

**ASPECTOS DEONTOLÓGICOS Y MORALES EN LAS PRIMERAS
GENERACIONES DE MÉDICOS TITULADOS EN MEDELLÍN 1871- 1950**

DIEGO JOSÉ DUQUE OSSA

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTORIA
MEDELLÍN
2016**

**ASPECTOS DEONTOLÓGICOS Y MORALES EN LAS PRIMERAS
GENERACIONES DE MÉDICOS TITULADOS EN MEDELLÍN 1871- 1950**

DIEGO JOSÉ DUQUE OSSA

**Trabajo de grado para optar el título de
Historiador**

Asesor:

**ÁLVARO LEÓN CASAS ORREGO
Doctor en Historia de América**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTORIA
MEDELLÍN
2016**

Nota de aceptación:

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Medellín, octubre 17 de 2016

**A mis grandes amores
Daniel, Felipe y Gladys**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. ÉTICA-MORAL-DEONTOLOGÍA	21
1.1 LA MEDICINA COMO DISCIPLINA SOCIAL MORALIZANTE	23
1.2 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE A TRAVÉS DE LA HISTORIA.	31
2. MEDELLÍN Y SUS PRIMEROS MÉDICOS	55
2.1 MEDICINA EN MEDELLÍN 1871- 1950	59
2.2 BIOPODER EN MEDELLÍN.	73
3. DEONTOLOGÍA	87
3.1 MORAL MÉDICA	88
3.2 INDUSTRIALISMO MÉDICO Y COMPETENCIA DESLEAL	93
3.3 LA PUBLICIDAD	103
3.4 LAS JUNTAS MÉDICAS Y RELACIÓN CON LOS COLEGAS	104
3.5 SECRETO PROFESIONAL	106
3.6 ABORTO	110
3.7 MANEJO DEL DOLOR EN EL PARTO	112
3.8. EUTANASIA	117
3.9 TEMAS SEXUALES	119
3.10 PLANIFICACIÓN FAMILIAR	122
3.11 ENFERMEDADES VENÉREAS- PROSTITUCIÓN	124
3.12 TRANSPLANTES	128
3.13 FECUNDACIÓN ARTIFICIAL	128

3.14 MENTIRA PIADOSA	129
3.15 EXPERIMENTOS MÉDICOS	130
3.16 ENFERMEDADES HEREDITARIAS	132
3.17 ESPECIALIZACIÓN MÉDICA	132
3.17.1 Médico legista.	132
3.18 ENFERMEDADES MENTALES	137
3.19 CONTROL DE MEDICAMENTOS	139
4. CONCLUSIONES	144
BIBLIOGRAFÍA	148

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Procesos que caracterizan la medicina del siglo XVIII, según Foucault.....	27
---	----

RESUMEN

Las primeras generaciones de médicos graduados en Antioquia, asumieron una responsabilidad importante; además de empeñarse en cotizar su práctica profesional, en desmedro de un gremio de empíricos y charlatanes que tenían el monopolio en la atención de problemas de salud, se convirtieron en personajes trascendentes para las decisiones sociales y políticas. Junto con los sacerdotes, tenían la misión de mostrar el camino del bien, lo que los catapultó como líderes indiscutibles en una sociedad católica.

Los dilemas y dudas humanas asociadas a su práctica profesional, que empiezan a aparecer, fueron siempre resueltos de acuerdo a la conducta que aconsejaba la Iglesia Católica. El ejercicio profesional también requería que conocieran los caminos aceptados, siempre determinando la presencia del pecado y la forma de evitarse o purgarse.

La profesión y el reconocerse como gremio, implicaba unas nuevas actitudes, unos conceptos del bien y del mal; se hacía necesario tener claridad en los determinantes correctos para las actuaciones humanas. El médico era un faro, junto con el sacerdote no solo representaban el ejemplo a seguir, también eran importantes en la creación y cambio de las medidas disciplinarias y correctivas que generaba la sociedad en cada momento. Era evidente que el médico tenía el deber de opinar; para la sociedad era importante, pero además, se hacía necesario que existieran ideas fundamentadas para apoyar esta autoridad ganada.

