulos sociales sobre esta realidad. Con este procedimiento se intentó comprender las dinámicas poblacionales de Bogotá durante el período de transición entre siglos.

Nuestra investigación también tuvo en cuenta los diferentes fondos documentales de la ciudad; fuentes primarias que permitieron conceptualizar, desde el plano social, los propósitos de la creación de las políticas públicas de salubridad, así como permitieron aproximarse a la percepción de la población, de los políticos y de los médicos involucrados. Los datos encontrados en los diferentes documentos dieron la posibilidad de extraer enunciados, generar hipótesis, construir o reconstruir procesos políticos, sociales y científicos, todos relacionados con la noción de la vida y con la forma adecuada de prevenir las enfermedades, evitar el contagio y generar condiciones de vida apropiadas para los ciudadanos bogotanos.

## 2.1. Fuentes de información y Bioética

Las fuentes primarias se encuentran en los fondos documentales que reposan en el Archivo de Bogotá, La Biblioteca Nacional, La Biblioteca Luis Ángel Arango, La Biblioteca Central de la Pontificia Universidad Javeriana. Entre los documentos relevantes están las actas del Concejo de Bogotá, actas de la Junta de Higiene y artículos de la Revista de Higiene, artículos de revistas de la época, publicaciones de médicos, de viajeros, trabajos de grados para optar al grado de médicos e ingenieros, ponencias y actas, entre otros. Estas fuentes documentales fueron la voz de las personas que vivieron entre 1880 y 1940 y nos dieron acceso a la percepción que los médicos y el gobierno tuvieron con respecto a la población, la salud, la pobreza, la miseria, la ciudad y la justicia.

Los diferentes documentos de archivo ofrecieron imágenes, fotografías, planos, mapas, tablas y gráficas; documentos que son testimonio de quienes fueron testigos de los hechos y permiten reconstruir escenarios y formas de vida. Las tablas y estadísticas provienen de investigaciones de tipo cualitativa que se realizaron en el período de tiempo en estudio, pero en este análisis se convierten en tipo cuantitativa porque son susceptibles de ser analizadas como fuente primaria. Los mapas propios de la cartografía presentan un lenguaje descriptivo por medio de colores y símbolos; ellos nos permitieron analizar la situación y dinámica social respecto al desplazamiento de los pobres a los lugares más apartados de la periferia.

Por ser esta una investigación que analiza el plano social, se consideró necesario incorporar la metodología implementada por el filósofo francés Michael Foucault, que se enfoca en el uso del documento de archivo. Foucault, a lo largo de su obra, se interesa por la percepción que la gente tuvo en su tiempo, en hospitales y asilos, acerca del control del cuerpo, la enfermedad, la demencia y otros padecimientos. Su trabajo recalca la importancia de la sistematización de la información y de los datos. Esta metodología usa la fuente primaria y la emplea como base para comprender las dinámicas sociales y políticas en diferentes momentos históricos. De esta misma manera, la presente investigación compiló diferentes discursos y extrajo enunciados relacionados con los conceptos de los médicos, ingenieros y políticos sobre los problemas hospitalarios, la escasez de viviendas,

la construcción de las habitaciones apropiadas para vivir en condiciones higiénicas y salubres, el contagio, la salud.

La fuente primaria permitió hacer un análisis bioético y biopolítico relacionado con los temas del cuidado de la salud y la vida mediante la transformación hospitalaria en Bogotá; para este caso específico, el Hospital General San Juan de Dios. Los estudios hechos por Romero María Claudia, Caicedo Mónica y Cárdenas Miguel presentan la importancia del centro médico para la capital colombiana; asimismo, exponen la relación de esta institución con la Universidad Nacional, la Escuela de Medicina y la Escuela de Enfermería como factor que determinó la importancia de los avances médicos y biomédicos en las estrategias para el cuidado de las personas enfermas y la protección de la población contra las epidemias.

Los documentos de archivo arrojaron enunciados y discusiones que en ocasiones dejaron vacíos en los procesos o conceptos. Para llenar estos espacios conceptuales o procesuales fue útil la fuente secundaria. Es así que los diferentes textos especializados en historia urbana, historia de la medicina y artículos de revistas académicas, permitieron completar y llenar estos vacíos. Estas fuentes, en su mayoría, fueron productos de investigaciones similares a la presente y en los análisis realizados por los diferentes investigadores se reúnen interpretaciones de aquellos sucesos. En estas investigaciones se puede encontrar fotografías, gráficas, planos, mapas, entre otros elementos, procedentes de fuentes primarias o del producto de análisis del autor o autores. Tales aportes fueron particularmente valiosos para la presente investigación.

De la fuente también se obtuvieron los conceptos respecto a los avances biotecnológicos y su consonancia con la bioética; no obstante, es importante mencionar que durante el período de tiempo en estudio no existía el área o el concepto, lo cual no impide hacer reflexiones bioéticas. De la misma forma, el uso del concepto no fue utilizado de manera reiterativa en esta investigación para no incurrir en anacronismos.

Es así que, con el fin de hacer una reflexión bioética y biopolítica, se recurre a una investigación histórica. Esto permite estudiar los acontecimientos ocurridos en Bogotá entre finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX desde una perspectiva bioética. Es pertinente porque la presente investigación estudia las formas de vida, la percepción sobre la persona y la creación de políticas públicas dirigidas al cuidado y la preservación de la vida de los ciudadanos bogotanos; políticas creadas con el propósito de atender enfermedades y epidemias tales como la gripa blanca. Para aproximarse a estos procesos las fuentes primarias son fundamentales, pues la palabra de quienes vivieron ese momento de la historia se convierte en testimonio de la forma en que se percibía a la persona, a la enfermedad, a la salud y a la vida.

Para lograr extraer estos aspectos de la fuente primaria, fueron fundamentales los argumentos expuestos por Gilbert Hottois quien “agrupa la inmensa extensión de la bioética en tres grandes conjuntos relacionados con la naturaleza, la biomedicina y el plano social. En los tres aspectos mencionados, las consecuencias del desarrollo de la tecno-ciencia tienen repercusiones en la vida (...)” (J. Escobar, 2007, p.6). Desde esta perspectiva, esta investigación realizó una observación al plano social y a la biomedicina del período de tiempo estudiado.

A lo largo de la investigación se encontrarán dos aspectos relacionados con la bioética; como primer aspecto, el plano social. Este fue transversal en todos los capítulos de la investigación pues el propósito se fundamentó en la población bogotana y en las políticas públicas que se crearon para mejorar las condiciones de vida en la ciudad. El segundo aspecto a encontrar será el de la biomedicina y su relación con la prevención del contagio de enfermedades y los procedimientos adecuados para cuidar a la población.

## **2.2. Archivo y enunciados**

El diálogo con aquellas personas de Bogotá en pleno período de transición se hizo a partir de la interpretación de los documentos oficiales y demás publicaciones alternas. La interpretación de los documentos se convirtió en un elemento fundamental para desarrollar

el análisis de la fuente primaria que posibilitaría una visión de aquellos quienes participaron en dichos procesos como seres reflexivos de su entorno, que pensaban su situación y que podían expresarse.

El estudio del plano social permitió aproximarse a la forma en la cual se estableció la relación entre los principios de justicia y las formas de inclusión-exclusión social, surgidas a partir de las políticas públicas que regularon el sistema de salubridad de Bogotá. Justamente, este estudio permitió identificar esos principios de justicia social con los cuales emergieron las políticas públicas de salubridad en Bogotá, y a la vez evidenció la pluralidad de discursos y decisiones que pronunciaron gobernantes, sacerdotes y empresarios bogotanos del período comprendido entre 1880 y 1940 y que se relacionaron con procesos de inclusión-exclusión. De la misma manera, el estudio del plano social nos llevó a comprender cómo se percibía a la justicia social y a la población y la forma en que las diferentes políticas sociales afectaron a este grupo social de manera positiva o negativa.

Conviene subrayar que el uso de la fuente primaria, o investigación de archivo, por lo general hace parte de la investigación histórica. Sin embargo, tal como se explicó anteriormente, Michael Foucault propuso un nuevo manejo de este tipo de información. Foucault fundamentó su obra en el análisis de documentos de archivo convirtiéndolo en un dispositivo históricamente asociado a los instrumentos que él produce sobre los sujetos que lo usan. Es decir, gracias al archivo se extraen las relaciones de poder y biopoder que se producían entonces en las diferentes sociedades. En la presente investigación, el archivo se convirtió en ese dispositivo que permitió analizar los procesos políticos y sociales de Bogotá durante el período de transición.

El filósofo francés demuestra la importancia del archivo, que trasciende la condición de documento, al dar preeminencia a los discursos y enunciados extraídos de las fuentes primarias. Foucault (1969) considera a los enunciados como los átomos de los discursos. Argumenta que en los textos existen signos yuxtapuestos; en cuanto existe uno, y solo uno, el umbral del enunciado sería el inicio de la existencia de los signos, así los enunciados no dependen de las lenguas o de las reglas de estas y los signos en que se

constituyen sus elementos son formas que se imponen a los enunciados y los rigen desde el interior (p.70).

La presente investigación realizó un análisis de fuentes primarias partiendo de los preceptos anteriormente expuestos. Al extraer los enunciados de los documentos oficiales pudo comprenderse las características de vida de la población bogotana y así establecer la relación entre los principios de justicia y las formas de inclusión-exclusión social surgidas de las políticas públicas que regularon el sistema de salubridad de Bogotá entre 1880 y 1940. Además de los documentos de archivo, se extrajeron enunciados que nutrieron los análisis de los procesos a partir de los escritos de Hottois, Agamben y Fraser, lo que permitió abrir el debate sobre la relación existente entre políticas públicas y los procesos de inclusión-exclusión.

Dentro de los documentos relevantes para desarrollar esta investigación figuran: el Registro Municipal (RM), el Diario Oficial (DO), el Diario El Tiempo, el Diario El Espectador, El Gráfico, la Revista Cromos, la Revista de Higiene (RH), la Revista Anales de Ingeniería (AI), las publicaciones de Acción Social (AS), el Boletín del Circulo de Obreros (BCO), entre otros. Dichos documentos permitieron analizar censos, dinámicas poblacionales, la configuración urbana, la presencia de enfermedades en la ciudad, el tratamiento ejecutado en la población menesterosa y pobre, la creación de barrios y de hospitales modernos. Con las Crónicas de Bogotá se pudo recrear la visión de los viajeros que se hospedaron en la ciudad durante algún momento del período estudiado. Cabe aclarar que estas fuentes de archivo se transcriben fielmente y es posible que el lector encuentre errores de ortografía o de impresión ya que estos están presentes en los originales.

Las fuentes primarias también permitieron realizar comparaciones de los procesos de salud e higiene de la capital respecto a otras capitales. Sin embargo, a medida en que se hicieron más vívidos los rasgos distintivos de la situación que se requería comprender, se determinó disminuir las comparaciones significativas entre situaciones, pues esta investigación, al revelar lo que es distintivo, se alejó de lo comparativo y se centró en lo específico (Vasilachis, 2009, p.28).

### **2.3. Categorías de análisis**

La investigación buscó captar la realidad social del período de tiempo en estudio a través de los documentos de archivo, y propuso el análisis de éstos bajo los parámetros conceptuales de las teorías de Giorgio Agamben, Nancy Fraser y Gilbert Hottois. Teniendo en cuenta las características de la investigación, se propuso dos tipos de categorías de análisis: en primer lugar, figuran las categorías deductivas que surgieron de las teorías de los filósofos Hottois, Agamben y Fraser y que establecieron la ruta en la aproximación a los documentos. En segundo lugar, se propusieron las categorías inductivas; éstas emergieron de las categorías deductivas a medida en que se analizaban las fuentes primarias.

Con las teorías del filósofo Agamben se establecieron las categorías de estado de excepción, *nuda vida* e inclusión-exclusión. De la filósofa Fraser, el concepto de la justicia social. Por otra parte, del bioeticista Gilbert Hottois, se establecieron el plano social y la biomedicina. A partir de estas categorías surgió otra serie de categorías denominadas inductivas; entre estas categorías figuran: las biotecnologías, la justicia normal, la justicia anormal, la paridad de participación, la anomia y la dictadura soberana. Entre las categorías emergentes se encuentran la desigualdad social y el sinhogarismo, argumentadas respectivamente desde las teorías del sociólogo portugués Boaventura do Santos Sousa y las discusiones de la filósofa española Adela Cortina.

#### **2.3.1. Categorías deductivas.**

El contexto político colombiano de entonces, dirigido desde la capital, nos llevó a proponer la categoría de análisis de estado de excepción. Dicho proceso permitió comprender que las políticas constitucionales creadas en 1821 dividieron a la sociedad entre aquellos quienes podían ejercer sus derechos y aquellos que no lo podían hacer.

El proceso de inclusión-exclusión es otra categoría deductiva presente en gran parte de la investigación. Esta se relaciona con el proceso constitucional que se presentó durante el siglo XIX en el que se incluyó a la sociedad en los procesos de elección electoral, pero que

al mismo tiempo excluyó a la gran mayoría de la población analfabeta, pobre y de género femenino.

La condición de *nuda vida* también es relevante a lo largo del documento y se relaciona con el proceso ocurrido en Bogotá que buscaba despojar a los ciudadanos de sus derechos civiles y que llegaba hasta el punto de disponer de la vida de los residentes según las necesidades y políticas gubernamentales.

La justicia social es otra categoría fundamental en la presente investigación. A través de ella se observaron los procesos políticos y fue la base para intentar aclarar si las normas creadas fueron justas, o para quiénes fueron justas. Esta categoría se estructuró a partir de las teorías de la filósofa estadounidense Nancy Fraser y se utilizaron las fuentes primarias para argumentarla.

### **2.3.2. Categorías inductivas o emergentes.**

Al analizar los documentos bajo los conceptos de Agamben se halló que del proceso de inclusión-exclusión emergieron distintas categorías como la de desigualdad social, por lo que se recurrió a Boaventura de Santos Sousa para analizarla en profundidad. Asimismo, se estableció la categoría del sinhogarismo que tiene bastante relación con el concepto de aporofobia propuesto por la investigadora Adela Cortina. Pese a ser un concepto reciente, consideramos que es pertinente para esta investigación, en razón a que explica el cómo las personas sin hogar pierden su intimidad y la posibilidad de pertenecer a un grupo social. Del mismo modo, consideramos la anomia como otra categoría emergente, producto de los procesos de aislamiento y reclusión a los que se exponía a niños, niñas, prostitutas, vagabundos, locos y locas.

Conviene subrayar que, al examinar la categoría de justicia social a la luz de las teorías de Nancy Fraser, se encontró que en Bogotá los discursos y las acciones de políticos y empresarios se dieron en el marco de la justicia normal y la justicia anormal. Estas dos nuevas categorías nos permitieron comprender que la justicia puede ser entendida desde

diferentes perspectivas y su concepto varía de acuerdo a los diferentes momentos históricos. Al hablar de la justicia normal, hablamos de la equidad en los diferentes procesos sociales; es decir, si la sociedad se encuentra atravesando por procesos de normalidad se cumplen las condiciones de justicia conforme a lo que se espera de ésta. Por su parte, la justicia anormal se enmarca dentro de los procesos de crisis que generan una gran cantidad de discursos respecto a un problema que afecta a una población; el resultado son discursos que se vuelven contradictorios o difusos y que tienen estrecha relación con otra categoría emergente: la paridad de participación, que explicará en detalle que para la sociedad bogotana las personas no eran vistas como iguales.

### Capítulo 3

#### Exclusión, políticas públicas y transición del siglo XIX al XX

*No existen ideas políticas sin un espacio al cual sean referibles,  
ni espacios o principios espaciales  
a los que no correspondan ideas políticas.*

*Cavalletti*

Para realizar una aproximación a la creación de políticas públicas es necesario revisar la historia constitucional colombiana. Para esto se revisaron títulos y artículos de algunas constituciones del siglo XIX, aquellos considerados relevantes para comprender la percepción que se tenía de la sociedad colombiana desde el inicio de la época republicana. Posteriormente, se realizó una exploración del desarrollo político y social de Bogotá. Este análisis busca encontrar la relación entre los procesos sociales y políticos derivados de la inclusión y exclusión social, los procesos de anomia, de *nuda vida* y el estado de excepción bajo los paradigmas teóricos de Giorgio Agamben.

Asimismo, se realizará en el capítulo una revisión de los debates científicos, religiosos y políticos donde las personas menesterosas fueron objeto de discusión; también se analizarán las decisiones que se tomaron frente a la mendicidad, el cuidado de la higiene y la salud de la población, y la creación de centros de asilo e instituciones creadas para vigilar la salubridad de la ciudad.

Al mismo tiempo se hará una primera aproximación a la forma en que se percibe la vida y la persona desde el sentido bioético relacionado con el plano social, y que en la presente investigación se puede relacionar con la dinámica urbana, el progreso y la implementación de estrategias para proteger, mejorar la salud y cuidar la vida de la población.

### 3.1 Contexto constitucional colombiano del siglo XIX

El siglo XIX consolidó procesos políticos y económicos que se originaron en la Europa del siglo XVIII. Estos procesos se difundieron en el continente americano ya que existía un vínculo político y económico tan fuerte que incluso los procesos revolucionarios de Francia propiciaron los deseos de ruptura al interior de las colonias europeas; y si no de ruptura, por lo menos se evidenció un anhelo por cambiar la forma de gobierno colonial. A partir de las transformaciones políticas que trajo la revolución, se analizará brevemente el proceso constitucional que permitió consolidar la República de Colombia y profundizar sobre la idea que se tuvo de los ciudadanos a partir de la primera Constitución de 1821.

Es necesario recalcar que Colombia inició la transformación de Colonia a República en 1821 con la Constitución de Cúcuta. Esta instauró la directriz para establecerse como nación independiente con un gobierno central, popular y representativo en donde el Poder Supremo estaría dividido para su administración en los tres poderes públicos (Uribe, Tomo II, 1977, p.711). Con esta dinámica la corona española no participó más en los procesos políticos, económicos y sociales del territorio, y la clase social denominada criolla<sup>1</sup> heredó el tan anhelado poder.

Con la Constitución de Cúcuta se instauró una particular manera de entender la soberanía popular colombiana y el ejercicio de la ciudadanía. En esta se definió el Proyecto de Nación tomando como referente los procesos europeos y la tradición religiosa heredada de la colonia española. Los pilares fundamentales se dirigieron entonces a consolidar una nación independiente en la que el gobierno fuera popular representativo y con una clara división de poderes. Se puede observar que, para lograr este objetivo, uno de los propósitos era buscar el ejercicio de la ciudadanía.

---

<sup>1</sup> Es un término que surgió en la época de la colonia para denominar a las hijas e hijos de descendientes de europeos nacidas y nacidos en las colonias españolas en América (RAE).

Sin embargo, al redactar los títulos y secciones de la constitución se evidenciaron los intereses de la clase gobernante, cuyo discurso en un principio tenía la intención de consolidar un país democrático. Vale la pena subrayar lo escrito en el título II, “Del territorio de Colombia y de su Gobierno, Sección primera”. En el artículo 10 el escrito señala que el “pueblo no ejercerá por sí mismo otras atribuciones de la soberanía que la de las elecciones primarias; ni depositará el ejercicio de ellas en unas solas manos. El Poder Supremo estará dividido para su administración en Legislativo, Ejecutivo y Judicial” (Constitución Política, 1821.p. 30).

En este artículo es claro que todos los colombianos podían ejercer su derecho constitucional al voto, y además responsabilizan al ciudadano de proteger la nación democrática de cualquier posible amenaza.

No obstante, podemos observar en el título III, sección 1º, el artículo 15 que señalaba los requisitos para ser sufragante parroquial: 1º ser colombiano; 2º ser casado o mayor de veintiún años; 3º saber leer y escribir; 4º ser dueño de alguna propiedad raíz que alcance al valor libre de cien pesos, o en su defecto ejercitar algún oficio, profesión, comercio, o industria útil con casa o taller abierto sin dependencia de otro, en clase de jornalero o sirviente. A su vez, el artículo 17 nos indica que:

el ejercicio de sufragante parroquial se suspende: 1.º En los locos, furiosos o dementes. 2.º En los deudores fallidos y en los vagos declarados por tales. 3.º En los que tengan causa criminal abierta hasta que sean declarados absueltos o condenados a pena no aflictiva ni infamatoria. 4.º En los deudores a caudales públicos con plazo cumplido. (Constitución 1821, p.31).

Fue importante especificar quién podría ser sufragante en la estrategia de aquellos quienes tenían el interés de gobernar, pues la nueva nación era aún rural y la mayoría de la población analfabeta, campesina y sin propiedades. Bajo este aspecto se generó un proceso constitucional de exclusión. Como se puede ver, el título II artículo 10 de la Constitución

da el poder al pueblo de elegir a sus mandatarios y le otorga la responsabilidad de proteger la democracia, así se incluyó a la población en las determinaciones constitucionales, y a renglón seguido, se anula ese derecho a quienes no cumplan con unas condiciones específicas. Se declara entonces una exclusión al pobre, al campesino, a la mujer y a quien no cumpla con los requisitos establecidos para tener el derecho al voto. Haciendo una aproximación a la teoría de Giorgio Agamben (2005) respecto al estado de excepción, se puede decir que en el artículo 15 del título III se evidenció un grado de exclusión dentro de la legalidad (p. 5).

Un segundo aspecto de esta constitución fue el reconocimiento de Colombia como nación centralista gobernada desde la capital; sin embargo, la capital conservaba todavía las características de las ciudades coloniales, atravesada por ríos y riachuelos que abastecían de agua al acueducto y eran la fuerza motriz de los molinos ubicados a las afueras. Germán Mejía (2000) describe que el alcantarillado hasta la década de 1880 funcionaba por medio de letrinas de hoyos y en algunos sectores de la ciudad se encontraban caños descubiertos que corrían a los lados de las vías. Las construcciones eran bajas con paredones blancos y techos rojizos que se confundían con los cerros, las construcciones y ambiente en general evocaban una aldea hispanocolonial. La Bogotá decimonónica conservaba un aspecto conservador donde los ritmos de vida se aproximaban más a una ciudad apacible y conventual que a una gran capital (pp. 13 - 29).

Desde 1821, año de la Constitución, hubo una fuerte tensión política entre liberales y conservadores. El partido liberal deseaba que la nación tuviera un sistema federal y el partido político conservador deseaba mantener el sistema centralista. Bolívar impregnó la primera república con el sistema centralista y en 1863, cuando el liberalismo subió al gobierno y se instauró la Constitución de Rionegro, el sistema de gobierno cambió a federalista. El nuevo período de gobierno se caracterizó por el interés de superar los problemas políticos, económicos y culturales que se habían estancado desde la época colonial. Se buscó inicialmente promover la autonomía a las provincias. Se impuso el pensamiento de *laissez-faire*, *laissez-passer* para fortalecer la economía del país; se estimuló la acción privada e impulsó la importación y exportación. En lo cultural, se

realizaron reformas educativas desde la primaria hasta la educación universitaria, y además se implementó la educación laica.

El 11 de noviembre 1885, Rafael Núñez anunció que la Constitución de 1863 había muerto y así dio inicio a una transformación política. Al declarar la Constitución como inexistente, Núñez promulgó la dictadura soberana “en la cual la vieja Constitución no existe más y la nueva está presente en la forma “mínima” del poder constituyente, representa un estado de la ley en el cual ésta se aplica, pero no formalmente en vigor.” (Agamben, 2005, p.77). Desde el momento en que la constitución se declaró inexistente se presentó una fuerte tensión política en el país, especialmente en la capital. La nueva constitución empezó a regir a partir de agosto de 1886.

La nueva Constitución dio inicio al período de regeneración. De esta manera se devolvió el poder a la iglesia y se retomó la orientación educativa religiosa; se robusteció el poder del presidente con el propósito de recuperar el orden perdido extendiendo el período presidencial a seis años; también se eliminó el capítulo de derechos humanos y del hombre de la constitución. La idea de Núñez era que “las repúblicas deben ser autoritarias, so pena de (...) permanente desorden” y se estableció un ejército nacional, que el presidente consideraba esencial para “fundar la paz” (Melo Jorge, 2017, p.168). Con el gobierno de Núñez se dio más poder a la autoridad militar

Las reformas que trajo la nueva constitución aumentaron la fuerte tensión política en la sociedad, que se evidenció en las últimas décadas del siglo XIX. En 1893 la prensa publicó fuertes críticas a las acciones asumidas por Núñez en 1885, las que consideraron como un golpe Estado.

El Sr. Núñez, por ejemplo, pudo individualmente en 1886 declararse á sí mismo y por ante si fuera de la comunidad liberal, y ninguno se lo hubiera censurado; pero él no lo hizo, sino como Gobierno y como Gobierno que había sido establecido por los liberales: él había jurado el cumplimiento de la Constitución de 1863, la cual, si no colmaba los deseos nacionales,

estaba sujetas a reformas. Destruirla como la destruyó el Sr. Núñez con el hacha de su nueva creencia política, fue un verdadero golpe de Estado, y él no tenía derecho para entregar á los adversarios el depósito de las instituciones que le confiara el voto del liberalismo (El Espectador, 1893, p.564).

Entre noviembre de 1885 y agosto de 1886 el presidente Núñez tuvo plenos poderes y se estableció el estado de excepción, pues según Agamben (2003) al expandir los poderes gubernamentales y los poderes de emergencia constitucional se deja por fuera del sistema democrático a los poderes legislativo y judicial, así, estas instituciones corren el riesgo de transformarse en sistemas totalitarios (pp.30-34). Aproximando el proceso de Núñez a la teoría de Agamben podría decirse que durante varios meses se estableció una dictadura en Colombia.

El proceso constitucional de finales del siglo XIX se aproxima a la teoría agambeniana ya que marcó el período de transición con una fuerte tensión social que se evidenció en la polaridad política entre liberales y conservadores. Este aspecto político contribuyó a que se presentara la guerra civil de los mil días, se incrementara el desplazamiento a las ciudades, se fortaleciera la desigualdad social y la pobreza. Se podría considerar este proceso en el ámbito histórico nacional, como de retroceso.

### **3.2 Conflictos políticos y sociales durante la transición del siglo XIX al XX**

La característica principal de las ciudades capitales es que se convierten en lugares de oportunidades y así se transmutan en centros de concentración de población. Este es un factor positivo desde la mirada de Andrea Cavalletti (2010), quien explica que los individuos se congregan para vivir felices. Considera que la grandeza de una urbe no es la extensión del terreno, la periferia o los límites, la grandeza de la ciudad es la multitud de la población y la fuerza de esta. Así la ciudad se convierte en el espacio donde la felicidad y la fuerza son correspondientes (p.67).

Bogotá no estuvo lejos de estos procesos y durante el siglo XIX, después de la independencia española, se hizo evidente un aumento constante de habitantes. Este sería un aspecto favorable según las ideas de Cavalletti, sin embargo, para la capital colombiana el aumento de la población generó dificultades de higiene y hacinamiento. La situación de la capital a finales de siglo XIX fue crítica, como lo expresó el alcalde Cualla en sesión del Concejo Municipal al inquirir: “debe haber muchos miserables ya que la población excede de cien mil habitantes y los medios de subsistencia escasean, que no tienen grandes fábricas ni extensas industrias productivas ni movimiento comercial notables” (R.M.1889, p. 238). Esta situación fue la principal particularidad de la capital colombiana en el período de transición del siglo XIX al XX; la ciudad que desde 1821 se concibió como el centro industrial y comercial más importante de la nación se encontraba en condiciones deprimentes de higiene.

El aumento de la población y la proliferación minera llevó a que los límites se extendieran. Mejía (2000) relata que la ciudad contaba con una extensión geográfica que contenía 250 manzanas y 773 cuadras urbanizadas, la superficie total era de 283 hectáreas, su extensión máxima continuaba siendo de 3 kilómetros entre sus extremos sur – norte, y había 2 kilómetros entre la parroquia de Egipto al oriente y el final del camellón de San Victorino al occidente. Durante el siglo XIX la ciudad se extendió tímidamente hasta 1860 cuando la expansión se detuvo, pero no el crecimiento poblacional (p. 318).

La sobrepoblación en una ciudad con las características espaciales de Bogotá generó problemas de higiene y salubridad que llevaron a concejales, médicos, ingenieros y religiosos a buscar formas para mejorar las condiciones de vida de los habitantes. Así que durante décadas se presentó una serie de debates, estudios, ponencias y discursos relacionados, en primer lugar, con la construcción de casas baratas e higiénicas y, en segundo lugar, con la búsqueda de terrenos con las condiciones climáticas adecuadas para construir urbanizaciones nuevas.

Los debates fueron interpuestos por médicos, ingenieros y sacerdotes quienes, pensando en mejorar el cuidado de la salud en la ciudad, realizaron estudios científicos para

determinar los procesos a seguir en la construcción de urbanizaciones nuevas en condiciones higiénicas apropiadas para los obreros. El Concejo, por su parte, siguió las disposiciones constitucionales que regulaban todo lo concerniente con la población.

Las autoridades municipales se ciñeron a la normatividad y siguieron la ruta que se había determinado en la Constitución de 1886 en el Título XVIII “De la administración Departamental y Municipal”; en este apartado se creó el artículo 199 con el que se delega la responsabilidad a los municipios de:

ordenar lo conveniente, por medio de acuerdos o reglamentos interiores, para la administración del Distrito; votar, de conformidad con las ordenanzas expedidas por las Asambleas, las contribuciones y gastos locales; llevar el movimiento anual de la población; formar el censo civil cuando lo determine la ley, y ejercer las demás funciones que les sean señaladas (p. 5).

Con el artículo 199 como ruta para administrar la ciudad y frente a las situaciones críticas relacionadas con la salubridad de la población, el Concejo de Bogotá y el alcalde obtuvieron la posibilidad de legislar por medio de acuerdos, y de esta manera, solventar los aspectos relacionados con el aumento de la población, la construcción de viviendas higiénicas, la ejecución y construcción de la infraestructura para los servicios públicos, la disminución de los índices de pobreza e implementación de tecnologías para el tratamiento de enfermedades.

La nueva constitución suscitó al interior del país y de la ciudad diferentes dinámicas políticas; una de ellas fue la de delegar a los municipios la responsabilidad sobre el cuidado y el desarrollo de la población. La ruta indicada llevó a los ingenieros, arquitectos e higienistas a realizar estudios técnicos y científicos dirigidos a la construcción de habitaciones baratas para los obreros y, paralelo a este debate, encontrar la mejor forma de resolver la situación de salubridad. Las investigaciones se difundieron en los diferentes seminarios, congresos y publicaciones, y se puede apreciar en la legislación del municipio

una constante preocupación por los temas de la higiene, la pobreza y el bienestar de los ciudadanos.

Otra dinámica política importante que se presentó en el período de transición y que se manifestó paralelamente a los debates mencionados anteriormente, fue la evidente tensión social y política impuesta por Núñez al momento de derogar la constitución de 1863 y al denominar al período gubernamental anterior como nocivo para la nación. Esto generó entre los partidarios de las políticas liberales una gran inconformidad y un notable empoderamiento de quienes eran partidarios de los preceptos conservadores. Los procesos políticos que trajo Núñez con sus políticas de regeneración se hicieron presentes en las diferentes ciudades, en donde se presentaron grandes diferencias políticas. Este aspecto volvió a la capital vulnerable a los discursos políticos. Un ejemplo de esta situación se evidenció en 1893 cuando se presentó una revuelta en la ciudad causada por un artículo publicado en el diario Colombia Católica.

La publicación exacerbó la inconformidad de algunos ciudadanos con las nuevas políticas impuestas por el gobierno conservador e irritó a los artesanos. En el diario se expresó que las condiciones de vida de este gremio eran de miseria, que eran personas que atentaban a la moral y a las buenas costumbres. De igual manera, exaltó de forma coloquial el interés de este grupo de ascender socialmente a través de los matrimonios de sus hijas. El diario también denigró del servicio doméstico y de las mujeres planchadoras.

El diario El Espectador, en respuesta al mencionado artículo, publicó otro titulado “Los artesanos de Bogotá vilipendiados”. En el artículo se expresó la inconformidad por el maltrato que se hizo a los artesanos bogotanos, se exaltó la laboriosidad de estos y de sus familias, y los ascensos que lograron en la sociedad capitalina por el trabajo en sus talleres. El diario de Medellín inició el artículo exclamando:

Sorpresa é indignación ha causado generalmente en la sociedad el artículo titulado La mendicidad, que, en horas de injusticia, en lo

concerniente a los artesanos de Bogotá, se escribió y se publicó en el número 10 de nuestro colega Colombia Cristiana.

Y tanta falta de justicia y de verdad, que no es otra cosa que carencia de caridad cristiana ó ignorancia en el asunto que el escritor entró a tratar, resalta en el referido artículo, que el mismo señor director de la hoja citada, tuvo que poner una Nota editorial en el subsiguiente número del periódico, en desagravio de la honorable, trabajadora y numerosa clase social ultrajada (...) (1893, p. 576)

Al respecto conviene decir que la capital no solo tenía sobrepoblación, sino que ésta se empobrecía día a día, la miseria se encontraba por las calles y era muy mal vista. Los artesanos pertenecían a una clase social que intentaba ascender, estos tenían talleres y pequeñas industrias y los obreros, por su parte, eran quienes trabajaban por jornal; la economía de estos últimos al parecer iba en descenso.

El artículo del diario católico Colombia Cristiana fue el detonante de la tensión política que se presentaba desde 1885, cuando los liberales fueron derrotados por Rafael Núñez mediante la dictadura soberana. El artículo resultó punzante para los artesanos, pues estos no pertenecían a la población que vivía en la miseria, sino que hacían parte de la población que intentaba desarrollar la economía de la ciudad y estaban de acuerdo con la concepción liberal de *laissez faire*. El artículo expresó que cuando:

(...) el obrero por su habilidad, ó por la laboriosidad de su mujer, cuenta con una renta con que pueda asegurar el arrendamiento de una localidad de varios departamentos, la toma ocupa uno de ellos y los restantes son arrendados á alto precio, ya para ocultar la vergüenza, ó ya la rapiña de los merodeadores en el fértil campo de la miseria y del desamparo. Hay otras piezas ocupadas por aplanchadoras ó costureras, de aspecto decente por la compostura relativa que en ellas se ve. Los útiles de su profesión están siempre en buen orden (...) es ahí donde las sirvientas que, por disgusto con el amo de la casa, ó por cualquier otro motivo dejan su

colocación, se refugian al lado de estas mujeres, que con desinteresado afecto las colocan a un lado. Las familias bogotanas saben por dolorosa experiencia cual terrible es esta vecindad.

Pero si el obrero ha alcanzado á ser jefe ó maestro de taller ó de obra, deja el vestido de artesano y se disfraza de cachaco, y a sus hijas las hace vestir, para presentarse en público, de gorra y guantes, y son estas infelices las más de las veces, con consentimiento de los padres, las víctimas de la disolución y el desenfreno de los miembros de la parte de la sociedad que por su posición debía ser el amparo y sostén del débil. (...) (El Espectador 1893.p. 576, cita del periódico Colombia Cristiana).

Como se puede apreciar, el artículo fue provocador, discriminatorio y ofensivo para los artesanos quienes fueron comparados con los obreros y al tiempo se les acusó de utilizar sus ingresos y a sus hijas para ascender socialmente. El posicionamiento que se estaba produciendo en la ciudad por este grupo fue criticado a nivel social. El escritor matizó los oficios de los artesanos y los ubicó en los barrios deprimentes de la ciudad. Al referirse a que “Las familias bogotanas saben por dolorosa experiencia cual terrible es esta vecindad” se infiere que se estaba refiriendo a los inquilinatos, viviendas que estaban ubicadas cerca al margen de la ciudad y cuyos inquilinos debían pagar una renta (las condiciones de vida de los inquilinos y las características de estas habitaciones se estudiarán más adelante y con más detenimiento). Sin embargo, la ofensa más grande del artículo radicó en sumar la clase social de los artesanos a la de los obreros, ya que esta última vivía en condiciones deprimentes de pobreza y, en su mayoría, se encontraba al límite de la miseria.

Como se puede percibir, la desigualdad social era tal, que nadie que estuviera en un grupo social quería siquiera ser comparado o confundido con el grupo que estaba debajo de la pirámide. Además, se criticaba de manera contundente a quien buscaba la forma de ascender, pues lo lógico en la sociedad conservadora era mantener las estructuras económicas, políticas, religiosas y, por extensión, sociales, inamovibles.

### **3.2.1 Habitaciones higiénicas y la inclusión-exclusión.**

En la capital se evidenció una gran escasez de viviendas adecuadas con condiciones higiénicas en las que pudieran las personas vivir dignamente. Esto llevó al gobierno a priorizar en la reglamentación de remodelación de las casas y en la regulación de la construcción de habitaciones nuevas. Para esto el Concejo en 1891 con el acuerdo 29, orientó los parámetros en los cuales se debía remodelar o construir viviendas en la ciudad. Así se dio origen a las licencias de construcción en la ciudad. En 1902 con el acuerdo 10 se normalizó la construcción de nuevas urbanizaciones; estas disposiciones y normas fueron dirigidas a la ciudadanía, sin embargo, el seguir la ley implicaba realizar una inversión, so pena de sufrir una sanción. De esta manera, la misma norma excluyó a una gran parte de personas que no podían contratar a un arquitecto para que realizara los planos que exigía la alcaldía.

Con esta legislación el gobierno benefició a unos y excluyó a una parte de la población, es decir, se centró en las características de los grupos sociales más pobres para la comodidad de quienes tuvieran recursos suficientes para comprar terrenos y construir vías.

Desde esta perspectiva, y a la luz de Agamben (2013), el proceso que se inició en la ciudad cobijó a toda clase social, así que no se puede hablar de una independencia de la norma. Es decir que el interés de los acuerdos era servir como herramienta para mejorar un comportamiento y unas condiciones de vida social; sin embargo, podemos percibir que la norma como acto de regulación si afectó el entorno de quienes, por sus escasos recursos, no pudieron resolver los problemas que las citadas regulaciones persiguieron, haciendo más perjudicial su situación frente a la exigencia de cumplir con el procedimiento. Aun cuando el interés era el de dar posibilidad a todos, no se logró en la mayoría de los casos individuales (p.33).

Las disposiciones normativas del Concejo no tuvieron en cuenta a la población vulnerable ni a las condiciones en las que se encontraban. El municipio conocía la situación

que atravesaba la mayoría de la población porque en los atrios de las iglesias se escuchaban discursos descriptivos de la forma de vida de los pobres, quienes vivían a metros de las familias prestantes, denominadas cachacos, y de los artesanos; los sacerdotes invitaban a observar el entorno y a las personas que estaban en el espacio:

Ese cuadro, señoras y señores, es el de la miseria, física y moral que viven en vergonzoso maridaje. ¿La miseria? La tenéis en esos millares de seres humanos que padecen de inanición sin que haya quien les arroje un mendrugo de pan; la tenéis en esas millares de jóvenes incautas que vienen a la capital en busca de salario y que, después de caer en las garras de ciertos cuervos de la lujuria, se ven obligadas a traficar con su honor para no parecer de hambre (AS 1913. p.11).

Al finalizar el siglo XIX se devolvió a la iglesia católica el poder que había perdido en 1863. Así, desde 1886, ésta se empoderó y convirtió en autoridad de la fe, la política y la sociedad. Esta característica le daba potestad para emitir discursos como el anterior, con el que de una manera muy diplomática solicitaba a los artesanos y cachacos (clase política, médicos e ingenieros) a intervenir de manera caritativa para no dejar morir de hambre a quienes vivían en pobreza absoluta.

El discurso muestra la forma de vida que adquirirían quienes llegaban a la capital en busca de trabajo. Continuando con la teoría agambeniana, la norma, y en este caso el discurso, cubría a la población y al mismo tiempo invisibilizaba a los pobres, porque los minimizaba; además hacía ver como algo cotidiano el que se utilizara a la mujer para hacer fortuna. Los sacerdotes describían entonces el proceso que reducía a las personas a la condición de *nuda vida*, “una vida que no puede separarse de su forma es una vida que, en su modo de vivir, se juega el vivir mismo, y a la que, en su vivir, le va sobre todo su modo de vivir” (Agamben, 2010, p.14). Proceso que sufrían las mujeres que se contrataban para explotar su cuerpo y los jóvenes que no eran contratados para trabajar, que eventualmente se convertirían en vagos y en un problema para la sociedad.

Los ciudadanos pobres que se encontraban al filo de la miseria vivían al margen de la ciudad, en el Paseo Bolívar o en los inquilinatos. Ellos y las demás personas necesitaban casas higiénicas con servicios de acueducto y alcantarillado para prevenir enfermedades y evitar caer en la mendicidad. Así, mientras los políticos creaban acuerdos para construir casas y urbanizaciones, los médicos higienistas, ingenieros y arquitectos realizaban estudios y debates para buscar los mejores terrenos y las mejores condiciones ambientales para proporcionar confort a quienes tuvieran el capital para seguir la norma.

La participación de los médicos en el debate relacionado con la higiene de habitaciones se caracterizó por la rigurosidad investigativa. En las ponencias se podía comprender con claridad qué debía hacer el municipio para ayudar de manera categórica a la población. Mostraron las medidas y resultados que otras ciudades habían tomado para solucionar el problema de hacinamiento; el Doctor Alberto Borda, por ejemplo, hizo un análisis de las medidas que se habían tomado en la región europea para solucionar las dificultades de higiene y ensanche urbano. El ponente explicó que:

Observando las ciudades actuales, se nota que la condición esencial para la vida de una numerosa población parece ser el contacto con grandes masas de agua: casi todas las grandes capitales están en sus riberas o son atravesadas por grandes ríos (...). Los terrenos para construir deben estar al abrigo de inundaciones y el subsuelo debe ser seco y apropiado. Para dirigir las plantaciones de las poblaciones no sólo debe tenerse en cuenta la dirección de los vientos dominantes, sino también la del sol, con el objeto de que las filas de árboles proyecten sombra de preferencia sobre las partes en que se pone o muere. En una palabra, el estado climatológico de la región debe ser perfectamente estudiado, así como la orientación de las calles, a fin de obtener una buena distribución de luz y de calor. (...) (R H 1913; p.23-25)

El médico Borda deja claro a la comunidad científica y política la importancia de estudiar las características y condiciones de los terrenos aledaños a la ciudad y así iniciar el

proceso de ampliación de los límites de la misma para generar mejores condiciones de higiene y salubridad en la población. Los ingenieros, en consonancia con los médicos higienistas, realizaron estudios y propuestas de las casas o habitaciones que se debían construir en los nuevos terrenos y las principales propuestas se remitieron al éxito que había tenido el proceso en Londres, de tal manera que se explicó que en la capital inglesa se construyeron:

vías férreas, al redor de la cuales se aglomeran casas industriales, agencias de comercio, de expediciones (...). En las viejas ciudades, que se volvieron grandes centros industriales, la mayor parte de los obreros vivían en el centro; pero hoy día van yéndose hacia los suburbios, lo mismo que los empleados. La parte más interna, que es la más antigua de Londres, la City, se ha vuelto una verdadera ciudad de bancos (AI, 1915.p.232).

Siguiendo la dinámica urbana londinense, los ingenieros bogotanos se propusieron dejar a los obreros en el centro mientras se construía habitaciones fuera del perímetro, cerca a los centros empresariales. La proyección no era del todo errada si se tiene en cuenta que los planes urbanísticos en Latinoamérica tomaron como referente los procesos europeos. Así que proyectar la configuración urbana tomando como referente una ciudad industrial, que se venía gestando y tomaba fuerza como centro económico de una nación con características y condiciones particulares, pudo ser acertada si se hubiera pensado en las condiciones de vida de los obreros.

Los ingenieros también mostraron al municipio que esos problemas de hacinamiento se podían solucionar extendiendo la ciudad fuera del perímetro, que era un proceso para mejorar la vida de la población y que posibilitaría el desarrollo de la industria y la economía de la capital. Además, coincidían con los médicos en que era “absolutamente indispensable para una casa de habitación el aire, la luz, el agua y el calor. Estos son los puntos capitales que hay que tomar en cuenta en la disposición de una casa (...)” (AI, 1916, p. 29). También explicaron con detalle cómo debe estar ubicada una casa para obtener luz,

aire y calor; la altura y la distribución de espacios para que las personas vivieran cómodas, además, especificaron las partes que debía tener una casa urbana, rústica y obrera.

### 3.2.2. La pobreza como discurso político.

Un aspecto a destacar en el período de transición del siglo XIX al XX fueron los procesos políticos que contribuyeron a que la ciudad se convirtiera en un escenario atractivo y necesario para vivir. Al entrar el siglo XX la población se incrementó, aspecto que subió los índices de pobreza hasta convertirse en tema de discusión en diferentes escenarios de la ciudad, en los que participó la iglesia demostrando una gran preocupación. Así se nutrió el debate desde la parte humana. Los sacerdotes destacaron a la persona pobre, al que se encontraba difuso en la multitud, al individuo que se redujo a la *nuda vida*, al hombre que:

arrastra una vida llena de privaciones, que ve de continuo delante de sí, aun en medio del reposo de la noche, el pavoroso espectro de la miseria, de mirada torva y cavernosa, enjuto rostro y descarnadas manos, el hombre que no tiene pan ni hogar, se siente deprimido, degradado a los ojos de la sociedad, pierde el sentimiento de su propia dignidad y da rienda suelta a sus más bajos instintos.

De allí, señores, que para regenerar al obrero sea necesario ante todo redimirlo de la miseria [...].

¿Véis a ese obrero lleno de juventud y de vida, que medio cubierto de harapos, sucio y desgredado pasa las horas del día recorriendo calles y plazas y que no pide otra cosa que trabajo para ganar su vida y no lo encuentra?

¡Ahí tenéis la miseria!

¿véis aquel otro de aire abyecto y repugnante que después de recoger, mendigando, algunos cuartos, pasa la noche en el garito haciendo libaciones? ¡Ahí tenéis la miseria! (...) (A S. 1913, pp.12-13).

Se puede observar que no todos los pobres eran bogotanos ya que los más desamparados estaban sin hogar, como se aprecia en la descripción del sacerdote. El discurso también permite comprender cómo la ciudad despojó a un gran grupo de personas del respeto, de la juventud y del entusiasmo. Este proceso se puede relacionar con el paradigma del estado de excepción del que hace referencia Agamben (2013) cuando explica que:

el estado de excepción se presenta como la forma legal de aquello que no puede tener forma legal. Por otra parte, si la excepción es el dispositivo original a través del cual el derecho se refiere a la vida y la incluye dentro de sí por medio de la propia suspensión, entonces una teoría del estado de excepción es condición preliminar para definir la relación que liga y al mismo tiempo abandona lo viviente en manos del derecho. (p.24).

Desde esta mirada, las personas sin hogar y sin empleo que estaban ubicadas dentro de la ciudad eran amparadas por la ley y a la par estaban fuera de ella porque no tenían las condiciones que exigía el territorio para ser considerados ciudadanos; así la misma ciudad se encargó de llevarlas al margen del orden jurídico hasta que quedaron en condición de *nuda vida*, de tal manera que estaban incluidas y excluidas del orden jurídico y al mismo tiempo fueron presas de este.

Asimismo, el sacerdote por medio de su descripción deja claro que las personas que viven en la pobreza extrema lo hacen porque la ciudad les quita la oportunidad de vivir de una forma productiva. También hace un llamado a mirar con detenimiento el proceso que vive un obrero para convertirse en mendigo. Acude a la sensibilidad humana a la petición de comprender que quienes vivían a la intemperie lo hacían porque fueron despojados de los derechos mínimos, ante los ojos de todos. De esta manera, solicitaba a sus feligreses dar una mirada a su alrededor para comprender que el mendigo vivía en esas condiciones por falta de oportunidades.

Al aproximarse al discurso se puede pensar que la intención era sensibilizar a los empresarios o a los artesanos para que aportaran y ayudaran a evitar a que se reprodujera la pobreza. Sin embargo, al continuar leyendo, la percepción cambia porque el discurso toma otra dirección y se evidencia la intención de mantener una desigualdad y exclusión social. Así, desde Agamben, las personas se llevan a vivir en condición de *nuda vida* y, haciendo una aproximación a la teoría de Boaventura de Souza do Santos (2004), se presenta una desigualdad que pretende mantener un orden jerárquico como medio de integración social; el obrero es un individuo subordinado cuya presencia es indispensable pero no en condiciones de igualdad (p. 10). De tal manera, el discurso se centró en que los ciudadanos comprendieran la importancia de la desigualdad social como propósito para mantener su status, y así se expresó:

Suprimid, señoras y señores, por un momento, como neciamente fingien quererlo llevar a cabo los partidarios de la autonomía absoluta, suprimid la desigualdad de clases, y decidme después, ¿qué os queda de la sociedad?

Un mito, una quimera, en la que todos proletarios; en la que todos serían jefes y conductores, obreros ningunos. Y es allí, señores a donde sueñan llegar ciertos sociólogos que día y noche nos hablan del bienestar del pueblo, de la tiranía de los ricos, de los desmanes de la autoridad, de la nivelación de la fortuna y de otros mil asuntos de este jaez, con los cuales el par que embaucan a las multitudes inconscientes realizan a mansalva obra anárquica y revolucionaría.

(...) él, productor de comodidad y bienestar; él que trabaja, sufre y se ahoga en la estrechez de sus mal sanas habitaciones, es una injusticia que no tenga derecho a respirar el aire puro y que esté obligado a vivir desde que nace hasta que muere aspirando el aire infecto de infeliz tugurio” (...) (A. S, 1913, pp.5-6.).

El discurso tomó distancia de su misión evangelizadora, humana y sensible para adherirse al discurso político. Realmente no se solicitó solidaridad para el pobre; en lugar

de esto se pidió proteger los intereses de los favorecidos, además se cuestionó el que los obreros comprendieran la magnitud de la desigualdad. Para los artesanos y la clase alta era indudable que en el mismo espacio urbano unos poseyeran grandes beneficios económicos mientras que otros pasaran considerables necesidades. Se impulsa así a que se sostenga esa desigualdad, pues son los obreros los que dan grandes beneficios y comodidades a quienes tienen control sobre el dinero.

Imagen No 1.



De una colina de la ciudad los niños obreros observan el panorama. Fondo Documental del Registro Municipal (1935, p. 229). Archivo de Bogotá.

Al mismo tiempo, se reprochaba el que los sociólogos hablaran con los obreros y los pobres de la necesidad de mejorar las condiciones de vida, y respecto a la idea de buscar algo de equidad se daba a entender que se estaba haciendo un llamado de atención a los dueños de las empresas. Así el atrio de la iglesia se convirtió en un escenario en donde el discurso era políticamente correcto y estaba de parte de todos. Conviene subrayar que los sacerdotes recorrían los sectores más deprimentes de la ciudad, lo que hizo que conocieran

las condiciones de vida de las personas y de este modo comprendieran las necesidades y las tristezas que les aquejaban. Al mismo tiempo se relacionaban con la otra parte de la sociedad y comprendieron los intereses particulares. Bajo esta forma de participación, y tomando como referencia los análisis de Michael Foucault (2007), los sacerdotes se convirtieron en intermediarios de las luchas políticas y para esto utilizaron su conocimiento, su verdad; una verdad convertida en objeto e instrumento de poder para así perpetuar las dinámicas de la sociedad (p.37), como en el caso de la capital colombiana.

Ahora bien, los sacerdotes buscaban mantener la seguridad económica, política y la permanencia en el país, por esta razón es posible pensar que sus discursos estuvieron de parte del poder político porque de esta manera evitarían acontecimientos similares a los vividos por las comunidades católicas en 1863, cuando fueron expulsadas por el gobierno liberal. Al mantener una sociedad conservadora entonces se perpetuaba el poder de la institución.

La política y dinámicas urbanas hicieron que los obreros bogotanos vivieran desnudos, tanto de vestido como de derechos. Se encontraban en la ciudad dentro del margen jurídico y al mismo tiempo excluidos del sistema. Estaban en tierra de nadie, en estado de anomia, reducidos a la pobreza extrema, degradados, invisibilizados y a la vez fueron trofeo del gobierno y de la iglesia; se convirtieron en objeto y sujeto de la tensión social.

### **3.3. Salubridad e instituciones públicas**

Durante el siglo XIX la situación de la población pobre de la ciudad anunciaba una eminente crisis de salubridad que el gobierno municipal tenía la obligación de impedir o de afrontar. En caso de presentarse alguna epidemia el municipio contaba únicamente con dos centros asistenciales: el Hospital San Juan de Dios y el Hospital de los Alisos. Estos centros, además de atender enfermedades generales, también tenían que recibir a los militares heridos en combate o contagiados de enfermedades infecciosas.

Al Hospital San Juan de Dios se le asignó la responsabilidad de atender la salud de la población desamparada que deambulaba por la ciudad en 1839, fecha en que la institución pasó de ser administrada por comunidades religiosas de caridad a ser manejada por el municipio. Este cambio hizo que su servicio desmejorara notablemente. Para optimizar la asistencia, la dirección de éste la asumió la Junta Administrativa del Hospital de Caridad y La Junta General de Beneficencia de Cundinamarca (Romero, Zambrano, Cárdenas, 2008, p.29).

De manera que el gobierno municipal convirtió al hospital en una “institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo (en) una institución de separación y exclusión. El pobre, como tal, necesitaba asistencia y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de estas” (Foucault, 1978, p.22). Bajo estos parámetros, el hospital se transmutó en un escenario que representaba para el municipio dos condiciones políticas a considerar: en primer lugar, que los pacientes que la institución atendía eran considerados peligrosos y, en segundo lugar, que la institución representaba un gasto fiscal que no pudo manejar directamente el gobierno de la ciudad.

Estas dos situaciones produjeron crisis en el hospital y en la población porque se convirtió en un problema de higiene y salubridad. Así que para controlar la situación se cedió la administración de éste a la Junta de Beneficencia del Estado de Cundinamarca en 1869. Con este proceso político se dio inicio a una red de instituciones de beneficencia y asistencia para mendigos (Romero et al, 2013, pp. 29-30), que estaría funcionando desde las últimas décadas del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX.

El gobierno de Núñez creó la Ley 30 de 1886, y con el Artículo 1º autorizó al Poder Ejecutivo para obtener los datos científicos necesarios para resolver los asuntos relacionados con la salubridad pública. También permitió la constitución de una Junta de Higiene Central, que funcionaría en la capital de la República y las demás juntas departamentales de Higiene que funcionarían en las capitales de los departamentos o en sus ciudades principales. La gestión de la Junta de Higiene quedó consignada en la Revista de Higiene. El artículo también asignó la supervisión de funciones y la regulación de la

cobertura de la Junta al Ministerio de Fomento y se destinó un presupuesto de dos mil pesos anuales para la instalación y subsistencia de éstas. Otra disposición importante fue la de regular las juntas departamentales a la Junta Central que funcionaría en la capital.

La ley 30 llevó a que el hospital de caridad implementara instrumentos de observación y registro de las generalidades, de los elementos particulares, de los estudios, de los instrumentos estadísticos de nacimientos, de morbilidad, de personas en cuarentena y enfermos; estos informes se reportaban al Ministerio de Fomento. Los informes estadísticos permitieron llevar un seguimiento de la población y el hospital se convirtió en un dispositivo de control para el gobierno.

La disposición del gobierno Núñez de realizar seguimiento de la salud por medio de los procedimientos científicos, permitió efectuar estudios y tratamientos para controlar epidemias y prevenir el aumento del índice de morbilidad. En 1887 se sumó al débil sistema de salubridad, que contaba con instituciones médicas y de reclusión, la Junta Central de Higiene, que inició sus funciones el 17 de febrero de ese año en la escuela de Medicina y Ciencias Naturales en Bogotá (R H, 1887, p.8).

En la sesión de instalación de la Junta se propuso redactar un reglamento que permitiera regular el funcionamiento de esta institución a nivel nacional; también se pensó en la forma de llevar a cabo la solicitud del gobierno que consistía en atender todo lo relacionado con la salubridad de la ciudad e informar de todos los procedimientos y requerimientos al gobierno, sin demora y periódicamente. Para esto se crearon comisiones especiales para cubrir los frentes más importantes de la salubridad de los municipios. Con el artículo 3º del reglamento se señaló que: “Cada miembro, en su respectiva comisión, presentará un programa ó lista de los puntos de higiene más importantes para el país. Estos programas servirán para los trabajos originales que deben presentar cada miembro durante el año, y para indicar a las Juntas Departamentales los asuntos en que deban ocuparse” (RH,1887, p.6).

Siguiendo esta disposición se crearon las comisiones y se distribuyeron entre los miembros de la Junta como aparece en la tabla 1ª.

Tabla 1<sup>a</sup>

Organización junta general de higiene y propósitos

COMISIÓN	DM. ENCARGADO	PROPÓSITO
COMISIÓN 1 <sup>a</sup>	Profesor Michelsen	Policía médica y farmacéutica, cuestiones relativas a la calidad de alimentos, bebidas y medicamentos dados al consumo, y aguas minerales
COMISIÓN 2 <sup>a</sup>	Profesor Duran Borda	Saneamiento de las ciudades y las habitaciones de las habitaciones, salubridad de las escuelas, talleres hospitales, asilos, edificios públicos, etc.  Industrias peligrosas, insalubres o incómodas e higiene de las profesiones.
COMISIÓN 3 <sup>a</sup>	Profesor Posada	Epizootias y enfermedades de los animales. Conservación y propagación de la vacuna (vigilancia) y organización de la asistencia médica para los enfermos indigentes  Medidas que se deben tomar para prevenir, detener y combatir las enfermedades endémicas, epidémicas y contagiosas (cuarentenas, lazaretos, etc.). Cuestiones de
COMISIÓN 4 <sup>a</sup>	Profesor Osorio	higiene pública relativos a los recién nacidos, a los expósitos y al servicio de nodrizas. Mortalidad y sus causas, movimiento de la población. Topografía médica, estadística médica

(RH, 1887, pp. 8-11).

Desde su constitución, la Junta representó al gobierno en los asuntos relacionados con enfermedades, epidemias e higiene en todas las ciudades y municipios del país. También evaluó, organizó y determinó la forma de realización de los procedimientos y procesos. La administración de esta institución frente a otras fue independiente, es decir que el gobierno no intervenía en la inversión del presupuesto ni en su gestión.

Entre las responsabilidades de los miembros de la Junta estaba la de realizar estudios relacionados con los tópicos de las diferentes comisiones. De esta manera, los médicos higienistas, para cumplir con sus informes, se aproximaron a los procesos y estrategias implementadas por los países europeos. Estos procesos se presentaron en diferentes congresos y se publicaron; empero, no se implementaron como estrategias que cobijaran a la población pobre o menesterosa de la ciudad. La estrategia implementada por la Junta se puede analizar bajo la teoría de Foucault (1978) quién explica que al comparar

los procesos de las naciones se genera entre ellas “una situación de equilibrio siempre desequilibrada, (...) un equilibrio competitivo con los demás Estados, el que gobierna va a tener que reglamentar la vida (...)” (p.23). La comparación o la proyección de los procesos que se necesitaban implementar fueron objeto de estudio que dependía de los procesos europeos, sin embargo, en la mayoría de los casos, los estudios se quedaron sólo en estudios, y cuando se ejecutaron, fueron muy lentas las obras o la creación de políticas que dependían de ellos..

Desde 1887 las juntas de higiene de los diferentes departamentos se comunicaban con la central y rendían informes de procedimientos y medicamentos. Entre las primeras gestiones se encuentra el seguimiento a los procedimientos que se realizaron en Cúcuta para revisar las “preparaciones histológicas y fragmentos de las principales vísceras cuidadosamente conservadas en alcohol ó en licor de Muller, de cadáveres de individuos muertos de fiebre (amarilla), solicitando a la comisión 4ª que tuviera datos suficientes para su estudio sobre dicha fiebre” (RH, 1887 , pp. 11-12). El gobierno también solicitó conocer el funcionamiento de las diferentes instituciones médicas, para esto se pidió a la Junta un informe de medicina legal con el propósito de revisar las disposiciones vigentes de la institución y para estar al tanto de las funciones que ésta debía desempeñar. (RH,1887, p.49).

La Junta presentó el informe haciendo un énfasis en lo propuesto en la Ley 14, artículo 155 de 1883 que determinaba que el gobernador de Estado nombraría todos los años, en el mes de enero, a dos médicos cirujanos para que desempeñaran en Bogotá el cargo de peritos reconocedores. El informe continuó explicando que los peritos se nombraban según el código judicial, capítulo 6º, artículo 532 y que debían tener los siguientes requisitos:

Los peritos deberán tener títulos de profesores en la ciencia ó el arte ó que pertenezca el punto sobre que ha de oírse su juicio, si el estudio de la ciencia ó del arte está reglamentado en el Código de Instrucción Pública y

hubiera individuos aptos para ejercer el cargo de peritos en el juicio y en el lugar donde este se sigue (RH,1887, p.50)

Después de especificar las funciones de éstos, el informe continuó argumentando que los peritos nombrados hasta ese día no cumplían las condiciones requeridas por la ley; la mayoría de éstos solo eran estudiantes y no contaban con los conocimientos especializados, de tal manera que los resultados no siempre eran confiables. También explicaba que la otra parte de funcionarios eran médicos graduados con conocimientos necesarios para realizar una buena gestión, pero los honorarios eran bajos y eso hacía que renunciaran pronto. Además, el profesor Borda explicó que por lo general:

Los gobiernos creen de gran importancia los datos que en materia criminal pueden suministrar el cuerpo a los médicos legistas; y es por esto por ó que no omiten gastos para proporcionarles los medios de estudiar para que así puedan emitir una opinión tan exacta como lo permite la ciencia. Allí se ven anfiteatros, laboratorios, químicos, salas donde se exponen los cadáveres; allí se hacen las necropsias, se analizan las sustancias en que se presume podría encontrarse la prueba que se solicita.

Entre nosotros estos asuntos pasan desapercibidos y si es cierto que el legislador no los ha echado en olvido, la manera de cumplir sus disposiciones, si no ha sido nula, si ha sido profundamente defectuosa. Los cadáveres que deben reconocerse se depositan en el anfiteatro de la escuela de medicina donde se confunden a menudo con los que se emplean para los trabajos anatómicos. La ausencia total de instrumentos hace que las necropsias estén rodeadas de tal número de dificultades que generalmente se tiene que recurrir a los medios más rudimentarios, dando por lo mismo resultados poco satisfactorios. La falta de un laboratorio no permite la conservación de piezas no los análisis químicos que en muchos casos son el único medio de hacer el experimento. En un estado de penuria tal es el del todo imposible dar cumplimiento al artículo 91, capítulo 4º (Código de

Procedimiento Criminal) que dice: “los facultativos, peritos ó reconocedores harán cuantos, ensayos y cotejos estimen convenientes, y si para fundar mejor su dictamen necesitaren hacer la disección anatómica de un cadáver o prolijos reconocimientos ó ensayos de algún líquido ó de otras materias, el funcionario de instrucción dispondrá lo conveniente para que se verifique con la mayor brevedad y con las precauciones necesarias” (R H 1887.p.49-50).

Asimismo, en el informe se explicó que la institución era un centro de práctica de la escuela de medicina, así que frecuentemente asistían los estudiantes y participaban activamente en las autopsias y estudios patológicos. Al finalizar, el informe presentó algunas sugerencias para mejorar el funcionamiento de medicina legal entre las que se encontró: la necesidad de un local que cumpliera con las condiciones requeridas, instrumentos y equipos adecuados, dos médicos calificados y bien pagos.

Ante la amenaza de una epidemia de tifo, las autoridades municipales y el Rector de la Escuela de Medicina y Ciencias Naturales mostraron una fuerte preocupación por los estudiantes de medicina que acudían con frecuencia a ese espacio. En la respuesta dada por el director de medicina legal se aclaró que ese año hubo una concurrencia constante de estudiantes y solo se presentó un caso de tifo y que incluso se dudaba de que se hubiera contagiado en el anfiteatro, pues el estudiante en cuestión también concurría a las enfermerías. Se aclaró que el joven contagiado se había curado por tratamiento médico. Además, se explicó el procedimiento realizado con los cadáveres. “Los cuerpos duran máximo cuatro días en el establecimiento. Pero si el cadáver es disentérico, tifoideo o cualquiera otra enfermedad contagiosa ó infecciosa, se despacha inmediatamente después de la autopsia, pues tengo prohibida terminantemente que trabaje con ese tipo de cadáveres (...)” (RH, 1887, p. 131). También se expuso que, si bien los anfiteatros no habían sido focos de infección, lo llegarían a ser, pues se requería de una suma anual suministrada por el gobierno para los gastos que ocasionan su conservación, aseo y desinfección.

Pese a todo, esta institución continuó funcionando de esta manera hasta 1892, cuando por medio de la Ley 30 se creó el Instituto de Medicina Legal de Cundinamarca. Éste estaría organizado por la Ordenanza 45 de 1894 y se reglamentó con el decreto departamental 188 de 1897.

Como se explicó anteriormente, la Junta se había convertido en autoridad en la ciudad, así que se transformó en policía de higiene. Entre sus responsabilidades estaba el recibir informes del estado de aseo. Así, por ejemplo, comunicaba al alcalde y al Concejo las irregularidades en la higiene de la ciudad.

Póngase en conocimiento al honorable Consejo Municipal de Bogotá y del señor alcalde de la ciudad, la existencia de un considerable foco de inmundicia en la antigua calle de “los curas” a fin de que se dicten las medidas necesarias para remediar este mal. Llámese, igualmente, la atención, sobre el gran caño de desagüe que atraviesa de Norte a Sur y de Oriente a Occidente el barrio de San Victorino, para que se haga en él una composición formal, a fin de evitar los focos de infección que esto produce (R H 1888.p 141).

Esta solicitud fue atendida al día siguiente. El alcalde Cualla manifestó que el mismo día que recibió la nota dio la orden al inspector de San Victorino de que inmediatamente procediera a desaparecer el foco de infección de la antigua calle “Los curas” e igualmente solicitó al inspector del barrio Santa Bárbara que recogieran los cadáveres de animales que existían en el camellón 109, a los que se refería la nota, y pidió que en lo sucesivo se lo mantuviera limpio.

Sin embargo, la vigilancia de la Junta y la gestión del municipio no fueron suficientes para cubrir las necesidades de la población, especialmente si se tiene en cuenta que existían lugares muy alejados del centro que no contaban con condiciones mínimas de higiene y cuya población continuaba creciendo. Así que el Concejo Municipal creó el acuerdo 7 de 1915, “sobre organización del servicio de higiene de la ciudad”; éste estaba

compuesto por 14 artículos en los que se especificaba las funciones de la asistencia pública y de la administración sanitaria.

El artículo 1º especificó que la higiene de la ciudad comprendía dos servicios: la asistencia pública y la administración sanitaria. Aclaró de forma detallada la responsabilidad de cada una, y explicó que la asistencia pública debía organizarse separadamente de la siguiente manera:

- I. El servicio de hospitales, asilos, hospicios, etc.
- II. Servicio de las consultas gratuitas en diversos barrios de la ciudad.
- III. Las visitas médicas gratuitas a los enfermos pobres y hospitalización, según el caso.
- IV. El servicio médico permanente, que comprende también los primeros auxilios que deben presentarse a enfermos por accidentes, etc.

Con respecto a la administración sanitaria esta estaría a cargo de la Oficina de Sanidad de Bogotá y comprendía cuatro secciones:

- I. Inspección técnica de Higiene.
- II. Servicio de desinfección.
- III. Vacunación.
- IV. Laboratorio Municipal.

El acuerdo también estableció la forma de distribución de la atención y el tipo de personal que estaría a cargo en la administración sanitaria: un médico, jefe de la administración sanitaria; un médico inspector de sanidad y vacunación; cuatro ayudantes, que debían ser estudiantes de medicina; un oficial escribiente, estudiante de medicina; un director de laboratorio municipal, un químico ayudante en el laboratorio y tres veterinarios; un escribiente, que estaría encargado del libro necrológico, y se sugería que en lo posible

fuera médico y, finalmente, un receptor de cadáveres. También se encargó a la oficina de sanidad de “cumplir y hacer cumplir los acuerdos y resoluciones del Concejo Municipal y de la Junta de Higiene en lo que se relaciona con la higiene municipal, dictar las medidas de higiene y de policía sanitaria que fueren necesarias en desarrollo de tales acuerdos y resoluciones” (RH, 1915, p. 336).

En los artículos 6° a 14°, el acuerdo estableció de forma minuciosa las funciones de la administración sanitaria, por sobre todo deberes en todos los aspectos de salubridad: vacunación, vías públicas, colegios, escuelas, servicios de laboratorios, exámenes bacteriológicos y microscópicos del agua, de la leche y de otros alimentos. El personal médico de la oficina de sanidad estaba en la obligación de informar de las causas que atentaran la salud de la ciudadanía, de investigar el origen y modo de la propagación de enfermedades endémicas y epidémicas, además de reglamentar el servicio que debían prestar los veterinarios (RM, 1915, pp. 336-337). Muchas de estas responsabilidades pertenecían a la Junta de Higiene desde su creación. El acuerdo amplió funciones y aumentó el personal a cargo además de nombrar una oficina encargada de vigilar que cada persona cumpliera con sus responsabilidades. Del mismo modo dio más poder al personal médico.

La gestión de la Junta cumplió los objetivos esperados. Es así que con la Ley 33 de 1913, la Junta Central de Higiene se convirtió en el Consejo Superior de Sanidad. Esta institución dependió del Ministerio de Gobierno y para su gestión contó con tres médicos que se dedicaban a la docencia, un catedrático de ciencias naturales y un bacteriólogo. El cambio de denominación y la especificidad del personal a cargo mantuvieron el propósito de higiene para la ciudad e implementaron procedimientos etiopatológicos, es decir que no se implementaron estrategias para evitar el contagio de enfermedades como la tuberculosis, la fiebre amarilla, entre otras más, sino que se pensó en atender al enfermo para curarlo de los síntomas, pues en ese momento todavía no existían los avances científicos que permitieran curar estas enfermedades.

### 3.3.1. Progreso y dinámica social.

El progreso se relacionó con la ubicación geográfica de las ciudades, la dinámica económica de éstas y las políticas sociales. De estas circunstancias nace el hecho de que la capital colombiana desde 1821 iniciara el proceso de potenciar el desarrollo económico, político y social, pero para lograr el objetivo y lograr estar a la par con otras ciudades, el gobierno debió pensar en desarrollar la economía local y proporcionar a los ciudadanos condiciones apropiadas para así iniciar el recorrido por el camino adecuado.

No obstante, en Bogotá se presentaron dificultades que hicieron que este proceso fuera más lento que en otras capitales. La primera fue la posición geográfica de la capital y así lo manifestó John Steuart (1836), un viajero que visitó la ciudad durante la primera mitad del siglo XIX, quien se preguntó “¿Qué pudo haber inducido al gobierno español a seleccionar un sitio tan singular y desfavorable para la capital de una gran provincia, cuando el entendimiento más nebuloso habría escogido a Honda, cabeza de la navegación? (p.57). La ubicación de la capital no solo generaba sobrecostos para ingresar y salir de ella, sino que también ocasionaba insuficiencia de alimentos.

Por encontrarse retirada de los puertos importantes del país la capital se sometió a la constante escasez y carestía de alimentos, así que se proyectó de tal manera en que pudiera desarrollar industria y empresa, y mantenerse acorde a la población de las grandes capitales. Respecto al desarrollo industrial y empresarial, la ciudad fortaleció el proceso durante la segunda mitad del siglo XIX. Para esta transformación la comisión 3ª de la Junta de Higiene fue la encargada de aprobar las licencias de funcionamiento de las diferentes industrias. De esta manera se estableció un proceso normativo que implicaba realizar estudios de higiene y la pertinencia de procedimientos y presupuesto.

En la ciudad funcionaron desde inicios de siglo XIX industrias de metalurgia, pequeñas fábricas de velas, de jabones, de bujías, de ladrillos y además se explotó la minería a cielo abierto. Los propietarios de estas empresas e industrias eran hacendados, ganaderos, extranjeros y artesanos. Una característica de la economía capitalina es que

realmente no aportaba de manera significativa a la economía nacional, ni generaba ingresos justos a los obreros que contrataba.

Los obreros recibían bajos salarios y con estos alimentaban a sus familias que estaban compuestas por hasta cinco hijos; a este núcleo se sumaban los abuelos, tíos, entre otros familiares o amigos. Además del pago por la alimentación, debían pagar el alquiler de sus habitaciones. Los lugares en donde se concentró la mayor cantidad de familias fueron en los mal afamados pasajes e inquilinatos, donde se centralizó el hacinamiento y cuyas habitaciones carecían de servicios de agua o alcantarillado. En cuanto a los hábitos alimenticios de los obreros, estos fueron cuestionados con el interés de aumentar el consumo de la proteína animal. De esta forma surgió en la ciudad la idea de que el progreso se relacionaba con la alimentación porque ésta hacía que las personas fueran más fuertes y productivas, pero al mismo tiempo se sugería que no todos los alimentos lograban ese beneficio. Con esta idea se desplazó en gran medida el consumo de los alimentos proteínicos comunes para los bogotanos que hacían parte de sus costumbres y raíces ancestrales y que eran fácilmente asequibles por su bajo costo.

El consumo de proteína animal se generalizó y las publicaciones especializadas realizaron un vasto trabajo para lograr potenciar ese consumo. El informe presentado en junio de 1887 por el profesor Michelsen a la Junta de Higiene denominado “la carne” tenía el propósito de explicar la importancia del consumo de este alimento. Con esta ponencia se explicó que incluir esta proteína en la alimentación diaria era muy importante porque se garantizaría que las horas de trabajo fueran más productivas, además este hábito evitaría, entre otras cosas, que los obreros consumieran chicha o alcohol. En sus términos: “el obrero joven que trabaja con entusiasmo, siente que sus fuerzas principian a decaer porque su alimentación insuficiente no le permite almacenar en su cuerpo la provisión de energía necesaria para los esfuerzos que hace. Busca en una bebida alcohólica el excitante que le da ánimo (...) (RH, p.56).

A renglón seguido, el profesor resaltó dos elementos importantes de su informe: en primer lugar, el resaltar que la proteína era esencial en la alimentación de las masas y que

se relacionaba con el incremento de la riqueza, el progreso y el vigor de las naciones. Para darle validez a su invitación, el médico explicó que su exposición se fundamentaba en los hechos estadísticos presentados por economistas que afirmaban que:

la grandeza, el poder, la fuerza y la moralidad de las naciones bien administradas, se desarrollan en proporción directa con el consumo de carne.

“E aquí una prueba de números:

	Población por kilómetro cuadrado	Consumo de carne por cabeza anual. k
Reino de Sajonia	171 habitantes	25,250
Gran Bretaña	101 -	27,500
Prusia	71 -	18,750
Francia	69 -	23,150
Austria – Hungría	58 -	11,450
España	33 -	8,400”

(RH, 1887, p.55)

Según el análisis, el consumo de carne llevó a estas naciones a tener una economía robusta y una población alejada de los vicios. De este modo, la Junta en su calidad de autoridad invitó a los ciudadanos a cambiar los hábitos alimenticios y a consumir carne como medio de progreso, pues de esta manera se podría ser más productivo.

El segundo elemento de la ponencia del profesor concernía a los mataderos y las características que debían tener aquellos. Basándose como referencia en ciudades como Roma y París, resaltó que este tipo de establecimientos y sus prácticas debían realizarse fuera de la ciudad y cerca de un río para cuidar la salud de las personas. Precisamente, el matadero de Bogotá se había abierto recientemente y él consideraba necesario controlar allí el tipo de animales sacrificados, los precios y la calidad de carne que se vendía.

El consumo de proteína animal se relacionó con la producción de capital, pues el hombre era considerado “materialmente, como una máquina animal, capaz de producir en tiempo determinado, y mediante el consumo de determinada cantidad de alimentos, una determinada cantidad de obra de mano que representa un valor” (Gómez Josué, 1898, p.61).

Además de la importancia del consumo de carne en la alimentación del obrero, se hizo énfasis en sus condiciones físicas aptas para ejercer su profesión. Para que un hombre fuera productivo en su trabajo debía tener una complexión adecuada, como lo describió el doctor Gómez (1898) al afirmar que “un ciudadano francés de baja estatura, de aspecto bello y espíritu vivo, produce menos trabajo útil que un inglés alto, delgado, rubio, de aire serio y aspecto flemático, colocados ambos en igualdad de condiciones” (p.62). En su discurso hace un especial énfasis en la forma de vida de los obreros ingleses, en la manera en que se educan y en la longevidad de estos; a lo que agrega: “Bogotá, por lo que á esto mira, va muy mal: la mortalidad de niños es espantosa y la natalidad disminuye cada día. En otros términos: Bogotá esta en déficit permanente (...)” (p.62). Después de especificar los resultados biométricos explica que nuestra raza está en decadencia; cuando habla de “nuestra raza” se refería a la raza indígena porque la raza blanca para ese momento era representada por muy pocos individuos y de edad avanzada en su mayoría.

Para finales del siglo XIX la mayoría de bogotanos eran mestizos y estos pertenecían a la clase obrera, artesana y a la clase alta. La diferencia entre estas clases bogotanas estaba en sus vestidos y zapatos. Quienes tenían más dinero vestían de traje con prendas hechas de telas finas e importadas; por otra parte, los obreros y sirvientas no usaban zapatos y las telas de sus trajes eran de baja calidad. (Mejía, 2000, p. 256).

Gómez continúa con una crítica al gobierno por el maltrato y el abandono en el que tenía a los indígenas, que aparte de ser tratados de raza decadente, eran manipulados como “animales de carga” y se encontraban viviendo en pobreza extrema. La disminución de la población indígena se relacionó con su difícil forma de vida, la fragilidad de la salud y la vulnerabilidad a contagiarse de los virus y bacterias del entorno; prueba de eso fue que resultó ser la población que más sufrió de reumatismo.

### 3.4. Anomia, asilos e instituciones de salubridad e higiene

*(...) desapareciendo de las calles y plazas de esta capital aquel tropel de mendigos verdaderos, y fingidos, que incomodaban el paso que complace quitadlos de la vista de la audiencia el lastimoso objeto.*  
*Castro (2007).*

El aumento de la mendicidad en Bogotá durante el siglo XIX estuvo estrechamente relacionado con el crecimiento de la población y la falta de empleos. Frente a esta situación el gobierno actuó creando la Beneficencia de Cundinamarca que tenía entre sus funciones la de administrar los asilos de pobres, para lo cual clasificó a los pobres en mendigos, indigentes y vagos. Se evidenciaba entonces una categorización entre los pobres deseados y los pobres indeseados. El objetivo principal de la diferenciación era la regulación estricta de la mendicidad relacionada con la idea de confinamiento. Los pobres deseados recibirían asistencia de la iglesia y de la sociedad filantrópica, mientras que los pobres no deseados serían sujeto de control secular y disciplina por parte del gobierno (Castro, C. Beatriz, 2007, p.70).

Con esta clasificación se percibe la exclusión de las personas pobres de dos maneras; primero de manera geográfica, pues los pobres se ubicaron lejos del centro de la ciudad, que para ese entonces era la parroquia de la catedral. Cuanto más retirados estaban de este sector, sus condiciones empobrecían e incluso rozaban la miseria, pues en estos lugares había menos presencia del municipio. Segundo, de manera social, al clasificar la población entre pobres deseados e indeseados; de tal manera que las personas no deseadas se excluían de los excluidos. Los primeros eran reclusos en los asilos y en ocasiones podían estudiar o aprender un oficio dentro de estas instituciones que eran sostenidas por la sociedad filantrópica. Los segundos eran ingresados a la colonia penitenciaria en donde la policía se encargaba de castigarlos y corregirlos; a este grupo se le denominó como vagos.

Dos décadas después de haberse creado la Beneficencia, el gobierno decidió que esta debía ser dirigida por la Junta de Higiene, ya que “se había constituido con el carácter de departamental con el objeto de tratar el modo como deben administrarse el Hospital de “Los Alisos,” el Asilo de mendigos etc. además de determinar las medidas que deben emplearse para corregir la prostitución” (RH, 1887, p. 18). La Junta se cuestionó por el presupuesto y la administración del asilo, que era administrado desde 1869 por la Beneficencia de Cundinamarca. El gobierno decidió reafirmar a la Beneficencia por medio del decreto 131 de mayo de 1887, con el “art.1º de Junio de 1887 en adelante; y, en consecuencia, esta corporación procederá a darle la debida organización con carácter permanente” (RH, pp. 44-45). Así la Junta continuó funcionando de manera independiente a la Beneficencia.

Desde 1870, la Beneficencia había cumplido con la responsabilidad de administrar el Hospital de Caridad San Juan de Dios, el Hospicio de Bogotá, el Asilos de Locos, el Asilo de locas, el Asilo de mujeres indigentes, la Colonia de mendigos en Sibaté, el Asilo de niños desamparados, el Asilo especial para niñas, el Hospicio campestre de Sibaté y el gran manicomio para hombres en Sibaté. Estas instituciones funcionaron gracias a los auxilios nacionales, departamentales, municipales y mediante la generosidad y solidaridad de la sociedad bogotana quienes crearon: la Sociedad Filantrópica de Bogotá, la Sociedad Central de San Vicente de Paúl y sus entidades anexas, el Lazareto, el Asilo de San José y la Casa de corrección de Mujeres del Buen Pastor (Romero et al., 2008, p.30).

Se fundaron también tres entidades para proteger a la niñez huérfana y desamparada: el Hospicio, el Asilo de niños y el Asilo de niñas desamparadas. Aunque el Asilo San José fue creado en 1882, la Junta General de Beneficencia encargada de administrar la entidad en 1913, tomó la decisión de cambiar la denominación por el de Asilo de Niños Desamparados a través de la Legislación No. 38 de abril 29 de ese mismo año. Una característica interesante es el hecho de que los niños que estuvieran en un hospicio se trasladaban a uno de los dos asilos cuando cumplían la edad de nueve años. El asilo para niñas tuvo reconocimiento hasta 1919 a través de la Ordenanza 65 de mayo 30 de

1919 y la administración del lugar fue encomendada a las religiosas del Buen Pastor. Se ubicó el asilo en el edificio en donde residían anteriormente los mendigos varones, los cuales fueron trasladados a una colonia campestre. (Sánchez, 2014, p.68)

Conviene subrayar que la Constitución de 1886, por medio del artículo 36 señaló que: “el destino de las donaciones intervivos o testamentarias hechas conforme a leyes para objetos de Beneficencia o de instrucción pública, no podrá ser variado no modificado por el Legislador”. Posteriormente, en el artículo 54, se da libertad a los sacerdotes católicos a ser empleados en la instrucción o beneficencia pública. Con el artículo 185 se especificó que “les corresponde a las asambleas dirigir y fomentar, por medio de ordenanzas y con los recursos propios del Departamento, la instrucción primaria y la beneficencia, las industrias, (...)” (Constitución 1886, pp. 12, 16, 48). Con estas nuevas disposiciones se renombró a la beneficencia y pasó a ser Beneficencia Pública posesionándola a nivel nacional.

Mediante el acuerdo No 31 del 31 de agosto de 1886, se instituyó en Bogotá el Asilo de Mendigos Cualla. Para crear esta institución fue necesario la compra del edificio del Aserrío, de modo que para su adquisición el Gobierno del Departamento aportó mil pesos, la junta de aseo y ornato seiscientos pesos, y para recibir a los mendigos, el ministro de guerra en representación del Gobierno Nacional ayudó con el vestuario necesario y completo para los menesterosos recluidos en “Aserrío”. El alcalde expresó que:

Si la filantrópica población bogotana continúa como hasta ahora, pagando la módica contribución impuesta para el sostenimiento de esa casa de caridad, podrá dentro de poco establecerse en ella talleres de trabajo que mantengan ocupados á los mendigos, y que a la vez produzcan una renta no despreciable para el Establecimiento (RM 1887.p. 1,275)

Así, la sociedad bogotana se caracterizó en ese momento por su filantropía y el gobierno la apoyó en lo que pudo para recoger a los mendigos de las calles y recluirlos. De esta manera hubo más de una institución de reclusión en la ciudad, razón por la cual el Concejo de Bogotá y la alcaldía se solidarizaron con las personas que tenían en

funcionamiento refugios para mendigos. El municipio solicitó entonces a la Beneficencia que se destinara un presupuesto para estas instituciones, y así, por ejemplo, en 1887, la Beneficencia aumento la suma de cincuenta pesos mensuales a seiscientos pesos mensuales para el Asilo Jesús, María y José, institución que pertenecía a la señora María Antonia Vergara de Vargas y cuya administración estaba a su cargo.