La organización como gremio, hacía más fácil la toma de las decisiones de este talante. La conformación de una corporación, empoderó más a este grupo de profesionales y los hizo indispensables para la toma de decisiones en el ámbito de la salubridad e incluso en otros aspectos sociales y políticos por parte del gobierno local. Esto se logró con la creación de la Academia de Medicina, entidad que

cobijó a los galenos más connotados, donde se tenía prestigio al pertenecer a la misma y se lograba el reconocimiento mutuo entre los miembros del gremio médico, lo que además los diferenciaba de los médicos empíricos y charlatanes. Lo que sucedió con la creación y puesta en funcionamiento de la Escuela de Minas para el ámbito profesional de los ingenieros y futuros líderes empresariales de la región, se da con la Academia de Medicina para los galenos locales; ambas instituciones institucionalizaron el saber de ambas disciplinas y crearon unos gremios que tuvieron en sus manos las decisiones más importantes en los ámbitos técnicos y empresariales en el caso de la Escuela de Minas o de salud y salubridad en el caso de la academia de Medicina. Ambas formarían y oficializarían a los líderes regionales de una época.

Además, para los médicos, igual que para los ingenieros, se hacía necesario la perpetuación de este conocimiento- poder, lo cual se lograba con la transmisión del mismo. Se hacía oficial y se institucionalizaba la práctica académica de la medicina con la creación de una facultad en la Universidad de Antioquia.

Academia y facultad serían las columnas sobre las que se perpetuarían la profesión médica en la ciudad Y en la región.

SUMMARY

The first generations of medical graduates in Antioquia assumed an important responsibility; besides committing themselves to evaluate their professional practice, in detriment of a guild of empirical and fake doctors who had a monopoly in addressing health problems, they became transcendent characters for social and political decisions. Along with the priests, they had the mission to show the right path, which catapulted them as undisputed leaders in a Catholic society.

The human dilemmas and doubts associated with their professional practice that appeared were always resolved in accordance with the behaviour advised by the Catholic Church. The professional practice also required the knowledge of the accepted way, always determining the presence of sin and how to avoid or purging.

The profession and been recognized as an association involved new attitudes, some concepts of good and evil; it was necessary to have clarity in determining the right to human actions. The doctor was a lighthouse, along with the priest they not only represented the example to follow, they were also important in the creation and change of disciplinary and corrective measures generated by the society. It was evident that the doctor had a duty to opine; it was important to society, but it was also necessary that there were substantiated ideas to support this hard-earned authority.

The organization as a guild, made it easier to take decisions of this kind. The formation of a corporation, empowered more this group of professionals and made them indispensable for decision-making in the field of health and even in other social and political aspects. This was achieved with the creation of the Academia de Medicina (Academy of Medicine), entity that included the most renowned doctors, where it was an honour and prestige to belong and mutual recognition among members of the medical profession was achieved, which also differentiated them from the empirical and fake doctors.

What happened with the creation and operation of the Escuela de Minas (School of Mines) for the professional ambit of engineers and future business leaders in the region, is given by the Academia de Medicina for local doctors; both institutions institutionalized knowledge of both disciplines and created some unions that had in their hands the most important decisions in technical and business ambits in the case of the Escuela de Minas or health and sanitation in the case of the Academia de Medicina areas. Both form and formalize regional leaders of an era.

In addition, for doctors and engineers the perpetuation of this knowledge- power was necessary, which was achieved with the transmission of these. It became official and was institutionalized the academic practice of medicine by creating a faculty at the University of Antioquia.

Academy and faculty would be the pillars on which would perpetuate the medical profession in the city and the region

INTRODUCCIÓN

La ética médica ha estado unida estrechamente a esa carga moral que le asigna la tradición cristiana, siendo aún mayor para la época de finales del siglo XIX y principios del XX. Fue la iglesia con sus dogmas y creencias la que mostró el camino de lo que era correcto realizar, pensar y proponer. La medicina no se alejó de esta constante y por el contrario, irrestrictamente se presentó como un instrumento moralizante, los médicos a su vez adquirieron ese estigma de poder (biopoder), que no estaba separado de la mirada católica y a ellos correspondió al igual que a los sacerdotes, mostrar el camino moralmente correcto a la comunidad y al individuo; incluso para ellos era fácil determinar que comportamientos se podían catalogar como pecaminosos. La deontología, como aquel deber ser y hacer, lo normativo y correcto, fue la disciplina que estudiaron estas generaciones de médicos académicos para resolver los dilemas humanos de la época.