Es prudente advertir que las instituciones oficiales de ese momento se creaban y quedaban adscritas a una junta que las administrara, pero en los documentos revisados no aparece una regulación para instituciones privadas. El Asilo de Mendigos Cualla era administrado por la Junta Protectora de Mendigos encabezada por el alcalde y si los recursos no eran suficientes para su funcionamiento el Concejo sería informado, tal como sucedió en 1890. En sesión extraordinaria del Concejo Municipal, el alcalde Cualla tomó la palabra y solicitó:

(...), se provea á esa alcaldía de fondos para el sostenimiento del Asilo Cualla, pues los apropiados últimamente para ese fin mañana quedarán agotados; y es preciso organizar de una manera eficaz ese establecimiento recogiendo el mayor número de mendigos de ambos sexos, con el propósito de poder hacer efectivo el impuesto sobre puertas, destinado especialmente para ese asilo. (...). Después de leer, á moción del señor concejero Manrique Cuenca, un Decreto del señor Alcalde saliente, por el cual se vota un crédito extraordinario para gastos del Asilo Cualla, y previa una explicación del señor Presidente sobre la práctica establecida para gastos idénticos, etc., propuso el señor concejero Rivas lo siguiente: “El Consejo Municipal autoriza al señor Alcalde para que apropie, por medio de un decreto, la parte que por ahora juzgue indispensable para atender á los gastos de sostenimiento el Asilo Cualla, para efecto de que en ningún caso falte allí lo necesario.  
 “El Concejo Legalizará luego por medio de un acuerdo el crédito ó los créditos abiertos á ese respecto” (R M; 452 en 853).

Tal como se determinó en el Concejo, el alcalde continuó tomando el dinero requerido para el sostenimiento del asilo hasta 1901. En ese año, el soporte financiero para el asilo se estableció con el acuerdo 8 de 1901: “reformatorio de presupuesto de Rentas y Gastos para la vigencia de 1901. Primera parte. Sección tercera. Rentas de aplicación especial para el Asilo Cualla”. El dinero se recaudaba mediante el impuesto de puertas y tiendas de la ciudad, que se cobraba así:

Por las puertas de las casas de habitación y por las de las tiendas de comercio y expendio, del barrio de La Catedral, á cincuenta centavos mensuales (\$0-50).

Por las puertas de las casas de habitación y por las tiendas de comercio y expendio de los demás barrios, a cuarenta centavos (\$0-40)

Mensuales..... \$9,300.

Derechos de rifas públicas..... 200 (R M 1901.p.148).

El artículo 199 de la Constitución de 1886 normalizó este tipo de acciones pues concedió el poder absoluto de legislar en casos de necesidad, así el artículo amplió los poderes al Concejo para emitir acuerdos. Desde la mirada agambeniana, los plenos poderes son aquellas leyes que extienden el poder al ejecutivo para reglamentar y legislar por medio de acuerdos, modificar o derogar leyes vigentes (2003, p.31). De esta forma el Concejo capitalino adquirió el poder para decidir qué hacer con la población pobre y menesterosa.

Para mantener en funcionamiento el creciente número de asilos se establecieron metas de encierro, lo que exigía un mayor número de mendigos encerrados para continuar recogiendo dinero de las donaciones o de los impuestos. Esta imposición del poder la explica Agamben (2003) como la presencia de un gobierno más fuerte, acompañada de un sometimiento al ciudadano que realmente no puede hacer valer sus derechos (p. 35). Así, paradójicamente, los pobres y menesterosos quedaban por fuera de la ley, pero al amparo de la fuerza pública.

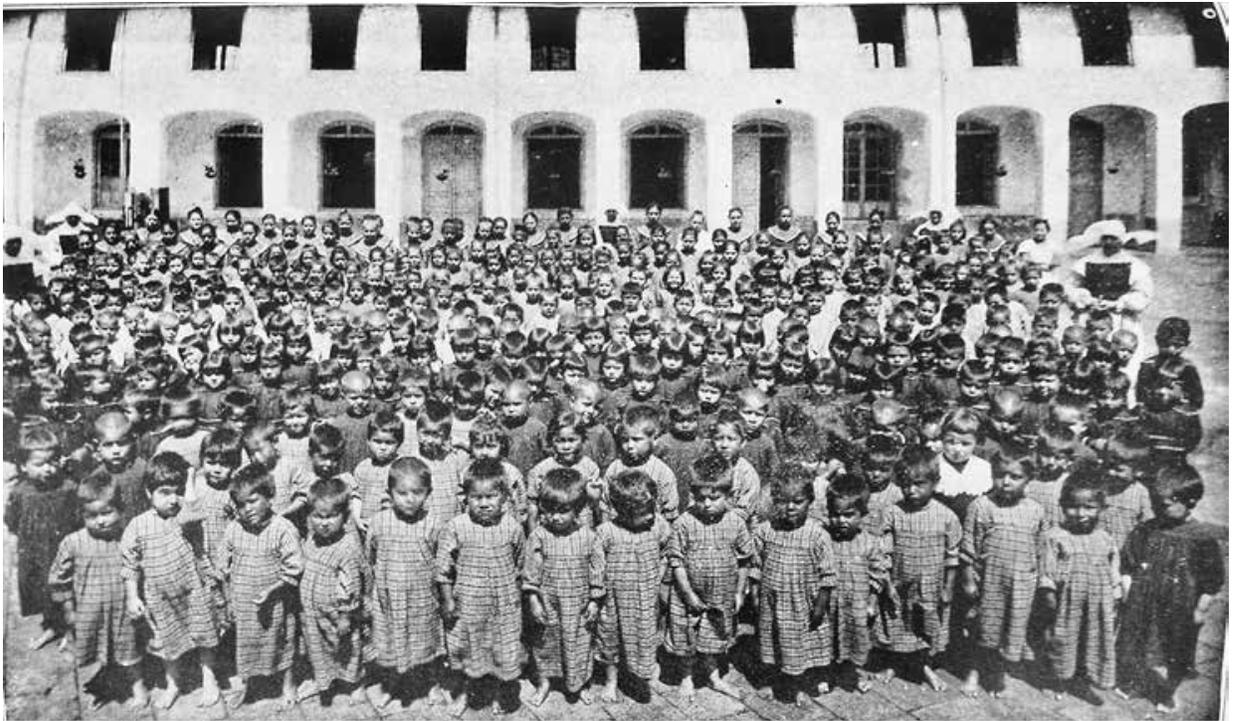
En la misma sesión extraordinaria del Concejo de 1890, se sugirió la adquisición de otro local para poder asilar a todos los mendigos del municipio en un solo espacio. Frente a la solicitud, el señor consejero Santiago Uribe fijó la siguiente moción:

“autorizase al señor Alcalde Municipal para que busque otro local en la ciudad ojalá en el barrio de Santa Bárbara, que pueda apropiarse por su capacidad y buenas condiciones higiénicas para un segundo asilo de mendigos, á fin de alojar el mayor número de estos” (...). Se sugiere al alcalde, reducir a un solo local todo el servicio del Asilo de Mendigos; ya sea en el edificio de ese momento o en cualquier otro suficientemente capaz para contener el mayor número (RM, 1890).

Los diferentes asilos se habían adecuado para que las personas recluidas tuvieran una cama para descansar, alimentación y vestido, que en una buena parte había sido donado por el ejército, como se explicó anteriormente. La revista Cromos en marzo de 1919 publicó un artículo en donde describía el asilo de niños. En el artículo se especifica que en el lugar se encontraban dormitorios amplios llenos de camas estrechas muy pequeñas fabricadas en madera, cada una contaba con una almohada tan pequeña que daba la impresión de que estaban dispuestas para la cabeza de un muñeco. Los colchones eran hechos de paja y su textura áspera. Los niños eran enseñados a cultivar la tierra, así que en el mismo asilo se había dispuesto un huerto en el que cada uno tenía un surco para cultivar, de esta manera se buscaba despertar en ellos al amor por el campo (Cromos, 1919, p.8)

Tanto el artículo como el registro fotográfico que lo acompaña fueron fundamentales para esta etapa de la investigación. Estos muestran de manera clara, como estos niños fueron recluidos en un espacio de anomia y además reducidos a la condición de *nuda vida*, sin amparo, en donde perdieron su individualidad y sus derechos humanos y civiles

Imagen No. 2



Hospicio de Bogotá Grupo general de los niños asilados (Revista Cromos marzo 1 de 1919.p.8).

Los asilos, los refugios y las colonias penitenciarias fueron escenarios de anomia porque se ubicaron en el débil límite del dominio de nadie. Las personas, al ser recluidas, perdieron su condición de ciudadanos y perdieron sus derechos constitucionales. Estos individuos fueron reducidos a la condición de *nuda vida* y quedaron sometidos al poder de quienes tenían la misión de normalizarlos. En esta relación de pobres y dirigentes, normalizados y normalizantes, se evidencia que:

el estado de excepción, sobre el que el soberano decide en cada ocasión, es precisamente aquel en que la nuda vida, que, en la situación normal aparece engarzada en las múltiples formas de vida social, vuelve a plantearse en calidad de fundamento último del poder político (Agamben, 2010, p.15).

La pobreza y la miseria en Bogotá fueron formas de vida que se utilizaron como argumento para proclamar leyes que tenían la intención de controlar la mendicidad, pero que también se utilizaron para recibir apoyo de la sociedad filantrópica y crear instituciones

para encerrar, no solo a los sinhogar, sino también a quien se considerará vago. En este grupo estaban los desempleados, las prostitutas, los jóvenes que teniendo familia no estudiaban ni trabajaban, e incluso niños y niñas como puede apreciarse en el artículo de la revista Cromos. Bajo estas circunstancias se puede entender que la pobreza estuvo en un constante estado de excepción y que la forma de percibir la justicia social se hizo desde la distribución, es decir, el que tenía dinero se vio en la obligación de realizar donaciones a cambio de vivir libre de mendigos y vagos.

El asilo estaba pensado para un grupo de personas quienes la sociedad y el gobierno consideraban que necesitaban de la ayuda del municipio. Entre estos pobres deseados que merecían la ayuda de la sociedad o del gobierno se encontraban los ciegos, los cojos, los mancos o los tullidos; también los individuos cabeza de familia que sufrieran alguna enfermedad crónica que los imposibilitara en absoluto trabajar; las viudas con hijos que no pudieran buscar su subsistencia al no poder trabajar y los huérfanos de padre y madre, niños y niñas menores de diez años. Este grupo era reconocido como mendigos o indigentes (Ordenanza No 12 de 1888, p.1).

Sin embargo, la mendicidad no se reducía; de tal manera que en 1918 el Concejo continuaba creando acuerdos para controlarla y así establece el acuerdo 1º de ese año “por el cual se crea el fondo de los pobres y se prohíbe la mendicidad”. Como se puede leer en el artículo 1º se establece la creación de una renta denominada Fondo de los Pobres, destinada a proteger a las personas desprovistas de todo recurso que ejercieran públicamente la mendicidad, reuniéndolas en Casas de Beneficencia. Entre lo estipulado en los demás artículos estuvo:

Artículo 2º Constituye el fondo de los pobres:

- 1º el producto de diez por ciento sobre el valor de las rentas efectivas, sin excepción, a teatros, conciertos, cinematógrafos, plazas de toros, hipódromos circos de maroma y demás espectáculos públicos análogos, y
- 2º el producto del gravamen de cien pesos mensuales sobre cada una de las salas o establecimientos de baile públicos cualquiera que sea la denominación que le den los empresarios.

Artículo 3° queda a cargo de la alcaldía reglamentar la manera de hacer efectiva esta renta.

Artículo 4° prohíbese la mendicidad en el territorio del municipio. Por la alcaldía se dispondrá lo conveniente para que, tres meses después establecido el costo del impuesto a que se refiere este acuerdo, se llevan al asilo de mendigos las personas que ejerzan públicamente la mendicidad.

Artículo 5° esta renta quedará incorporada en el presupuesto vigente. Su cuantía se presupone en mil pesos anuales. En la Tesorería Municipal se llevará cuenta especial del impuesto con el nombre de *Fondo de los pobres*, y su producido se entregará mensualmente al Síndico del Asilo de Mendigos, previo acuerdo entre el Alcalde y dicho Síndico, acerca del número de asilados que pueda enviar la Alcaldía, en proporción con la cuantía de las sumas que se envíen. (RM 1918. P. 253)

Con el paso de los años la legislación dedicada a la mendicidad fue cada vez menor y su aplicación menos clara; así que para la década de 1920 los mendigos en general eran tratados como delincuentes y eran trasladados a las colonias penitenciarias para ser castigados y corregidos. En los documentos revisados no se nombra específicamente a niños y niñas para incluirlos o excluirlos de estas prácticas. Es posible que los grupo de menores estuvieran contemplados entre la categoría de mendigos, aunque no fueran enviados a las colonias penitenciarias; tampoco es claro su paradero pues no hay documentos que permitan constatar si continuaban funcionando o no los asilos para este grupo social, o si los hubiese bajo otra denominación con alguna característica de instrucción pública.

## Capítulo 4

### Salud pública, enfermedades y políticas de salubridad para la población

*Un aforismo inglés dice “El médico entra en donde el sol no entra”.*

*(Ortega Alfredo, 1913).*

La capital colombiana no fue ajena a la forma en la que evolucionaron las ciudades europeas y americanas. Así, para implementar políticas de salud que favorecieran a la población era necesario implementar investigaciones y probarlas según las circunstancias y necesidades de ésta y los resultados de los estudios se tenían que dar a conocer a la comunidad científica para implementar los hallazgos en las poblaciones que lo requirieran. Este proceso contribuyó con el desarrollo de las prácticas científicas y médicas, dando mayor importancia a las tecnologías implementadas para cuidar la vida y mejorar la salud de la población bogotana y colombiana.

A lo largo del capítulo se realizará una aproximación al plano social, a la biotecnología y a la investigación científica, esto para poder relacionar los aspectos bioéticos con la política pública de salubridad creada con el propósito de cubrir las necesidades del cuidado de la salud e higiene de la población bogotana.

Antes de adentrarnos en el capítulo es importante aclarar que los análisis hechos por Hottois, con relación a la investigación y al desarrollo para beneficiar a los pacientes desde las biotecnologías, están relacionados con los procesos contemporáneos; sin embargo, se encontró que este aspecto bioético es constante en el período de tiempo estudiado. Al finalizar el período decimonónico se presentó un gran desarrollo en los estudios bacteriológicos; estos avances contribuyeron a la disminución del contagio y proliferación de epidemias e infecciones que se presentaban en la población europea y especialmente, en los ejércitos. Estas últimas personas fueron importantes agentes contaminantes, pues llevaban virus de un lugar a otro.

A lo largo de este capítulo también se realizará una lectura de las tecnologías vistas como dispositivos biopolíticos implementados en la ciudad, para determinar las enfermedades que se padecían mes a mes y su relación con los índices de morbilidad. También se hablará de los avances biomédicos que por su innovación y pertenencia se pueden asociar a conceptos bioéticos, ya que fueron avances científicos que sirvieron para proteger y mejorar la calidad de vida de los humanos.

Con la mirada bioética y biopolítica se realizará un acercamiento a la percepción que se tuvo de la mujer durante el período en estudio y a los mecanismos de control que se establecieron sobre el cuerpo femenino. También se tratará el tema de las enfermedades desconocidas y los tratamientos que se aplicaron para evitar contagios y sanar a los enfermos. El lector también encontrará políticas relacionadas con el tratamiento de aguas negras y agua potable, aspectos importantes relacionados con el propósito de preservar la vida de la población y contribuir a mejorar las condiciones de salud e higiene.

#### **4.1. La salubridad en Bogotá a inicios del siglo XX**

Los bogotanos sufrieron por décadas de graves alteraciones en el funcionamiento de sus organismos; alteraciones asociadas al hacinamiento, a la pobreza extrema y a los débiles mecanismos de prevención frente al contagio. Los gérmenes, virus y bacterias se encontraban en el ambiente capitalino, aspecto que convirtió a la ciudadanía en vulnerable a contagiarse y transmitir virus. En 1884, el geógrafo alemán Alfred Hettner en su viaje por los andes colombianos relacionó la salud de los bogotanos con el clima y argumentó que los sufrimientos que ellos soportaban eran:

enfermedades propiamente tropicales, tales como las fiebres graves, afecciones al hígado y similares, molestando la malaria común en general solamente a quienes la han adquirido en tierra caliente. Tampoco la tuberculosis afecta a los habitantes de Bogotá, abrigándose en cambio para los tísicos llegados de afuera la esperanza de prolongar su vida o hasta de curarse completamente (...). Por otra parte, la enfermedad característica de

Bogotá es el reumatismo, que, en el primer tiempo húmedo y fresco, agravado con las puertas mal ajustadas de las habitaciones, encuentra el semillero propicio para desarrollarse. También el tifo es endémico, pero probablemente menos atribuible en línea recta al clima que a la falta impresionante de aseo y a la deficiencia de las instalaciones sanitarias de toda clase. Aterradora es la frecuencia como se presenta la lepra, tanto aquí como en tierra caliente.

Ni para los médicos ni para los farmacéuticos se requiere aprobación estatal alguna para ejercer. (...) el estudio al que muchos de ellos han dedicado algunos años en París o Londres, e inclusive habiendo aprobado en parte sus exámenes. Pero su preparación, con todo, es superficial, distinguiéndose apenas uso pocos por afán de continuar sus trabajos científicos una vez regresados al país. Para la mayoría hasta un examen detenido del paciente les queda trabajoso en demasía. Uno de los facultativos más afamados de Bogotá, al auscultar a un enfermo, se puso al oído el terminal del estetoscopio destinado al pecho del paciente. Casi todo médico tiene su propia farmacia, para prescribir de preferencia medicamentos en existencia y salir aventajado, además con la cuantía recetada de ello. Sorprende en Bogotá el número de farmacias, pero en su mayoría se hallan mal surtidas y con frecuencia de productos pasados de tiempo y dañados (Romero Mario, 1990, pp.230-231).

Hettner en su descripción del servicio prestado por los médicos se detiene solo en un grupo, aquel que atendía desde su propia farmacia y que recetaba, al parecer, los medicamentos que tenía en su inventario. No mencionó al grupo de médicos que trabajaban en los diferentes centros asistenciales, ni habló de la gestión de los médicos pertenecientes a la Junta de Higiene; también dejó de lado la formación médica que se realizaba en el hospital San Juan de Dios y en la Universidad Nacional.

El viajero alemán describió la práctica médica en Bogotá como utilitarista, desconociendo aspectos importantes relacionados con la salud de los ciudadanos. Sin

embargo, frente a la percepción del geógrafo y ante la gestión médica del momento, se encuentran en la ciudad tres aspectos a destacar del estado de salud de los ciudadanos en ese momento. En primer lugar, las dinámicas de salubridad estuvieron encaminadas primordialmente hacia el control de enfermedades y virus; en segundo lugar, es latente la necesidad permanente de los habitantes de recibir atención médica profesional; y, en tercer lugar, se observa el interés personal de los médicos de mantener un prestigio y un ascenso social constante.

La percepción de la profesión médica tomó un rumbo diferente con la creación de la Junta de Higiene y la responsabilidad que le otorgó el gobierno desde finales del siglo XIX. Los médicos asumieron un rol de liderazgo y se convirtieron en autoridades políticas. Los procedimientos del alcalde, del Concejo e incluso de la policía estuvieron bajo el control de la Junta de Higiene. Así que desde 1887 el bienestar y el control de la comunidad dependían de las decisiones médicas y sus prácticas deontológicas.

Paralelo al posicionamiento de los médicos en las actividades políticas y económicas de la ciudad, también se presentó un notable cambio en la fisionomía urbana relacionado directamente con el crecimiento demográfico. El crecimiento de la población trajo varios cambios a la vida de una ciudad, descrita por Mejía como apacible y conventual, de los que podemos resaltar dos aspectos fundamentales. Por un lado, surgieron nuevas costumbres y dinámicas sociales que riñeron con las tradiciones que se mantuvieron por siglos. Por otro lado, se incrementaron las dificultades de higiene y salubridad de la población y del espacio público.

Para ilustrar mejor estas situaciones, conviene hacer referencia a los estudios realizados por Cristóbal Bernal en 1911, quien explicó que la población en 1906 superaba los 103.000 habitantes. La ciudad además tenía 106 coches halados por caballos y 360 carros halados por una bestia; haciendo el cálculo por término medio de 1.398 animales en vehículos, más los burros y bueyes usados en los chircales para un total aproximado de 2000 animales. Al mismo tiempo se encontraban en la ciudad 12 cervecerías, 175

chicherías, 60 boticas; cantinas figuraban 750 comprendiendo en ellas las chicherías, podría hacerse un cómputo de 800 establecimientos de comercio (pp. 9-10).

Gracias a la descripción hecha por el estudiante de medicina relacionada con la vida urbana y con la cantidad de humanos y animales, se puede pensar que la ciudad tenía que contar un gran abastecimiento de agua procedente del acueducto y de los ríos y riachuelos de los alrededores para dotar a la población de agua potable suficiente para vivir y para mantener la ciudad aseada. Cabe anotar que el abastecimiento debía ser ininterrumpido pues la ciudad decimonónica había sufrido grandes transformaciones debido a la activa vida nocturna que se había incrementado durante el período de transición.

La transformación de la capital no fue del todo positiva, si se tiene en cuenta que el espacio geográfico era el mismo de hace cuarenta años atrás y la dinámica de vida del nuevo siglo tenía más movimiento, tanto de día como de noche. Para asegurar las condiciones de salubridad idóneas para la población, los establecimientos de comercio y los animales, se requería de una nueva infraestructura que cubriera todas las necesidades, pues la posibilidad de sufrir enfermedades por los virus que podrían estar en el ambiente, se incrementaba por el espacio reducido en el que habitaban 103.000 personas y unos 2000 animales.

De frente a las nuevas condiciones de vida en la ciudad, la Junta de Higiene, el Concejo Municipal y la Alcaldía, asumieron responsabilidades como vigilar e implementar procesos tecnológicos para generar condiciones apropiadas a fin de evitar enfermedades y contagios y así contribuir con la preservación de la salud y la vida de los ciudadanos. Una de las estrategias implementadas fue la de llevar un registro estadístico de nacimientos, de muertes y de casos de enfermedades en las diferentes instituciones

#### **4.1.1. Estadísticas y dinámicas de la población entre 1900 – 1940.**

Como se explicó en el tercer capítulo, el Consejo Nacional Legislativo por medio del decreto 15 de octubre de 1886 de la Ley 30, Artículo 1º, autorizó al Poder Ejecutivo a

obtener los datos científicos necesarios para resolver los asuntos relacionados con la salubridad pública. El seguimiento a la dinámica del contagio, a las enfermedades, a la morbilidad y al índice de nacimientos fue una estrategia de la salud pública en la forma de racionalizar la vida en diferentes Estados del mundo occidental. Analizando esta estrategia bajo los conceptos de Foucault (1978-1979) se puede afirmar que esa práctica gubernamental y el cálculo que se hizo, en este caso de las personas que necesitaban de la intervención del presupuesto dirigido a cuidar y preservar la salud y la vida, cumplió el papel de un dato; pues solo se gobierna un Estado que se da como ya presente (p. 19). Es decir que la implementación de las estadísticas y censos en el hospital y en los diferentes sectores de la ciudad, fue la forma en la cual el Estado colombiano hizo presencia en el período de transición.

La implementación de las tablas estadísticas permitió al primario sistema de salud de Bogotá fijar las reglas gubernamentales y así racionalizar las maneras de obrar del gobierno, “proponiéndose en cierto modo como objetivo transformar en ser el deber ser del Estado. El deber hacer del gobierno tiene que identificarse con el deber ser del Estado” (Foucault, 1978-1979, p. 18). Aunque esta estrategia de control puede parecer, ante los ojos desprevenidos de los investigadores, solo un mecanismo de control, a la luz de Foucault es la manera en que los estados se visibilizan en el ámbito internacional y hacen presencia local y nacional.

Es importante anotar que la implementación de las tablas de control de enfermos fue un proceso que se inició en Alemania y se difundió por varios países europeos. El proceso fue tomando fuerza y perfeccionándose a través de los años; sin embargo, en 1828, se generó en Inglaterra un debate en torno a la afirmación que cuestionaba que la enfermedad no era susceptible de evaluación: “la vida y la muerte están sujetas a una ley conocida de la naturaleza, pero la enfermedad no lo está, de manera que puede predecirse y determinarse la aparición de aquellas, pero no de esta otra” (Hacking, 1991, p. 80).

Hacking (1991) explica que el cuestionamiento hecho por John Finlaison generó en Inglaterra una serie de publicaciones presentando leyes de clasificación por sexo, localidad,

enfermedad y ocupación. El filósofo e historiador canadiense (1991) explica que la situación no se podía ver como un hecho indeterminado o erudito, sino como una serie de respuestas tardías a problemas prácticos; como ocurre siempre en la domesticación del azar, se necesitaba una irrupción práctica para abordar un problema inmediato y material. (p. 81). De tal manera, las tablas de seguimiento se convirtieron en una herramienta útil para las diferentes instituciones gubernamentales europeas.

CLASIFICACION POR LUGARES											
LUGARES	NACIMIENTOS					DEFUNCIONES					MATRIMONIOS
	LEGÍTIMOS		NATURALES		TOTALES	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS	TOTALES	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres							
La Catedral.....	7	2	..	..	9	3	1	1	2	7	2
Las Nieves.....	13	17	6	13	49	13	10	11	8	42	4
Las Cruces.....	9	7	2	9	27	4	4	5	4	17	1
Las Aguas.....	7	7	4	10	28	4	3	8	3	18	1
San Victorino.....	5	11	4	7	27	5	4	6	4	19	2
San Pablo.....	4	1	1	2	8	1	2	..	1	4	..
Santa Bárbara.....	2	8	7	7	24	5	7	1	7	20	2
El Hospicio.....	1	1	..	..	2	..	..	..	..	..	..
Egipto.....	8	6	3	1	18	1	6	4	4	15	1
Chapinero.....	6	1	1	1	9	..	..	..	1	1	..
Hospital de San Juan de Dios.....	..	..	13	5	18	18	25	3	8	54	..
Hospital Militar.....	..	..	..	..	..	31	..	..	..	31	..
Asilo de San Diego.....	..	..	..	..	..	3	3	..	..	6	..
Asilo Cualla.....	..	..	..	..	..	1	1	..	..	2	..
Asilo de ancianos.....	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	..
Panóptico.....	..	..	..	..	..	2	..	..	..	2	..
Fuera de la ciudad.....	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..
Totales.....	62	61	41	55	219	92	66	39	42	242	13

Imagen No 3. (RM, 1900, p.4466)

Bogotá implementó las estadísticas a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX. Como se puede apreciar en la imagen N° 2, los ítems presentados en las estadísticas son los mismos que se implementaron en Londres en la década de 1840 y que se dieron a conocer a través de los periódicos. Con la implementación de las tablas estadísticas el municipio bogotano estaba enterado del índice de mortalidad y natalidad de la ciudad mes a mes.

El seguimiento se realizaba en todas las parroquias de la ciudad de tal manera que se podía determinar el número de nacimientos y defunciones por templo. En la imagen No 3 también se puede ver que el número de nacimientos en el mes de enero de 1900 fue inferior al número de defunciones; a la par se presentaron más nacimientos de mujeres que de

hombres. Los reportes se entregaban cada mes, por consiguiente, la comunidad científica y política estuvo enterada de la dinámica poblacional.

Las tablas fueron importantes para la ciudad, sin embargo, desde el siglo XIX existían otras herramientas enfocadas en mejorar los servicios hospitalarios. Foucault (1996) explica que el seguimiento de las enfermedades y su impacto en la vida del ser humano se inició en Europa con los viajes–encuestas. Entre los viajeros que realizaban dicha actividad se encontraban el inglés Howard y el francés Tenon, quienes visitaron hospitales, lazaretos y prisiones entre 1775 y 1780 con el propósito de definir un programa para reformar o reconstruir hospitales (p.70). En Bogotá, la Junta de Higiene y el Gobierno Nacional pasaron por alto la necesidad de reformar o construir hospitales que contribuyeran en el mejoramiento de la salud de las personas, tal como se hizo durante el siglo XVIII en Europa; así que este instrumento se convirtió solo en un seguimiento a la población y, por décadas, no tuvo realmente impacto.

Los datos expuestos en las diferentes tablas bogotanas fueron muy básicos, así que se evidenció una gran desinformación. En los documentos revisados no se encontró los datos relacionados con la clase de tratamientos que se aplicaban dentro de los hospitales, así que tampoco se pudo determinar las condiciones y el éxito de los procedimientos aplicados por el personal médico. Este vacío en los datos permite pensar que los tratamientos y atención a los padecimientos de los enfermos pudieron ser tratados por farmacéuticos. También es posible pensar que la gran cantidad de pacientes atendidos en los hospitales públicos, como el de Caridad y la Casa de los Alisos, no permitía hacer un registro minucioso de los procedimientos, esto sumado al estado de estos hospitales que se describía como muy lamentable (Hettner, 1976, p. 34).

## Imagen No. 4

## “Defunciones clasificadas según la enfermedad causa de fallecimiento”

ENFERMEDADES	HOMBRES	MUCHERES	NIÑOS	NIÑAS	TOTALES	Parroquias														
						La Catedral	Las Flores	Las Cruces	Las Aguas	San Victorino	San Pablo	Santa Bárbara	Agripa	Chaparro	Regina de Caridad	Regina Militar	Años	Pasepito	Espejo	
<i>Infecciosas y miasmáticas</i>																				
Tifo.....	17	9	1	--	27	1	--	--	3	4	--	--	1	--	15	3	--	--	--	--
Fiebre tifoidea.....	12	13	1	--	26	4	1	3	1	3	--	--	1	1	10	2	--	--	--	--
Gripa.....	--	1	--	--	1	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Fiebre amarilla.....	3	--	--	--	3	1	--	--	--	1	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--
Viruela.....	3	9	3	3	18	--	--	--	1	--	--	--	--	1	16	--	--	--	--	--
<i>Telúricas.</i>																				
Paludismo.....	6	--	--	--	6	--	--	--	--	--	--	--	--	--	3	1	--	2	--	--
<i>Diatésicas.</i>																				
Tuberculosis.....	16	4	1	1	22	--	4	1	--	--	2	2	1	--	12	--	--	--	--	--
Cáncer.....	1	6	--	--	7	--	--	1	2	1	--	2	--	1	--	--	--	--	--	--
<i>Discrásicas.</i>																				
Miseria fisiológica.....	--	4	--	--	4	--	--	--	1	--	--	1	1	--	1	--	--	--	--	--
Atrepsia.....	--	--	6	4	10	--	2	1	1	--	--	1	2	2	1	--	--	--	--	--
<i>Virulentas.</i>																				
Sífilis.....	--	--	2	1	3	--	1	--	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<i>Intoxicaciones.</i>																				
Alcoholismo.....	1	2	--	--	3	1	--	--	1	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--
Septicemia.....	3	2	1	--	6	--	--	1	--	--	--	--	--	--	3	1	--	--	--	--
Uremia.....	--	1	--	2	3	--	1	--	1	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--
<i>Locales, agudas y crónicas.</i>																				
<i>Aparato circulatorio.</i>																				
Afección cardíaca.....	5	4	--	1	10	1	2	1	--	--	--	4	--	--	1	--	--	1	--	--
Arterio esclerosis.....	--	1	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--
Endocarditis.....	--	2	--	1	3	--	1	--	--	--	--	1	--	--	1	--	--	--	--	--
<i>Aparato respiratorio.</i>																				
Laringitis.....	1	1	2	6	10	1	1	--	1	1	--	1	3	--	2	--	--	--	--	--
Bronquitis.....	--	4	1	5	1	--	--	--	--	2	--	--	--	--	1	1	--	--	--	--
Bronco-neumonía.....	3	6	6	6	21	1	6	1	1	3	1	1	1	1	6	--	--	--	--	--
Neumonía.....	12	7	7	4	30	2	7	2	5	1	1	1	2	6	6	2	--	--	--	--
Congestión pulmonar.....	2	1	1	3	7	--	1	1	3	1	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--
Pleurisia.....	--	1	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<i>Aparato digestivo.</i>																				
Gastritis.....	1	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--
Gastro-enteritis.....	1	--	14	7	22	1	7	2	2	3	3	--	--	2	--	--	--	--	--	--
Enteritis.....	1	3	11	7	22	--	5	4	--	1	1	5	1	2	2	--	--	--	--	1
Disenteria.....	21	21	11	3	56	1	4	2	3	1	--	6	--	2	31	6	--	--	--	--
Peritonitis.....	2	3	1	1	7	--	1	1	--	1	--	--	--	--	3	1	--	--	--	--
Hepatitis.....	2	6	--	--	8	1	2	1	--	--	--	--	1	--	2	--	--	--	--	--
<i>Sistema nervioso.</i>																				
Congestión cerebral.....	3	1	--	--	4	--	--	1	--	--	--	--	1	1	--	--	--	--	--	--
Hemorragia cerebral.....	--	2	--	--	2	1	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--
Meningitis.....	1	3	1	3	8	--	1	1	--	1	--	--	2	--	3	--	--	--	--	--
Mielitis.....	--	1	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--
<i>Aparato gènio-urinario.</i>																				
Nefritis.....	3	5	1	--	9	--	2	--	1	1	--	--	--	--	5	--	--	--	--	--
<i>Nacidos muertos ó muertos poco después del nacimiento.</i>																				
Nacidos muertos.....	--	--	5	4	9	--	4	--	--	1	1	1	--	--	2	--	--	--	--	--
Por parto prematuro.....	--	--	1	--	1	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<i>Muertes accidentales ó violentas</i>																				
Heridas.....	2	1	--	--	3	--	--	--	1	1	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Quemaduras.....	--	--	--	1	1	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Totales.....	122	120	80	59	381	19	54	25	30	26	12	32	18	12	130	17	1	2	1	1

(RM,1901, p. 4600)

No obstante, con los datos presentados mes a mes se pudo establecer las enfermedades que se padecían en las diferentes parroquias. En enero de 1901 por ejemplo, la población bogotana fue vulnerable a sufrir enfermedades infecciosas y miasmáticas (tifo, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, gripa, tosferina), telúricas (paludismo), diatésicas (tuberculosis, cáncer), discrásicas (miseria fisiológica, atrepsia), virulentas (sífilis), intoxicaciones (alcoholismo, septicemia), enfermedades locales agudas o crónicas del aparato circulatorio (afección cardíaca), del aparato respiratorio (laringitis, neumonía,

bronco-neumonía, congestión pulmonar), del aparato digestivo y anexos (gastritis, gastroenteritis, enteritis, disentería, hepatitis, peritonitis), del aparato genitourinario (nefritis, cistitis), del sistema nervioso (afección cerebral, hemorragia cerebral, congestión cerebral, meningitis, mielitis, epilepsia), de nacidos muertos o muertos poco después del nacimiento y de muertes accidentales o violentas.

Como se puede ver, la información registrada en las estadísticas presentadas mensualmente también procedía de los diferentes centros asistenciales de la ciudad entre los que se encontraban: el hospital de Caridad, el hospital Militar, el hospital los Alisos, el Panóptico y el Hospicio. El proceso de llevar la estadística del movimiento de la población persistió y para 1941 el gobierno había implementado el Departamento de Estadística e Investigación Social que continuó con el seguimiento de la enfermedad, la natalidad y la morbilidad de la población capitalina.

La Contraloría Nacional de la República en el plan de gestión de 1941 dio preferencia a dos clases de publicaciones. Por un lado, estaba el Boletín de Información Municipal; éste estaba encargado del estudio y presentación de estadísticas locales de alto interés y actuaba como el órgano de difusión de la gestión administrativa. Por otro lado, El Anuario Municipal de Estadística estaba en la obligación de seguir las disposiciones procedentes de la dirección técnica de los Servicios Estadísticos de la Nación. Este último tuvo como función principal poner de relieve los diferentes factores que se conjugaban en el desarrollo de la capital colombiana. (RM, 1941, p. 310).

Tal como se puede apreciar, los instrumentos estadísticos aplicados desde finales del siglo XIX estuvieron presentes durante las primeras décadas del siglo XX hasta convertirse en una herramienta gubernamental importante que permitía analizar el movimiento de la población y determinar la dinámica de esta. La implementación de la estadística como técnica moderna tuvo como objetivo para el gobierno acentuar las relaciones con la población, con las actividades económicas y sociales; mediante ella se realizarían análisis para dar a conocer al público y a las instituciones que los necesitara.

Puede apreciarse este factor en el Anuario Municipal de Estadística de Bogotá de 1941, que describe la dinámica de la población de la ciudad entre los años de 1918 a 1938. Un factor importante a destacar en la publicación fue la importancia que se dio a los acontecimientos de 1918, año en que se presentó en la ciudad la pandemia de la gripa blanca y que llevó al gobierno a tomar determinaciones importantes frente a la configuración urbana. También se puede evidenciar, en la tabla número 2 del Anuario, el crecimiento de la población después de la creación de la Ley 46 de 1918:

Tabla No 2

AÑOS	MATRIMONIOS		NACIMIENTO (BAUTIZOS)		DEFUNCIONES		EXCEDENCIA	
	TOTAL NO.	Por 1.000 habitantes	TOTAL NO.	Por 1.000 habitantes	TOTAL NO.	Por 1.000 habitantes	Nacimientos Menos defunciones	Por 1.000 habitantes
1919	920	6,68	4568	30,20	4.582	30,29	14	9,09
1920	979	6,16	4.694	29,54	4.104	25,83	590	3,71
1921	424	4,93	4.910	29,42	4.024	24,11	886	5,39
1922	885	5,04	5.439	31,02	4.219	24,06	1.220	6,96
1923	1.011	5,49	5.775	31,36	4.299	23,34	1.476	8,02
1924	1.058	5,47	5.919	30,60	4.404	22,77	1.515	7,88
1925	1.166	5,73	6.103	30,04	4.476	22,03	1.627	8,00
1926	.304	6,11	6.424	30,10	4.966	23,27	1.458	6,83
1927	1.496	6,67	6.708	29,92	4.892	21,82	1.816	8,10
1918	1.627	6,91	7.037	29,89	4.848	20,59	21.89	9,29
Promedio								
1919- 1928	1.127	6.12	5.757	31.27	4.481	24.33	1.276	6.93

(RM, 1941, p. 310)

En el estudio presentado en el anuario se pudo determinar que la rata anual del crecimiento, proporcional al lapso comprendido entre los años 1918 y 1928, fue de 50,39 por mil habitantes; siendo esta cifra la que causó la más alta cadencia en su desarrollo demográfico, mientras que en el estudio que iba desde 1928 a 1938 se pudo apreciar una rata anual de 34,45 por mil habitantes. Con la anterior información se pudo determinar que el cálculo de la población media en 1940 era de 353.400 habitantes.

El aumento sobre 100 habitantes tuvo el siguiente desarrollo, que guardó relación con la rata anterior y que evidenció un aumento de 9.500 habitantes a 1940, según las cifras provenientes de los dos últimos censos:

Tabla No 3.

1918	1928	Aumento	1938	Aumento
Censos	Censos	sobre 1918%	Censos	sobre 1928 %
habitantes	habitantes	63,49	habitantes	40,31
113.991	235.421		330.312	

(RM, 1941, pp. 310-311).

Un aspecto a destacar dentro de los documentos estadísticos es que los avances de la ciudad continuaron siendo comparados con otros países. A inicios del siglo XX se realizaba la comparación con países europeos y para la década del 1940 el municipio comparaba los resultados con los procesos de países americanos. El interés del Estado colombiano había cambiado y se alejó de los procesos europeos para hacer parte de los Estados americanos, para de esta manera posicionarse a nivel regional; esto permitió evaluar cómo se encontraba la ciudad respecto a otras capitales de la región americana. Para 1940 se tomó como referencia a:

Nueva York	.....6,49
Chicago	.....0,50
Buenos Aires	.....15,56
Rio de Janeiro	.....25,90
Detroit	.....3,19
Los Ángeles	.....20,84
San Pablo	.....55,41

Un aspecto interesante que vale la pena estudiar aquí, es el informe realizado por el urbanista brasileño Nelson Mendes Caldeira. En su estudio sobre las capitales de América explicó que, debido a la industrialización y a la intensificación del comercio, al finalizar la

década de 1930 e iniciando la década de 1940 se evidenció un marcado ritmo de crecimiento de la población en las ciudades americanas. Tomando como referencia los estudios de Mendes, la Dirección Municipal de Estadística de Bogotá decidió investigar los reportes reales de las ciudades nombradas por el brasileño y así establecer algunas comparaciones sobre la población y otros aspectos de la vida urbana. De dicha información, complementada con datos de la publicación citada, se dedujo que la población media de las ciudades en cuestión para el año 1940 fue la siguiente:

Nueva York	.....7'380.000
Chicago	.....3'384.000
Buenos Aires	.....2'508.000
Filadelfia	.....1'935.000
Rio de Janeiro	.....1'896.000
Detroit	.....1'618.000
Los Ángeles	.....1'496.000
México	.....1'451.616
San Pablo	.....1'380.000
Santiago	.....945.000
Montevideo	.....712.756
Lima	.....522.826
Bogotá	.....353.400
La Paz	.....240.000
Caracas	.....216.400
San Salvador	.....107.800

(RM, 1941, pp. 310-311-312).

El estudio que hizo el país del desarrollo y avance de las naciones americanas se puede asociar a las políticas intervencionistas de los Estados Unidos<sup>2</sup>. No obstante, en el informe se resaltó de manera categórica la dificultad de relacionar los cotejos con los de

---

<sup>2</sup> Es bastante factible pensar que la aproximación de Colombia a las naciones vecinas guardara relación con las políticas del buen vecino implementadas por D. Roosevelt, que tuvieron como intención continuar con las políticas de la Doctrina Monroe impuestas desde 1823.

otras capitales del continente porque cada una presentaba factores políticos y físicos que no permitían acceder a la información. También se evidencia en los informes que los médicos fueron muy exigentes con la metodología implementada para ejercer el control de la dinámica demográfica y de salubridad de la ciudad.

Se puede observar que las estadísticas, que inicialmente tenían como propósito vigilar la propagación de las enfermedades y sus consecuencias en la dinámica social, finalmente se desviaron para concentrarse en los datos de construcción de urbanizaciones en los diferentes países de la región americana. En Bogotá, y en Colombia en general, la construcción de hospitales y el cuidado de la salud se perdió de vista entre 1911 y 1920 hasta el punto de no generar las tablas estadísticas. Al analizar de esta manera la naturaleza de las tablas estadísticas del período referenciado, podemos establecer que ellas fueron dispositivos biopolíticos que aportaban metodologías biomédicas, y que tenían como fin establecer un diálogo entre los países europeos con las nuevas naciones americanas que buscaban implementar estrategias de desarrollo.

#### **4.1.2 El hospital San Juan de Dios y las biotecnologías.**

Históricamente, el cuidado de la salud de la población se delegó por siglos a las diferentes órdenes eclesiásticas de caridad, en donde el Estado no tuvo mayor compromiso. En los estudios biopolíticos realizados por Foucault (1996) se evidencia que una de las funciones importantes del Estado era responder por la salud física de los habitantes, pero que solo fue hasta mediados del siglo XIX que el Estado asumió esta función y, cuando lo hizo, se enfocó especialmente en asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, y su capacidad en la defensa y el ataque militar (p.42), dejando desprotegido a un gran grupo de personas que continuaron dependiendo de la caridad.

En la república colombiana se mantuvieron vigentes las lógicas del tratamiento de las enfermedades instauradas en la época de la colonia; así que a lo largo del siglo XIX no se construyeron hospitales ni centros de salud para atender el gran volumen de enfermos de los departamentos o de las capitales. Bogotá seguía contando con los centros construidos

antes y después de las grandes epidemias del siglo XVII, aunque la población aumentaba día tras día por las dinámicas bipartidistas presentadas en las regiones del país, y por la misma configuración de la ciudad.

Durante la época de la Colonia se hizo necesario atender en un solo sitio a los enfermos que se presentaban en la población, razón por la cual se fundaron varios hospitales, entre ellos el hospital convento para Santa Fe en 1564, nombrado de San Pedro. La nueva institución tenía un espacio muy reducido para atender a la cantidad de población de la época; esto se hizo especialmente evidente durante las calamidades como la ocurrida entre 1630 y 1634 cuando se propagó en la ciudad una fuerte epidemia de tifo exantemático, conocida en ese entonces como tabardillo o peste de Santos Gil. En 1723 se construyó un nuevo hospital que se denominó San Juan de Dios, de esta manera la ciudad contó con dos centros de salud para cubrir las necesidades de la población santafereña y de la población flotante. (Soriano Ll. Andrés, 1964, pp. 7-21).

Desde su inauguración, el hospital San Juan de Dios tuvo carácter de obra pía<sup>3</sup>. El centro médico creció gracias a las donaciones hechas por los filantrópicos y los religiosos, y al finalizar el siglo XVIII estaba en capacidad de hospitalizar hasta 130 personas. El servicio que prestó la institución fue sobre todo terapéutico por lo que recibió apoyo del hospital convento de San Pedro que se dedicaba a los procedimientos curativos. Este último tuvo capacidad para atender a 1399 pacientes al año, además contó con suficiente personal especializado para prestar un buen servicio de salud; también asignó un pabellón para mujeres. (Romero et al., 2008, p. 21).

Por orden del gobierno se abrieron cursos de medicina en el hospital en las primeras décadas del siglo XIX. Con esa disposición se incluyeron médicos laicos que hacían las veces de profesores y se regularon los estudios a cinco años de teoría y tres de práctica, continuando con los planes de estudio existentes en España. Durante el primer año se

---

<sup>3</sup> Escenario para el ejercicio de la caridad con el prójimo. Diccionario Real Academia de lengua Española. En otras palabras, el hospital fue un escenario de índole católico cuyo propósito era ayudar al menesteroso y así asegurar la salvación, minorar las penas del purgatorio y alcanzar el beneficio de la gloria eterna.

harían prácticas de anatomía y al finalizar los tres cursos de prácticas se debía presentar un examen para recibir su revalidación y obtener la licencia para curar. Los estudiantes asistían a las diferentes cirugías y eventualmente tenían que intervenir, según su nivel de formación. Además, los aprendices debían tomar nota juiciosamente del éxito y de los errores cometidos en las cirugías o procedimientos que se realizaban en los cadáveres. También era necesario llevar un historial de las enfermedades, dejando claro los errores comunes que cometían los pacientes y el personal médico, con el propósito de ganar en el conocimiento de las afecciones y así crear reglas para la curación de las mismas. (Soriano, 1964, pp.25-26)

Al Finalizar la primera década el siglo XIX el hospital General San Juan de Dios atendía pacientes contagiados con enfermedades venéreas<sup>4</sup>. La situación fue tan grave que uno de los médicos de la institución solicitó escribir sobre la puerta del hospital un letrero que decía “Si no temes a Dios, témele a la sífilis”, después solicitó a la Gobernación de la Provincia de Bogotá que se prohibiera la entrada al hospital a los que hubieran contraído enfermedades por su mala vida, como las prostitutas y los alcoholizados. El argumento para solicitar la exclusión de estos enfermos era las condiciones económicas del hospital. La petición se otorgó, pero la disposición duró muy poco tiempo. (Soriano, 1964, p. 56).

El hospital se ocupaba de enfermedades generales a la par que atendía a los militares heridos, esto gracias a las disposiciones gubernamentales de principios del siglo XIX. Así, en primer lugar, la institución se desempeñaba como hospital de caridad encargado de la población menesterosa de la ciudad y, en segundo lugar, asumía las veces de hospital militar. Las nuevas disposiciones del Estado aumentaron las responsabilidades del personal y disminuyeron la cobertura a la sociedad civil. Pese a eso, las dos condiciones del hospital generaron un aumento de la morbilidad; así: “el febricitante, el hidrópico, el tísico, todos viven estrechamente reunidos. Los hábitos y la evaporación de los cuerpos engendran una atmosfera emponzoñada, que lleva al sepulcro aún a los más robustos” (Soriano, 1964, p. 36). Esta realidad de la institución no dista mucho de la apreciación que Foucault (1978) tenía de los centros hospitalarios. En sus estudios, el filósofo describe a estas instituciones

---

<sup>4</sup> En la época estudiada se denominaban de esta manera a las enfermedades de transmisión sexual.

como escenarios de contagio y de reclusión para morir (...), y aunque no es claro si en Bogotá el San Juan de Dios se había convertido en un espacio para morir, lo cierto es que sí se convirtió en un escenario de contagio y hacinamiento.

Una tercera función que debió cumplir el Hospital San Juan de Dios a lo largo del siglo XIX, fue la de asilo para locos. Se acomodaron salas especiales para recluir a las personas que por diferentes condiciones se designaban como orates. También se dispusieron de salas especiales para atender a las prostitutas contagiadas de enfermedades venéreas y se incluyeron enfermerías especiales en donde se practicaban procedimientos profilácticos. Los soldados se convirtieron en un problema mayúsculo para la institución ya que reclamaban más atención, pues según ellos, tenían prioridad respecto a los demás enfermos de tuberculosis o tifoidea, entre otros padecimientos. Pese a estos inconvenientes la calidad hospitalaria fue en aumento, ya que al recibir estudiantes de medicina se iniciaron las prácticas médicas desde la anatomoclínica<sup>5</sup>, la fisiopatología<sup>6</sup> y la etiopatología<sup>7</sup>. (pp.30-32). Así, la oferta médica del hospital, además de cubrir a la población que necesitaba de su atención especializada, realizaba estudios que con el tiempo ayudarían a la misma población.

El centro médico, en conjunto con la universidad, incorporó la investigación a los estudios de las enfermedades de la capital e implementó en los contenidos de las diferentes asignaturas de la escuela, técnicas de estudios ingleses y franceses; de esa manera hubo una aproximación a la altura de los avances científicos de Europa. Sin embargo, el carácter investigativo de la institución médica sumado a una infraestructura antigua, crearon una limitación respecto a la hospitalización de enfermos. Esta falencia se pudo percibir al inicio del siglo XX, cuando la institución solo recluía a personas cuyas patologías fueran de interés para el conocimiento científico, dejando así a los enfermos crónicos a la consulta

---

<sup>5</sup> Fue Xavier Bichat (1771-1802) el que formuló en 1801 el programa anatomoclínico. Señaló que la medicina alcanzaría rigurosidad científica cuando se estableciera una relación entre la observación clínica de los enfermos y las lesiones anatómicas que la autopsia descubre después de la muerte. Disponible en línea: [https://historiadelamedicina.org/Fundamentos/6\\_2.html](https://historiadelamedicina.org/Fundamentos/6_2.html). Consultado 9 de julio de 2019

<sup>6</sup> La fisiopatología estudia los mecanismos de producción de las enfermedades en relación a los niveles molecular, subcelular, celular, tisular, orgánico y sistémico o funcional. Disponible en línea: <https://www.ecured.cu/Fisiopatolog%C3%ADa>. Consultado julio 9 de 2019.

<sup>7</sup> Enfermedades asociadas a la esquizofrenia

externa y llevando a los enfermos incurables y degenerados al encierro en los asilos. (Romero, 2008, p. 33).

El hospital no fue ajeno a los problemas económicos pues la inversión municipal para el mantenimiento y adecuación, tanto del edificio como de los servicios, fue casi inexistente, al punto de que en 1922 el centro médico se encontraba en pésimas condiciones. Carecía de una buena ventilación e iluminación, y problemas de distribución del agua potable hacían difícil la labor de desinfección del hospital. Su ubicación también era problemática, ya que se encontraba a pocos metros de la plaza de mercado de la ciudad, así que las personas que frecuentaban las cercanías del hospital o de la plaza eran vulnerables al contagio debido a las corrientes de aguas negras provenientes de los desechos hospitalarios que corrían hacia el occidente.

Debido a su condición como centro principal de acogida de los enfermos de la capital, el Hospital San Juan de Dios fue el centro médico más importante durante el período de transición. Él se encargó principalmente de atender a los militares, a los mendigos y a los enfermos de la ciudad. Sin embargo, su función tomó una ruta diferente al convertirse en centro de estudios científicos, condición que impulsó el desarrollo médico y los estudios sobre la protección de la salud de los ciudadanos.

#### **4.1.3. Virus, bacterias y biotecnología.**

Los virus y las bacterias con frecuencia se encuentran en el aire o en el agua, aspecto que hace a las personas particularmente vulnerables a contagiarse de enfermedades generales. Las malas condiciones de salubridad e higiene fueron comunes en las poblaciones del siglo XIX donde se presentaban epidemias que aumentaban los índices de morbilidad. Debido a sus agitadas dinámicas sociales, Bogotá sufrió de fuertes episodios de epidemias y brotes de enfermedades infecto-contagiosas que se convertían en amenaza para sus ciudadanos.

Las condiciones higiénicas de la ciudad eran deprimentes por varios factores, entre ellos la falta de un sistema adecuado de acueducto y alcantarillado que cubriera las necesidades de la población. El clima gélido y el hacinamiento también fueron grandes factores. A través de los variados documentos analizados fue posible realizar un compendio de algunas de las enfermedades más comunes que azotaron la ciudad durante el período estudiado. A continuación, se realizará una aproximación al impacto que tuvo el desarrollo de biotecnologías y prácticas biopolíticas relacionadas con el control de la proliferación de esas epidemias de enfermedades infecto-contagiosas.

Empezamos el recorrido por la viruela. Los estudios sobre esta enfermedad, conocida históricamente por ser la causante de cientos de muertes durante cada epidemia, determinaron que era producida por el virus Orthopox, virus que se transmite por contacto directo con una persona enferma o con sus pertenencias. En Bogotá, como medida de prevención, se abrió el Hospital de los Alisos exclusivamente para atender y aislar a quienes estuvieran contagiados. Esto se reforzó con frecuentes campañas de vacunación que evitaron catástrofes mayores, y ya para 1914 los enfermos de viruela eran muy pocos y el hospital estaba prácticamente en ruinas por el bajo número de pacientes y la baja inversión económica que se hizo para esos años. (RH, 1914, p.11).

La fiebre tifoidea fue otro padecimiento de la población bogotana que se convirtió en mortal. Esta enfermedad endémica era conocida desde la época de la colonia y fue frecuente en la ciudad hasta el siglo XX. La tifoidea se contagia por el consumo de agua contaminada con deyección de tifoidea que proviene de infiltraciones de letrinas infectadas (RH, 1913, p. 105). En Bogotá la infraestructura del alcantarillado era muy simple pues consistía en letrinas de hoyo, lo que facilitaba el contagio. A partir de 1886 se inició la modernización de este sistema, que en sus inicios se visualizó como un proyecto fallido.

Era muy alta la posibilidad de consumir aguas contaminadas en la ciudad, pues el oriente de la ciudad, lugar donde nacían los ríos y riachuelos, estaba habitado. Estos escenarios tenían más aspecto rural que urbano y por estar fuera del perímetro urbano carecían de todo sistema de alcantarillado y acueducto; así que las aguas eran susceptibles a

la contaminación humana y animal desde su nacimiento. También existía el problema de hacinamiento en que vivía la población citadina. Las habitaciones tenían mala ventilación y poca luminosidad, condiciones ambientales propicias para que los virus y bacterias se reprodujeran y propagaran.

Las enfermedades que se presentaban en la ciudad estaban estrechamente relacionadas con las condiciones ambientales. La fiebre tifoidea, por ejemplo, estaba relacionada con la construcción rudimentaria del acueducto. En el recorrido de la tubería se encontraban trayectos donde las aguas iban al descubierto y se exponían a la contaminación y pululación. El líquido estaba descubierto hasta llegar al molino que tampoco se encontraba en buenas condiciones de aseo, y los contornos de éste eran susceptibles de ser ensuciados por los desagües de las faldas de Guadalupe, por las recuas de cerdos que transitaban el camino del molino y por los despojos del trabajo activo del mismo molino (Gómez, 1898, p. 24).

Al finalizar el recorrido por las tuberías el agua se almacenaba en tanques que repartían el líquido a la ciudad. Sin embargo, los depósitos fueron descritos por Gómez (1898) como:

absolutamente inadecuados á las necesidades de la población, y las medidas de amparo ó de conservación de las aguas son totalmente negativas: no hay en la circunferencia de cada cisterna un muro que sirva de defensa contra todo lo que tan fácilmente ensucia el agua, como son los desagües de las habitaciones situadas arriba de los depósitos, el derrame de las quebradas de San Jorge y San Bruno, más la contaminación por los mismos encargados de la vigilancia (.p. 24).

De tal manera, el acueducto no cumplía con las normas de higiene, aspecto que llevó a la población a ser endeble frente a las enfermedades infecto-contagiosas. Esto quedó consignado en la revista de Higiene de 1913 donde se hizo un histórico de cuatro meses que deja ver la mortalidad por el virus como una de alto índice:

Año	Mes	Mortalidad
1912	febrero	21
“	marzo	15
“	abril	15
“	mayo	23

(RH. 1913. P.105).

La tifoidea es producida por una bacteria que proviene de los mismos seres humanos. La enfermedad se propaga al ingerir agua o alimentos contaminados por las bacterias que se encuentran en las heces de enfermos o portadores de la infección. Este padecimiento fue muy peligroso para la sociedad mundial porque no se conocía un medicamento que lo curara y que evitara el contagio. Ella atacó y diezmó a ejércitos completos, aspecto que la convirtió en objeto de estudio en el siglo XVII. Con todo, no fue sino hasta 1896 que Wright inició los primeros ensayos en humanos con una vacuna tífica muerta que se inyectaba por vía subcutánea y que tuvo un gran respaldo al inmunizar al ejército francés en la primera guerra mundial (Ledermann D. Walter, 2003, p. 60).

Durante la Bogotá del período analizado no existía un tratamiento para la tifoidea; no obstante, los médicos bogotanos recomendaban y administraban cuidados profilácticos para prevenir el contagio. Desafortunadamente, no todas las personas se enteraban de las recomendaciones médicas y tampoco se encontraban en condiciones de seguir los procedimientos o practicar los tratamientos, y como se anotó anteriormente, era bastante probable que el agua que se bebía en los hogares y en el hospital estuviera contaminada de la bacteria salmonella debido a las condiciones del sistema de acueducto.

El clima de la ciudad también contribuyó a que la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*, que produce la difteria, se propagara con facilidad dejando estragos importantes. Los niños y las niñas enfermaban con frecuencia de difteria cutánea y mucosa. Esta enfermedad dejó un alto índice de mortalidad en Bogotá por lo que los

médicos y la Junta de Higiene implementaron tratamientos orientados a aliviar a los enfermos y a prevenir la epidemia, pero no a prevenir la enfermedad. El ambiente de hacinamiento y las dificultades de higiene fueron propicias para que la bacteria se incubara con facilidad.

En 1880 se presentó en Europa y Estados Unidos una fuerte epidemia de difteria que dejó tasas de mortalidad hasta del 50% en algunas zonas. La enfermedad continuó haciendo estragos durante el siglo XX, pero para la primera guerra mundial el índice había bajado a un 15% gracias a los tratamientos con antitoxinas. (Tuells José, 2006, pp. 3, 4).

En Bogotá la bacteria se propagaba con facilidad por los diferentes barrios y temiendo a las epidemias como la que se presentó en 1880, los médicos explicaban a la sociedad que el virus de la enfermedad se encontraba en la saliva, el mucus nasal, las lágrimas del diftérico y que los microbios eran de gran resistencia vital, de fácil contaminación en las alcobas, la ropa y demás objetos (RH, 1913, pp. 104-105); información que no llegaba a cubrir a toda la población por la falta de difusión.

Como medida preventiva los médicos indicaban a los ciudadanos desinfectar las habitaciones de las personas enfermas o que habían padecido de esta enfermedad, además se recomendó el aislamiento para prevenir el contacto con los enfermos. Estos cuidados preventivos hubieran podido tener éxito si la población se encontrara en otras condiciones de higiene, pero no con las circunstancias de las personas que vivían en inquilinatos, en tiendas y aquellos que hacían parte del sector del Paseo Bolívar.

La niñez fue especialmente vulnerable al contagio de difteria, pero también lo estuvo del coqueluche o tos ferina. Este padecimiento fue muy fuerte y se convirtió en el terror de las madres por los estragos que hacía en los niños; las recaídas eran frecuentes, las recidivas excepcionales porque en general esta enfermedad confiere inmunidad definitiva (RH, 1913, p. 108). La tos ferina se convirtió en un padecimiento mortal al interior de las familias y de forma singular al interior de los asilos de niñas y niños, escenarios propicios para posibles epidemias.

El contagio de coqueluche o tos ferina se produce a través de las bacterias que se expiden al toser o al hablar. La enfermedad es causada por la bacteria *Bordetella* y los síntomas son semejantes al resfriado, a diferencia de que después de una semana las personas afectadas presentan dificultad en tomar aire. Esta bacteria se reproduce en todas las personas sin importar la edad y el tratamiento requiere aislamiento y de antibióticos, sin embargo, en Bogotá no se contaba con pabellones especiales o enfermerías en el hospital para internar a los enfermos, además los antibióticos todavía no se habían descubierto para ese entonces.

Otro padecimiento que tuvieron que afrontar los médicos fue la Erisipela. Esta afección infecto-contagiosa castigó a la capital gravemente a inicios del siglo XX y abatió a personas de todas las clases sociales. Se percibía la afección por el fuerte dolor de cabeza, inflamación infecciosa aguda en placas que afecta la epidermis, asociada generalmente a fiebre, linfangitis, leucocitos y ocasionalmente adenopatías regionales (Fica C Albert, 2003, p.104) La enfermedad estuvo presente en la población capitalina por décadas y fue causante de un alto índice de morbilidad. Dentro de las sugerencias hechas por los médicos estaba la de aislar a los enfermos en hospitales, colegios y otros establecimientos; también se solicitaba vigilar principalmente las cárceles de mujeres y las salas de maternidad para evitar el desarrollo de infecciones puerperales<sup>8</sup> (RH, 1913, p.108).

La disentería también estuvo presente durante varias décadas en la ciudad. En 1913 se concluyó que era una enfermedad factible de convertirse en epidemia por las condiciones del agua potable y por la pobreza que se vivía en la ciudad. Se explicaba que esta era una enfermedad:

Endemo-epidémica; se desarrolla en ambos sexos, en cualquier edad, en todas las clases sociales y con mayor facilidad en la infeliz.

---

<sup>8</sup> Período de recuperación de las mujeres después del parto.

La mayor parte de epidemias son debidas a la contaminación de aguas potables, y también hay la opinión de que sirven de vehículo de contagio las emanaciones mefíticas que se desprenden de excusados, cloacas e inhumaciones defectuosas.

La miseria, el excesivo trabajo corporal y la alimentación insuficiente favorecen el desarrollo de la epidemia y agravan la enfermedad, que por estas causas es frecuente en los ejércitos en campaña. Las carnes saladas, las frutas verdes y el régimen alimenticio demasiado feculento también son causa que favorece el desarrollo de la disentería. (RH, 1913, p.109).

Para tratar la disentería y evitar las epidemias, los médicos recomendaban los procedimientos profilácticos similares a las anteriores enfermedades infecto-contagiosa padecidas en la capital. Se debía aislar rigurosamente al paciente y era necesario desinfectar los utensilios donde se hacían las deposiciones y los objetos usados por los enfermos. Se recomendaba estar atento de la pureza del agua y a la buena alimentación. Estas sugerencias no eran difíciles de seguir; sin embargo, aquellas personas que carecían de hogar o vivían en casas muy pobres a las afueras de la ciudad o en los inquilinatos, eran más vulnerables, no solo a contraer el virus, sino a morir de la enfermedad. Además, las personas infectadas se convertían en portadoras y propagadoras, y por lo tanto eran un peligro para la sociedad.

Una enfermedad agresiva, tanto para la capital colombiana como para muchas otras capitales, fue la tuberculosis. El bacilo tuberculígeno se había descubierto solo hasta 1882 y en 1907 la Doctora Lydia Rabinowtsch de Berlín publicó en la Revista Pasteur las diferentes clases de este bacilo y las especies que la padecía, entre sus análisis la científica explicó que:

los bacilos extraídos de lesiones del hombre, se consideran del tipo bovino cuando sus cultivos presentan alta virulencia, inoculados á los vívidos y conejos (...) en el hombre se hallan, principalmente, bacilos del tipo humano, pero á veces, en los niños especialmente, se observan los del

tipo bovino y, en muchos casos, ambos tipos asociados. En el organismo del hombre, y á la larga, es posible que los del tipo bovino se transformen en los del tipo humano. En muy raros casos de tuberculosis humana se han encontrado bacilos de la tuberculosis aviaria (una observación propia) (1907, No 9, p. 233).

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y se contagia por medio del contacto con enfermos. Las secreciones de los contagiados hacen a sus enfermeros y allegados vulnerables a la contaminación. Los médicos recomendaron cuidados paliativos para los enfermos de la capital, sin embargo, no hicieron recomendaciones de protección para evitar que el virus se propagara.

La tuberculosis tenía en la capital el escenario propicio para hacer estragos: el ambiente húmedo y frío, las casas oscuras y con muy baja higiene y una población con alto índice de desnutrición. Estos aspectos dejaron una alta relación de mortalidad y así quedó consignado en la revista de Higiene:

La estadística de mortalidad en sólo cuatro meses del año 1912 es la siguiente:

Año	Mes	Mortalidad
1912	febrero	28
1912	marzo	19
1912	abril	22
1912	mayo	28

(1913, p. 05).

Asimismo, Gómez (1898) mostró a la tuberculosis como una plaga cruel que aniquilaba sin tregua a los indígenas. Explicó que la ciudad era el centro de la enfermedad y que de ahí se extendía a la sabana, siguiendo los ríos a Fontibón, Funza y Madrid, además, se hizo prominente en Suesca, Soacha y Nemocón; se puede evidenciar que el bacilo se expandió por el altiplano cundiboyacense (p. 64).

La tuberculosis estuvo presente en muchos países; también ha sido protagonista de diferentes novelas y causante de la muerte de algunos próceres de la historia, así como de una gran parte de la población de la época. Ante la impotencia de control sobre el bacilo los médicos solicitaron al gobierno dictar medidas activas a fin de disminuir la propagación del contagio, además sugirieron prestar atención a la opinión de las altas autoridades médicas y seguir el ejemplo de la organización que la asistencia pública de las grandes ciudades de Europa había propuesto para su control. (RH, 1913, p. 109).

Los médicos y los estudiantes de medicina conocían las estrategias utilizadas en otros países para contener la propagación de la enfermedad, pero al municipio no le interesó implementar políticas públicas de salubridad que cubrieran a la población y que mejoraran las condiciones de salud de los ciudadanos.

En términos generales, la investigación realizada desde el siglo XVIII de los agentes que producían las enfermedades infectocontagiosas generaron un notable desarrollo de tratamientos y procedimientos que mejoraban las condiciones de vida de las personas. Los estudios sobre las enfermedades y la importancia que esos estudios tenían para la sociedad fue un asunto exclusivo de la ciencia, donde se hizo un énfasis en el cuidado y la protección de la vida.

#### **4.2. Enfermedades y salud pública**

La gripa es una enfermedad referenciada desde la llegada de los españoles al continente, un azote que aumentó el índice de morbilidad de toda la población americana; sin embargo, durante el siglo XIX se hablaba de la gripa como catarro, un padecimiento común y sin importancia. En 1889 el médico Gómez asoció este padecimiento a la higiene personal y de manera crítica explicó que:

Estar *acatarrado*, es excusa permanente para prescindir por años enteros del aseo del cuerpo, en personas de posición pecuniaria, y hasta en

zonas de las más cálidas del país. Muy de cuando en cuando una simple fricción con un trapo empapado de agua caliente ó de Colonia, les sirve para animar el aspecto de la cara, ó para disimular exhalaciones nauseabundas, en ciertos días de repicar recio.

Y ¿qué decir de la clase media, especialmente de la obrera y semi-acomodada? No exageramos al decir que descascaran la capa de *humus vegetal*, y que de trecho en trecho ofrecen en la piel excrecencias semejantes á sembrados de legumbres en las inmediaciones de las cabañas de los pobres, en los climas medios de nuestras zonas.

Llegamos a la clase numerosa, á la más callejera de la ciudad, á la que gusta de vivir permanentemente en plena atmosfera de las calles de Bogotá, á la clase que continuamente encontramos instalada en nuestros portones y que aromatiza sin cesar el recinto de nuestros zaguanes; en una palabra, á la que vive como bien mostrenco y que todos alimentamos, vestimos, soportamos, y cuya entrada furtiva en nuestras habitaciones tenemos que vigilar de continuo.

Esa es la verdadera clase: invoca siempre el nombre de Dios, y siempre ofrece como recompensa inmediata el reino de los cielos; habla poco, golpea al portón con el báculo, y no son escasas las veces en que los golpes van animados de un espíritu de exigencia y de soberbia; de andar jorobado, de dirección oblicua, de cerviz hacia el suelo, con el bendito en los labios, se ven esos tipos de cara flaca, macilenta, de mirar inanimado, de piel bronceada, cubierta de anchas manchas color de panela, con vestidos abigarrados, á semejanza del mapa de la Oceanía, de olor insoportable, descalzos, llenos de asquerosos insectos.

Esta clase aceptaba antes de mala gana las sobras que se ofrecían, reglamento el *níquel* para su chicha; y hoy, ó sea en los tiempos que atravesamos, recibe todo, desde alimentos crudos, hasta el hueso para roer, y será peor en la época que nos espera.

Esta es la clase que mantiene el centro de gravedad de todas las paredes de los edificios de la ciudad, la que hace cola a la entrada de las tabernas y la

que en los suelos de las calles sirve de postes al lento movimiento de la ciudad; son, en fin, los miembros de esta clase, los impertérritos de nuestra generación, porque si son atropellados, jamás se incorporan con rapidez, y si del golpe han de morir, mueren con el desdén de la vida en los labios. (p.6).

Gómez describe las formas de vida de las personas que se encontraban en la ciudad. Describe a los pobres, a los menesterosos y a la clase adinerada en su relación coexistente; unos piden comida para sobrevivir y otros ofrecen cualquier cosa para que se alejen de sus entradas, pues el desempleo y la pobreza de la ciudad al parecer iba en aumento. Con tales dinámicas sociales es muy probable que los ciudadanos fueran susceptibles a padecer de enfermedades contagiosas.

Gómez afirma en su escrito que la población descuidaba deliberadamente su higiene personal por sufrir de un catarro, sin embargo, el médico no tiene en cuenta al momento de escribir el texto, la pandemia de gripa que se presentó en el invierno de 1889-1890, la cual fue uno de los grandes padecimientos para Bogotá en el siglo XIX. La dolencia se presentó a escala mundial desde 1889 hasta 1894 cuando apareció en Berlín, París y Londres. La enfermedad tuvo inicialmente una duración de treinta días y dejó, a nivel global, alrededor de 300.000 muertos. (García. F. Sara, 2018, pp. 27-28).

Asimismo, García (2018) explica que la transmisión del virus se relacionó con la desproporción de la mortalidad, aspecto que resultó fundamental en el estudio histórico de enfermedades contagiosas que, como la gripe, resultaron difíciles de identificar y diagnosticar; más aún cuando existía cierto desconocimiento hacía el patógeno causante de la enfermedad y el diagnóstico se realizaba en función del cuadro sintomatológico (p. 26). Así, para inicios del siglo XX, la gripe era técnicamente una enfermedad desconocida porque se ignoraba su causa.

Gómez, aún siendo médico, no tuvo en cuenta los antecedentes de la gripe en occidente en su fuerte crítica a la manera en la que los bogotanos se cuidaban del catarro en 1898, a tan solo diez años de diferencia de la gran pandemia de gripa rusa. La ciudadanía

capitalina tenía conocimiento de los estragos del virus de la gripa, de ahí una posible explicación para la conducta sanitaria que seguían, pues asociaban la gripa con la exposición al frío. En 1913 los médicos Pedro Ibáñez y Tiberio Rojas resaltaron los síntomas de la gripa y dejaron claro que la enfermedad se conoció verdaderamente en América solo hasta 1889.

En la ponencia presentada en el segundo congreso de medicina, los médicos explicaron que la gripa era una enfermedad infecto-contagiosa que se manifestaba de múltiples formas clínicas, se contagiaba con facilidad, requería de aislamiento y recomendaban el uso de escupideras desinfectadas con líquido antiséptico, así como la desinfección de ropa y pañuelos. También explicaron que “en la capital la gripa es una epidemia tenaz, con frecuente recrudescencia de epidemia; ataca en todas las edades, pero se observaba que la mortalidad es enorme en los niños y los viejos (...)” (RH, 1913, p. 105) Esta percepción también la tuvo Gómez (1898) quien dijo que en Bogotá la mortalidad de niños era espantosa, y que así se podía apreciar en la lectura de los registros mensuales de la alcaldía de la ciudad (p. 62).

Los cuidados de la gripa requerían de suficiente agua potable para mantener higiénicamente limpios los utensilios, además era necesaria para una constante hidratación. En ese momento el agua potable era escasa y, como se explicó anteriormente, en ocasiones estaba contaminada con otros virus, aspecto que dificultaba aún más los cuidados de la enfermedad. Se debe recordar que las condiciones climáticas de la capital tampoco eran favorables. La gripa fue común en la ciudad por su fácil contagio, pues el virus se transmitía por el aire, al exhalar o toser, y convirtió a la infancia y a las personas de más edad en vulnerables a sufrir y perecer por el contagio. Un aspecto que se debe tener en cuenta respecto a la propagación del virus es la existencia de un gran número de menesterosos en las calles de la ciudad que fácilmente podían propagar el virus.

La gripa no solo fue la causa de morbilidad para la infancia y las personas mayores, también lo fue para los menesterosos quienes por su condición de sinhogar estuvieron expuestos a la desnutrición y la intemperie, condiciones de vida que contribuyeron a

aumentar los índices de enfermos; se puede presumir que ellos dispersaron la gripa y otras afecciones ya que por deambular por la ciudad fueron agentes propagadores.

Las personas que se encontraban en pobreza extrema eran quienes no contaban con un hogar, así fuera este muy humilde. Eran quienes dormían en cualquier parte y comían lo que los demás les quisieran dar. Este grupo de la población fue vulnerable a todo mal y maltrato. Las duras condiciones convirtieron al frágil individuo, propenso a enfermarse. Se lo dejó desnudo política y económicamente, sin una protección social, y se le despojó de los derechos de ciudadano. Esas fueron las condiciones de los menesterosos de la ciudad.

Adela Cortina (2017) realiza una reflexión muy interesante de la situación que viven las personas sin hogar, valiosa para esta investigación porque permite comprender las condiciones de lo que ella denomina el sinhogarismo y que se puede relacionar con la descripción que realizó Gómez. La filósofa describe la vida en la calle como carente de intimidad, de protección; el no tener hogar hace a las personas vulnerables. Las personas que carecen de hogar sufren una ruptura relacional, laboral, cultural y económica con la sociedad; es una clara situación de exclusión social. El sinhogarismo es la expresión de una suprema vulnerabilidad. (p.31).

El sinhogarismo fue frecuente en la ciudad. Hettner (1884) describió que en los andenes de las iglesias se encontraba un gran número de mendigos enfermos y que su único recurso económico eran las limosnas, y fue categórico al manifestar que los menesterosos dependían de estas, pues aquella situación en las calles de la ciudad evidenciaba un estado de abandono completo (p.17).

Las descripciones hechas por Gómez y por Hettner explican las condiciones en que se encontraban los menesterosos en la ciudad. Con lo anterior, es prudente incluir en esta investigación el concepto expuesto por Cortina, es decir, que los mendigos eran los sin hogar en la capital. Un aspecto a destacar en la manifestación de Gómez (1898) es la percepción que se tenía en ese entonces de los menesterosos, pues se percibía el sinhogarismo como una opción de vida. Esos Individuos “de andar jorobado, de dirección

oblicua, de cerviz hacia el suelo, (...), esos tipos de cara flaca, macilenta, de mirar inanimado, de piel bronceada, cubierta de anchas manchas color de panela” (p. 6), habían decidido vivir en esas condiciones por gusto.

Con la descripción que Gómez hace de la población bogotana se evidencia la fragilidad y vulnerabilidad de esta a sufrir enfermedades. Así, la gripa considerada como enfermedad común en los ciudadanos en 1918, diezmó la población en tan solo unos días. Aunque los bogotanos pudieron haber sido resistentes a los virus de la gripa, la influenza fue un virus nuevo, es decir que las personas no tenían protección natural. En este punto es importante mencionar que la nación ya había contemplado la posibilidad de sufrir alguna epidemia en todo el territorio o en una gran parte de él, así que en 1914 el Congreso emitió la ley 84 “por la cual se derogan las leyes 19 de 1911 y 33 de 1913, y se dictan algunas disposiciones sobre extinción de langosta y sobre higiene pública y privada”; en el artículo 9º de esta ley se regula que:

Cuando una enfermedad infecciosa grave amenace tomar el carácter de epidemia en toda la República o en una parte considerable de su territorio y se reconozca que los recursos para la defensa local serán insuficientes, serán de cargo de la Nación, los gastos que ocasionen las medidas que dicten las autoridades sanitarias, quienes deben tomar a la aprobación del Gobierno Nacional los presupuestos para tales gastos (Diario Oficial 1914. p.1).

La ley reafirmó las funciones de la Junta de Higiene y su dependencia al ministerio que en el momento estuviese adscrito al ramo de higiene. También se confirmó que en las capitales de los departamentos habría un director departamental de higiene, excepto en “el Departamento de Cundinamarca, donde la Junta Central tendría las funciones que correspondan al Director Departamental de Higiene” (Diario Oficial, 1914). Con las regulaciones emitidas desde el siglo XIX y confirmadas en el siglo XX, Cundinamarca y Bogotá se encontraban huérfanos de una entidad de salubridad.

El Departamento de Cundinamarca y la capital de la nación se caracterizaron por dos circunstancias: por una parte, no disponían de una junta de higiene propia para el municipio que se concentrara en las necesidades que hubiera, ni los recursos para atender la salud pública. Por otra parte, la escasez de centros hospitalarios públicos dejó a los habitantes desprovistos de atención. Aunque la Asociación de Cirujanos desde 1902 proyectó el hospital San José para tratar enfermedades específicas, este proyecto no fue apoyado por el gobierno y a la fecha de la epidemia no había sido posible inaugurarlos. De frente a la necesidad, se improvisaron hospitales y puntos de atención. Bajo esas circunstancias, el auxilio de la Junta de Socorro, entidad privada, fue fundamental en ese momento para los bogotanos.

Dejando por un momento este contexto bogotano, es importante indagar la procedencia de la influenza o gripa blanca. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades publicó en 2018 que el virus de la influenza apareció en Estados Unidos de América en la última etapa de la primera guerra mundial, en Camp Devens, un campo de entrenamiento del Ejército en Boston, y en una instalación naval de la misma ciudad. Entre septiembre y noviembre murieron más de 100.000 personas en ese país. (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2018, pp.1-3). El virus se extendió por las naciones que estaban participando en la gran guerra. Se denomina gripa española porque esa nación no participó del conflicto armado, convirtiéndose en el único país que transmitió los estragos de la pandemia. En los países en conflicto no se informó del hecho para no alarmar a las familias de los soldados, además porque el conflicto impedía la libertad de prensa.

En 1918 la ciencia médica aún no había descubierto la existencia de los virus, por lo tanto, no se habían determinado pruebas de laboratorio, así que no se identificó el virus de la influenza (H1N1) en ese momento. Este aspecto hizo que la gripa fuera más grave, pues no existían medicamentos antivirales para combatir la enfermedad ni antibióticos para las infecciones bacterianas secundarias que producían la neumonía. El virus de AH1N1 es una mutación del virus porcino con el virus aviar, condición de vulnerabilidad para el ser humano que no había creado defensas de inmunidad para ese tipo de gripas. Este aspecto

dejó en evidencia la fragilidad de la salud de las personas y el impacto de este tipo de enfermedades en las poblaciones.

Se presume que los soldados norteamericanos dispersaron el virus a lo largo de los países en conflicto y de ahí pasó a otros lugares del mundo. El tratamiento de esta enfermedad se realizó con controles profilácticos, tales como buenos hábitos de higiene, aislamiento, cierre de escuelas, hospitales, iglesias y teatros (Centro para el control de enfermedades 2018, pp. 1-3). El virus se detectó en Bogotá en octubre de 1918. El panorama de la ciudad fue desolador, las instituciones dejaron de funcionar. Los reporteros, incapacitados por padecer de esta enfermedad, describieron a su manera lo sucedido. La revista *Cromos*, por ejemplo, tituló a la situación como días trágicos, y acompañaba así su artículo con fotografías:

Cualquiera de esos días es para Bogotá *El día de difuntos* que retratará su poeta... Nunca como ahora ha sido ella *La ciudad melancólica*, de Bobadilla.

Hay algo en estos días grises que deprime y aplasta el espíritu; algo sutil e imparable que penetra por todos nuestros poros hasta las más recónditas fibras. Estamos viviendo en una ciudad por la cual pasa racha de desolación y de angustia. Nunca como ahora había llegado a Bogotá una epidemia que causara tantos estragos; nunca la faz demacrada del hambre se había presentado con caracteres tan graves y alarmantes; jamás había pasado tan cerca de nosotros la medrosa silueta de la muerte.

Hemos asistido estos días al desfile de todos los dolores: desde aquellos tempestuosos y desesperados de los amantes que se separan tan súbita como cruelmente, hasta aquellos serenos e inconmensurables de las madres que han perdido sus hijos, y que, a más de estar impregnados de una augusta desolación, son tranquilos y apaciguados porque están hechos para durar toda la vida. El dolor de las madres es el solo dolor entre todos los dolores (*Cromos* 1918. P. 262).

La epidemia de la gripa en la ciudad dejó dolor en la población. La revista Cromos en su registro fotográfico muestra la angustia de las personas corriendo al hospital, los coches recogiendo enfermos y la sociedad filantrópica ayudando y alimentando a los pobres. El AH1N1 dejó en evidencia la desigualdad social y la pobreza de la ciudad y de la nación.

Imagen No 5.



Una de las diez salas del hospital provisorio de San Diego.

(Cromos nov. 1 de 1918, p. 244.)

Las incipientes condiciones de salubridad, además del poco desarrollo de la infraestructura de la ciudad, contribuyeron para que la gripa diezmará la población pobre en cuestión de semanas, y así lo describió la revista Cromos (1918): “Esa gente ya había comenzado a fallecer con distintas afecciones en apariencia, pero en el fondo con una sola y misma enfermedad: hambre. Iban a sucumbir con el plazo y turno de la miseria (...)” (p.245).

Asimismo, se puede pensar que el sinhogarismo fue aliado del virus, pero también lo fueron las personas que vivían en el sector del Paseo Bolívar en hacinamiento, aquellas que vivían en las tiendas a unos metros de la parroquia de la Catedral, sin servicios públicos y soportando el clima de la falda de la cordillera, ellas también fueron afectadas. De igual manera los animales se contagiaron del mortal virus, así que el panorama pudo ser muy desalentador para un enorme grupo de personas.

Las condiciones que había sufrido la ciudad por décadas la convirtieron en una incubadora para cualquier epidemia, solo bastaba que un virus se desarrollara y contaminara el agua o el ambiente. Así que la influenza H1N1 se presentó a nivel global y Bogotá fue un escenario propicio para recibirla. Como ejemplo para evidenciar la falta de políticas de salubridad que existía en la capital, la primera medida que tomó el gobierno fue dar por terminada las funciones de la Junta de Higiene. Así, el recién nombrado presidente Marco Fidel Suárez, emitió la Ley 46 “por la cual se dicta una medida de salubridad pública y se provee de habitaciones higiénicas para la clase proletaria”

La Ley 46 de 1918 creó la Dirección General de Higiene, quien asumió todas las funciones de la Junta. Además, hizo visible las recomendaciones que por décadas se habían hecho en los diferentes congresos de medicina, investigaciones de estudiantes y observaciones de los diferentes visitantes europeos; todas relacionadas con la necesidad de construir viviendas higiénicas y con pautas de ingeniería para construir residencias adecuadas y así lograr que los ciudadanos tuvieran mejores condiciones en sus hogares.

La ley se centró en la construcción de barrios para obreros y dejó de lado la construcción de hospitales y centros asistenciales de carácter público para atender a la población que había sobrevivido a la influenza y a otros virus de la ciudad y que continuaba viviendo en pobreza extrema.

#### **4.2.1. Salubridad femenina y control del cuerpo.**

La participación de la mujer en la vida laboral fue indudable desde tiempo atrás, pero fue durante la revolución Industrial que se visibilizó su participación en la economía. Scott Joan (1993) explica que durante el siglo XIX las mujeres recibían salario por su trabajo como hilanderas, modistas, orfebres, cerveceras, pulidoras de metales, productoras de botones, pasamaneras<sup>9</sup>, niñeras, lecheras o criadas en las ciudades y en los campos, tanto en Europa como en Estados Unidos. La historiadora analiza cómo la mujer se convirtió en obrera asalariada y se visibilizó como joven, soltera, madre, viuda entrada en años, esposa de un trabajador desempleado o hábil artesana, y en ocasiones se la consideró “el ejemplo extremo de las tendencias destructivas del capitalismo o de las pruebas de sus potencialidades progresistas (...)” (p. 405) En el plano social del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX la mujer y su presencia en diferentes actividades fue causa de discusiones y debates.