En este trabajo se intenta presentar una mirada a la práctica médica en el primer período de existencia de la medicina como profesión académica en Antioquia; Se realiza una mirada de los antecedentes europeos, la aparición de la clínica, la constante relación médico- paciente, siempre presente; el deber y el poder médico; además de los textos que trabajan el tema propuesto. Se utiliza como bibliografía primaria básica los Anales de la Academia de Medicina de Medellín, institución que agrupaba a los más connotados médicos de la ciudad, fundada por iniciativa oficial con la intención de servir como entidad consultora y de apoyo para las decisiones del gobierno y de la ciudad en temas de salubridad, algunas tesis de grado de la Universidad de Antioquia y de otras universidades del país que exponen el sentir deontológico de los profesionales de la época y finalmente, los textos publicados en dicho período sobre temas de deontología y moral médica donde se muestra lo que leía esa primera generación de médicos graduados que ejercían la profesión en la región.

Es fácil advertir que la deontología no apareció como materia específica en las primeras promociones médicas en la región, sin embargo, algunos pocos textos que tratan de esta materia se encuentran en la biblioteca médica de La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, obras que fueron escritas para la época que se pretende estudiar en este trabajo y que fueron leídas por médicos de este periodo, algunas referenciadas en los pocos escritos sobre el tema.

Para este trabajo se revisan textos deontológicos de la época, intentando conocer cuáles son los temas que generan dilema en ese periodo histórico, y que obviamente, también generaron discusiones, dudas y decisiones para ese primer puñado de profesionales encargados de la salubridad en Antioquia y que eran llamados a reemplazar a toda una cultura de medicina empírica, en cabeza de chamanes, comadronas y charlatanes.

La Medicina Pastoral de Capellman¹, publicada en 1904, hace una amplia disertación sobre lo que significa el manejo de términos médicos, incluso recetar por parte de personas sin ningún estudio en la materia, mostrando los peligros que representa que las personas sin ningún conocimiento en la materia tomaran decisiones de la misma..

Es claro Capellman en su defensa de la vida; Defiende su presencia desde el mismo momento de la concepción, afirma que desde este momento se posee alma y por tanto todo momento de la gestación debe ser objeto de todas las consideraciones que se tienen con un ser humano.

El aborto solo era aceptado para este autor cuando se presentaba como efecto secundario a algún medicamento que fuera necesario para salvar la vida de la madre, y solo en estas condiciones.

La cesárea no se veía con buenos ojos, debido a la gran mortalidad y solo se empezaba a mostrar algunas ventajas. Con los años, la sobrevida a esta operación aumentaba y el autor presenta esta evolución positivamente. Trata esta

¹ Capellman, "Medicina Pastoral", 264.

obra acerca de la obligación que tenían los sacerdotes de realizar la operación cesárea en casos de una materna fallecida, intentando mantener la vida del hijo. Capellman expresaba que los sacerdotes no estaban entrenados en esta y que por tanto no se les debía pedir que fueran duchos en la misma.

Era claro Capellman que las acciones de los medicamentos debían ser conocidas por quien fuera a recibirlos y era una obligación de los médicos explicar las mismas. No era lícito, por tanto, experimentar en una persona.

Se empezaba a hablar del manejo de las adicciones, se recomendaba que los pacientes estuvieran internados y que fueran manejados por personal que tuviera experiencia en estos temas.

El autor era firme en su teoría acerca de lo inadecuado que era manejar el dolor del parto, este hacía parte de la relación de la madre con su hijo y actuaba como vinculante especial.

En su obra, Capellman aprobaba la lactancia materna, y por el contrario, presentaba como pecado la utilización de nodrizas sin una justificación suficiente. Respecto a la vacunación contra la viruela, se pensaba que era necesaria.