En Bogotá, durante el período de transición del siglo XIX al XX, la presencia y participación de la mujer en las actividades de la vida pública también fue importante para la vida familiar, para la economía de la ciudad y para la economía doméstica; la explotación de su cuerpo también fue un aspecto relevante en la sociedad. El viajero y geógrafo Hettner en su paso por Bogotá describió la forma de vida de las bogotanas exaltando entre otras cosas que:

Para las señoras el día comienza con la asistencia a misa. Esta salida a misa ofrece la mejor oportunidad a los jóvenes para entablar contacto con la señorita de su corazón (...). Durante todo el resto del día las damas distinguidas casi nunca se ven por la calle, así como a las jóvenes solteras, según la antigua tradición española, les queda del todo vedada la salida a solas, dando al efecto los jóvenes elegantes, por su parte, motivo suficiente para perpetuar esta prohibición, por cuanto a menudo obstaculizan el paso por el andén para molestar a las damas transeúntes con insolentes miradas

---

<sup>9</sup> Para el diccionario de la Real Académica de Lengua Española, la pasamanería significa: obra o fabrica de pasamanos. Para otros diccionarios: género de cosas que se elaboran trenzando o tejiendo cordones y forrando alambres y botones, como galones, borlas y otros adornos de oro, plata, seda, algodón o lana que sirven para adornar telas, vestidos y muebles.

(...). Privada así de frecuentes salidas, acostumbra pasar gran parte del día sentada en la ventana, para de ese modo buscar la manera de continuar cultivando el lenguaje de los ojos. En ninguna otra parte el uso de ventanear tiene tanta práctica como aquí. Pronto la expresión visual es acentuada con el discreto intercambio de diminutos mensajes. (...) El bogotano suele brindarle a su esposa una exquisita delicadeza, empezando por tratarla como su señora (patrona). Con todo, a mi parecer, matrimonios realmente felices y equilibrados no son tan frecuentes, así como los galanteos urdidos por mujeres casadas tampoco son muy excepcionales (...). A mi modo de ver la mujer va pasando gran parte del día entregada a la dulce ociosidad, pero ¿será que mi impresión de mero viajero me engaña?. (...). Habiendo salido apenas de la niñez las niñas con 14 y los jóvenes con 16 años, a lo mejor ya van pensando en contraer matrimonio, abandonándose a toda clase de fiestas sociales. (Romero Mario Germán 1990.p 220-221)

En la descripción realizada por Hettner se puede ver que el principal objetivo de las familias de clase alta era que sus hijos e hijas iniciaran familias a temprana edad. Pareciera que las mujeres tenían como propósito ser esposas y madres, aunque a lo largo del texto el viajero pone en duda el que las mujeres realizaran estas dos misiones de manera asertiva. Otras perspectivas de la mujer decimonónica argumentan que el orden social determinó y organizó la vida de las mujeres. Zandra Pedraza (2011) por ejemplo, explica que las sociedades de finales del siglo XIX e inicios del XX adoptaron un ordenamiento de los sexos subyacentes en la declaración de los derechos del hombre. Esto implicó acoger los principios de la familia burguesa como base de la sociedad y con ello se promovió los deberes y los quehaceres de los distintos miembros de la familia (p.73.). Sin embargo, la antropóloga también argumenta en su artículo que en el caso de la capital colombiana la familia burguesa no cumplió con las expectativas que tuvo en otros lugares.

Conviene subrayar que las mujeres, aunque fueron piezas fundamentales en la conformación de familias, también lo fueron en el desarrollo y fortalecimiento de la economía doméstica al ocuparse de diversas actividades, entre las que estaban las

empleadas en las casas familiares, las planchadoras, las costureras, las lavanderas, las aguadoras (término usado por Hettner), entre otras actividades. En el diario *El Espectador* (1893) se relata que no todas conformaban una familia; hubo quienes vivían solas en piezas en arriendo y siendo encargadas en diferentes labores domésticas como empleadas externas. También se presentó un lazo de solidaridad entre ellas y este aspecto lo explica el artículo de prensa al afirmar que cuando una empleada del servicio doméstico renunciaba por haber tenido conflictos con el señor de la casa o por otro inconveniente, era recibida por otra mujer en su pieza de forma desinteresada. Asimismo, se describieron como mujeres de aspecto decente por la compostura que en ellas se veía. (p. 576).

El día mostró la vida de las mujeres que tenían actividades relacionadas con sostener el orden y el equilibrio en el hogar, en donde se encontraban las amas de casa, las hijas casamenteras y las obreras, actividades que no se consideraban importantes en las dinámicas de la ciudad. No obstante, la pobreza en que se encontraban tantas personas y la economía nocturna que creció con el paso del tiempo y que estableció el juego y la diversión, permitieron que el cuerpo de la mujer fuera fuente de ingreso. Tal situación se puede percibir en el discurso de 1913 publicado en la revista de *Acción Social*, en donde se lee que la miseria se observaba por todas partes en la ciudad y que la gente moría por falta de pan. La revista también anotaba: “millares de jóvenes incautas que vienen a la capital en busca de salario y que, después de caer en las garras de ciertos cuervos de la lujuria, se ven obligadas a traficar con su honor para no perecer de hambre” (AS, 1913, p.11).

A este respecto conviene anotar que la vida nocturna visibilizó a la mujer como una persona nociva para la sociedad, que al mismo tiempo beneficiaba a los dueños de los lupanares en su forma de sobrevivir. El discurso se aproxima al concepto de vida silenciosa. Las mujeres que se dedicaban a la prostitución eran denominadas peyorativamente como de vida silenciosa o mujeres públicas; sin embargo, todos los oficios femeninos en la época fueron silenciados, minimizados e invisibilizados por la sociedad.

Así se presentaron dos formas de percibir a la mujer: en el primer grupo estaban aquellas mujeres que se relacionaban directamente con la luz del día y que fueron descritas

por el diario El Espectador y el geógrafo Hettner; y había un segundo grupo, de aquellas quienes hacían su vida pública en la oscuridad de la noche. Desde esta perspectiva la noche fue cómplice para la práctica de la prostitución. En medio de la oscuridad las mujeres públicas, por medio de su cuerpo, ayudaban a que algunos se enriquecieran, al tiempo que convirtieron en un peligro para la salubridad pública de la ciudad y en un problema moral. El viajero francés Pierre d'Espagnat describió en su texto Recuerdos de la Nueva Granada su percepción de la vida en Bogotá durante su estancia en 1898:

La señal de la cruz, que cae de lo alto del púlpito, pasa como una corriente eléctrica sobre todas las gentes, inundándolas de arrobamiento y de alegría. “se cree en Dios, dice uno de los que están a mi lado, cuando se contemplan los ángeles”.

Algunos pasos más allá –contrastes frecuentes en este país de candoroso catolicismo- se iluminan, sospechosas, las tiendas mal afamadas, en donde cuelgan del techo racimos de velas, en donde el ron y el aguardiente hacen estallar en la atmósfera de humo el diapasón de las voces roncadas, en donde, detrás de un tabique de papel, se extiende una cama rudimentaria. Después de haber comprobado el mezquino color local de esta escena veinte veces repetida (...) (Romero, 1990, p. 269).

La vida nocturna y las personas que por diferentes razones la vivían se convirtieron en lo opuesto a la tradicional Bogotá. Así, lo diurno y lo nocturno se separaron entre sí por un fino hilo de luz en el atardecer y las dos formas de vida se encontraron en el contagio de enfermedades de transmisión sexual al incrementarse la contaminación de la sífilis, la tisis y la gonococia en la ciudad.

El aumento de los centros nocturnos como chicherías y lupanares ubicados en lugares apartados se consideraron perjudiciales para la salud de la sociedad por diferentes razones. En un aspecto, la chicha fue juzgada por el gobierno como la bebida de la idiotez porque llevaba al consumidor a un proceso degenerativo, culpando a los establecimientos de expendio de llevar a la población consumidora a la decadencia moral. En un segundo

aspecto era la relación de la vida nocturna con la proliferación de enfermedades como la sífilis; y un tercer aspecto estaba asociado al aumento de la pobreza y la mendicidad. (Hering, 2018, p.115). Con respecto a lo anterior es prudente explicar que las chicherías, lupanares y otros sitios nocturnos fueron frecuentados por hombres sin distinción alguna. Los bogotanos no contaban con muchos lugares de esparcimiento, no eran muy dados a la lectura u otras actividades familiares, así que la vida nocturna se convirtió en una alternativa para cambiar la rutina.

La oferta para acceder a la diversión nocturna provenía de familias notables quienes poseían varios establecimientos, contados así por la inspección de policía: “dieciséis (perteneían) a Fajardo y Compañía, siete a Pacífico Hecheverría, siete a Rafael Almanza y cuatro a Camacho Roldán”. La información quedó consignada en los archivos de la policía por Jean-Marie Gilbert, director de la policía en 1902. (Hering, 2018, p. 115). La vida noctámbula se asoció con graves problemas de salubridad, pues no hubo control sanitario relacionado con la prevención del contagio de enfermedades venéreas.

En la ciudad se presentó con el paso del tiempo, epidemias frecuentes de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual. Carlos Mojica estudiante de medicina en 1928, explicó en su investigación que la propagación de estas enfermedades se debía principalmente a la desinformación de las personas, pero sobre todo de los jóvenes quienes eran víctimas del silencio. El estudiante expuso que en ese entonces no era usual que los padres o profesores hablaran con los niños y niñas de sexualidad, este aspecto convirtió a la población en ignorante y vulnerable al contagio. (Olivos Andrés, 2018, p.148).

La sexualidad fue un tabú para los jóvenes. Este aspecto se puede ver como comprensible si se hace referencia a la vida conservadora de la sociedad capitalina. No hablar de sexo era común, pues la iglesia y el Estado lo habían convertido en impropio, y no solo en la ciudad sino a nivel occidental. Turnes (2007) explica que la coerción del Estado y la iglesia de aproximarse a temas de sexualidad contribuyeron en Europa a imponer un estigma sobre aquellos que estudiaban las enfermedades venéreas, por más que entre religiosos, papas y reyes estuvieran algunos de los enfermos más destacados (p. 15).

Si en Europa, en donde se habían adelantado avances científicos para proteger la vida, no estaba bien hablar de sexo, la posibilidad de que en la capital colombiana se hiciera era casi inexistente. Ahora, con el aumento de establecimientos nocturnos creció la población que frecuentaba los lupanares y de esta manera la vida nocturna trascendió a la vida diurna a través del contagio de las enfermedades de transmisión sexual, siendo las mujeres las personas más afectadas, pues los hombres frecuentaban las chicherías, lupanares y casas de juegos desde temprana edad así que fueron vulnerables al contagio de la sífilis, la tisis y la gonococia, convirtiéndose en agentes portadores para sus esposas o sus futuras esposas.

Como se mencionó anteriormente, la consolidación de las familias iniciaba desde los 14 años. Las mujeres vivían hasta esa edad bajo la custodia de sus familias sin poder salir a socializar, así que se puede decir que ignoraban las lógicas y vida de la ciudad mientras que los hombres desde los 14 años iniciaban su vida sexual en lupanares. Esta práctica fue frecuente en el continente europeo desde tiempos remotos y se hizo común durante el período renacentista cuando existían dos clases de mujeres cortesanas: unas que eran preparadas en las artes del amor y cuyo oficio era iniciar a los jóvenes de las cortes en la vida sexual, y otras que eran las mujeres que se cultivaban para formar hogares. Pareciera que en Bogotá se intentó copiar de alguna manera ese modelo, pero no se tuvo en cuenta las estrategias que se habían implementado desde las mismas cortes.

Las diferentes formas de vivir la sexualidad afectaron la salud de las mujeres y posiblemente la misma estabilidad de los nuevos hogares. Tal como lo describió Hettner, los matrimonios se realizaban a temprana edad, y aunque se conocía y era común que los jóvenes iniciaran su vida sexual en lugares nocturnos, los padres de las jóvenes no se percataban de la salud sexual de los muchachos; además, la vida marital era la propicia para la reproducción y para continuar con el abolengo y normalizar a los muchachos; así que se normaliza la vida en pareja y con esto también se legitima la procreación. El matrimonio se convirtió en una forma de controlar el cuerpo y formalizar la vida en pareja. Desde la perspectiva de Foucault (2007) este tipo de dinámicas se imponen como modelo

social, así se arrebató la verdad, se retiene el derecho de hablar y se reserva el principio del secreto, tanto en el espacio social como en el corazón de cada hogar (p. 9). De esta manera se encubrían las actividades de los barones y los nuevos hogares quedaban expuestos al contagio.

El desconocimiento del contagio fue la principal causa de las epidemias de enfermedades venéreas. La falta de información y el no uso de los dispositivos creados para prevenirlo llevó a que las esposas sufrieran los estragos de estas enfermedades. El contagio en Bogotá no tuvo clase social o formación académica, simplemente se expandió ante los ojos de los médicos, del gobierno y de la iglesia, y se sancionó a un grupo de mujeres víctimas de las circunstancias socioeconómicas de la ciudad. Así, las parejas que en su mayoría no cumplían los 17 años cuando ya estaban constituyendo un hogar, eran vulnerables a sufrir las consecuencias que dejaban para la vida reproductiva, la vida de solteros; puesto que había jóvenes de 14 años que ya habían iniciado su vida sexual, y para ello acudían a los lupanares (Olivos, 2018, p.149).

La población se convirtió en víctima de la ignorancia a pesar de que la mayoría de estas enfermedades era visible ante los ojos del enfermo y se sabía que requerían de medicinas para mejorar. Sin embargo, las mujeres ignoraban que la gonococia era una enfermedad que invadía todos los órganos generadores, y que las sometía a cirugías mutilantes, que les impedía ser madres; también desconocían que contraer sífilis les generaba abortos y que, si sus embarazos llegaban a su culminación, sus hijos tendrían graves consecuencias degenerativas. (Mojica, 1928, pp. 46-47).

La desigualdad social y, se podría decir, el rechazo generalizado al pobre, llevó a creer que las enfermedades de transmisión sexual se asociaban con la pobreza; sin embargo, como se explicó antes, se presentaron en todas las clases sociales de la población. Los síntomas dejaron en evidencia a quienes las padecían porque a quien se contagiara se le reconocía por presentar erupciones y chancros, siendo estas lesiones son muy dolorosas; además se manifiestan en las áreas genitales, en el rostro, en la boca y los labios. Las autoridades sanitarias de la ciudad contaban con enfermerías en el Hospital General para

recluir a las mujeres públicas que las padecían, y a quienes fueran reincidentes (como se mencionó en el tercer capítulo) se detenían en las colonias penitenciarias. Sin embargo, en los archivos no se menciona si los hombres infectados recibían el mismo tratamiento y escarnio que el género femenino.

#### **4.2.2. Tecnologías para prevención y cura de las enfermedades desconocidas.**

Las enfermedades venéreas o de transmisión sexual fueron conocidas desde siglos atrás en el mundo occidental, sin embargo, en el siglo XIX en Bogotá se convirtieron en potenciales generadoras de morbilidad y causantes de fuertes epidemias. Al finalizar el siglo no se conocía la causa del padecimiento de la sífilis y de otras enfermedades, aspecto que llevó a las autoridades a prohibir la prostitución, como mecanismo de protección y control. Las investigaciones para encontrar el agente que producía esta terrible enfermedad no prosperaron durante el siglo XIX porque la bacteria es invisible a los lentes de los microscopios, sin embargo, en 1905 los médicos alemanes Hoffmann y Schaudinn encontraron que el agente productor de la sífilis era el *Spirochaeta pallida*, que hoy se conoce como espiroqueta *Treponema palladium*, que es una bacteria móvil en forma de espiral (Turnes, 2007, p.15).

Conociendo el agente causante de la enfermedad se inició con el tratamiento para curarla. Los médicos y estudiosos consideraron que el procedimiento más adecuado era aplicar inyecciones y vapores de mercurio. Además de no ser muy efectivo, el método tenía graves efectos secundarios, porque el mercurio es tóxico para los riñones y el tejido nervioso. (Antonio Turnes, 2007, p.14). La bacteria es destructiva para el ser humano y la medicina que se proporcionaba también lo era. En Bogotá, las personas que se exponían con más frecuencia al tratamiento anti-sifilítico eran las prostitutas, especialmente a quienes se les llamaba reincidentes y recibían un carné para ser así identificadas. Visto desde este punto, las mujeres prostitutas y aquellas quienes fueran contagiadas por sus esposos se exponían a un tratamiento perjudicial para su salud inmediata y la de su futuro.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el tratamiento proporcionado en la enfermería del hospital no curaba al contagiado porque el padecimiento es insidioso. Turnes (2007) describe cómo este padecimiento evoluciona en el cuerpo humano: los síntomas inicialmente aparecen en genitales e inflamación de los ganglios; entre nueve y diez semanas después la enfermedad se evidencia en la piel, pero solo entre tres a cinco años el mal despliega su fuerza destructora porque el agente ataca huesos, articulaciones y órganos hasta ocasionar incapacidad física y mental (p.14).

Después de haber identificado el agente que ocasiona la enfermedad de la sífilis, los estudios para curar a los enfermos continuaron y en 1906 se desarrolló un análisis que podía detectar la Espiroqueta *Treponema Palladium* en estadios tempranos de la enfermedad. En 1909 se creó un compuesto químico con arsénico, que se convirtió en la primera quimioterapia, para el tratamiento de la sífilis, pero solo el aporte de Fleming en 1928<sup>10</sup> permitió que en 1943 este padecimiento se pudiera curar a través del antibiótico.

El descubrimiento de la penicilina fue un gran avance para la ciencia médica, sin embargo, desde siglos atrás ya existía un dispositivo pensado para evitar el contagio de las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis, y que además permitía el control de la natalidad. Los condones fueron pensados para uso del hombre que frecuentaban las casas de prostitución, estos se fabricaban en materiales como el lienzo, la calabaza, el cuero, la seda, el papel aceitado, la vejiga de pez o carey y el tejido animal. Para suavizar el material usado estos se sumergían en leche. (Aguilar G Antonio, Almelo H Laura, Lazo H Luis, Ginebra M Grecia, Rivera R Roxana, 2018, p. 591).

En el siglo XV, Carlos I de Inglaterra encargó al Dr. Cundum (o Condom) la fabricación de fundas de tejido animales (tripa de oveja) como método anticonceptivo que evitara también enfermedades venéreas provenientes de las meretrices de la época. En Estados Unidos se aprobó una ley de ilegalidad en 1873 por la publicidad de condones franceses porque promocionaban el control de la natalidad, esta prohibición se basó en

---

<sup>10</sup> La penicilina fue descubierta en 1928 por el bacteriólogo escocés Alexander Fleming. Con este descubrimiento a partir de 1929 se inició la producción y utilización de los antibióticos.

preceptos cristianos que generaron graves problemas epidemiológicos. (Aguilar et al., 2018, p. 592).

El uso de este dispositivo pudo haber sido una estrategia tecnológica para prevenir el contagio de las enfermedades venéreas en Bogotá. Hering (2018) explica que este dispositivo no solamente era objeto de olvido y descuido, era objeto de prohibición y de indecencia. Por su rareza era muy probable que en general los condones no se usaran en momentos de pasión, mucho menos en las chicherías bogotanas (pp.117-118).

La ignorancia de la población bogotana con relación a las enfermedades de transmisión sexual y a sus formas de prevención, dejaban un índice de mortalidad en promedio de 30 personas al mes. A esto habría que sumarle el número de abortos por causa de este padecimiento y el índice de esterilidad que pudo dejar; esta última información no se ha encontrado en los documentos revisados. Al ver la situación a la distancia del tiempo, se puede pensar que las cifras pudieron ser otras si las políticas de salubridad hubieran promovido el uso del preservativo y si se hubieran hecho campañas informativas acerca de los síntomas de las enfermedades y la forma de contagio. Sin embargo, se puede deducir que de frente al padecimiento, las creencias religiosas y morales tuvieron más peso.

### **4.3. Servicios públicos y tecnologías de salubridad e higiene**

A lo largo de la investigación se ha evidenciado la importancia que el agua potable y un servicio de alcantarillado funcional e higiénico tienen para la salud. En este aparte se revisará más de cerca la infraestructura del sistema de acueducto y de alcantarillado, los procesos de implementación de tecnologías para el cuidado de la salud, la implementación de estrategias de higiene y salubridad, la legislación del gobierno para regularizar las obras en la ciudad y su relación con el bienestar de la población.

Como se ha explicado anteriormente, se presentaba en la ciudad una necesidad imperiosa de implementar tecnologías para mejorar las condiciones de salubridad de la población, este fue el objeto de estudio de los ingenieros y de los médicos durante décadas. Sin embargo, es importante recordar que la nación conservó costumbres coloniales por varias décadas después del proceso de independencia. Por lo tanto, implementar construcciones con tecnologías de ingeniería para mejorar la infraestructura de los servicios públicos fue un proceso demasiado lento para los colombianos.

#### **4.3.1. Alcantarillado y control sanitario.**

Las nuevas dinámicas de la ciudad propiciaron la necesidad de cambiar el sistema de evacuación de aguas residuales, esto llevó a que la alcaldía iniciara las obras para modernizar la infraestructura en 1886. En enero de 1887, en la sesión del Concejo, el alcalde informó que las obras y mejoras del distrito habían iniciado desde la Parroquia de la Catedral. De esta forma quienes se beneficiaron inicialmente fueron las instituciones gubernamentales y a su vez, las familias que habitaban en el sector.

El cambio de sistema produjo resistencia en un grupo de familias pues las obras exigían romper las vías para instalar la tubería y esto generó contaminación ambiental y molestias a la vida tranquila de los bogotanos. En 1913, en el segundo congreso de medicina se describió cómo fue el proceso de adecuación del nuevo alcantarillado y las complicaciones de salubridad que generó a los habitantes. El doctor Borda explicó que:

hasta después de 1886 cuando, como consecuencia del cambio de sistema de abasto de agua, y también a causa del mayor tráfico con vehículos de ruedas, se hicieron inadecuados y se pensó en modernizar la ciudad dotándola de un alcantarillado, adelanto que se debe al alcalde de esa época, señor Higinio Cualla. No sé si entonces se hizo algún proyecto que, cumpliendo con las condiciones técnicas, satisficiera completamente las necesidades de la ciudad; me inclino a creer lo contrario pues los caños que existen hoy parecen no ceñirse a plan alguno (excepto los construidos de

1907 para acá y cuya iniciativa se debe al señor don Pero Uribe G., I. C., autor del *catufo*, como se llamó por algunos, en espera de un fracaso, a la alcantarilla de San Agustín), produciendo inundaciones por su insuficiencia y dando lugar a todas las infiltraciones posibles a causa de su mala construcción; contaminando no solo el suelo sino también las aguas del acueducto, y comenzando con ellos la historia de los malos olores de los caños de Bogotá (RH 1913.p. 38).

Cambiar el sistema de alcantarillado colonial por uno más moderno era necesario y era un mecanismo de seguridad para la ciudadanía, pues evitar que las excreciones estuvieran expuestas podría reducir los virus gastrointestinales y así prevenir enfermedades infectocontagiosas que dejaban un alto índice de mortandad. Sin embargo, la sociedad capitalina del momento no estuvo a favor de la implementación de las obras porque se pensó que estas desmejoraban el aspecto y la salubridad de la ciudad. Para hacer entrar en razón a los quejumbrosos, el alcalde explicó al Concejo que la importancia de la construcción de un sistema de alcantarillado moderno mejoraría las condiciones de salubridad de la población.

Para constatarlo, el burgomaestre presentó los índices de mortalidad y las cifras demostraron que se había presentado una valiosa disminución en las defunciones. Para esto tomó el índice estadístico que se presentó entre 1885 y 1887. El alcalde explicó que en 1885 el número de defunciones había sido de 3,088 y para enero de 1887 había disminuido a 2,754. También invitó a los concejales a comparar este informe con los datos publicados en los libros necrológicos de la ciudad. (RM, 1887, p. 1,275).

La implementación del nuevo sistema de alcantarillado tuvo como objetivo crear en las familias mejores condiciones higiénicas, esto llevó a que se implementara la primera regulación dirigida a los propietarios de vivienda. Los interesados en construir las alcantarillas en sus casas debían solicitar un permiso a la alcaldía, este debía ir acompañado de un contrato firmado por el contratista y el Concejo se encargaba de su aprobación (RH, 1887, p. 1,277). Una vez aceptado el contrato por el Concejo se daba inicio a las obras. El

Concejo creó el acuerdo 9 de 1902 por el cual se hacen algunas prevenciones y se reglamenta la manera de hacer uso de las vías públicas por las compañías privilegiadas y los particulares. Con este acuerdo se normalizó las obras que se adelantaban en la ciudad y se tuvo en cuenta lo estipulado por la Junta de Higiene, el Código de Policía y demás acuerdos y leyes que acogían a particulares y compañías que estaban interviniendo el espacio público. Así se dio inicio al proceso de normatización de las construcciones de obras del servicio del alcantarillado y acueducto en la ciudad.

En el capítulo V del acuerdo 10 de 1902, por el cual se reglamentan las construcciones que se emprendan en la ciudad, apertura de calles, urbanización de terrenos, etc. En el aparte “Urbanización de ensanche y extra-radio de la ciudad”, se determinaron las condiciones para iniciar nuevas urbanizaciones y ampliar el radio de la ciudad. En el artículo 8º se especificó que si los nuevos propietarios de las casas o edificaciones, por su propia voluntad, cedían terrenos para construir vías al municipio estaban en la obligación de tener en cuenta los siguientes requisitos:

- 1º Deben limitar las vías cedidas con tapias de pisado, de cimientos de piedra y rafas de adobe, bardada de teja ó ladrillo, y cuya altura no sea menos de dos metros cincuenta centímetros;
- 2º las explanaciones de las calles deberán hacerse con arreglo á los perfiles longitudinales y transversales aprobados por el Concejo Municipal;
- 3º Construirán á su costa las alcantarillas, pavimentos, conforme a los modelos que para tal efecto les indique el Ingeniero Municipal. (p.4, 725)

Con la nueva regulación el municipio se aseguró de que las personas propietarias de terrenos y que tuvieran la intención de construir casas nuevas o mejorar las condiciones de higiene de sus viviendas se ocuparan del entorno de estas. De igual modo, las políticas para realizar cualquier tipo de obra cubrían también a las empresas particulares y se decidió que era necesario “solicitar previamente el permiso correspondiente, quedando obligadas á dejar arreglados satisfactoriamente los pavimentos, los registros de todas las tuberías, (...)” (RM,1902, p. 4,725).

En la implementación de los acuerdos para la construcción del alcantarillado se percibe una política excluyente que agudizó la desigualdad social, porque la gran parte de la población no contaba con propiedades o con el suficiente dinero para contratar a un profesional que realizara los planos o que llevara a cabo las obras. Así que la normatividad para el cumplimiento de los acuerdos y leyes excluía a una gran parte de la población y favorecía solo a los propietarios y a quienes tenían recursos suficientes.

Un aspecto a resaltar relacionado con la construcción del alcantarillado fue la ausencia de una junta municipal que regulara el presupuesto invertido por la Compañía de Acueducto y Alcantarillado. La ausencia de la junta se suplió con el nombramiento de un ingeniero encargado de revisar que las calles quedaran en buen estado después de la acometida de cualquier tubería.

Las obras del alcantarillado cumplieron con lo establecido respecto al mantenimiento de las vías; sin embargo, al paso de los días se evidenció tramos de alcantarillas no planificados y mal construidos, donde la unión de los tubos no era equilibrada e impedía continuar con obras homogéneas. Otra constante fue la insuficiencia de agua para mantener limpios los tubos, y así lo explicó Gómez (1898) al referirse a que:

Hay alcantarillas que no tienen absolutamente otra corriente de agua que la formada por la caída de los servicios particulares de las habitaciones situadas a lo largo de su curso natural; de modo que, sin exageración, se puede decir que son conductos subterráneos que encierran despojos humanos en medio húmedo, sin ventilación y en suelo adecuado para la infiltración. Es notorio el servicio intermitente y escaso de las aguas de las alcantarillas, cuya utilidad puede medirse por lo que pasa en nuestras habitaciones con la distribución de las aguas del acueducto (p. 24).

El frecuente hundimiento de los tubos, que en apariencia era fácil de reparar, generó al municipio costos extras en mejoras. Al iniciar la intervención se encontraban grandes

socavones cubiertos con arcos de tierra y la tubería había desaparecido dejando un lago infeccioso y contaminante (RM, 1900, p. 3.478). Así la construcción del alcantarillado le trajo al municipio varias contrariedades: por una parte, los malos olores que se incrementaban en las temporadas de sol y, por otra parte, los arreglos de la tubería que costaron al municipio el valor de 20 pesos por tramo de metro a reparar; tubería que, como se explicó, beneficiaba solo a unos pocos habitantes.

La construcción del alcantarillado fue una gestión pensada para modernizar la ciudad, brindar seguridad sanitaria, mejorar las condiciones de salubridad y prolongar la vida saludable en los bogotanos. Estos fueron los propósitos con los que se iniciaron las obras, sin embargo, el nuevo sistema contaminó aún más el ambiente capitalino. La falta de seguimiento a la construcción de la infraestructura por parte de los ingenieros, se reflejó con el paso de los días, ya que iniciando el siglo XX la ciudad se convirtió en un caldo de cultivo pútrido que agravó la situación sanitaria con la propagación de gérmenes. En ese momento se sumaban a los residuos que bajaban de oriente a occidente aquellos que se depositaban en el centro y sus alrededores. Con las obras del alcantarillado moderno la ciudad se convirtió en un peligro para la salud de la población.

#### **4.3.2. Agua potable y morbilidad.**

La salud y la vida de las personas está estrechamente relacionada con la potabilidad del agua. Como se ha visto hasta ahora, en la ciudad la contaminación del ambiente y del líquido fueron constantes y esto se evidenció con el aumento de los gérmenes, virus y epidemias. Este aspecto no fue ajeno a los médicos, ingenieros o políticos, sin embargo, no se le dio la importancia necesaria como para implementar obras que mejoraran la calidad del líquido y que cubrieran a la población capitalina.

En la tercera década del siglo XX la infraestructura del acueducto conservaba el mismo diseño que en la época de la fundación de Bogotá, en 1538. El suministro de agua

para el consumo humano y no humano dependía de los ríos que nacían al oriente de la ciudad; Mejía (2000) explica que no toda el agua que se utilizaba en la zona construida era tomada de los ríos San Francisco, Arzobispo y Fucha, pues al interior de la zona urbana se encontraban pequeños nacimientos de agua que se utilizaban como fuentes públicas (p.74).

La infraestructura del acueducto bogotano no se modificó por cientos de años, así que la explicación de Mejía se puede complementar con la descripción que Gómez realizó en 1898:

Una gruesa tubería de hierro que conduce las aguas del río (San Francisco) al extremo superior de otra canal de madera, que lanza las aguas sobre la circunstancia de dos ruedas de madera que inicia el movimiento de dos molinos de trigo; el agua cae con estrepito y pasa luego á una poceta de piedra que sirve de primer decantadero de arena y para cortar la corriente del agua cuando las necesidades del acueducto lo exigen. De la poceta pasa el agua por otro servicio de tubería de hierro hasta el extremo superior del antiguo canal de mampostería que sirvió a la ciudad en la época colonial, y que pasa por sobre el suelo, á poca profundidad de un camellón que circunda la ciudad en este lugar, describiendo un trayecto más ó menos tortuoso, hasta llegar á los depósitos situados en el extremo oriental de la calle 12. En esta última parte de la cañería hay una interrupción debida a un derrumbe, ingeniosamente suplido por una tubería de hierro, sostenida por un trabajo de puente colgante (Gómez 1898. P. 22,23).

La descripción de Gómez muestra una infraestructura rudimentaria que exponía el líquido a las bacterias del medio ambiente, factor que convirtió a los consumidores en vulnerables al contagio. A finales de siglo XIX se contrató una nueva compañía para que administrara y mejorara la calidad del agua que abastecía a la población, sin embargo, la gestión implementada generó dudas con respecto a la pureza del agua. Con las nuevas disposiciones se inició una dinámica de estudio constante del líquido.

La necesidad de mejorar la potabilidad del agua se relacionó con la urgencia de cuidar la salud y la vida de la población por medio de las tecnologías que en el momento se estaban implementando a nivel occidental. El primer resultado arrojó que el agua del acueducto por tubería de hierro reunía todas las condiciones de agua potable de muy buena calidad. En 1907 la casa Parsons encomendó a Mac. Nab del Instituto de Químicos de Inglaterra para realizar un análisis a través de un estudio químico. En el informe se explicó que el líquido contenía un alto porcentaje de materia orgánica nitrógena, amoniaco albuminoide. Este compuesto estuvo presente en todas las muestras y se consideró que era la causa de las enfermedades del estómago y de otras que se producen en la población. Además, fue categórica la afirmación de que la materia orgánica nitrógena provenía de materia vegetal en descomposición. (Bernal, 1911, p. 31).

En 1909 se presentó un informe a la academia Nacional de Medicina por el doctor Federico Lleras, este contenía datos bacteriológicos tomados de diferentes lugares del acueducto. Con los resultados, transcritos en el estudio que realizó Bernal (1911), el médico explicó que el agua del acueducto, tomada en la parte alta de la ciudad con todas las precauciones de asepsia requeridas y verificadas, tras las siembras media hora después de recogidas las muestras, indicaban que habían 12.000 bacterias por  $\text{Cm}^3$ ; además el agua del acueducto tomada en la parte baja de la ciudad y verificadas las siembras una hora después de recogidas, indicaban que habían 15.000 bacterias por  $\text{Cm}^3$ . (p.32).

Estos datos fueron confirmados por otro análisis bacteriológico posterior y fueron más alarmantes que los publicados por el doctor Lleras, pues en estos aparecieron gérmenes patógenos. Se pensó en ese momento que el agua del acueducto se estaba contaminando con las aguas negras del alcantarillado. Es importante recordar que la construcción del alcantarillado fue defectuosa y que presentaba una serie de caños trazados sin ceñirse a una planeación de ingeniería, además que se había construido con ladrillos sentados en cal, sin revestimiento que asegurara la impermeabilidad. (Bernal, 1911. p. 33).

El municipio, representado por la Oficina de Higiene y Salubridad, había presentado en 1910 un informe detallado al Concejo Municipal del estado del agua que proporcionaba

la Compañía de Acueducto. El estudio se realizó tomando como muestra “el primer chorro de lodo que en ciertos días sueltan al abrirse las llaves del Acueducto”. El estudio se comparó con el análisis que presentaron a la oficina de higiene los señores Lleras y Zuluaga en el que explican que los estudios realizados por el bacteriólogo de la municipalidad de París arrojaron un cuadro con el cual se determinó que el agua que consumían los bogotanos no era impropia para la bebida. (RM, 1910, p. 348).

Los análisis presentados por Federico Lleras y Eduardo Lleras Codazzi determinaron que, aunque el agua del río San Francisco se conocía por ser excelente, al realizar el estudio se determinó que era de muy mala calidad. En el informe se resaltó con mayúscula sostenida que “EL AGUA DEL RIO SAN FRANCISCO NO ES POTABLE Y QUE POR TANTO ES NECESARIO DEPURARLA ANTES DE DARLA AL CONSUMO”. (Bernal, 1911, p.34).

El municipio implementó procesos bioquímicos para la potabilización del agua, que se evidenciaron en 1923 en el informe presentado por la Junta de Saneamiento. En el informe se presentó un cuadro estadístico con el que se demostraba que la gestión había cumplido con el objetivo propuesto. En la tabla No 2 se puede ver que la contaminación del agua disminuyó notablemente, aspecto que favoreció al estado de salud de la población especialmente porque disminuyó el índice de las enfermedades gastrointestinales.

JUNTA DE SANEAMIENTO-Cloruración de las aguas de Bogotá-Cuadro de los análisis bacteriológico practicados durante el mes de septiembre de 1923

No De Orden	FECHA	Procedencia Tanque de	Dirección de la muestra tomada	Cloro libre por millón	No de bacterias por cent. Cubico	Grupo Coli-Eberth	Número de Coli-bacilos por litro	observaciones
1	Sep. 3	San Cristóbal	Pila de Balkanes	0.02	40	---50C.C		
2	“3		Pila Gonzáles Vásquez	0.01	43	---50		
3	“3		Pila de Rondinela		9,230	+++0.2	5,000	Agua sin cloro

4	“3		Inspección 10ª		9,000	+++0.2	5,000	Agua sin cloro
5	“6	Chapinero	Carrera 7ª, calle 64	0	56	---50		
6	“6		Carrera 7ª, calle 62	0	60	---50		
7	“6		Carrera 7ª, calle 60	0	60	---50		
8	“6		Carrera 7ª, Calle 57	0	59	---50		
9	“6		Carrera 7ª, Calle 54	0	87	---50		
10	“6		Marly	0	99	---50		
11	“6		Convento de santa Eufrasia	0	104	---50		
12	“12	San Francisco	Calle 22, carrera 3ª	0	87	---50		
13	“12		Calle 22, carrera 5ª	0	60	---50		
14	“12		Calle 22, carrera 7ª	0	80	---50		
15	“12		Calle 22, carrera 12	0	78	---50		
16	“17	Arzobispo	Carrera 13, calle 33	0	60	---50		
17	“17		Carrera 13, calle 32	0	48	---50		
18	“17		Carrera 13, calle 30	0	54	---50		
19	“24	Rosales	Tanque	0.01	23	---50		
20	“24		Castillo	0.01	40	---50		
21	“24		Minerva	0	42	---50		

Convenciones: +, positivo (presencia de bacterias). -, negativo (ausencia). El grado está indicado por el número de signos (RM, 1923, p. 5579)

Indiscutiblemente la calidad de agua y el abastecimiento a la ciudad habían mejorado notablemente gracias al tratamiento químico; sin embargo, en 1924 se anunció una fuerte escasez del líquido en la ciudad. El Municipio se centró en la cantidad de agua disponible para cubrir a la población, así que para prevenir la situación de escasez se buscó

como alternativa traer a la ciudad las aguas del río Tunjuelo y en 1927 se constituyó la Comisión Municipal de Aguas como ente encargado de buscar soluciones para evitar la crisis. (Osorio, O. Julián, 2008, p. 108).

En 1937 se realizó el primer debate del proyecto del acuerdo 27 de 1937, “por el cual se aprueba el acuerdo 13 de 1937, de la Junta Directiva de las Empresas Municipales, sobre adiciones al presupuesto de Rentas y Gastos de la Empresa del Acueducto Municipal de Bogotá para la vigencia económica de 1937, y se hacen unos traslados”. El acuerdo se aprobó y adicionalmente se nombró una comisión de tres miembros designados por la Presidencia de la República, para que, con asocio del gerente de las Empresas Municipales, acordaran ante el gobierno nacional las medidas necesarias para hacer cumplir los compromisos adoptados por la nación con el municipio en la cláusula cuarta del contrato sobre la construcción del nuevo acueducto (RM, 1939, p.388).

En la misma sesión se nombró una comisión de tres concejales que estudiarían las conclusiones de las Empresas Municipales sobre las normas a las que debían ceñirse para la recepción del nuevo acueducto. Se asignó un presupuesto anual para apoyar a la empresa de acueducto no menor a \$100.000; esta suma estaba destinada a otorgar un empréstito para la extensión de la red a los barrios apartados de la ciudad.

Las Empresas Municipales debían entregar al municipio: la represa y el embalse de La Regadera en el río Tunjuelo, para almacenar cuatro millones de metros cúbicos de agua; la planta de filtración de Vitelma, para purificar simultáneamente las aguas del nuevo acueducto de Tunjuelo y las aguas del río San Cristóbal; y la tubería que conduciría las aguas hasta los tanques de almacenamiento, que para el momento eran tres: el de San Diego, el de Egipto y el que se construyó en Vitelma. Con esta dinámica el acueducto quedó con una tubería dividida en tres secciones: de la Regadera a Vitelma, de Vitelma a Egipto, y de ahí a San Diego.

Las obras del Nuevo Acueducto se entregaron al municipio en 1938 dejando fuera las aguas del río San Francisco por considerarse poco aptas para el consumo. Con las

nuevas obras se pensó que el abastecimiento de agua se había solucionado para la ciudad, con todo, en 1944 se anunció una amenaza de sequía. Ante la posible escasez de agua en la ciudad el ingeniero Arthur Casagrande propuso construir un nuevo embalse aguas arriba de la Regadera, obra en la que era necesario intervenir la cuenca del río Tunjuelo. Con esta nueva preocupación, en 1949 Francisco Wiesner presentó un informe con el que criticó a los políticos de la ciudad y en el que cuestionaba la forma en la que se habían proyectado las obras de la urbe y la poca visión que se tuvo desde un inicio para afrontar soluciones de abastecimiento de agua para la capital.

Para resumir este capítulo es necesario destacar tres aspectos principales: en primer lugar, la importancia que tuvo el desarrollo de la investigación en la bacteriología y la medicina porque buscó preservar la vida, evitar el contagio y las epidemias. En segundo lugar, la trascendencia que tuvieron los estudios realizados a finales del siglo XIX para la población mundial, porque la enfermedad llevó a pensar en la persona, en la vida y en la salud de la humanidad. En tercer lugar, la situación de salubridad en Bogotá que se tomó como una oportunidad para realizar estudios biomédicos en los hospitales de la ciudad.

## Capítulo 5

### Hospitales modernos y desigualdad social

Como se ha explicado a través de los capítulos anteriores, la salud pública de la ciudad estuvo a cargo del servicio que prestaba el Hospital General y de Caridad San Juan de Dios. Este hospital estuvo presente en la historia bogotana desde la época de la colonia. En este capítulo el lector encontrará la importancia del Hospital General San Juan de Dios en el desarrollo de la ciencia médica, de las tecnologías y en la formación de médicos y de enfermeras. El lector podrá además hacer una aproximación a la relación que estableció la población con la salud y el cuidado de la vida durante las primeras cuatro décadas del siglo XX.