Dentro de la medicina pastoral, hay un punto que presentaba suficiente polémica; Capellman defendía la tesis de permitir que una persona suicida fuera atendido por el sacerdote, se le permitieran las honras fúnebres y su ingreso a la iglesia. Contrario a varios sacerdotes, pensaba que ya la familia había sufrido suficiente deshonor, como para sumarle una más.

La masturbación es presentada como un capítulo especial, en esta obra se trataba de las múltiples causas de ella, sus efectos perniciosos y como el matrimonio era la principal estrategia para atacarla.

Es importante anotar que la iglesia permitía que los médicos bautizaran en riesgo de muerte, siempre, sin embargo, se debía tener la precaución que el agua bautismal tuviera contacto directo con alguna parte del infante; así fuera necesario realizar alguna incisión en las membranas, debía hacerse para cumplir con este requisito. Debía tenerse siempre en cuenta que en cuanto a infantes deformes, se consideraban como humanos aquellos que tuvieran cabeza y pecho.

Sobre la esterilidad voluntaria, Capellman presentaba como lícito solamente la abstinencia. El acto sexual que se llevaba a cabo sin tener como fin la procreación, fue analizado por este autor, quien a diferencia de otros autores de la época, como Ballerini, quien favorecía que en estos casos se evitara la efusión del semen o del líquido femenino, y que si lo hacían personas que sufrieran de extrema pobreza o contaran multitud de hijos, era lícito aun si se hiciera con el fin de calmar la concupiscencia. Estas parejas estaban exentas de toda culpa si se había realizado de común acuerdo. Para Capellman esta razón no era válida y se alejaba del verdadero objetivo que siempre debía tener el acto sexual.

En cuanto al vaginismo, Capellman afirmaba que pecaba la mujer que no permitiera que se le realizara una intervención quirúrgica para curar esta afección, pues se estaba incumpliendo al contrato que se tenía con el esposo.

Capítulo aparte presentaba el tema de los derechos de las personas hermafroditas a tener sexo. El autor afirmaba que estas personas debían optar por su condición más desarrollada o que en caso de ser de igual magnitud, solo contaban con una oportunidad de escoger su condición y nunca debían cambiar la escogida.

La obra de Razetti, sería importante en otro periodo de estudio, en esta el autor hace un análisis de los códigos de ética en Latinoamérica, evidencia como a partir del código de la Academia de Medicina de Venezuela, se desarrollaron los códigos en Colombia y Perú.

Razetti², señalaba como principio moral general el hacer a los otros lo que deseáramos que nos hicieran a cada uno de nosotros. Hacía un aporte fundamental a la moral médica de la época, al defender su tesis acerca de la medicina como profesión liberal; para el autor, esta debía ante todo ser un apostolado, cuyo único objeto debía ser hacer el bien; todo lo que en la práctica alejaba al médico de esta meta debía considerarse como inmoral.

Era imposible que se permitiera el secreto en los desarrollos farmacéuticos, esto era a todas luces inmoral para el autor. Los grandes adelantos de la ciencia médica dependían que los adelantos en medicamentos no fueran ocultos para ningún profesional, buscando el beneficio de toda la humanidad.

Para Razetti no era lícito que el médico se hiciera propaganda como el portador de recetas secretas; su misión como médico era propagar el conocimiento que haría el bien a la humanidad, de otra manera no sería diferente al curandero.

Muy en contra de la tradición de la época, Razetti afirmaba que el médico no debía hacer consulta gratis, menos hacer ostentación de ella; esta práctica, utilizada como propaganda era signo inequívoco de industrialismo médico.

Especial énfasis hacía este autor en la relación entre colegas. Para él, la deontología debía ser estricta en la manera como se desarrollaran las juntas médicas, el deber de guardar el buen nombre del colega y del respeto por la calidad de médico tratante de cada uno. Era grave falta el presentarse como salvador en caso de dificultades diagnósticas para un colega.

Sobre el secreto médico, el autor afirmaba que ya no se podía defender este como absoluto. Para 1928, debía haber situaciones en las cuales lo lícito era destapar algunos diagnósticos, ya sea por razones de bienestar público o por enfermedades hereditarias, incluso, se declaraba a favor del certificado matrimonial, el cual era un derecho del cónyuge sano.

² Razetti, "Moral médica", 10.

Razetti se declaraba a favor de la eutanasia artificial, definiendo esta como el intento de calmar el dolor físico y disminuir la angustia moral del moribundo. El médico debería luchar contra la enfermedad con todas sus fuerzas; solo cuando ya no había nada que aportar con sus conocimientos, o con los de los colegas, debía asegurarse que la enfermedad terminara su obra destructora, con el menor sufrimiento posible para el moribundo.

Especial comentario, hacía Razetti, acerca del papel del médico de mantener una actitud positiva, de confianza, aun en las peores circunstancias. Para este autor, era obligación del médico, siempre brindar esperanza al paciente, aun en sus últimos momentos. Mal haría un médico en decretar la sentencia de muerte de un paciente, aun en su lecho de agonía. Finalmente, este autor, hacía una defensa de la medicina como noble profesión, aunque pronostica de acuerdo a la evolución de la profesión y la calidad de los profesionales, que pronto los médicos serían mercaderes de su oficio, situación que le parecía debía atacarse en todo momento.

En 1935 se publica la obra de Marañón, Vocación y ética, en esta el autor hacía especial énfasis en la aplicación práctica de los conceptos morales, de nada servían los códigos si no había quien los hiciera vivos.

Para Marañón³, la vocación del médico hacía la diferencia en el profesional entregado y virtuoso. Para ese período, pensaba que se estaba ante una crisis vocacional, que había llevado a que el factor social hubiera sido el causante del deseo de la juventud por optar por dicha profesión, esta situación era la causante que los médicos fueran en dicho momento desinteresados realmente por los pacientes.

Se dolía el autor en la crisis en la educación médica. Esta se orientaba más en la investigación, en los datos en conejos y en teorías que en el arte de curar; poco se estudiaba y enseñaba sobre el hombre enfermo, la historia natural y la patología del hombre.

³ Marañón, "Vocación y ética", 33.

Para Marañón, el médico debía utilizar en igual medida la ciencia y la sugestión, con esta última debían involucrarse por igual tanto el paciente como el médico, no había alguna razón lógica por la cual se tenía éxito en esta circunstancia, pero de esta dependía mucho el éxito de muchos tratamientos.

Concepto revolucionario, según el mismo autor, era aquel que expresaba que la moral y la deontología no se enseñaban en las facultades de medicina y no era necesario hacerlo; según Marañón, el médico con buenos fundamentos, aquel que había escogido su profesión por vocación, no requería de ninguna ley, de ningún principio externo. Los dilemas que se le presentaban a un buen médico deberían ser solucionados con gran suficiencia por su propia consciencia, por tanto sobraba cualquier tratado de deontología.

De tal convicción son las ideas de Marañón, que incluso consideraba innecesario cualquier juramento. El Juramento Hipocrático, que hacían todos los médicos, era algo que sobraba para este autor; jurar que se enseña a los hijos de los maestros, que se aceptaba como inadecuada la administración de venenos, entre otros aspectos, era algo que no debería hacerse. El médico con vocación y con consciencia no requeriría de un juramento de este tipo. La propia consciencia era más que suficiente para asegurar que no habría una desviación del recto obrar.

Había un aspecto en el cual el autor se presentaba firme, lo referente a la utilización de la verdad y la mentira por parte del médico. Era claro para él que el médico debía mentir en algunas circunstancias. Cuando el paciente se afectaba más con la verdad que con una mentira piadosa, no se debería dudar en mentir. De la misma manera, teniendo en cuenta que para este periodo histórico, la verdad ya no era considerada un castigo divino, el médico ya no tenía porque ocultar las mismas,

Sobre la experimentación en los pacientes, era para Marañón algo lícito, siempre y cuando no se produjera un efecto indeseable en estos; los beneficios eran para la

humanidad misma. El consentimiento del enfermo era importante, pero no obligatorio; incluso con algún leve engaño se debía realizar el procedimiento o la terapéutica propuesta, pues el beneficio sería para muchos más, incluso para el mismo paciente.

En temas de sexualidad, Marañón consideraba que los inocentes, los niños, especialmente, deberían permanecer así. El tratar temas sobre sexualidad con jóvenes aun en formación, perjudicaba a los mismos y era mejor permanecer en la inocencia que producir efectos funestos con supuestos científicismos. Solo era lícito hacerlo con el joven que ya se hubiera iniciado por el camino incorrecto.