#### 5.1. Prácticas médicas y el servicio médico

La higiene y la salubridad se convirtieron en prioridad para el municipio, así que los debates del Concejo, de la Junta de Higiene e incluso los del Gobierno Nacional giraron en torno a estos problemas. Sin embargo, aunque la salud y la calidad de vida dependía de la gestión de las anteriores entidades, la inversión económica y la gestión fueron endebles, aspecto que se pudo evidenciar en la atención médica reducida, pues como ya se ha explicado, los únicos centros médicos con que contaban los ciudadanos eran el San Juan de Dios y el hospicio de los Alisos, este último dedicado a recluir a quienes estuvieran enfermos de viruela.

Por la dinámica social de la capital el Hospital General San Juan de Dios se ubicó estratégicamente:

entre las calles 11 y 12 y las carreras 9 y 10, y casi ocupa el área comprendida entre ellas; el edificio es vasto, tiene higiénicas salas para enfermerías de hombres, mujeres y niños; hay sala de maternidad, de oftalmología, ginecología, dermatología, anfiteatro de anatomía y

departamentos para pensionados; posee baños, lavaderos, excusados inodoros, botica y un consultorio policlínico servido por los médicos del hospital y por profesores de la ciudad. Las consultas son gratuitas (...) (RH 1913.p. 97).

En la descripción hecha por la Revista de Higiene, el centro médico estaba ubicado en un sector donde el ritmo de vida era agitado y convulsionado; en medio de la ciudad, cerca a la plaza de mercado, expuesto al ruido y a los olores que provenían de la venta de carne, frutas, verduras. Además, por el costado sur del edificio bajaba el agua negra del oriente hacia el occidente. Los pacientes del hospital no solo eran bogotanos, también se atendía a la población cundinamarquesa o nacional, dependiendo de las epidemias o tratamientos que se requirieran.

El Hospital General y de Caridad San Juan de Dios se convirtió en universitario a través del decreto 3 de 1868, con el cual se reglamentó y estableció que, además de prestar el servicio de salud, en el centro se impartirían clases de la escuela de medicina. El decreto fue claro al señalar “que habría para la enseñanza de la medicina tres clases de clínica, que se dictarían en el Hospital General, siendo obligatoria la asistencia a ellas para todos los estudiantes que asistieran a las clases de patología interna” (Romero et al., 2008, p.32).

La escuela de medicina inició sus labores en febrero de 1868 con 35 estudiantes y 14 profesores reconocidos a nivel nacional, entre los que se encontraban Vargas Reyes, profesor de patología externa; Nicolás Osorio, docente de la asignatura de médica y terapéutica; Manuel Plata Azuero, profesor de anatomía topográfica y medicina operatoria; Antonio Vargas Vega que enseñaba fisiología y patología general, y Rafael Rocha Castillo quien impartía anatomía especial y patológica. Esta escuela se convirtió gradualmente en eje orientador de la formación del médico en el país y de referente ineludible de la práctica médica y de la investigación en este campo profesional (Eslava Juan Carlos, 2004, p.1). Al realizar investigaciones de las patologías con los pacientes, la escuela de medicina proporcionaba a la ciudadanía su conocimiento para curar sus enfermedades, y administrar, dependiendo el caso, terapias y tratamientos apropiados.

Hay que mencionar además que en esta institución se articularon espacios terapéuticos para tratar a los sifilíticos, a los tuberculosos y a quienes requerían de ser aislados. De esta manera y considerando los análisis realizados por Foucault (2002) respecto a la importancia y al papel que tuvo el hospital en los procesos de higiene y control, se nota el proceso con el que se implementó la atención individual de los cuerpos, de las enfermedades, de los síntomas, de las vidas y de las muertes; aspecto que constituyó un cuadro real de singularidades yuxtapuestas y cuidadosamente distintas (p.133); así nació un espacio médicamente útil para Bogotá durante el período de transición.

Además de ser hospital universitario, el San Juan de Dios fue también escuela de enfermería. Esta profesión estuvo en manos de las hermanas dominicas de la presentación, quienes prestaban sus servicios en el hospital y quienes se convertirían en maestras de enfermería a partir de 1920, cuando a través de la Ley 39 las mujeres pudieron ser profesionales en el área de la salud. Este aspecto es importante resaltarlos pues abrió la posibilidad para que un grupo de mujeres saliera de sus casas y recibiera una formación profesional, en consonancia con las dinámicas femeninas de Estados Unidos y Europa. A partir de los años veinte hubo participación femenina en la vida profesional de Bogotá y del país; claro está, en oficios pensados para ellas y que estaban relacionados con el cuidado de los otros.

El que la mujer bogotana fuera profesional pudo generar un dilema al interior de las familias prestantes, ya que se consideraba únicamente al varón como ciudadano con plenos derechos. Un concepto de “supuesta naturalidad” rondaba esta concepción, de manera que era considerado “normal” que las mujeres fueran educadas para el mundo de lo privado, en el sentido más estricto del término, y los varones para el mundo de lo público (Aristizábal Magnolia, 2005, p. 122). Claro está, esto sucedía con las mujeres que pertenecían a una clase social determinada, porque ya existía un grupo enorme de mujeres no profesionales que trabajaba fuera de casa para contribuir con la economía de sus hogares.

De modo general, las mujeres no podían disponer de los mismos derechos de los hombres para estudiar, tomar decisiones o tener acceso a la educación profesional, así que haber terminado la primaria no era un aspecto común y, casualmente, era el único requisito que se necesitaba para ingresar a la escuela de enfermería. La duración de los estudios y prácticas hospitalarias era de dos años y la escuela prestó sus servicios durante 17 años. La Cruz Roja también había tenido la iniciativa en 1919 de formar una escuela, y para lograr este objetivo la Liga de Sociedades de Cruz Roja envió una enfermera belga quien se ocuparía de implementar los estudios, pero esta propuesta no tuvo resonancia, ni a nivel nacional, ni local. La Escuela de Enfermeras fue la iniciación de muchas señoritas de la alta sociedad en los estudios de profesionalización. El éxito de la Escuela influyó de manera indirecta en otras iniciativas; así en 1929 la fundación Rockefeller apoyó al gobierno nacional para abrir la Escuela Nacional de Enfermeras, el director fue el profesor José María Montoya quien contó con la colaboración de dos enfermeras norteamericanas enviadas por la fundación. (Jaramillo A. Jaime, p. 1076). Para finalizar la década de 1920, en la ciudad existía no solo un gran número de mujeres formadas en enfermería, sino también una médica graduada de la Universidad Nacional.

Como se puede ver el Hospital General se convirtió en un centro médico especializado y de enseñanza de la ciudad y del país, sin embargo, tanto el municipio como el gobierno nacional dejaron de invertir en las mejoras infraestructurales; así que para el inicio de la década de 1920 esta institución era:

repugnante a los ojos de la higiene moderna esta comunidad de servicios médicos y quirúrgicos, y esa mezcla insana de todas las enfermedades en los hospitales, de ahí que enfermos que vienen a San Juan de Dios a operarse una hernia o a curarse de una anemia tropical, contraen, como nos tocó verlo en muchas ocasiones, una tuberculosis pulmonar u otra cualquiera de nuestras enfermedades infecciosas.

Las aguas que proveen al hospital son las que benefician toda la ciudad; y así como son de escasas estas, son de insuficientes las de aquel, pero con el objeto de obviar un poco estas dificultades se han construido grandes

depósitos; sin embargo, debido al excesivo consumo, hay ocasiones en que se carece casi por completo de este importante elemento de aseo (Cerbeleón 1922. p.8 citado en Romero 2008. p. 37).

En apariencia el hospital se encontraba en un sitio estratégico porque estaba en el corazón de la ciudad en medio de los más pobres, de aquellos que necesitaban de la presencia del gobierno; sin embargo, en el hospital tampoco había presencia del municipio y mucho menos del gobierno nacional. Desde esta realidad el San Juan de Dios fue testigo por años de la situación deprimente de la ciudad y del abandono del Estado. Cabe recordar que las políticas de la ciudad recaían sobre dos aspectos fundamentales de principio de siglo: cuidar de la salud de los ciudadanos y mejorar las condiciones higiénicas y de salubridad de la población.

Fue interés de la Beneficencia en 1907 de ampliar o construir otros edificios que tuvieran condiciones más apropiadas y con tratamientos modernos para el cuidado de los enfermos. El centro médico contaba con médicos especialistas, estudiantes de medicina y enfermería, así que tenía el personal idóneo para prestar un buen servicio, solo faltaba ampliar y modernizar la infraestructura. Este aspecto lo comprendió el presidente General Rafael Reyes quién compró un lote en el sector denominado Tres Esquinas o Molino de la Hortúa para construir la nueva sede del hospital; sin embargo, los estudios de los presupuestos proyectados para realizar la obra llevaron a decidir que el terreno estaba bueno para que los caballos pastaran (Romero, 2008, p. 43).

## **5.2. Salud y desigualdad social**

El destino del lote de la Hortúa lo dispuso la Ley 63 de 1911 con la que se condicionó a la Beneficencia de Cundinamarca a construir el manicomio para hombres y mujeres y el asilo. Los locos y los vagos habían sido expulsados de los asilos de San Diego y del Aserrío sin que el gobierno hubiera buscado otro edificio para reubicarlos. La misma ley obligó a la beneficencia a tener edificado el lote en un período de cuatro años, so pena de ser despropiado por la nación. De nuevo se puede evidenciar la prelación del gobierno al

encierro de los mendigos y locos. El hospital siguió prestando el servicio médico en las mismas instalaciones.

Dadas estas condiciones, un grupo de cirujanos proyectó en 1902 la construcción del hospital San José, con condiciones e instalaciones modernas, dotado de buena luz natural, suficiente aire, rodeado de vegetación y silencio al occidente de la ciudad; con el objetivo de prestar un servicio con las calidades que los pacientes del hospital San Juan de Dios no obtenían. Aunque la obra fue pensada por intereses particulares como un segundo hospital de caridad, la Beneficencia de Cundinamarca no apoyo su inauguración, por lo que solo fue hasta 1925 que pudo iniciar su funcionamiento.

El Hospital de San José se construyó con tecnologías apropiadas para realizar cirugías, hospitalizar de forma separada a los pacientes con enfermedades contagiosas y así proporcionar mejor atención a los enfermos que requerían de cuidados especiales. El diseño se caracterizó por tener forma de pabellones que permitirían la separación de clínicas, la fácil variación del aire y el cultivo de arbolados y jardines (RH, 1913, p. 97). El diseño arquitectónico era del estilo italiano; se pensó como un espacio hospitalario realmente moderno pero la burocracia impidió que se pusiera al servicio de los ciudadanos, prefiriendo que por quince años estuviera construido y cerrado al público (Romero, 2008, p.45).

Cabe anotar aquí que la ciudad contaba desde 1904 con el consultorio médico ubicado en el sector de Chapinero, en la casa quinta de Marly. Desde la casa quinta se podía observar “al oriente, el camino a Tunja hoy carrera 7ª y al occidente, el camino del tranvía. Obsérvense las favorables vías de comunicación de que gozaba, acrecentada con el paso de la vía del ferrocarril a una cuadra más abajo con la actual carrera 14” (Serpa. F. Fernando, 2001, p. 220). El consultorio era propiedad del médico Carlos Esguerra miembro de la academia de medicina, quién comenzó a cristalizar su idea de fundar una casa de salud de índole privada para atender a los pacientes de un modo parecido a las casas de salud establecidas en Europa y en Estados Unidos. Prestar este servicio médico implicó que las personas comprendieran que pagar por recibir atención los alejaba de los hospitales de

caridad, así se inició un proceso de reeducación relacionado con la importancia del cuidado de la salud propia y la familiar (Serpa F. Fernando, 2001, p. 222).

Serpa (2001) explica que, en 1890, luego de construir la planta del Charquito empleando las caídas del agua del río Funza, los hijos de Miguel Samper fundaron la empresa de energía eléctrica de Bogotá. Esguerra no dudo en utilizar este servicio para cubrir esta necesidad en su casa de salud, así que hizo instalar altos postes de madera de eucalipto portadores de los alambres que llevaron excelente fluido de electricidad. Samper también describe cómo era el servicio que prestaba este centro médico:

El Hospital de Marly tiene capacidad para hospitalizar cómodamente hasta ochenta enfermos militares y veinte civiles pensionados. Sin embargo, hay ocasiones en que el número de enfermos es mayor, como ha sucedido durante las epidemias de fiebre tifoidea y paperas. Los enfermos están alojados en tres pabellones separados: uno para el servicio de medicina, dividido en pequeñas habitaciones que pueden contener dos o tres pacientes; los otros dos están reservados al servicio de cirugía. Hay una sala de operaciones cómoda, bien amoblada, con aparatos e instrumentos que recientemente han llegado, y en ella puede practicarse cualquier operación de alta cirugía. (Serpa, 2001. p.225).

El centro médico fue un éxito. Las adecuaciones físicas permitieron que en enero de 1906 se encontraran hospitalizados ocho personas y durante ese semestre aumentó a veintitrés. Los fallecimientos eran muy pocos a diferencia del Hospital General y de Caridad; la cifra se reducía en ese tiempo a una defunción por parálisis general progresiva de marcha rápida. Durante el segundo semestre se recluyeron veintiocho pacientes y hubo dos defunciones: una por hemorragia de un paciente operado para la curación de una hernia inguinal y la otra por tuberculosis pulmonar. Las tarifas para quienes estaba dirigido el servicio se consideraban razonables: las hospitalizaciones con intervención quirúrgica para los pensionados de 1ª categoría oscilaban entre \$150 y \$200, los pensionados de 2ª categoría pagaban de \$100 a \$150 y los de 3ª categoría de \$60 a \$100. A los recomendados

por la Sociedad de San Vicente de Paul o a los accionistas de la empresa se les ofrecía un servicio de forma gratuita, solamente debían pagar por los medicamentos y los materiales de curación (Serpa, p.225).

Así, este hospital se convirtió en alternativa de salud para los empresarios y políticos de la ciudad y del departamento, dejando claro que la población, al igual que el territorio, se dividió entre pobres y ricos.

Por otra parte, el servicio que se prestaba en el San Juan de Dios a los soldados fue asumido por la casa de salud de Marly por solicitud del gobierno, quien hizo un contrato para que esta casa de salud atendiera a las fuerzas militares. De esta manera el Hospital General se asumió como de uso exclusivo de los pobres de la ciudad y del país. Al no ser usado ni por empresarios, ni por el ejército, ni por la clase gobernante, es factible pensar la razón por la cual quedó excluido del presupuesto municipal y nacional, y por fuera de las políticas gubernamentales.

De tal manera, el San Juan de Dios siguió cobijando a la mayor parte de la población pobre, menesterosa, campesina e indígena de la ciudad, y también del departamento y del país. Dicho en otras palabras, fue un hospital de todos y de nadie pues fue solo gracias a la solidaridad de unos pocos y al apoyo de los estudiantes que el hospital sobrevivió.

Un aspecto que llama la atención es que mientras se impedía la inauguración del hospital San José, la proliferación de virus y bacterias aumentaba. Se propagaban la tuberculosis, la tos ferina, las enfermedades venéreas, los padecimientos dermatológicos, entre otros innumerables padecimientos relacionados con el clima, la pobreza, la desnutrición, las largas jornadas de trabajo y el consumo de alcohol. Las condiciones de salubridad no eran favorables para controlar la propagación de estas enfermedades, pero llama la atención de manera especial que la tuberculosis continuaba siendo un flagelo en la ciudad; las autoridades de salubridad no habían podido controlar la propagación del virus a

pesar de que en otros países ya se había controlado el contagio para la segunda década del siglo XX.

Pese a todo, en el Hospital General se crearon para 1934 las cátedras de histología, neurología, psiquiatría, medicina legal y toxicología. Hasta ese momento la creación de cátedras se daban paralela a la de servicios en el San Juan de Dios, teniendo entonces la clínica de órganos de los sentidos, urología, clínica infantil, semiología, patología interna y externa, quirúrgica, obstétrica y tropical. Esta última fundada por Roberto Franco, quien a su vez formó el primer laboratorio público en el Hospital General de Caridad, procesando personalmente las muestras y realizando por primera vez estudios hematológicos (Fajardo Hugo, 1994, p.168). Estos estudios estaban dirigidos al cuidado de la salud y de la vida de la población vulnerable de la ciudad.

### **5.3. Hospitales modernos y tecnologías para el cuidado de la salud**

Los procesos de modernización en Bogotá fueron lentos y estuvieron atravesados por la burocracia, aspecto último que los hizo aún más lentos y negligentes. El desinterés en la creación de políticas para cuidar la salud de los bogotanos involucró al San Juan de Dios desde el siglo XIX. Las políticas no fueron lo suficientemente fuertes para cubrir las necesidades de una población endémica por las malas condiciones higiénicas de la ciudad y el hospital se había quedado suspendido en el tiempo.

Con el padecimiento de la gripa blanca o gripa española se amplió el cementerio central y se permitió el uso del cementerio de Chapinero. El gobierno nacional también promulgó dos leyes importantes para la ciudad durante este período. La primera ley fue la 46 de 1918 con la que se inició la construcción de urbanizaciones para los obreros ubicadas por los municipios fuera del perímetro urbano, y la segunda fue la Ley 47 de 1919, con la que se derogó la 63 de 1911 y se anexó las construcciones que se habían hecho en la Hortúa al Hospital San Juan de Dios. Con esta última ley se trasladó el hospital definitivamente al lote de la Hortúa, así que se tuvo que pensar en construir un hospital moderno (Forero Caballero Hernando, MD, p.122).

La Ley 47 obligó a que la obra iniciara de manera casi inmediata, sin embargo, la construcción demoró seis años porque en 1922 no hubo recursos para continuar. Para la proyección del edificio se realizó un concurso, para el cual se convocó a un reducido y reconocido grupo de arquitectos, puede decirse que fue un concurso cerrado. Se escogió el proyecto de Pablo de la Cruz. El arquitecto propuso un diseño que abarcaba 18 pabellones, de los cuales solo se construyeron ocho, y para 1926 solo se tenían tres finalizados. El nuevo hospital contaría con suficiente agua pues se construyó un acueducto rústico de estructura similar a la existente en la ciudad, y que se describió anteriormente. En los documentos no se especifica la procedencia del agua, pero podemos presumir que provenía del río San Cristóbal ubicado un poco más al sur de la Hortúa y que contaba con un abundante caudal para proveer a la institución.

Entre los años 1926 y 1934 el hospital contó con los pabellones de maternidad, pabellón para hombres, pabellón de enfermedades tropicales, pabellón de tuberculosis y el edificio de administración. Incorporó además modernos laboratorios y tecnologías que permitían realizar procedimientos especializados. Su condición de centro de práctica médica y de enfermería tuvo la siguiente distribución:

Consultorio Externo, Consulta prenatal, Sanatorio Juan de los Barrios, Clínica de accidentes, Clínica dermatológica, Clínica terapéutica, Clínica Semiológica, Clínica Ginecológica, Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Órgano de los Sentidos, Clínica Quirúrgica, Clínica Tropical, Clínica Urológica, Laboratorio “Santiago Samper”, Laboratorio de Rayos X, Servicio de Odontología y Baños. (Lisandro Franco, citado en Romero et al., 2008, p. 109).

Tomando como referencia la distribución y los servicios prestados se puede decir que este centro médico estaba adecuado para atender a la población. Sin embargo, no se podía controlar el contagio de la tuberculosis, la tos ferina, las enfermedades venéreas, las enfermedades de la piel y enfermedades generales que aún dejaban altos índices de morbilidad en la ciudad y el departamento, porque la planta física continuaba siendo insuficiente.

En la década de 1930 las enfermedades de transmisión sexual, que habían sido un flagelo para inicios del siglo XX, continuaban azotando a la población. Para controlar este padecimiento, el doctor Liborio Cuéllar promovió la creación de un hospital con capacidad y tecnología para atender el volumen de personas contagiadas. Se inició entonces, la primera edificación del hospital de la Samaritana y se puso en funcionamiento en 1937. En 1945 se amplió a cinco pisos y para la década de 1950 se convirtió en hospital universitario. (Fajardo Hugo, 1994, p. 168).

En 1926 el pabellón materno contaba con 25 camas, cantidad insuficiente para atender a la cantidad de madres y neonatos de la ciudad. Antes de 1936 la población había ascendido a 340.000 habitantes, lo que requería una gran ampliación en la institución. Como el municipio no contaba con el presupuesto para cubrir los costos de la ampliación, se creó el Instituto Materno Infantil Concepción Villegas Acosta que atendió el 30% de los partos de la ciudad (Fajardo, 1994, p. 168).

El contagio de la tuberculosis se intentó prevenir desde 1896 cuando la Junta Central de Higiene ordenó el aislamiento de los individuos que, a juicio de un médico graduado, padecieran de tuberculosis o lepra, siempre que se hallaren recluidos en cuarteles o prisiones. Esta medida llevó a que se creara la Ley 66 de 1916, la cual ordena el funcionamiento de pabellones especiales para aislamiento de los tuberculosos en hospitales generales y en las cárceles. Así se crearon los pabellones San Juan de los Barrios que dependía del hospital San Juan de Dios y el pabellón la Serpentina ubicado en la calle primera, lugar en donde se construiría más adelante el hospital de Santa Clara. (Rueda P. Gilberto, 1992, pp. 49-50).

Rueda (1992) explica que la ley y la gestión fueron oportunas y ante los ojos de la comunidad fue una acción laudable; sin embargo, los dos pabellones quedaron alejados del hospital y para la década de 1930 los enfermos fueron amontonados en condiciones deprimentes. Durante esta misma década se crearon direcciones nacionales, campañas antituberculosas y la Liga Antituberculosa Colombiana (LAC), con todo, en los pabellones

creados a inicio el siglo XX los contagiados seguían apareciendo y padeciendo su enfermedad en condiciones infrahumanas (p.51).

La LAC estaba integrada por prestigiosas damas capitalinas, entre las que se encontraba Lorencita Villegas de Santos, María Michelsen de López, Sofía Reyes de Valenzuela, entre otras. La presidenta de la liga, Doña Lorencita, visitó en 1938 los pabellones y emocionalmente quedó consternada, así que de inmediato habló con su esposo de la penosa situación de estos enfermos. Su esposo, el presidente Santos, ese mismo día inicio el proceso para construir un hospital especializado para atender a los tuberculosos de la ciudad. En 1940 la LAC aprobó los planos para la construcción del hospital Santa Clara. La fundación se realizó en 1942, Doña Lorencita supervisó y acompañó el traslado de los enfermos a la nueva institución, el traslado se realizó a pie (p.51).

En enero de 1946 se publicaba en el diario el Tiempo un artículo titulado “Es gravísimo el problema de muchos enfermos de tuberculosis en Bogotá. El hospital de Santa Clara no puede recibir centenares de enfermos que solicitan tratamiento. Se adelantará la construcción de dos pabellones. (...)” (p. 6). En el artículo se realizó una descripción de la forma en cómo se atendía a los enfermos en los anteriores pabellones y las condiciones en que se atenderían en el nuevo hospital. También se explicaba que mientras se construían los nuevos pabellones llegaban “centenares de tuberculosos a diario a las puertas del Hospital Sanatorio de Santa Clara para luego regresar a sus casas, o simplemente a la calle por falta de cupo”. Asimismo, se dice en el artículo que el presupuesto para la construcción se había terminado y que los directores estaban haciendo todo lo posible para continuar con la obra. Se tenía proyectado terminar por lo menos una parte y aumentar el número de camas (El Tiempo 1946, p. 6).

En el artículo se especifica que:

Muchas gentes ignoran lo que es el Hospital de Santa Clara. Sin embargo, debido a la existencia de este gran instituto, el terrible estado de los tuberculosos que antes se hacían como pobres bestias enfermas en un

horripilante antro del Hospital de San Juan de Dios, de donde salían para el cementerio, es ahora un caso interesante que muestra los formidables progresos que se han alcanzado en esta rama de la asistencia social entre nosotros. Desde 1942 este hospital viene desarrollando una labor verdaderamente admirable, con sus 250 camas que permanecen siempre ocupadas (El Tiempo 1946, p.6).

Las acciones tomadas para erradicar o controlar la tuberculosis, según lo leído en el diario El Tiempo, no estuvieron a la altura de la necesidad de la ciudad, así que mientras se presionaba para que se construyera un hospital para atender a todos los pobres que sufrían de esta enfermedad y que solo contaban con el hospital Santa Clara, el señor Gustavo Restrepo Mejía dejaba estipulado en su testamento de 1940 que la mayor parte de su herencia sería destinada a la construcción de un moderno hospital para atender a los tuberculosos. El hospital se construyó al sur, fuera del casco urbano y tuvo un costo de cinco y medio millones de pesos; en ese momento el dólar tenía un costo de dos pesos. Los materiales fueron importados de Europa y Estados Unidos y se dotó de la mejor tecnología para cuidar a los enfermos que en ese momento requerían de un tratamiento que duraba varios años y que en su mayoría debían permanecer hospitalizados.

Para evitar la humedad y la proliferación de las bacterias de la tuberculosis se importó mármol de Bélgica y se produjeron ladrillos ultradesecados para evitar la adhesión del bacilo tuberculoso. En la recepción se instaló la más moderna central telefónica. Por otra parte, el hospital estaba dotado de un laboratorio clínico, de salas y aparatos portátiles de rayos X, un esterilizador de colchones, ascensores alemanes de gran capacidad, sala de juegos, dentistería, teatro, capilla y biblioteca. Igualmente, se dotó de una cocina adecuada con grandes cuartos fríos para almacenar diferentes alimentos, con hornos a gas para el pan y máquinas para hacer helados. Para evitar el contagio a las poblaciones cercanas se instaló una planta purificadora de agua y hornos para cremación de desechos. El viento que se dirigía a la sabana sería purificado por el bosque de cipreses australianos que en pocos años se convirtió en una barrera para aislar los virus.

La donación de don Gustavo Restrepo para la construcción del hospital se respetó, pues el país continuaba siendo regido por la constitución de 1886 en la que se establecía por medio del artículo 36 que: “el destino de las donaciones intervivos o testamentarias hechas conforme a leyes para objetos de Beneficencia o de instrucción pública, no podrá ser variado no modificado por el Legislador”. La donación fue tal que, aparte de la construcción, la adecuación del moderno hospital San Carlos y la forestación del bosque de San Carlos, se compró un terreno que hoy se encuentra entre las calles 27 sur y 32 sur, y entre la avenida Caracas a la avenida 12. En este terreno se construyó un barrio que no estaba contemplado dentro de los planes del filántropo y que recibió el nombre de Gustavo Restrepo.

## Capítulo 6

### Ensanche de Bogotá y salubridad barrial

*Un obrero que tenga una casita, que posea un hogar con algunas comodidades y confort, los días de fiesta en lugar de ir a la taberna a gastar en alcohol o a perder en el juego el poco dinero ganado a costa de tanto sudor, permanecerá en su casa rodeado de los cuidados de su familia. (José Gaitán Hurtado, 2015)*

Las dinámicas poblacionales que se presentaron en las ciudades durante el siglo XIX forjaron la configuración urbana del siglo XX. Bogotá fue el reflejo de la desigualdad social del Estado colombiano. Una población dividida en dos grupos sociales que se caracterizaba por sus diferencias económicas y condiciones de vida. En la ciudad, la población obrera amentó de 90.000 personas en 1938 a 170.000 a finales de la década de 1940. El Concejo Municipal relacionó el crecimiento de la población con el de la industria, las múltiples obras públicas que se desarrollaron a nivel nacional y local, el avance de las vías de comunicación que iniciaron la conexión interregional conectándose con el centro. Asimismo, aumentaron los índices de natalidad en las familias de más bajos recursos mientras que en las familias de clases altas se mantuvo o disminuyó. Las luchas políticas que se presentaron entre los partidos liberal y conservador provocaron un éxodo de familias enteras hacia la capital en busca de tranquilidad, este último aspecto en particular suscitó el desempleo, la pobreza y el hacinamiento (RM, 1950, pp.411-412).

En este capítulo se realizará una aproximación a la configuración urbana de Bogotá y su relación con la exclusión, la pobreza, la desigualdad y la postura del municipio frente a los diferentes procesos urbanísticos; además se hará una presentación de la inmersión de este proceso en relación a las políticas de la región latinoamericana

#### 6.1. Configuración urbana e intervención estatal

La configuración urbana y la construcción de nuevas urbanizaciones dotadas de habitaciones higiénicas y baratas fue una constante necesidad de la capital colombiana,

también fue una necesidad de las capitales de América Latina quienes no fueron ajenas a la crisis de salubridad. Después de los procesos de independencia, los nuevos gobiernos de la región latinoamericana tuvieron que lidiar con naciones sumidas en un profundo subdesarrollo y con crisis económicas debido a la antigua dependencia de los imperios europeos. A pesar de la reciente emancipación, algunos mandatarios de la región deseaban ser reconocidos como europeos y sostener así un estatus político, social y racial, a la par que anhelaban el reconocimiento internacional.

Las nacientes repúblicas iniciaron entonces una carrera para pertenecer a la comunidad internacional desde las primeras décadas del siglo XIX y la mejor forma de hacerlo fue con las relaciones comerciales y el desarrollo industrial; esos dos procesos fueron prioritarios en las agendas gubernamentales y se dejó de lado asuntos internos de las repúblicas.

La industria intentó posicionarse durante la primera mitad del siglo XX, proceso que permitió a las ciudades convertirse en centros económicos y en fuente de trabajo. Así se fortaleció el desplazamiento de mano de obra a los centros urbanos y al mismo tiempo se generó la necesidad de vivienda barata, la construcción de barrios obreros y la expansión extramural. En 1950, durante el VII Congreso Panamericano de Arquitectos que se realizó en Cuba, se desplegó un análisis del déficit de vivienda barata para los obreros y del problema de salubridad que enfrentaban los países de la región. En el congreso se explicó que existía un déficit de veinticinco millones de casas, necesitadas con urgencia para eliminar los sectores insalubres que se encontraban tanto en los centros urbanos como en las más humildes villas. (RM, 1950, p.246).

Pero la preocupación de construir viviendas higiénicas fue un asunto que ya había sido planteado en 1910 cuando se creó la Unión Panamericana<sup>11</sup> y durante la IV

---

<sup>11</sup> La Unión Panamericana empezó su gestión desde 1890 y tuvo como fin reunir a los diferentes estados latinoamericanos. Este proceso fue dispuesto por Estados Unidos quién determinó qué representante de cada nación asistiría a las reuniones, además solicitaba informes relacionados con el desarrollo industrial y comercial de los países del sur y centro de América. Se puede pensar que esta organización estaba estrechamente relacionada con las políticas intervencionistas que iniciaron los Estados Unidos e Inglaterra después de los procesos de independencia, aprovechando la herencia de dependencia económica que se conservaba después de

Conferencia Interamericana que se llevó a cabo en Buenos Aires. La organización tuvo inicialmente en su agenda tratar temas relacionados con el desarrollo económico de la región latinoamericana, pero anexó a sus futuras discusiones el grave problema de salubridad y la escasez de vivienda que se presentaba en los diferentes países.

Anatole Solow<sup>12</sup> y Rodrigo Masis<sup>13</sup> (1950) presentaron un documento al VII Congreso Panamericano de Arquitectos, en el explicaron que las discusiones relacionadas con la necesidad de plantear estrategias para aumentar el número de viviendas higiénicas se habían iniciado en 1924 durante el Primer Congreso Internacional sobre Economía Social que tuvo lugar en Buenos Aires, dejando como resultado la aprobación de resoluciones que recomendaban el establecimiento, por los gobiernos, de legislación completa sobre la vivienda (p.247). La tarea propuesta por este congreso para Latinoamérica, Colombia la había adelantado desde 1891, y como se ha visto anteriormente, se desarrolló como un proceso que causaría la expansión de la ciudad con el propósito de mejorar las condiciones de salubridad de la clase obrera.

En el documento, Solow y Masis explicaron el proceso que se dio para establecer viviendas salubres en la región. Hacen referencia al primer Congreso Panamericano de Vivienda Popular que se celebró en Buenos Aires en 1939 y fue organizado por la Unión Panamericana en colaboración con el gobierno argentino. En este evento se dictaron numerosas recomendaciones de fundamental interés para la vivienda entre las que estuvo crear un Instituto Panamericano de la Vivienda Popular. En los siguientes congresos se recordó la importancia de tener funcionando dicho centro, sin embargo, en 1948 cuando se realizó la novena conferencia panamericana aún no se había creado el instituto (RM, 1950, p.248).

---

varios siglos de ser colonias. En 1823 se inició con las políticas intervencionistas, en una carrera para posicionarse e impedir que los propósitos ingleses progresaran. Ese año se oficializó la intervención con la celebre frase “América para los americanos”.

<sup>12</sup> Jefe de la División de Vivienda y Planeamiento de la Unión Panamericana, Secretaria General de la Organización de los Estados Americanos. Disponible en línea: [ihac.fcs.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2019/03/David-Diaz-Historia-del-Neoliberalismo.pdf](http://ihac.fcs.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2019/03/David-Diaz-Historia-del-Neoliberalismo.pdf)

<sup>13</sup> No se encontraron documentos que indiquen quien fue; sin embargo, se presume que fue un arquitecto costarricense.

Para resarcir la falta del instituto, en 1949 se estableció la Sección de Vivienda y Planificación; el objetivo de esta sección era servir de centro de asistencia técnica, investigación e información a organismos e instituciones públicas o privadas, de los veintiún países miembros de la recién creada Organización de los Estados Americanos (OEA).

Las políticas de vivienda popular a partir de 1949 se enfocaron en el “estudio de diversos aspectos de la vivienda, tales como métodos de producción y construcción, diseños y normas, administración de programas, métodos de financiación, inventarios de viviendas, determinación de las viviendas necesarias, eliminación de barrios insalubres y rehabilitación” (Solow. Masis, 1950, p. 249). Cabe señalar que Colombia participó como las demás naciones en los diferentes congresos e hizo parte de la organización panamericana; sin embargo, durante más de seis décadas la pobreza aumentó y las condiciones de las habitaciones desmejoraron notablemente, y la planeación urbana se dedicó a crear acuerdos para construir barrios en un radio extramural, que en teoría cubría a la población, sin controlar a quienes vendían terrenos para construir nuevas urbanizaciones.

En medio de los debates, estudios y propuestas realizadas durante las dos primeras décadas del siglo XX, se realizaban desde 1850 intervenciones urbanísticas en el norte de la ciudad impulsadas por intereses capitalistas que incrementaron la exclusión social de manera abierta y ante los ojos de las autoridades del municipio.

Estos procesos económicos que se desarrollaron fuera del casco urbano también afectaron a la población trabajadora. En la ciudad existían empresas constructoras que extraían materia prima de los cerros orientales por el costado sur, estas prácticas mineras ocasionaron una gran deforestación en el sector que disminuyó el flujo de agua del río San Francisco. A causa del impacto ambiental se hizo necesario un desplazamiento al norte, a las cercanías de la parroquia de San Diego, en el afluente del río arzobispo; esta decisión convirtió al sector en un centro industrial y empresarial importante para la ciudad. (Serna. D. Adrián, Gómez. N. Diana, 2012, pp. 163-166).

El proceso de urbanización del sector norte se impulsó desde 1863, cuando el gobierno liberal, dentro de sus políticas de libre cambio, desamortizó los bienes de manos muertas y dispuso entregar en subasta bienes públicos sin usufructo. Estas disposiciones dinamizaron el mercado de la finca raíz urbana por el norte. Otro aspecto que dinamizó el proceso de urbanización empresarial fue el proyecto de modernizar el sistema de transporte que se inició en esa parte de la ciudad.

Los industriales y empresarios que se reubicaron al norte para obtener ganancia y disminuir gastos en mano de obra, implementaron como estrategia dividir sus quintas en lotes y arrendar para construir viviendas. Las nuevas construcciones se sumaron al sector del Paseo Bolívar conservando las prácticas de construcción de casuchas en los altos de San Diego mientras se valorizaban sus terrenos (Serna. Gómez, 2012, p. 166). Como se puede observar, los empresarios obtuvieron ganancias no solo por sus tierras sino también al asegurar la mano de obra barata cerca a las fábricas, a las empresas y a las minas a cielo abierto. Las estrategias empresariales trajeron consecuencias para los obreros, pues de esta manera se agudizó la exclusión y la pobreza que se evidenció durante la segunda mitad del siglo XIX de forma lineal desde el sector de San Diego hasta las Cruces.

El nuevo sector empresarial estaba ubicado más cerca de Chapinero que del centro de la ciudad. El sector se caracterizó por la heterogeneidad de sus habitantes; se encontraban construcciones elegantes con aspecto de quintas, algunas eran residencias permanentes, otras para salir a descansar, y al mismo tiempo se encontraban caseríos similares a los del oriente de la ciudad. Sin embargo, esa parte geográfica que se estaba poblando por el norte contaba con un suelo seco y firme, además el espacio era más abierto, condiciones que se buscaban para construir viviendas higiénicas para los obreros.

### **6.1.1. Urbanizaciones y barrios para obreros.**

El ensanche de la ciudad fue paulatino hacia el norte donde se construyeron urbanizaciones para las clases acomodadas. Estas urbanizaciones se originaron como

núcleos sobre la antigua comunicación entre Bogotá y Chapinero, y en este proceso se aprovechó los barrios ya existentes o en formación. La implementación de este sistema de urbanización no presentó dificultades para prestar los servicios públicos, salvo raras excepciones, pues el alto costo relativo a las parcelas incluyó el valor de las obras de saneamiento y una buena utilidad para los propietarios que dividieron y subsidiaron sus terrenos. (RM, 1950, p. 407).

Entre 1912 y 1913 se crearon tres proyectos de urbanizaciones nuevas: al norte se construyó el barrio La Perseverancia o Unión Obrera cerca a la industria cervecera de Bavaria, empresa que funcionaba en La Parroquia de San Diego; este proyecto fue propuesto por el alemán Leo Keops (Martínez, 2007, pp.52-53). Al sur se construyó el barrio San Francisco Javier construido por el padre Campoamor. El proyecto fue posible gracias a los aportes de la sociedad filantrópica y al ahorro de los interesados en salir del sector del Paseo Bolívar o de los inquilinatos. Al occidente se construyó el barrio Antonio Ricaurte, proyectado como barrio para obreros; se aprobó su urbanización por el Concejo en 1913 y con él se abrieron varias calles y carreras por el occidente que comunicaron el oriente con el occidente (Rodríguez L. Ángela, 2013, pp. 109-115).

Las urbanizaciones para las clases altas se proyectaron en el sector ubicado entre San Diego y Chapinero. El proceso fue planificado y ejecutado según la regulación vigente en el momento. El registro histórico del proceso se encuentra consignado en el atlas histórico (Cuellar. Mejía, pp. 64-76) en el que se puede observar los lugares estratégicos en los que se construían casas de habitación desde 1905. Los planos explican la planeación que se realizó para construir habitaciones para las clases favorecidas de la ciudad. Para 1913 ya existían planos en donde se encontraban vías como las carreras trece, la catorce y séptima, además de calles como la 45, 53 y 57. Cada plano presenta nuevos espacios y vías que se dirigían hasta la calle 72.

Al mismo tiempo que la ciudad ampliaba sus límites por el norte, el Concejo y demás autoridades realizaban debates en torno a la construcción de habitaciones higiénicas y baratas para obreros. El proceso de la proyección del ensanche de la ciudad se realizó

tanto para las clases altas como para las clases obreras. En 1918 se inició la construcción de Barrios Unidos cuando algunos negociantes de terrenos en chapinero hicieron grandes ganancias vendiendo lotes sin agua, sin drenajes, sin luz, ni calles adecuadas, en los potreros que ellos llamaban urbanizaciones. (RM, 1950, p. 412). Mientras se vendían estos lotes insalubres se presentó en el mismo año la gripa blanca en la ciudad, la cual diezmo a la población por las pésimas condiciones de higiene y el gran índice de hacinamiento que se presentaba; no obstante, los habitantes de Chapinero y sus alrededores no se afectaron de la misma manera que aquellos que vivían dentro del casco urbano.

Es conveniente recordar aquí la Ley 46, por la cual se creó la Junta de Habitación para Obreros por medio del acuerdo 37 de 1919 llamado “sobre construcciones para obreros” y que impuso a los municipios que tuvieran más de 15.000 habitantes para esta población. Obligaba además a destinar el 2 por ciento de las rentas y contribuciones del municipio a la construcción de habitaciones higiénicas para la clase proletaria. Con esto, a la capital se le destinó un auxilio de \$100,000 para la compra de un lote y la edificación de las referidas habitaciones (RM, 1919, p.72).

La Junta realizó la gestión de acuerdo a la directriz del gobierno y así inauguró el barrio Primero de Mayo. El terreno se compró en el sector de San Cristóbal porque se consideró que estando cerca al río del mismo nombre se cubriría la necesidad de agua potable. Las casas fueron bifamiliares de estilo inglés y fueron construidas por la Junta de Obras Públicas (Rodríguez, 2014. pp.62-63).

La construcción del barrio se realizó pensando en mejorar las condiciones de vida de los obreros, aunque hay que aclarar que en la ciudad había diferentes clases de obreros. Un grupo lo integraban quienes trabajaban en la explotación minera, en empresas con salarios mínimos o por jornadas, este grupo vivía en el Paseo Bolívar y en inquilinatos. Otro grupo correspondía a quienes trabajaban en los periódicos, en empresas e instituciones gubernamentales y que tenían salarios de mejor pago. Al hacer la visita a este barrio y hablar con los hijos y nietos de los primeros propietarios se pudo establecer que quienes pudieron comprar las casas fueron los obreros que pertenecían al segundo grupo.

La Ley 46 fue una regulación de higiene pensada para prevenir el hacinamiento y los problemas de salubridad, presentes en la ciudad por décadas. La construcción del Barrio Primero de Mayo dio vía libre al ensanche de la ciudad por el sur, así la ciudad continuó con una configuración lineal.

La Junta no construyó más barrios inmediatamente, dado que ya se había iniciado la construcción de los barrios para obreros. En 1924 ya existía el barrio de El Nordeste que después se denominó Samper Mendoza; alrededor de él se fundaron otros barrios sin servicios públicos, sin sistema de transporte y de origen ilegal. (RM, 1950, p. 412). De la misma forma, a finales de la década de 1920 se había convertido en un gran negocio la venta de lotes; lo paradójico fue que el municipio permitió la proliferación de urbanizaciones que no se ajustaban a las regulaciones que se habían creado desde finales del siglo XIX, pensadas precisamente para evitar este tipo de construcciones.