En 1956, sería publicado el Código de Deontología Médica de Luis Alfonso Muñoyerro⁴. Este autor, haciendo eco al Papa Pio XII, decía que el hombre siempre era la síntesis del cuerpo y del alma, así mismo, no era dueño absoluto de su cuerpo, sino el usufructuario del mismo.

El dolor y la muerte, eran para este autor, medios salvadores, por lo cual, el médico debía enfrentarlos siempre con moderación y tranquilidad. Sobre el quehacer del médico, eran pautas importantes para tener en cuenta el aceptar la intangibilidad de la vida, sobre la cual nunca se podía interponer el médico; la importancia del matrimonio como generadora de vida y como fin principal; la importancia del secreto profesional, el cual solo podía ser violado en caso de interés público; la obligación médica de estar al tanto de los adelantos científicos; finalmente, la necesaria confianza médica en Dios, debiendo sentirse como la mano curadora de este.

Para Muñoyerro, el médico debía contar con virtudes como la cultura, la prudencia, la fortaleza, así mismo debía haber una cercanía con la divinidad religiosa. La mujer que quisiera adentrarse en esta disciplina debería abstenerse de tratar temas y materias que fueran en contra de la sensibilidad y el pudor propios de su sexo.

⁴ Muñoyerro, "Código de deontología médica", 27.

Sobre la publicidad que hacía el profesional de la medicina de su actividad, Muñoyerro afirmaba que era inmoral, la presentación desproporcionada de artículos, pasquines, murales y otros, los cuales atentaban contra los principios de la profesión. Para este autor la moral médica presentaba tres principios: basarse en el ser y la naturaleza; ordenarse según los valores y la recta razón y enraizarse en lo trascendente. Ese fin trascendente siempre era Dios.

El médico no podía negarse a atender un paciente en condiciones urgentes, sin importar si este era rico o pobre; para Muñoyerro, no era lícito realizar experimentos médicos donde no se tuviera certeza del resultado; se apegaba al principio Hipocrático de “Si no puedes aprovechar, mira no dañes”. Existía un derecho innegable del paciente a su integridad física psíquica y moral. Para este autor, siempre que se trataba de un experimento médico se debía contar con el consentimiento del paciente.

Importantes eran los conceptos acerca de la analgesia en el trabajo de parto. Para este autor la utilización de la misma en partos normales, era desproporcionada y práctica de charlatanes. Las intervenciones quirúrgicas, en estos y otros casos serían lícitas siempre y cuando no hubiera otras terapias alternativas que pudieran llevar a la curación.

Aparece dentro de los conceptos éticos las preguntas acerca de las cirugías estéticas; el autor comentaba que eran lícitas siempre y cuando buscaran mejorar aspectos funcionales, la corrección de un órgano, principalmente por trauma; de otra manera se trataban de prácticas que buscaban que las personas pecaran más.

Para Muñoyerro, si debido a la utilización de analgésicos del tipo de la morfina se presentaba la muerte en un paciente con un dolor incontrolable, esa acción sería lícita, siempre y cuando lo que se buscara era la ayuda al paciente que sufre por dicho dolor.

Sobre la esterilización, el autor acepta la misma siempre y cuando la mutilación del órgano reproductor se hubiera realizado debido a que representaba un peligro para el paciente, pero nunca buscando impedir la procreación.

El aborto era considerado inmoral en todas las formas y por todas las razones, incluso cuando se realizaba para salvar la vida de la madre.

Los Anales de la Academia de Medicina de Medellín trataban en la época temas variados, sin embargo son escasos los artículos que hacen referencia a temas de deontología, la medicina como profesión y la moral. En este trabajo se hace una búsqueda de los temas tratados que evidencien el pensamiento de dichas generaciones de médicos graduados, sobre el deber y la moral; algunos temas, por tanto, solo pueden ser someramente tratados en este trabajo, más no por eso son menos valiosos, pues representan los escasos vestigios escritos de los valores morales en conceptos importantes para estas generaciones de médicos académicos.