En 1928 una compañía<sup>14</sup> inició la venta de lotes en propiedades extensas (antiguo basurero) al suroeste de la ciudad, que se conocieron con el nombre de barrio Quiroga. En el mismo sector y de la misma manera surgieron los barrios Olaya, Restrepo, Santander, Bravo Páez, El Porvenir, entre otros, que se formaron de la misma forma que los Barrios Unidos en Chapinero. El Municipio también construyó al noroeste el barrio Acevedo Tejada, y al sur, además del barrio Primero de Mayo, el barrio Centenario y el conjunto de barrios denominado Buenos Aires. (RM, 1959, p. 413).

La necesidad de las personas pobres de vivir en una casa propia se convirtió en una gran oportunidad para personas sin escrúpulos, esta fue la filosofía con la que se inició la urbanización extramural para los obreros. Desde 1918 se le dio la responsabilidad al municipio de organizar el espacio urbano y velar por las condiciones salubres de sus habitantes, éste respondió ofreciendo pocas alternativas y dejando que su trabajo lo realizaran otros.

---

<sup>14</sup> Los documentos hacen referencia a una compañía que urbanizó el sector del Quiroga; sin embargo, no se encuentra el dato preciso. La historia oficial del barrio data de la década del cuarenta, cuando el municipio intervino el sector para higienizar, instalando los servicios públicos.

### 6.1.2. Exclusión, pobreza y ensanche de la ciudad.

Durante más de medio siglo se suscitaron debates a nivel nacional e internacional para construir urbanizaciones adecuadas para los obreros, sin embargo, en Bogotá el proceso de urbanización se había iniciado desde el siglo XIX pensando en las clases altas. Las políticas propuestas desde finales de siglo se crearon para que las nuevas construcciones del norte cumplieran con las condiciones exigidas en los congresos panamericanos, sin embargo, los discursos se expusieron como si estas leyes o acuerdos cubrieran a la población obrera o a quienes vivían al margen de la ciudad.

La pobreza y la exclusión se presentaban en los barrios de la ciudad en donde las personas se sumergían en la condición de *nuda vida*, esto debido a los bajos salarios. Las formas de vida precaria y las condiciones insalubres de las habitaciones ubicadas al margen de la ciudad fueron trasladadas deliberadamente a las nuevas parcelas. El municipio fue consciente de que este proceso se estaba presentando y así se consignó en los documentos del Registro Municipal en 1950, en un informe en el que se argumentó que las urbanizaciones nuevas:

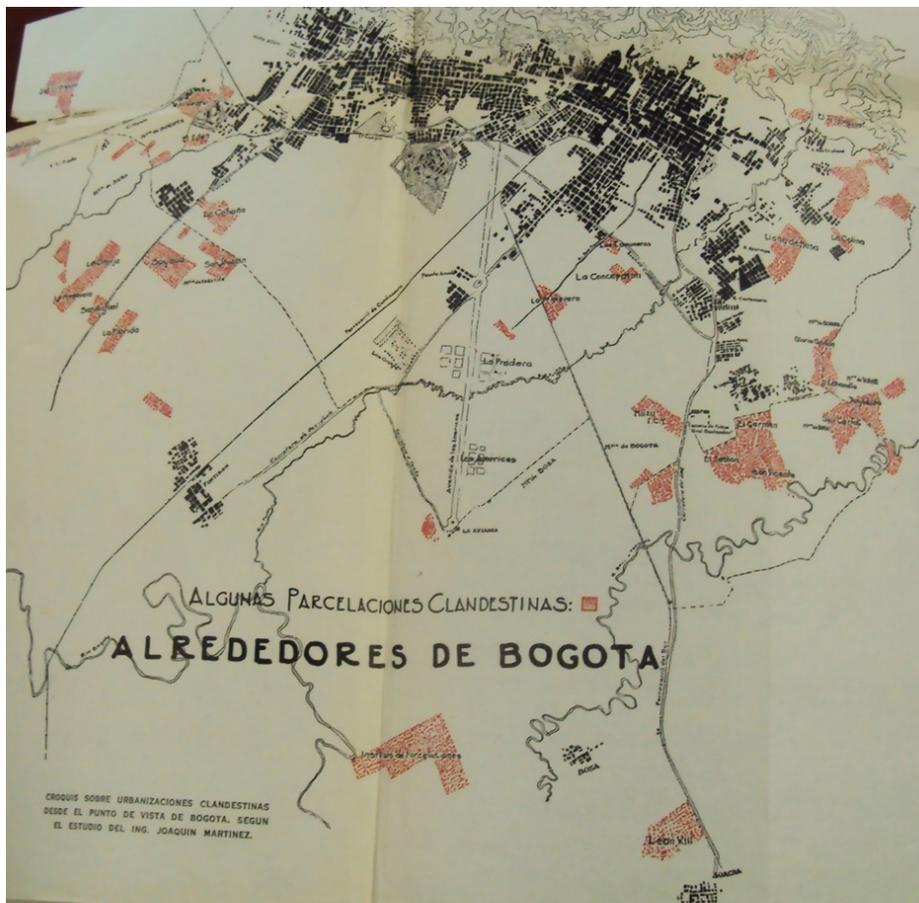
Surgieron casi todas, de la noche a la mañana, callada pero constantemente, por los cuatro puntos cardinales de la ciudad, en sitios alejados del centro, muchas veces sin el acceso necesario para llegar a ellas. Tomáronse unas cuantas fanegadas de potrero, en algunas ocasiones impropio por su situación inundable; se trazaron calles y manzanas al capricho del propietario, con el único criterio de no desperdiciar ni una pulgada para la venta. Siempre con el ofrecimiento de ejecutar las obras de higiene en poco tiempo, fueron creándose núcleos de habitación sin los más elementales servicios, indispensables para la vida humana.

Abandonados a su suerte, los nuevos propietarios que compraron a plazo sus parcelas, esperaron a que el crecimiento extraordinario de la ciudad los incorporara a ella. Las autoridades permanecieron ajenas al problema, en su

iniciación y los propietarios afortunados llenaron sus bolsillos de dinero.  
(RM 1950.p. 408).

En 1918, desde el momento en que se permitió parcelar y vender sin condiciones apropiadas de higiene, las autoridades sanitarias, por omisión, dieron el mensaje a los urbanizadores de que esa era una forma apropiada de poblar. Así que cuando se pretendió parar el proceso, este ya estaba formalizado. La parcelación de terrenos para urbanizar fue una práctica que se popularizó durante la década de 1920 y tuvo como consecuencia la expansión de la ciudad de manera desordenada. El jefe de la sección de urbanizaciones del municipio explicó a través de un plano la forma que tomaba la ciudad desde 1924 con la aparición de nuevos barrios.

Imagen No 6.



Croquis sobre urbanizaciones clandestinas 1936. Ing. Joaquín Martínez. Fondo Documental del Registro Municipal 1950, p. 414. (Archivo de Bogotá).

El Ingeniero Martínez mostró en el plano como se estaba desarrollando la configuración urbana en la década de 1930. Los sectores oscuros indican la ubicación de las urbanizaciones legales o tradicionales de la ciudad y los sectores de color rosa hacen referencia a las urbanizaciones o parcelaciones clandestinas. Se puede apreciar que al oriente solo se referencia la ciudad y no se muestran los barrios del sector del Paseo Bolívar, este es un aspecto que causa curiosidad, pues a pesar de que el sector estaba por fuera del casco urbano y que por las condiciones de pobreza llevaba a pensar que había sido de construcción espontánea, no se encuentra reflejado pese a su antigüedad. Sin embargo, si se hace referencia al proceso de ensanche del sector del Paseo Bolívar por el norte. Se podría presumir que los barrios del sector sur pudieron presentar el mismo proceso a inicios del siglo XIX, aspecto que los convirtió en legales. Con la construcción de urbanizaciones ilegales los urbanizadores privados se beneficiaron de la necesidad que por décadas se tuvo de viviendas baratas fuera el perímetro urbano. Es notable la distancia que el gobierno municipal tomó del proceso y que dejó en manos de terceros la responsabilidad gubernamental que le correspondía, sobre todo después de haberse creado la Ley 46 y la Junta de Habitación para Obreros.

La pobreza en la ciudad también estuvo ligada a la sobrepoblación. Las estadísticas de la población especifican que Bogotá durante la primera mitad del siglo XX tuvo un comportamiento ascendente: en 1918 la ciudad tenía 144.000<sup>15</sup> habitantes, y este número aumentó a 340.000 en 1938 y a 600.000 en 1950. Un factor a destacar en el proceso fue la disminución de las defunciones y el aumento de los nacimientos. Las migraciones del campo a la ciudad ocuparon un lugar prominente que frente a otras ciudades importantes del país fue muy superior (RM, 1950, p. 420).

Los nuevos barrios llevaron la pobreza y la exclusión fuera del espacio urbano y al parecer el municipio no estuvo interesado en regular las prácticas privadas de urbanización. En 1950 existían alrededor de 50 urbanizaciones clandestinas que cubrían una superficie de

---

<sup>15</sup> Los datos estadísticos de los informes presentados en 1941 y 1950 no coinciden con el número de habitantes, la diferencia entre los dos textos es de 40.000 habitantes

al menos 800 hectáreas. El número de barrios y la heterogeneidad de las distancias del centro se debió a la falta de regulación de la extensión de la ciudad, una dinámica extremista si se tiene en cuenta que iniciando el siglo no se quería extender los muros y a mitad del mismo no se identificaba en dónde podría finalizar la ciudad. Esto último dio la oportunidad de ofrecer parcelas en cualquier lugar en las inmediaciones de la ciudad, sin percatarse de las condiciones físicas e higiénicas de éstas. Esto se pudo apreciar en casos como el del lote en donde se construyó el barrio Quiroga, entre otros ejemplos a su alrededor.

Con la proliferación de urbanizadores privados que estaban creando una configuración urbana pobre e insalubre, la Asociación de Ingenieros publicó en la revista de Anales de Ingeniería un artículo titulado “Algo sobre la higiene de las construcciones”. El artículo se escribió tomando como referencia las regulaciones dispuestas en el acuerdo 40 de 1918 de la Junta Central de Higiene, Resolución 16 de 1919 y 91 de 1920 de la Dirección Nacional de Higiene y la Resolución 270 de 1935 del director del Departamento Nacional de Higiene.

El objetivo del artículo era dar a conocer a los ingenieros y arquitectos las disposiciones de las autoridades de Higiene de Colombia que se relacionaban con las construcciones de edificios destinados para habitaciones. Esto para evitar dificultades con las autoridades de higiene y contribuir así con el desarrollo y mejoramiento de la salubridad pública (AI, 1936, p.331). El artículo inicia especificando que:

No es permitido la construcción en terrenos que requieran saneamiento; aun más no se pueden vender lotes o parcelas para construir habitaciones urbanas antes de que el terreno sea saneado, es decir, que se hayan construido en él los desagües principales del lote general y se compruebe que las habitaciones que se construyan puedan recibir agua en cantidad suficiente (pp.332-334)

Entre las especificaciones estaban también el ancho de las vías, la altura de los edificios, las condiciones que debían tener los techos, los pisos, los patios, los solares y las piezas de las habitaciones. Las condiciones descritas en el documento fueron las mismas que se estipularon en el acuerdo 10 de 1902 y que se publicaron en 1913 en la revista de los ingenieros, lo que lleva a pensar que se tuvo que retomar los acuerdos anteriores porque no hubo acciones efectivas por parte de las administraciones en el transcurso del tiempo. Sin embargo, la urbanización el barrio Primero de Mayo siguió la ruta dada por el acuerdo 10, mientras que los barrios para obreros creados en parcelas nuevas desde 1924 no acataron dicha regulación.

En la década de 1940 las obras de alcantarillado y acueducto estaban adelantadas, así que los bogotanos podían beneficiarse de estos servicios. El municipio intervino en algunos barrios para instalar los servicios públicos y solicitó a los urbanizadores legalizar sus parcelaciones y tener en cuenta que para vender era necesario cumplir con siete aspectos fundamentales para establecer condiciones mínimas de higiene.

En agosto de 1942 Wiesner y Co. publicó en el diario El Tiempo, en la columna “Movimiento de la propiedad raíz”, un artículo en el que comentó las disposiciones exigidas por el municipio para las nuevas urbanizaciones. Los urbanizadores debían tener en cuenta estas condiciones al poner en venta las parcelas: instalación de alcantarillado en tubo de cemento, gres o en ladrillo recocido; desagües en todos y cada uno de los lotes; debía existir la red completa del acueducto con especificaciones y planos ordenados por la empresa; sardineles, servicio de luz eléctrica, pavimento en todas las vías, bien en cemento o asfalto. El empresario realizó dos observaciones interesantes: en primer lugar, explicó que la verificación de la instalación de estos servicios se podía hacer, excepto la del alcantarillado, pues la tubería se encontraba oculta y los costos de esta implementación eran elevados; y, en segundo lugar, comentó que era importante que los compradores trajeran nuevos compradores para asegurar el éxito de la urbanización (agosto 18, p. 7).

Con la proliferación de las parcelas clandestinas, el municipio optó por crear el acuerdo 15 de 1940 sobre la limitación de área urbanizable de la ciudad. El acuerdo atenuó

la situación irregular, pero en 1945 se convirtió en inoperante y el proceso de urbanización se extendió a los potreros de los municipios aledaños. Así que volvieron a surgir con más fuerza y se multiplicaron, hasta lo indecible, las urbanizaciones clandestinas. Aumentó el número de las parcelaciones insalubres y creció la masa de población obrera que en ese momento vivía en potreros sin agua, sin alcantarillado, sin luz, aseo o vigilancia (RM, 1950, pp.408-409). Es decir, se reprodujo la vida del Paseo Bolívar, pero en peores condiciones.

A partir de 1945 la población que vivía en condiciones deplorables se había extendido hacia el sur en donde aparecieron alrededor de veinte parcelaciones, algunas extraordinariamente extensas. En el sector de San Cristóbal se desarrollaron barriadas a espaldas del municipio, en sitios donde no se podría instalar el agua. Al norte de la Escuela Militar se levantaban ranchos en más de seis urbanizaciones sin licencias, en el sector comprendido entre el río el salitre y el camino a suba (RM, 1950, p. 406).

Así la configuración urbana se salió de control y con las nuevas urbanizaciones extramurales se prolongó en los nuevos barrios el consumo de agua impotable y la inexistencia de baños higiénicos por la falta de alcantarillado. Por lo abierto de las zonas el frío también azotaba las casas. En 1948, en medio de la emergencia de orden público por la que atravesaba la ciudad, el gobierno de Ospina<sup>16</sup> creó el Instituto de Parcelaciones, Colonización y Defensa Forestal “dizque para resolver el problema de las hortalizas regadas con aguas negras, llevó a cabo una extensa parcelación, dividiendo las fincas “El Porvenir” y “Escocia” en 103 granjas, con extensión aproximada de dos fanegadas cada una” (Joaquín Martínez en RM, 1950, p. 409).

Estos terrenos se vendieron a bajo costo con un plazo de pago de cinco años, tiempo estimado para que se realizara la división de las parcelas y se vendieran los lotes “quizás

---

<sup>16</sup> Luis Mariano Ospina Pérez, presidente entre 1946-1950 descendiente de presidentes del siglo XIX y siglo XX. Ingeniero de minas, estuvo ligado a la explotación del café, la creación de Telecom, a la toma de decisiones durante el Bogotazo, al golpe de estado de Rojas Pinilla y al origen del Frente Nacional. Tras la muerte de Gaitán, durante la IX Conferencia Panamericana, Ospina Pérez, presidente en ese momento, pronunció la frase “para la democracia colombiana más vale un presidente muerto que un presidente fugitivo”

para entonces se hayan purificado las aguas del río Bogotá, a fin de que se puedan regar las hortalizas con agua no contaminada, como creyeron los iniciadores de esta actividad” (Martínez en RM, 1950, p. 409). La urbanización se convirtió en el negocio más rentable y al mismo tiempo en la siembra de la pobreza y la indolencia social.

## **6.2. Barrios, obreros y percepción política**

El municipio clasificó los barrios de la ciudad en insalubres, aceptables y buenos. Para esto se tuvo en cuenta la situación geográfica, las condiciones de higiene, las personas que habitaban en ellos y la distancia en que se encontraban del centro. En 1936 se determinaron dos grupos de barrios, un primer grupo que se encontraba cerca al centro, del que hacían parte aproximadamente 50 barrios, más las incontables casas en la parte alta de las cruces; en el otro grupo se encontraban las zonas más alejadas del centro.

El Instituto de Parcelaciones, Colonización y Defensa Forestal (1950) explicó los motivos que permitieron la creación de los barrios y sectores de la ciudad llegando a la conclusión de que fueron dos las razones principales que robustecieron el proceso urbanístico: en primer lugar, las empresas facilitaron a los empleados la cercanía a sus lugares de trabajo, y en segundo lugar, los bajos precios de los arriendos o de la oferta de lotes proliferaron condiciones insalubres para un gran volumen de población obrera. (p.415).

De acuerdo con lo anterior, los conglomerados que aparecieron cerca a los chircales tanto al sur como al norte de la ciudad, las habitaciones de los obreros de construcción y las casas ubicadas en la parte alta de las Cruces se describieron como chozas o bohíos. Ellos eran construidos con malos tabiques de bareque de una altura que no llegaban a los dos metros, sin cimientos, sin cielo raso, sin blanqueamiento de las paredes y con un sinfín de grietas cubiertas con papel para mantener buena temperatura; al interior se respiraba un ambiente pesado por la oscuridad, la falta de ventanas y el hacinamiento; los pisos eran en tierra negra y húmeda; sus habitantes carecían de comodidad y mobiliario. (RM, 1950, pp.413-414).

Por la descripción de las construcciones existentes en estos sectores, se percibe que las personas tampoco contaban con servicios públicos como alcantarillado, acueducto o energía eléctrica, así que las condiciones de vida de los obreros de finales del siglo XIX se reprodujeron durante la primera mitad del siglo XX. Otro aspecto que parece devolverse en el tiempo es la descripción que se hace de los sanitarios con que contaban los habitantes de las casas descritas anteriormente, estos eran prácticamente inexistentes. Utilizando la misma configuración geográfica del terreno o las obras adyacentes de las industrias, se colocaban zanjones que se utilizaban como cloacas y que tenían efectos ambientales negativos por las temporadas de sol o de lluvia; además contaminaban el agua potable que las familias utilizaban para el consumo diario. Sin embargo, el ingeniero Martínez (RM, 1950) explicó que por fortuna para estas personas se había iniciado la implementación de servicios públicos y de construcción de vías, así que estos barrios estaban de acuerdo con las exigencias de vivienda humana. (pp. 413-414).

El ingeniero hizo referencia a la intervención que el municipio inició por medio del acuerdo 41 de 1940 “por el cual se dispone la construcción del alcantarillado en varios barrios de la ciudad, se autoriza la contratación de un empréstito y se dictan otras disposiciones relacionadas con la construcción del alcantarillado”. Los barrios que se beneficiaron fueron Primero de Mayo, los Barrios Unidos de Chapinero, el grupo de barrios Gutt, el grupo de barrios Gaitán, Veinte de Julio, Buenos Aires, entre otros (RM, 1949, pp. 824-826). Los caseríos de los chircales no se contemplaron en la lista.

El Instituto de Parcelación, de la misma manera que subordinó la vivienda, subordinó a los obreros. Las personas que vivían en los barrios insalubres se denominaron de baja categoría y eran descritos como personas débiles física y emocionalmente, inconstantes, de escasa imaginación y resistentes al razonamiento, por estas razones se acomodaban a la rutina diaria y se dejaban embaucar por los políticos; porque el obrero “sumergido en un ambiente saturado de palabrería, reacciona sin controlarse ante la presión del demagogo y se convierte en adorador de ídolos que explotan frecuentemente su credulidad, su falta de análisis y su adhesión fervorosa” (Martínez, 1950, p. 416). De la

misma manera, Martínez explicó que estos obreros eran los que recibían un salario de \$2,00 diarios, \$14 a la semana y \$60,00 al mes. Este era el salario mínimo establecido forzosamente por el gobierno (p. 418), del cual había que descontar el arriendo y la alimentación para familias que a veces superaban los seis integrantes.

El ingeniero Martínez (1950) jefe de la sección de vivienda y planificación del Instituto de Parcelación, explicó que el obrero de baja categoría actuaba así por:

la falta absoluta de educación, de formación de carácter, de orientación profesional y social y de la mala alimentación que ordinariamente los desarrolla desnutridos y débiles; pero esa pésima alimentación, en una vivienda en tan malas condiciones, como dejamos expuesto, atrofia pronto sus facultades y lo sumerge en la pasiva indolencia del perezoso funcional, ya indicado. (p. 416).

Martínez (1950) finalizó la descripción del obrero resaltando sus buenos modales y respeto por los burgueses y doctores; además exaltó con mayúscula sostenida que el interés primordial de estas personas era tener una casa propia, así que no les interesaba salir a las cuatro de la mañana del sector de Ferias o de cualquier otro punto para poder coger tranvía o bus y tampoco les afecta vivir en un rancho de latas si eran propietarios. Sostuvo además que estos sueños hicieron que los urbanizadores cobraran hasta \$8,00 por un barranco. (p.416).

Los barrios urbanos “acceptables” corresponden al segundo grupo de la clasificación. Estos cumplían con algunas condiciones higiénicas y urbanísticas. El grupo estaba compuesto por los Barrios Unidos de Chapinero, Puente Aranda, Santander, La Perseverancia; también hacían parte de este grupo aquellos que fueron intervenidos gracias al acuerdo 41 de 1940. El acuerdo permitió que en los barrios se realizaran obras como la instalación de servicios públicos, la construcción de los sardineles de las calles y la construcción de algunas escuelas. Los vecinos también contribuyeron para construir iglesias y campos deportivos; sin embargo, se observaba en ellos un trazo de las vías muy

irregular que deja ver el afán de realizar trazos de ajedrez con el propósito del urbanizador de no perder ni un centímetro; estos barrios no cuentan con parques o zonas de diversión. (RM, 1950, pp. 416-417). Las personas que vivían en estos barrios estaban clasificadas como obreros que recibían salarios promedios de \$90,00 al mes; es decir que tenían la oportunidad de ascender dentro de la clasificación social de la ciudad, mientras que al primer grupo por todas sus condiciones les habría sido más difícil.

El tercer grupo en la clasificación estuvo comprendido por los barrios “buenos”. Los urbanizadores de estos siguieron la regulación que se creó desde finales del siglo XIX. En este grupo de barrios estaban el Acevedo Tejada y el barrio Popular del Norte. Estos barrios se caracterizaron por el trazado de sus calles y la homogeneidad en la anchura de las mismas; esto último trajo sobrecostos al municipio debido al mantenimiento, pues no todas las vías eran vehiculares.

Sumado a la clasificación de los barrios estaban los inquilinatos que, aunque no eran barrios, si eran habitaciones destinadas para los obreros que trabajaban en el centro de la ciudad. Iniciando la década de 1940, alrededor de 100.000 personas se alojaban en casas de inquilinatos, pasajes o apartamentos. Entre los obreros y obreras que accedían a estas habitaciones estaban las mecanógrafas que tenían ingresos de \$80,00 mensuales, los escribientes de \$60,00 y los operarios de empresas que funcionaban en la ciudad. “Todos éstos son, por razón de su trabajo y de su provento, cabezas de cinco, seis y hasta diez personas que no tienen otro medio de subsistencia, ni les alcanza tampoco para conseguir una casa de cincuenta o cien (...)” (Cromos, 1949, pp. 42-44)

El ingeniero Martínez (1950) describió a los inquilinatos como habitaciones que se encontraban en:

corredores angostos, cubiertos con mediaguas<sup>17</sup>, sin canales, al cual corredor se abren una serie de cuartuchos con pisos rotos o móviles. Paredes sucias por el humo de la hornilla. La ventilación se hace por la estrecha

---

<sup>17</sup> Techos fabricados con tablas. Esta técnica es utilizada en Latinoamérica desde la década de los 30 con el propósito de albergar a quien se queda sin habitación en momentos de catástrofe, sin embargo, en algunos países de la región se utilizó como casas para obreros.

puerta y a través del corredor. No hay ventana. En un rincón humea el brasero o la hornilla de carbón vegetal; al otro lado, como en las chozas del cerro, una o dos camas para niños y los grandes, en número de dos, cuatro y aun seis personas, en 12, 16 o 20 metros cuadrados de superficie. Estos cuartuchos no tienen agua; una llave común en el patio o en el corredor, la suministra a todos los vecinos con escasez terrible, no solo porque es insuficiente la instalación sino porque el dueño limita el consumo para pagar menos. (p.415).

Las personas dueñas de los inquilinatos vivían en el mejor apartamento, el cual tenía la mejor vista para poder vigilar a los inquilinos: “desde allí ejerce su papel de dictador de su pequeño mundo de su satrapía, y de allí emanan las órdenes secas que la colonia debe cumplir sin discusión (...)” (Cromos, 1940, p. 144). Por lo general, el inquilinato contaba con un solo baño y la dueña o dueño lo administraba; quien se demoraba en pagar el arriendo era castigado sin servicio de baño. El servicio del agua era restringido a una hora en la mañana y una hora en la tarde.

Como se ha mencionado antes, las condiciones insalubres y de pobreza en que vivían los obreros hicieron reaccionar al gobierno municipal en los inicios del siglo XX; así que por medio de acuerdos se reguló la construcción de viviendas nuevas y baratas. Sin embargo, el proceso de urbanización se activó solo en la segunda década del siglo XX. Para garantizar la construcción de nuevas casas el gobierno creó la Junta de Habitación para Obreros, institución que debía garantizar la construcción de habitaciones higiénicas con el dinero del municipio; pero al construir las nuevas casas “automáticamente se destina a la clase media; tal ha sucedido con el barrio Acevedo Tejada y con el barrio Popular del Norte” (Martínez, 1950, p. 415). A estos barrios se pueden sumar el barrio Primero de Mayo y el barrio Antonio Ricaurte, este último creado por una urbanización privada, pero con licencia de construcción otorgada para construir habitaciones para obreros.

### **6.2.1. Intervención política y percepción de la población pobre.**

El debate de salubridad pública que inició desde el siglo XIX estuvo presente en la ciudad teniendo como centro del conflicto las condiciones de pobreza e insalubridad que se extendían de sur a norte de forma lineal por el oriente de la ciudad; esto fue el resultado de la explotación de la industria del ladrillo y de la minería a cielo abierto. Los gobiernos nacional y municipal fueron conscientes del proceso de empobrecimiento al que se había sometido a los obreros bogotanos en dichas industrias durante el transcurrir del tiempo.

El empobrecimiento de la población ocasionó, como se ha mencionado, que las autoridades científicas y políticas, durante décadas, expusieran estudios que indicaban el déficit de casas por año en la ciudad, demostraran las condiciones insalubres y de hacinamiento en que vivía un gran número de ciudadanos, expusieran los mejores terrenos para construir habitaciones y plantearan modelos apropiados para las casas. A raíz de esto se crearon leyes, acuerdos y ordenanzas con el propósito de construir habitaciones para los obreros más pobres de la ciudad e higienizar el sector del Paseo Bolívar. Sin embargo, todo lo anterior se aprovechó realmente en beneficio de las condiciones de vida de las clases más acomodadas de la ciudad.

El ensanche de la ciudad tuvo como objetivo, desde finales del siglo XIX, generar condiciones de vida dignas para los pobres de la ciudad. Este objetivo se pospuso, y aunque se dejó en claro la clase de terrenos que se necesitaba, el diseño de las casas, la ubicación de estas para aprovechar los recursos naturales, no se tomó la decisión de iniciar con las construcciones extramurales. La ciudad y los obreros continuaron viviendo en condiciones deplorables en el oriente de la ciudad y en los inquilinatos ubicados cerca al margen de la misma.

Solo hasta la década de 1930, el Gobierno Municipal se vio obligado a realizar obras que mejorarían la apariencia de la ciudad por dos motivos de fuerza mayor; en primer lugar, se aproximaba la celebración del IV centenario de la fundación de la capital y, en

segundo lugar, se eligió a Colombia para organizar los primeros Juegos Bolivarianos de 1936. Estos dos eventos crearon gran revuelo en el gobierno y fueron artífices para gestionar el saneamiento de la ciudad y albergar a los extranjeros.

La higienización y embellecimiento de la ciudad inició paulatinamente; el gobierno empezó las intervenciones de los barrios construidos por el municipio y de los edificados por urbanizadores privados; no en el otro grupo, compuesto por las parcelaciones clandestinas que se encontraban muy retiradas del centro y donde se habían replicado los escenarios insalubres y pobres desde 1918. En 1931 se inició la instalación de alcantarillado en los barrios, y según la clasificación que se explicó anteriormente, algunos pasaron de ser barrios “malos” a ser “aceptables”. La intervención también se realizó en los altos de San Diego, a un área de 1.175 m<sup>2</sup> que tuvo un costo de \$14. 200; es decir que las obras cobijaron a los barrios del Paseo Bolívar que quedaban próximos al sur de Chapinero. Adicional al tratamiento de aguas negras, se realizaron campañas de aseo, se instalaron conexiones de energía y se construyeron baños públicos administrados por el municipio en varios puntos de la ciudad, incluyendo a los barrios ubicados al oriente. Además, el alcalde especificó que el Paseo Bolívar carecía también de alcantarillado y de calles que merecieran ese nombre, además que se daría cuenta en el último informe al cabildo (RM, 1931, pp.6063-6070).

Otro aspecto a resaltar de la intervención del alcalde fue la crítica que hizo a las otras administraciones con respecto a la inversión y saneamiento que se habían realizado en el sector, pues por décadas había sido un problema vinculado a factores sociales, de higiene y ornato. Asimismo, el burgomaestre aseguró que el personero estaba dando la importancia requerida a esa situación y que se estaba pensando en aprovechar unas zonas destinadas para propósitos similares, así que se realizaría la gestión para iniciar las adecuaciones de las zonas para establecer a las familias y sujetos que vivían al oriente de la ciudad. (RM, 1931, p.6063).

Por otra parte, en 1937, en el Concejo Municipal se hizo referencia al proyecto denominado Paseo Bolívar que para esa fecha debía estar saneado y reforestado. En el

proyecto los habitantes del sector debían estar ubicados en barrios con habitaciones baratas y adecuadas, en condiciones climáticas apropiadas que garantizaran circunstancias dignas para vivir. El ponente también afirmó de manera quejosa que “en vía de paréntesis, si el adecuado saneamiento y la feliz terminación de aquel paseo no sería acaso un monumento de trascendentales consecuencias más digno de aquella gran memoria de monumentos de bronce” (RM, 1937, p. 169) que se habían ubicado en diferentes lugares de la ciudad como homenaje a diferentes personajes. La crítica devela cómo el presupuesto del municipio se utilizó para vanagloriarse entre familias, en lugar de propinarle a la población mejores condiciones de vida.

Cercana la fecha de la conmemoración de la festividad municipal, se fundó el barrio del Centenario, al sur de la ciudad, y en corto tiempo se desplazó a los habitantes del Paseo Bolívar. El nuevo barrio recibió a sus pobladores sin servicios públicos, ni vías pavimentadas. En el diario el Tiempo (1942) se publicó un artículo titulado “A punto de derrumbarse las casas del Centenario”. El artículo hacía referencia a casas del barrio Centenario que estaban en peligro de caerse por su mala construcción. El periodista hizo una descripción del barrio en la que especificó que:

De acuerdo con los cálculos hechos por las gentes conocedoras de estas obras, parece que la reparación de las casas del Centenario no valdrá menos de treinta mil pesos. El barrio del Centenario está situado como se sabe, al sur de la ciudad, entre los barrios libertador, Olaya Herrera y Restrepo. Tiene tres grupos de casas: uno situado en los límites inmediatos del Olaya y del Restrepo, construido por casas de mejor construcción, un poco más amplias que las otras, y cuyo precio de costo es de dos mil pesos aproximadamente; otro grupo está situado más hacia el sur: son casas pequeñas, de servicios muy escasos, que tienen un lote de extensión reducida para cultivo de hortalizas; el tercer grupo es todavía más pequeño y, como el segundo, tiene estructura sumamente débil. Es en esta zona en donde la situación es más grave para los vecinos del barrio (17 de junio, p.6).

El lote donde se construyó el barrio Centenario fue comprado por la Junta de Habitación para Obreros. El ingeniero Ortega en su publicación “Embellecimiento de Bogotá” explicó que en ese terreno se alojarían a más de veinte mil habitantes pertenecientes a la clase obrera que vivían en el sector del Paseo Bolívar. Los habitantes del oriente de la ciudad vivieron por décadas en medio de la ausencia de comodidades, en lucha continua contra la miseria, el abandono y las enfermedades (AI, 1936, pp. 43-44). Como es descrito a lo largo de esta investigación, el sector fue excluido de toda regulación y beneficio del municipio, sus habitantes se encontraban viviendo en condiciones deprimentes en medio de la pobreza, tal como se aprecia en las imágenes:

Imagen No 7.



Calleja del Paseo Bolívar. Fondo Documental del Registro Municipal (1935, p. 417). Archivo de Bogotá.

Las condiciones de pobreza que se tenía en el sector del Paseo Bolívar eran evidentes en las diferentes publicaciones, desde el sector se podía apreciar el desarrollo urbano que, por supuesto, no llegaba hasta el espacio geográfico. La personas que habitaban en el sector fueron consideradas por la prensa como obreros de baja categoría, emocionalmente débiles, ignorantes y fáciles de engañar. Así que estas personas se convirtieron en presa fácil para políticos, empresarios y urbanizadores quienes presionaron demagógicamente para lograr trasladarlos fuera del área urbana de la ciudad.

No es casualidad que la sociedad del siglo XX percibiera al obrero como ignorante y débil. Ya desde finales del siglo XIX se veía cómo la prensa reforzaba la exclusión de quienes se consideraban diferentes a la esfera de poder. Eso fue lo que hizo el diario Colombia Cristiana en 1893 y que generó manifestaciones de los artesanos cuando fueron comparados con obreros. El diario afirmó que:

“el obrero era laborioso igual que su mujer y que en cuanto podían tomar en arriendo una localidad con varios departamentos la alquilan tomando el mejor para ellos y arrendando a altos precios los demás, de esta forma se aprovechaban de la pobreza, la miseria y el desamparo cobrando arriendos costosos con los que buscaban posicionarse socialmente. Cuando el obrero alcanzaba ser jefe o maestro de taller o de obra deja el vestido de artesano y se disfraza de cachaco, y a sus hijas las hacía vestir, para presentarlas en público, de gorra y guantes, y son estas infelices las más de las veces, con consentimiento de los padres, las víctimas de la disolución y el desenfreno de los miembros de la parte de la sociedad que por su posición debía ser el amparo y sostén del débil. (...)” (El Espectador 1893, p. 576).

El espacio urbano al que se hacía referencia era el de los inquilinatos, en donde las personas vivían en hacinamiento y se empobrecían por los costosos arriendos. Las casas de inquilinatos no eran mejores que las casas del Paseo Bolívar. Las primeras estaban ubicadas en los pasajes que tenían de 25 a 30 habitaciones y donde existían solo:

dos malos excusados y dos lavaderos anti-higiénicos y mal construidos, y un servicio de agua que no suministra a los habitantes ni la necesaria para cocinar (...). Otros pasajes no tienen excusados ni servicio de agua. La peor parte de los pasajes está lejos del centro de la ciudad. Hay unos dos o tres pasajes que tienen dos pisos, y están en el centro de la ciudad, siendo uno de ellos de lo más desaseado que hemos visto: las piezas del primer piso son frías, húmedas, oscuras y mal olientes, que más bien parecen jaulas de fieras, que habitaciones para hombres (AS, 1913, p. 37)

Las habitaciones de los pasajes eran húmedas, oscuras y albergaban familias numerosas. Las habitaciones del Paseo Bolívar se describían “como chozas de mala muerte, cuartuchos miserables, cuevas socavadas en el barranco que dan alojamiento a cuatro, a seis, a diez personas” (BCO, 1918, p.16). Las personas vivían en un estado de pobreza extrema, lo paradójico es que los dos sectores estaban a unos metros de la parroquia de la Catedral, donde se ubicaba el gobierno nacional. En ambos sectores los servicios públicos eran casi inexistentes, no porque la ciudad no los tuviera, sino porque eran un privilegio para las personas acomodadas, quienes podían cumplir con las normas establecidas en los diferentes acuerdos y que además contaban con los medios económicos para pagar las licencias de construcción y a los contratistas.

Los acuerdos con los que se regulaba la construcción de viviendas exigían tener recursos para costear el levantamiento de planos y para contratar a un constructor. La Ley 46 y la regulación de la Junta de Habitación para Obreros también excluía a quienes no tenían recursos suficientes para pagar una cuota mensual en calidad de arriendo hasta que completaran la totalidad del valor del predio, pues solo en ese momento se hacía el traspaso de las escrituras. Además, hay que aclarar que estas casas no se podían vender o ceder. Con la misma regulación se incluía a la población y al mismo tiempo se excluía al pobre, dejándole como única alternativa la compra de parcelas que estaban al margen de la ley.

## Capítulo 7

### Justicia social y exclusión

El sacerdote jesuita italiano Luilli Taparelli en 1840 utilizó el concepto de justicia social para referirse a la necesidad de generar para todos, condiciones de vida que estuvieran dentro del marco los derechos humanos. El sacerdote no hablaba de la repartición de la riqueza, él se refería a que todas las personas sin distinción merecían vivir en condiciones similares. Este concepto que buscaba que las personas tuvieran un reconocimiento social y político fue publicado por Antonio Rosmini en 1848, año en que se presentaron manifestaciones en Inglaterra y Francia.

Los manifestantes ingleses exigían horarios laborales adecuados y mejores condiciones salariales, entre otras peticiones. La Constitución francesa tenía la consigna de libertad, igualdad y fraternidad, esta última se consideró como un principio de la Primera República. Frente a este proceso se presentó cierta resistencia y al inicio de la Tercera República se habló de que la solidaridad se refería en ocasiones a la igualdad, que supone una nivelación social, y la connotación cristiana de la fraternidad no recibió una aprobación unánime.

Estos aspectos económicos y políticos se constituyeron como elementos fundamentales en las democracias liberales, en las que la vida humana adquirió valor supremo representado en la búsqueda del bienestar económico, y dotó al individuo de seguridad, salud, protección, educación, nutrición, entre otros. Pero al mismo tiempo, el individuo continuó siendo objeto del biopoder en dos aspectos, en primer lugar, a la luz de Foucault, el gobierno soberano siguió disponiendo de los hombres para las guerras y, en segundo lugar, visto desde las teorías de Agamben, se generaron procesos de exclusión provenientes de las leyes y de los conflictos.

Así que, en ese momento, hablar de justicia social no era bien visto por los gobiernos de las naciones que estaban intentando consolidar el sistema capitalista. La transformación del concepto de justicia social se popularizó en 1861 a través de John Stuart

Mill quien le dio el prestigio definitivo que influenció a los pensadores modernos y contemporáneos. (Burke Thomas P, 2010, p.97).

Pensar en Justicia Social en sociedades con tan marcadas desigualdades en sus formas de vida, pudo ser un aspecto favorable para miles de personas que vivían en las diferentes ciudades del mundo occidental en condiciones de pobreza próximas a la mendicidad. En este capítulo se encontrará una aproximación a la percepción que se tenía de la Justicia Social durante el período estudiado en Bogotá.

### **7.1. Justicia social, exclusión y desigualdad**

Los procesos políticos y sociales que se presentaron durante el siglo XIX en Europa fueron la base para las nuevas discusiones en torno a la justicia social en el mundo occidental, incluido el continente americano. Este movimiento se percibió en las nuevas teorías que emergieron en el último siglo y medio. Para la presente investigación la justicia social es un punto importante pues, el debate inició cuando se propuso cobijar a las personas pobres de Italia con los derechos humanos.

Para hablar de justicia social en Bogotá durante el período de transición es necesario hacer referencia a las disposiciones constitucionales establecidas por el gobierno desde el inicio de la era republicana; proceso legislativo que excluyó de la participación política a un gran número de personas. Con las acciones políticas se construyó una sociedad basada en la desigualdad, la exclusión económica y cultural. Adicionalmente, los conflictos políticos generaron desplazamientos del campo a la ciudad. Esta situación produjo dos fenómenos que marcaron por décadas la vida de los colombianos: en primer lugar, la carestía de los alimentos y enseres afectó especialmente a quienes habían perdido sus tierras y, en segundo lugar, el número de habitantes sin empleo aumentó en los municipios y ciudades.

El aumento de la población en la ciudad produjo un gran incremento de la pobreza extrema; condición que suscitó discursos y debates acerca de, por un lado, cómo disminuir el número de la población menesterosa de las calles y, por otro lado, cómo generar mejores

condiciones de vida para los obreros. En esta parte del capítulo se hará referencia al primer grupo de la población; el segundo grupo se analizará más adelante.

La miseria presente en la ciudad durante el período de estudio cimentó procesos de exclusión, invisibilización y desprecio; además estigmatizó como peligroso y no deseado a un grupo específico de personas. Este mismo proceso se presenta con frecuencia en diferentes sociedades y en diferentes momentos de la historia. Adela Cortina (2017) explica al respecto que desde una perspectiva sociológica las personas sin hogar pueden ser víctimas de actos violentos, de hostilidad e intimidación; todo un grupo seleccionado puede ser atacado por su identidad (p.32). En el caso que nos atañe, se les concibió como una molestia y como un gran problema de salubridad. Las personas menesterosas de Bogotá recibieron el trato descrito por Cortina y esto se evidenció en los discursos de la época. En el primer capítulo se hizo referencia a la publicación hecha por el médico Josué Gómez y se pudo percibir en su alocución una carga de discriminación en general hacia la población bogotana y en especial, hacia los menesterosos. En las intervenciones del Concejo se evidenció una preocupación por recoger a estas personas y encerrarlas en asilos mientras que en los sermones eclesiásticos se realizó la invitación a ver a estas personas como potenciales obreros.

Los asilos y las donaciones fueron la alternativa para evitar que los mendigos fueran visibles. No se pensó en formas de generar mejores condiciones de vida para este gran grupo de personas; darles un empleo o una tierra para cultivar. Se les vio como seres que disfrutaban de vivir en la calle, de la caridad y la limosna. Así se excluyeron de cualquier debate o de cualquier política que se aproximara, al menos, a asegurarles la posibilidad de vivir en familia.

La presencia de los menesterosos en la ciudad confirmó la existencia de una marcada desigualdad social. La descripción que se hace de la ciudad en los diferentes documentos presenta una estructura social en la que predominaba la pobreza extrema, a la vez que se relata cómo en algunos casos la misma sociedad establecía las condiciones para que el límite entre los menesterosos y los pobres fuera muy fino. Las fronteras existentes

entre la mendicidad y la laboriosidad en Bogotá se difuminaron, el ejemplo es claro al hacer referencia a los habitantes del sector del Paseo Bolívar. Cuando el lector se aproxima por primera vez a los documentos de archivo puede llegar a pensar que estas personas habían construido sus viviendas de forma espontánea y vivían de la caridad o de la limosna. Sin embargo, al realizar un proceso de archivo más dedicado se encuentra que ellos fueron trabajadores de los tradicionales chircales y canteras (minas a cielo abierto) que estuvieron en funcionamiento de tiempo atrás. También hay que acotar que la población del sector aumentó con el desplazamiento de la actividad económica a San Diego y a Chapinero.

Aquí conviene detenerse un momento con el fin de analizar la situación de la población mendiga desde diferentes miradas. Por una parte, está el aspecto biopolítico específicamente enfocado desde lo jurídico-filosófico de la exclusión-inclusión, teoría expuesta por Agamben con la que se puede explicar cómo una gran parte de la población pasó de ser pobre a tener la condición de *nuda vida*, proceso que se explicitó y que se evidenció en el crecimiento del sinhogarismo.

Por ser un proceso que se direccionó desde la misma constitución se implementó el estado de excepción y se dividió a las personas entre aquellas dotadas de existencia política y aquellas que no lo estaban. Estas últimas se llevaron a la condición de *nuda vida* pues se despojaron de sus derechos fundamentales. De esta manera, cada miembro de la sociedad se ubicó en lugares diferentes dentro del espectro de poder.

Desde el paradigma de Agamben, cuando se despoja a las personas de sus derechos fundamentales se reducen éstas a la *nuda vida*, esto se evidenció en Bogotá ya que la misma ley situó a una parte de la ciudadanía al margen de la misma vida política. De esta manera, la población se fue empobreciendo por las dinámicas políticas y económicas que las constituciones orientaron, convirtiendo a una parte de la población en personas vulnerables que podían ser asilados, aprisionados o exiliados.

Al aproximarse a la constitución de 1821 y analizar algunos artículos a partir de la teoría de Agamben, se puede afirmar que la *nuda vida* que habitaba en el país quedó

liberada en Bogotá y pasó a ser a la vez el sujeto y el objeto del ordenamiento político y de sus conflictos, el lugar único tanto de la organización del poder estatal como de la emancipación del mismo (2013, p.19). Desde entonces y durante el período en estudio, el empoderamiento de la parte gubernamental, de la economía y de todo lo concerniente a la ciencia estuvo en manos de un grupo muy reducido de hombres que manejó cada aspecto a su discreción.

El municipio tomó decisiones respecto al destino de los pobres y menesterosos, así que se realizó una división en la población que ya de entrada carecía de derechos. De tal manera que no todos los pobres o los menesterosos en necesidad de asistencia tuvieron acceso a los asilos; el “beneficio” fue para aquellos quienes el municipio consideró que debían recibirlo.

Otra mirada pertinente es la de Boaventura de Sousa Santos, quien señala que en las sociedades capitalistas modernas se articulan la estructura y jerarquización social, el sistema de desigualdad y exclusión. El sociólogo portugués (2005) presenta un análisis moderno de la desigualdad y la exclusión en el que resalta la evolución de estos conceptos desde el antiguo régimen hasta los tiempos modernos. Argumenta además que la igualdad, la libertad y la ciudadanía son reconocidas como principios emancipatorios de la vida social (p.9). Sin embargo, la desigualdad y la exclusión que se evidenciaban en los menesterosos fue una condición de vida que se produjo por diferentes motivos: inicialmente por el desplazamiento a la ciudad de personas que llegaron en busca de trabajo y luego por la falta de industrias y empresas que contrataran a quienes lo requerían.

Como se dijo precedentemente, la constitución despojó a los campesinos, indígenas y pobres de los derechos de ciudadanos. Este proceso fue excluyente y al mismo tiempo puso en la cúspide de la estructura social a propietarios de tierras, empresarios e ilustrados; de esta manera se oficializó una marcada desigualdad social en el país que dio sus frutos en la capital. Así, la desigualdad y la exclusión tuvieron que ser justificadas como excepciones o incidentes de un proceso social que en principio no les reconoce legitimidad alguna a

aquellas personas que no cumplieran con las características suficientes para participar en la vida política (de Souza Santos, 2005, p. 9).

Al no tener derechos constitucionales ni derechos fundamentales, los mendigos de la ciudad produjeron un conflicto de interés en la población: mientras la sociedad necesitaba que el municipio implantara políticas destinadas a solucionar el ahogo del sinhogarismo, las personas que vivían en la pobreza extrema requerían que las autoridades intervinieran para generar condiciones adecuadas de vida.

Frente a la situación que se presentaba en la ciudad, con respecto al gran número de personas sin hogar en pobreza extrema, el municipio adoptó políticas dirigidas a recluir y sostener a estas personas en asilos para salvaguardar la seguridad de la población. Las medidas adoptadas se cubrieron con la redistribución de los dineros públicos que administraba el departamento y el municipio además de la solidaridad de los dueños de las casas y establecimientos comerciales quienes pagaban el impuesto de puertas para que se recluyera y sostuviera a los mendigos.

Recluyendo a los menesterosos en los asilos apareció un sentido de justicia que en teoría cobijaba a quienes tenían ciertas comodidades y a quienes no las tenían, ya que se pensó en brindar seguridad a los menesterosos y a los ciudadanos de manera en que se garantizaba que los dos grupos sociales accedieran a mejores condiciones de vida; es decir, los mendigos tendrían donde vivir y aseguraban la alimentación y al mismo tiempo el resto de la sociedad obtenía vías despejadas de pobres y sus casas ya no serían invadidas por quienes buscaban un mendrugo de pan.

Desde esta lógica se podría presumir que la noción de justicia con la que se procedió para sostener a los mendigos fue la de la redistribución, esto en el sentido estrictamente económico, pues si se analiza desde lo político, como grupo oprimido o minoría, la percepción de justicia fue difusa porque los menesterosos perdieron los derechos jurídicos de persona y se redujeron a individuos, y con eso llegaron a la condición de *nuda vida*. Sin embargo, retomando a Taparelli, el proceder del municipio estuvo en concordancia con

acciones permeadas por la justicia social porque lo que se buscaba era que todas las personas vivieran en condiciones adecuadas y tuvieran acceso a derechos fundamentales.

Por otra parte, la reclusión de los menesterosos fue considerada por los ciudadanos como realmente justa. Fue justa para aquellos ciudadanos que contaban con los derechos fundamentales y constitucionales propios de la nación y que necesitaban vivir en una ciudad higiénica y libre de mendigos, así los mendigos en los asilos vivieran a merced de quienes los vigilaban y ejercían el poder sobre sus cuerpos.

## **7.2. Justicia en Bogotá**

Las sociedades modernas han generado debates relacionados con las orientaciones que los diferentes grupos sociales dan a la justicia durante algunos procesos políticos, económicos y sociales. A algunos les bastaba con que los ciudadanos fueran iguales ante la ley; a otros les parecía necesario e importante la igualdad de oportunidades; para otros la justicia exigía que todos los ciudadanos tuvieran acceso a los recursos y contaran con el mismo respeto para poder participar en iguales condiciones a los demás, como miembros de pleno derecho de la comunidad política. Así, los debates acerca de la justicia social se centraban en el qué se consideraba justo y se olvidó pensar y discutir sobre el quién y el cómo (Fraser, 2008, p. 34).

Al respecto conviene decir que la concepción tradicional de justicia social se relaciona con la distribución económica y la dimensión cultural del reconocimiento. Estos aspectos han generado conflictos sociales en diferentes momentos de la historia. Fraser, pensando en una forma de involucrar lo político en los debates, se pregunta: ¿quiénes son los sujetos apropiados con derecho a una justa distribución o al reconocimiento recíproco en un caso determinado? y ¿qué dimensión o factor es el más importante a tener en cuenta? (p. 38). De esta manera introduce la dimensión política de la representación y los debates pasan de ser bidimensionales a ser tridimensionales.

Asimismo, Fraser (2008) argumenta que el significado más general de justicia es la paridad de participación. La propuesta lleva a que la justicia requiere de acuerdos sociales que permitan a todos participar como pares en la vida social. De esta manera, el pensar en superar la injusticia significa tener que abandonar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunos participar a la par con otros, como iguales con pleno derecho en la interacción social (p.39).

Es importante puntualizar que el uso del concepto de paridad participativa en esta investigación se relaciona con la clase obrera, que en el período estudiado se puede ver como oprimida y excluida de las políticas sociales.

Entonces, la paridad de participación es un proceso social congruente con las relaciones políticas dentro de la sociedad y puede ser considerado un principio de justicia. Desde esta perspectiva, y aproximando la teoría de Fraser a los acontecimientos sociales sucedidos en Bogotá en 1893 y los discursos que emergieron de los mismos, se puede evidenciar no solo la desigualdad social sino la percepción que se tenía de los diferentes grupos sociales en la ciudad.

Como se explicó en el primer capítulo, en la ciudad se presentaron manifestaciones en contra del diario Colombia Cristiana por la publicación de un artículo ofensivo para los artesanos. En el diario se hizo referencia a los artesanos como obreros que vivían en los sectores deprimidos de la ciudad, además se afirmó que el ascenso económico de estos surgía a partir de la laboriosidad de sus esposas, de los matrimonios arreglados de sus hijas y del usufructo por arriendos en los sectores deprimidos de la ciudad. La situación de orden público bogotano trascendió a ser un asunto nacional y el diario antioqueño El Espectador publicó un nuevo artículo en defensa de quienes habían sido vilipendiados.

En el nuevo artículo se tilda de injusto e indignante al primero por la comparación que se hizo entre artesanos y obreros. Esto dejó al descubierto no solo la estructura en la que se ascendía socialmente, sino que reveló los sentimientos o sensaciones que se tenía hacia el otro, con la imposibilidad de siquiera ver al otro como igual, pues la desigualdad

social era tal que existía una distancia pronunciada a nivel económico y político entre los ciudadanos.

La aproximación del concepto de paridad de participación al contexto bogotano del período histórico estudiado, permite evidenciar que uno de los principios constitucionales de la nación de 1886 era asegurar los bienes de la justicia (Constitución de 1886, p. 3), pero no se contempló el de la igualdad. Desde esta perspectiva, hablar de justicia se convirtió en algo difuso en el país y en la capital.

Por otra parte, la iglesia estuvo interesada en mantener la dinámica social inamovible. Esto se evidenció en el discurso que se dio en el atrio de la iglesia cuando se pronunció que no era conveniente que los obreros hablaran de igualdad pues eso era un atentado contra la sociedad y por extensión hacia los empresarios y artesanos, y posteriormente se invitó a éstos a impedir que los obreros tomaran conciencia de que ellos podrían vivir en mejores condiciones. El sacerdote se centró en la igualdad económica desconociendo que se podía hablar de acuerdos sociales que permitieran mejorar las condiciones de vida de los obreros y de sus familias.

La igualdad a la que se hace referencia en la realidad estudiada se puede basar en la teoría de Fraser, ya que explica que en los diferentes contextos históricos se encuentran rasgos de justicia que subyacen de un conjunto de supuestos en los diferentes discursos y adoptan una forma relativamente regular y reconocible. Constituidos por un conjunto de principios organizativos y presentando una gramática discernible, estos conflictos adoptan la forma de justicia normal (Fraser, 2008, p.98).

La publicación del periódico Colombia Cristiana fue cuestionada por el diario El Espectador que la tildó de injusta o ignorante, pues los artesanos eran trabajadores y los estaban ofendiendo al compararlos al grupo social de los obreros, quienes vivían al límite de la pobreza y la miseria. Con estas publicaciones se presentaron en la ciudad grandes manifestaciones sociales solicitando rectificar lo publicado. Si se puede destacar un aspecto

de esta situación, es que la sociedad bogotana del período histórico en cuestión ejerció la institucionalización de la desigualdad social.

La desigualdad social se puede considerar como el aspecto que inhabilita la participación equitativa de un grupo en la vida social. La mala distribución, el desempleo y la exclusión marcaron la vida bogotana al finalizar el siglo XIX y durante la primera mitad del XX y si bien durante este período hubo reconocimiento de los diferentes grupos sociales, este no dejó de hacerse de soslayo y a través del menosprecio hacia los obreros y los pobres.

### **7.3. Justicia normal o justicia anormal**

Como se ha venido explicando, la estructura social de la ciudad presentó una marcada desigualdad que se evidenció en las relaciones sociales establecidas desde lo político, lo económico y lo cultural. Entre los ciudadanos bogotanos se encontraban quienes contaban con suficientes recursos para acceder a ciertas comodidades y quienes escasamente alcanzaban a sobrevivir al día a día y, sin embargo, todos eran víctimas del estado de insalubridad y hacinamiento del espacio urbano.

Los graves problemas de salubridad e higiene, condiciones urbanas que afligían a los ciudadanos, obligaron a que se creara la regulación para remodelar casas de habitación y se proyectara la construcción de urbanizaciones nuevas fuera del perímetro urbano. Al mismo tiempo se convocó a participar en los diferentes congresos de higiene que se realizaron a nivel nacional.

En el segundo congreso de medicina que se llevó a cabo en Medellín se trataron temas relacionados con el ensanche de las poblaciones, los caños santafereños, las alcantarillas bogotanas y sus malos olores, apuntaciones sobre ingeniería, contribución al estudio de la higiene pública de Bogotá, sobre medidas profilácticas de la viruela, elementos de higiene, saneamiento de Bogotá, el cloro en la depuración de las aguas del

acueducto de Bogotá, sobre higiene de las construcciones, entre otros, que dieron indicaciones para mejorar la higiene y resolver el problema del hacinamiento en la ciudad.

Los temas tratados en el congreso pueden ser considerados parte de un debate público relacionado con la higiene de la capital que buscaba evaluar la situación de salubridad y proponer estrategias que podrían haber servido para mejorar las condiciones de vida de la ciudadanía. La dinámica del congreso y las diferentes intervenciones se pueden relacionar con la teoría de justicia propuesta por Fraser, desde la perspectiva de un discurso normal. Aunque los participantes del congreso diferían al tratar de precisar lo que la justicia requería en ese caso concreto, compartían, no obstante, determinadas presuposiciones subyacentes acerca de cómo debía hacerse una reivindicación inteligible de justicia, o de vida digna para los bogotanos (Fraser, 2008, p.97).

Los ponentes se convirtieron en interlocutores entre el gobierno y los ciudadanos afectados por las condiciones de salubridad. Cada ponencia o intervención solicitó con urgencia políticas contundentes para mejorar la higiene y la salubridad de la ciudad. Asimismo, los diferentes discursos contenían propuestas urbanísticas, higienistas y sociales dirigidas posiblemente a actuaciones que consideraban justas. Desde esta perspectiva y a la luz de Fraser (2008), en el contexto del congreso se pudieron encontrar quienes discutían sobre justicia desde la necesidad de establecer condiciones de higiene adecuadas y compartían un conjunto de supuestos ocultos. Las intervenciones adoptaron una forma relativamente regular y reconocible; y constituidos por un conjunto de principios organizativos y presentando una gramática discernible, esos conflictos adoptaron la forma de justicia normal (p.97).

Con respecto a la justicia normal, Fraser (2008) argumenta que no siempre los discursos son normales desde la dinámica descrita precedentemente. Es posible que se presenten contextos a nivel mundial en el que los debates públicos relacionados con la justicia permanezcan totalmente dentro de los límites establecidos por un conjunto de supuestos constitutivos; también es posible que no encontremos nunca un caso en el que cada participante de los debates comparta todos los supuestos. Además, siempre que hace

acto de presencia una situación que remite a la normalidad, podemos sospechar fácilmente que descansa en la supresión o la marginación de los que disienten del concepto imperante (p. 98).

Las discusiones en torno al problema de salubridad en la ciudad trascendieron los escenarios académicos y jurídicos, así que las revistas, los periódicos y las crónicas de los viajeros se convirtieron en partícipes de los debates. Estas intervenciones se hicieron desde perspectivas subjetivas que podrían tener un tinte partidista, social o incluso comparativo con ciudades de otros países. Así los debates en torno a la forma en que vivían los bogotanos proliferaron y se convirtieron en algo cotidiano. La dinámica del debate llevó a que los participantes muchas veces no estuvieran de acuerdo sobre quienes tenían derecho a ser tenidos en cuenta en asuntos de justicia, ya que algunos conceden ese derecho a todo ser humano y otros restringen esa misma condición a sus conciudadanos (Fraser, 2008, p.100).

La proliferación de discursos y debates en torno al problema de salubridad permite tener una visión global de la situación. De una parte, se criticaba la deficiencia del sistema de alcantarillado y acueducto de la ciudad; se culpaba de los malos olores al alcalde que inició el cambio de sistema al finalizar el siglo XIX y a las personas que vivían al oriente porque eran ellos quienes contaminaban las aguas del acueducto. De otra parte, estaba el problema de hacinamiento en que vivían los obreros, y de esto se culpaba a los dueños de los inquilinatos, y no solo por la aglomeración sino también por la pobreza; también el gran número de enfermedades que se padecía en la ciudad y sus alrededores; además el conflicto de la mendicidad, que no se veía como un problema económico, sino que se presentó como una práctica que se hacía por gusto.

Las diferentes intervenciones y publicaciones que se presentaron durante las dos primeras décadas del siglo XX se relacionaban con soluciones que buscaban el bien común, a pesar de que no se hablara de justicia directamente. Con todo, se perdió el rumbo, pues la dinámica se convirtió en crítica y dejó de buscar soluciones a los problemas que aquejaban a la ciudadanía. A esta dinámica Fraser (2008) la denomina anormalidad, porque falta la fuerza ordenadora de los supuestos compartidos, forma estructurada del discurso normal.

La filósofa argumenta que “la anormalidad se arremolina igualmente en torno a escenarios institucionalizados de discusión como los tribunales y las corporaciones de arbitraje, cuya *raison d'être* es normalizar la justicia” (p.100). En el caso Bogotano los escenarios fueron los diferentes congresos médicos, las sesiones en el Concejo y las publicaciones de los ingenieros y periodistas.

#### **7.4. Justicia y ensanche de la ciudad**

El lento ensanche de la ciudad se puede asociar con dos grandes problemas por los que atravesó la ciudad durante la primera mitad del siglo XX. En primer lugar, y como se ha explicado, estuvo la insalubridad y hacinamiento al que fueron sometidos los ciudadanos; en segundo lugar, la gran desigualdad social que crecía día a día por las mismas dinámicas políticas y económicas que eran avaladas por el gobierno.

Alrededor de cinco kilómetros era la extensión de la ciudad, que conservó durante el siglo XIX las lógicas coloniales. Durante la Colonia el centro de los municipios concentraba a las autoridades y a las familias prestantes, mientras hacia afuera continuaba creciendo la ciudad, dependiendo de sus condiciones económicas y políticas. La industria se desarrollaba fuera del perímetro urbano; en el caso de Bogotá la actividad que tuvo mayor explotación fue la minería a cielo abierto. Esta instauró asentamientos de trabajadores alrededor de la ciudad, por el suroriente a inicios del siglo, y hacia la mitad del mismo, se extendió al nororiente.

Así, el desplazamiento de las actividades económicas de la minería inició el ensanche de la ciudad por el oriente, con la creación de barrios sin planeación que valorizaban las tierras de los industriales y empobrecía a los trabajadores. Los obreros ubicados fuera del casco urbano fueron objeto de grandes críticas relacionadas con la higiene pues sus desechos corrían al occidente con el cauce de los ríos y riachuelos. Al interior de la ciudad el tratamiento de las aguas negras se realizaba por medio de los pozos sépticos, sistema heredado de los españoles y que solo hasta finales del siglo XIX comenzó a modernizarse con la instalación de tuberías para el desagüe de los desechos humanos.

El cambio de sistema de alcantarillado se inició en la parroquia de la catedral cubriendo a los sectores que podían fácilmente pagar las obras; desde esta perspectiva no se tuvo en cuenta a la población obrera en el inicio de las obras. El Paseo Bolívar, sector que había crecido de forma lineal de sur a norte por el costado oriental de la ciudad, no fue contemplado dentro de las obras municipales, aunque pudo ser la prioridad porque interviniendo ese espacio se habrían disminuido los malos olores de la ciudad y el agua del acueducto habría mejorado su calidad para el consumo.

En el caso de Bogotá, la instalación de los servicios de acueducto y alcantarillado pudo haber sido un ejercicio de paridad social, sin embargo, evidenció la división territorial de acuerdo al poder político y económico de los ciudadanos. Así, la configuración de los espacios trajo como consecuencia una separación aún mayor entre los grupos sociales e incrementó la desigualdad económica y política en la ciudad.

Con esta dinámica quedó al descubierto la falta de empleos, los bajos salarios y el mal estado de las casas en las que vivían los diferentes sectores de empleados. Visto este proceso desde Fraser (2008), se puede afirmar que la configuración espacial de la ciudad llevó a que muchas personas estuvieran impedidas de interactuar en condiciones de paridad por jerarquías institucionalizadas que les negaron una posición adecuada; en este caso, se vivió a partir de una desigualdad de status o de un reconocimiento fallido. Asimismo, al hablar de reconocimiento fallido no puede reducirse a un efecto secundario de mala distribución, ni a la inversa, la mala distribución no puede reducirse a una expresión epifenoménica como es el reconocimiento fallido (pp.39-40).

En Bogotá se presentó una dinámica urbana que produjo una mala distribución en la instalación de servicios públicos. La proyección de viviendas adecuadas y el reconocimiento fueron distorsionados en la esfera política porque los pobres, o los mal valorados, difícilmente podían ejercer plenamente sus derechos políticos y crear acuerdos sociales como pares. Desde esta perspectiva, la dinámica se puede analizar desde Fraser (2008) porque la configuración urbana también impidió que un sector de los ciudadanos

participara plenamente en las estructuras económicas, estructuras que les negaba los recursos que necesitaban para interaccionar con los demás como pares (pp. 39-40).

Como se ha explicado, en la ciudad se presentaron diferentes congresos y debates relacionados con el problema de higiene y salubridad que afectaba a los ciudadanos. Las intervenciones analizaron la situación desde diferentes puntos de vista y esta dinámica llevó a que surgieran leyes, acuerdos y normas para cubrir las necesidades de los obreros. Así, la situación de la ciudad se pudo ver como anormal y los diferentes discursos y debates pudieron no comprender acerca de a quién hay que aceptar como autor de una reclamación de justicia, pues en ese escenario se hubiesen podido congregar quienes respaldaban a todo el grupo de pobres y aquellos que pensaban solo en algunos pocos (Fraser, 2008, p.99).

Las políticas públicas en esencia cobijaban a la población, pero las especificidades de estas excluyeron a un gran número de personas que finalmente quedaron desamparadas y fueron presa fácil de la oportunidad que se materializó en discursos difusos, especialmente en la venta de lotes para construir habitaciones para obreros después de la inauguración del barrio Primero de Mayo, al sur de la ciudad. Los nuevos urbanizadores aprovecharon la necesidad de quienes vivían en condiciones precarias y con discursos y ofertas, en apariencia justas, reprodujeron la pobreza en la periferia de la ciudad, evidenciando la percepción que se tenía de los obreros y los pobres.

Para concluir, las condiciones de vida de los obreros y los pobres fueron una excusa para generar recursos para los empresarios. Cada discurso tuvo en apariencia una intención justa dirigida a continuar con una política que brindaría condiciones adecuadas de salud, de vivienda o de educación para la población; sin embargo, la dinámica social y política no permitía que ese beneficio llegara a aquellos en los que se había pensado inicialmente.

## Capítulo 8

### Conclusiones y discusiones

Los procesos constitucionales colombianos del siglo XIX posicionaron a las clases altas económica y políticamente generando una brecha entre la población colombiana, aspecto que se evidenció en la creación de políticas públicas de salubridad durante el período estudiado. El favorecimiento del gobierno a quienes pertenecían a un pequeño círculo social agudizó con el paso del tiempo la exclusión social en la capital, del mismo modo que dio vía libre para que los empresarios ganaran poder económico y político.

Desde la segunda mitad del siglo XIX se observó un fuerte posicionamiento de la sociedad filantrópica como agrupación de personas de buena voluntad, de los médicos como policía sanitaria y de los ingenieros como especialistas con la proyección de obras dirigidas a mejorar la vida de la población. Los tres grupos participaron en la creación de políticas públicas y tomaron parte en las decisiones sobre el control del pobre, del obrero y del menesteroso. Así, la Beneficencia de Cundinamarca, con el aporte económico de las personas de buena voluntad, se dedicó a retener a niños, niñas, hombres, mujeres, ancianos y ancianas para recluirlas en los asilos con el objetivo de limpiar las vías de la pobreza. Al momento de ser asiladas, las personas entraron a un estado de anomía ya que fueron desprovistas de sus derechos ciudadanos, quedando su integridad bajo el criterio de sus cuidadores.

Los médicos que pertenecían a la Junta de Higiene y cuya responsabilidad consistía en vigilar la salubridad de la ciudad, se posicionaron en el ámbito político como policía sanitaria, lo que les permitió obtener poder en los asuntos relativos a la administración de la ciudad. Con este poder los profesionales de la salud podían determinar cuándo y cómo se hacía cumplir la ley y a quién se le concedían los beneficios en cualquier aspecto social, económico o político, privilegiando a unos sobre otros.

Los ingenieros se ocuparon de realizar los estudios ambientales para decidir los lugares de la periferia en donde sería mejor construir nuevas urbanizaciones, y de esta manera implementar el acuerdo del Concejo de 1891 que dio las directrices para remodelar o construir viviendas nuevas dentro y fuera del perímetro urbano. Con este acuerdo se dio origen a las licencias de construcción obligatorias para iniciar cualquier obra, y con el acuerdo de 1902 se normalizó la construcción de urbanizaciones nuevas. Las dos regulaciones favorecieron a quienes contaban con propiedades y con dinero para iniciar obras.

Los discursos y las ponencias de los diferentes congresos de medicina, en los que participaban también los ingenieros, daban a entender la necesidad de construir habitaciones higiénicas y baratas para los obreros. Sin embargo, la legislación excluyó a este grupo social y dirigió la norma hacia quienes necesitaban legalizar las construcciones que tenían fuera del perímetro urbano, más exactamente hacia el norte de la ciudad en el sector de chapinero, en donde se contaba con una moderna infraestructura de servicios públicos, empresas, explotación de minería a cielo abierto y hasta un hospital privado, en el que posteriormente el gobierno invertiría para convertirlo en un hospital militar.

El sentido bioético para la protección de la vida de los bogotanos se percibió en varios aspectos; en primer lugar, en la implementación de la investigación científica experimental para el cuidado y protección de la vida de los ciudadanos, aspecto estudiado en el proceso de la creación de la escuela de medicina, la escuela de enfermería y la construcción de los diferentes hospitales de altas tecnologías. En segundo lugar, en la instauración de instituciones y la construcción de establecimientos que tuvieron como objetivos cuidar la salud de las personas y, primordialmente, proveer los cuidados especializados. Aspectos que enriquecerían los avances científicos destinados a mejorar la salubridad de la ciudad en un futuro cercano. En tercer lugar, en los estudios que fueron realizados constantemente por el personal médico en el Hospital General, enfocados en las necesidades de la población bogotana, y que sacaron a la luz la percepción que se tenía de la salud y de la vida; aspectos que permitieron vislumbrar que la ética médica en ese

momento estaba relacionada con la práctica, con el “deber hacer-deber ser” de la medicina y del profesional de la salud.

Durante el período examinado, los médicos ejercieron dos funciones fundamentales dentro de las dinámicas sociales y políticas relacionadas con la salubridad de la población bogotana; por una parte, hubo quienes se dedicaron en el ámbito legal a vigilar, controlar y crear políticas públicas, lo que los posicionó posteriormente en cargos gubernamentales; por otra parte, estuvieron aquellos que practicaron la medicina y la investigaron, contribuyendo así al desarrollo de la biomedicina en la ciudad y al mejoramiento mejorando de la calidad de vida de la población. La sociedad filantrópica también mostró cierto interés por la protección de la vida y de la salubridad. Los actos de buena voluntad hacia los individuos pueden percibirse como un acuerdo conforme a la teoría de la justicia social. Ejercicio que se convertiría en costumbre al interior de la población bogotana y que les quitaría responsabilidad a las instituciones gubernamentales; dinámica social que se cristalizó en diferentes políticas públicas.

El discurso prejuicioso que promulgaba que los obreros y los pobres eran personas, física y emocionalmente débiles, inconstantes, de escasa imaginación, resistentes al razonamiento, de fácil acondicionamiento a rutinas y susceptibles a ser embaucados, lo aprovecharon los empresarios y los políticos para pagar salarios muy bajos, para descuidar el servicio de salud de los empleados, para asilar al mayor número de personas en pro de la recolección de impuestos, para ofrecer lotes en la periferia sin servicios públicos y de manera clandestina; esto, además, con la complicidad del gobierno que no tomó medidas para impedir la venta de lotes en espacios insalubres. Paradójicamente, las políticas públicas se crearon a través de discursos de inclusión que, al mismo tiempo, y por medio de la regulación, se convertían en excluyentes e incrementaban la desigualdad, reduciendo a la condición de *Nuda Vida* a un numeroso grupo de personas.

El desamparo de la ley y la exclusión social evidenció en la ciudad el proceso de “dejar vivir y dejar morir” como una práctica biopolítica; práctica explicada bajo las teorías foucaultianas y agambenianas en que se ha apoyado este trabajo. El Concejo, la Junta de

Higiene, la Beneficencia de Cundinamarca y la Alcaldía de Bogotá impusieron las leyes con poder soberano, utilizando discursos ambiguos de inclusión-exclusión. No pensaron en las condiciones de pobreza en que vivían los obreros y que los hacía vulnerables. Las personas murieron de hambre y contagio durante décadas, ya que la inversión en salud, infraestructura y desarrollo de la ciudad no fue contemplada dentro de la legislación, dejando en manos de particulares la vida de la población.

La apatía del gobierno por mejorar el sistema de salud creó una constante alerta de epidemias de gripas y enfermedades respiratorias. La contaminación del agua que abastecía a la población era un detonante para las enfermedades gastrointestinales. Además, el aumento de la vida nocturna incrementó el índice de la prostitución y del contagio de la sífilis y de otras enfermedades de transmisión sexual, afectando significativamente a la población femenina. Solucionar este panorama debió haber sido una prioridad para la junta de higiene, pues en un principio esa era su función; sin embargo, por medio del acuerdo No 7 de 1905 se prohibió fundar casas de salud, hospitales particulares u otros establecimientos sin la autorización de la entidad. Esto favoreció a la clínica Marly que recibía importantes cifras del gobierno por atender a las fuerzas militares; aportes que en décadas anteriores recibía el hospital San Juan de Dios. Este acuerdo también impidió el funcionamiento del Hospital San José, centro de caridad con altas tecnologías e infraestructura de estilo italiano. Solo se permitiría su inauguración hasta 1925, es decir, que durante la pandemia de la gripa española el hospital estuvo cerrado a pesar de que las personas necesitaban ser tratadas medicamente y con urgencia.

La falta de condiciones adecuadas en el Hospital General recrudeció el contagio de la tuberculosis, enfermedad que infectaba a la ciudad dejando un alto índice de morbilidad. Esta circunstancia no era desconocida para las autoridades gubernamentales y sanitarias, y solo se tomarían medidas hasta la década de 1930 cuando se diera inicio a la construcción del Hospital Sanatorio de Santa Clara por solicitud de doña Lorencita Villegas de Santos durante el gobierno de su esposo, el presidente Eduardo Santos. Este centro de salud tampoco dio abasto para atender a la población enferma de la ciudad y del departamento. Con este acto de caridad se demuestra que la salud de la población pobre salió de la agenda

gubernamental en el momento en que la clase alta contó con un centro médico particular para abandonar el hospital de caridad.

El deterioro de la salubridad e higiene de Bogotá llegó a su máximo en 1918 con la llegada del virus de la gripa AH1N1. Con la pandemia de la gripa blanca, o gripa española, la población se diezmó en menos de un mes, superando los 3.000 decesos. La información quedó consignada en los artículos de revistas que describían la manera en que las personas pobres caían por montones ante el flagelo del virus. Los miembros del gobierno y las clases altas ya no vivían en el centro urbano de Bogotá así que la pobreza y la higiene fueron temas descartados de las políticas públicas; muestra de esto es el aplazamiento de la construcción del acueducto y alcantarillado para la ciudad. La pandemia expuso a la luz pública la ausencia de políticas de salubridad que realmente ampararan a la población. Es destacable el hecho de que después de la pandemia el gobierno no creó instituciones médicas para atender a la población pobre; en su lugar, aprovechó la oportunidad para dar inicio a la extensión de la ciudad en diferentes áreas alejadas del centro, en lugares que no eran apropiados para la construcción de viviendas higiénicas.

La crisis generada por la pandemia llevó a crear instituciones como la Junta de Habitaciones para Obreros. Con ayuda de esta Junta se construyeron viviendas fuera del perímetro urbano que favorecieron a aquellos trabajadores que podían pagar las cuotas de las casas. Desde las mismas políticas de constitución de la Junta se dejó por fuera a los más pobres de la clase obrera. El sistema de salubridad tampoco mejoró; la situación social y sanitaria continuó como en los años anteriores a 1918. El Hospital General San Juan de Dios siguió prestando el servicio en condiciones deprimentes, y las enfermedades generales, respiratorias y de transmisión sexual aumentaron sin ser tratadas de manera contundente. Al parecer se aprovechó la coyuntura social para embaucar a los pobres vendiéndoles lotes muy lejos del centro, sin ningún servicio público. Los trabajadores embaucados tuvieron que esperar hasta la década de los cuarenta para que el municipio corriera con los gastos de acometida del acueducto y el alcantarillado.

Para finalizar este documento, se puede deducir que, a pesar de la gravedad de las crisis de salud, de las pandemias y del constante riesgo de epidemias, los diferentes gobiernos bogotanos y colombianos rehusaron su responsabilidad con la salubridad de la población bogotana. Las leyes y el dinero de los impuestos se encaminaron en el mejoramiento de aquellas instituciones que favorecían a un sector específico de la sociedad, dejando en abandono a la mayoría de la población.

## Bibliografía

### Fuentes bibliográficas

Agamben, G. (2003). Estado de Excepción. Homo sacer, II, I. Buenos Aires. Argentina: Adriana Hidalgo editora S.A.

Agamben, G. (2013). Homo Sacer. El Poder Soberano y La Vida Nuda. Valencia. España: editorial Pre-Textos

Agamben, G. (2013). Homo Sacer. El Poder Soberano y La Vida Nuda. Valencia. España: editorial Pre-Textos.

Agamben, G. (2010). Medios sin fin. Notas sobre la política. Valencia. España: editorial Pre-Textos.

Bonilla, E. y Rodríguez S. (1997). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. 3a Ed. Santafé de Bogotá, Ediciones Uniandes.

Castro B. (2007). Caridad y Beneficencia, el tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-930. Universidad Externado de Colombia.

Cavalletti, A. (2013). Mitología de la Seguridad. La ciudad Biopolítica. Buenos Aires Editorial. Adriana Hidalgo

Cortina, A. (2018). Aporofobia, el rechazo al pobre. Un desafío para la Democracia. Barcelona, España. Segunda edición Colombia

Cuellar, M, Mejía G. (2006). Atlas histórico. Editorial Planeta.

- Deleuze G. (1987). Foucault. Barcelona. Ediciones Paidós
- Fraser, N. (2008). Escalas de la Justicia. Traducción Antoni Martínez. Barcelona. España Herder Editorial, S, L.
- Foucault M. (2007). Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2002). Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. 1ª Ed, Siglo XX. Buenos Aires Argentina.
- Foucault M. (2007). Nacimiento de la Biopolítica. Curso en el College de France 1978-1979. Ed. Fondo de Cultura Económica Buenos Aires Argentina.
- Foucault M. (1996). La vida de los hombres infames. La Plata Argentina. Ed. Altamira.
- Foucault M. (2002). La Arqueología del Saber. Buenos Aires Siglo XXI.
- Gómez J. (1898). Las epidemias. (Artículos publicados en el repertorio colombiano). Bogotá Colombia. Disponible PUJ Libros raros.
- Hacking I. (1990). La domesticación del azar. Barcelona- España. Ed. Gedisa, S.A
- Mejía, G. (2000). Los años del cambio Historia Urbana de Bogotá 1820-1910. Bogotá Colombia Editorial. Centro Editorial Javeriano. Colección biblioteca personal.
- Pérez, L. (2013). Beneficencia, Higiene y Salud Pública en Colombia. La experiencia Médico-sanitaria en Santander siglo XIX y XX. Universidad industrial de Santander. Colección escuela de historia.
- Soriano A. (19640). Crónica del Hospital de San Juan de Dios 1564-1869. Bogotá – Colombia ed. Talleres de Italgraf Ltda.

Uribe, D. (1977). Las Constituciones de Colombia. Tomo II. Madrid. España Ediciones Cultura Hispánica.

Rodríguez, L. (2003). Empresas públicas de transporte en Bogotá siglo XX. Alcaldía Mayor de Bogotá.

Romero, M y otros. (2008). Historia del Hospital San Juan de Dios. Alcaldía de Bogotá.

Romero, J. (2014) Latinoamérica. Las ciudades y las ideas. Editorial Siglo XXI

Sánchez, S J. (2014) Los hospicios y asilos de la beneficencia de Cundinamarca entre 1917-1928 Discursos y Prácticas. En Sociedad y Economía No 26 de 2014.

Turnes L. A (2007). La sífilis en la medicina. Una aproximación a su historia. Ediciones Granada. Montevideo, Uruguay.

### **Fuentes primarias**

Fondo- Unidad Concejo del Municipio (1887-1950). Archivo de Bogotá.

Fondo de Documentos del Concejo (1887-1950). Archivo de Bogotá.

Fondo-Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial Unidad Documental compuesta (1887-1950). Archivo de Bogotá.

Unidad Administrativa Especial de Catastro (1887-1950). Archivo de Bogotá.

Fondo Empresa de Acueducto y Alcantarillado (1887-1950). Archivo de Bogotá.

Fondo de Obras Públicas (1887-1950). Archivo de Bogotá.

Fondo Documental de la Beneficencia de Cundinamarca. Archivo Beneficencia de Cundinamarca Bogotá.

Fondo de Ornato. (1887-1950). Archivo de Bogotá.

Revista Cromos (1918-1940). Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Revista de higiene (1887-1913): órgano del concejo departamental de salubridad. Editor topográfico Marroquín hermanos. Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Boletín del círculo de obreros (1914-1918). Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Constituciones 1821; 1863; 1886. Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Constitución de la Republica de Colombia. Edición Oficia. Bogotá Imprenta de Vapor de Zalamea HS. 1886. Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Acción Social: Barrios Obreros 1913. Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Juan P. Ceballos “Beneficencia pública” (tesis para optar por el título de doctor en jurisprudencia externado de Colombia (Bogotá: Imprenta de Echeverría Hermanos 1892). Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Gaitán Hurtado José (1915) Higiene de los Barrios Obreros. Bogotá - Colombia Universidad Nacional de Colombia. Escuela Tipográfica Salesiana. Pontificia Universidad Javeriana.

Revista Anales de Ingeniería (1914-1919). Órgano de la sociedad colombiana de ingenieros. Vol. XIII –XXVI. Director Ing. Julio Ortega. Águila Mora Editorial. Biblioteca Luis Ángel Arango.

Publicación el gráfico (1880-1940). Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Periódico el espectador (1880-1940). Biblioteca Nacional de Colombia, Bogotá.

Periódico El Tiempo (1880-1940). Biblioteca Luis Ángel Arango, Bogotá

## Webgrafia

Aguiar G, A, Almelo H, L, Lazo H, L, Giniebra M, G, Rivera R. Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 Mar-Abr [citado: mayo 18 de 2019]; 41(2). Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2634/4287>.

Calatrava, J (2015). El París de Haussmann como territorio de la utopía: Víctor Fournel. (1865) y Víctor Hugo (1867). Quintana. Revista de Estudios do Departamento de Historia da Arte, núm. 15, 2016, pp. 53-71 Universidad de Santiago de Compostela Santiago de Compostela, España. Disponible en línea:

<http://www.usc.es/revistas/index.php/quintana/article/view/4508>. Consultado Julio 27 de 2019.

Dimas S, A, Gómez N, D. El Carmelo: Historia de una antigua barriada bogotana en la cuenca del río Arzobispo (1900-1934). Historia Crítica No 47, Bogotá, mayo-agosto 2012,248. PP. ISSN0121-1617pp.161-186. Disponible en línea:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-16172012000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-16172012000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es). Consultado julio 25 de 2019.

Foucault M (1978). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educ Med. Salud. Vol. 12. No. Disponible en Línea en:

<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4931.pdf>. Consultada junio 15 de 2019.

Revista Pasteur. Vol11 Barcelona-Masnou: mayo 1907. No 9

Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/revpas/revpas\\_a1907m5v1n9@unizar.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/revpas/revpas_a1907m5v1n9@unizar.pdf).

Consultada mayo 16 de 2019.

Recordamos la pandemia de la influenza de 1918: En Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC24/7: Salvamos vidas. Protegemos a la gente.

Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/pandemia-influenza-1918/index.html>. Consultado mayo 27 de 2019.

Rodríguez A (2014). Problemática de higiene y hacinamiento en Bogotá a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX y primer barrio para obreros. Memoria y Sociedad 18nº 36: 49-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.444/javeriana.MYS18-36phhp>.

Ledermann D W (2003). Una historia del bacilo de Eberth desde Junker hasta Germanier Revista Chil Infect Edición aniversario p 58-61 Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20snotashist/art20.pdf>.

José T (2006). La difteria, un camino hacia la sueroterapia y las anatoxinas. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Este artículo ha sido publicado en la Revista Vacunas 2006; 7(1): 43-46. Disponible en <https://www.vacunas.org/la-difteria-un-camino-hacia-la-sueroterapia-y-las-anatoxinas-histp/?print=print>. Consultado junio 14 de 2019.

Rawls J (1973) Ensayo. Justicia Distributiva. Traducción con permiso del libro: Economic Justice, Penguin Books, Inc., Cap 4º, sección 13. Disponible en [https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20160303/20160303183136/rev24\\_rawls.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20160303/20160303183136/rev24_rawls.pdf).