1. ÉTICA-MORAL-DEONTOLOGÍA

Es importante comprender la diferencia entre la ética y la moral. Ética viene del griego *Ethos* que significa el comportamiento derivado del carácter de cada individuo; El *ethos* griego, tenía por objeto acercar al ser humano a lo divino, era hacer el designio de los dioses sobre sí mismo⁵. La ética se utiliza más como integradora, tercera persona, hace un cubrimiento de todos los aspectos. El término *mores* se deriva de la costumbre o hábitos de un individuo dentro de su grupo social; la moral trata más la primera persona, es un aspecto más subjetivo.

Contemporáneamente la ética se entiende como la reflexión filosófica de lo moral; esta, a su vez, se conoce como el código de normas impuestas a una sociedad para regular el comportamiento de los individuos. Es evidente la diferencia entre el código moral y la forma de cada individuo de relacionarse con este (moralidad). Las costumbres y valores surgen del individuo de un enriquecimiento histórico y social, adquiridos de un cúmulo de experiencias^{6,7}

Desde el enfoque Kantiano se plantea la diferencia entre ética y moral: 1. Lo moral es diferente de lo ético, principalmente porque en lo moral no hay un interés específico, el cual si puede estar en el aspecto ético; 2. La perspectiva moral es imparcial, alejada de intereses de cada individuo, la ética puede estar permeada por ellos; 3. La moral es más universal, se abstrae de situaciones particulares; 4. El agente moral parte necesariamente de la aplicación racional de un principio imparcial, con motivaciones muy alejadas de las tentaciones privadas de los individuos (ética)⁸. La ética es un concepto que se ha presentado como teórico, mientras que la moral es evidentemente un concepto práctico⁹.

Para autores como Sánchez Corredera¹⁰, se entiende por ética aquello que afecta a la persona como ser individualizable, en cuanto sujeto distributivo dentro de un

⁵ Rodríguez, "Sobre ética y moral", 1-5.

⁶ Díaz, "Ética y sociedad contemporánea", 52.

⁷ Sánchez, "Los conflictos entre ética, moral y política: Criterios para su negociación", 39- 60.

⁸ Rodríguez, "Sobre ética y moral", 1-5.

⁹ Sánchez, "Los conflictos entre ética, moral y política: Criterios para su negociación", 39-60

¹⁰ *Ibíd.*, 44.

grupo; lo moral, por el contrario, es lo que afecta a los individuos o grupos sociales atrapados atributivamente como partes de la sociedad, sin posibilidades de ser asumidos simétricamente. Andrew Varga¹¹ dice sobre la moral, que trata específicamente de los hombres, mientras que la ética se basa en sus decisiones que son conscientes, libres y previa deliberación, lo que los hace responsables.

Ha sido una constante en la historia del pensamiento establecer análisis que distinguen entre el plano del individuo, de aquel que lo hace desde la perspectiva de la sociedad¹². A partir de la moral, nace la ética, la humanización de la ética presenta la moral; la socialización de la moral dará con los años el surgimiento de la ética¹³. Solo para la segunda mitad del siglo XX se empezará a hacer el ejercicio de la filosofía de la moral, solo entonces podemos decir que el mundo académico al estudiar lo moral, se aproxima al conocimiento ético.

Bajo la anterior perspectiva, para el siglo XIX, se tiene una apreciación moral de la profesión médica en la región, las virtudes morales de la mano de la Iglesia Católica, diferenciaban y guiaban el quehacer profesional de cada uno de los médicos que ejercían en Antioquia. La transmisión del conocimiento metódicamente, dentro de los claustros de una institución educativa como era la Universidad de Antioquia, favorecía el análisis y la consciencia sobre lo bueno y lo malo; lo lícito y lo ilícito; lo moralmente válido y lo inmoral.

La Iglesia Católica comparte con el judaísmo la creencia sobre la vida humana y la creación del hombre a imagen de Dios y éste es el principio de su mirada en lo referente a la actividad médica.

A través de la historia la iglesia se había movido vadeando dos corrientes: el intuicionismo y el positivismo moral; el intuicionismo afirma que todo ser humano está dotado de conceptos que le ayudan a determinar que es bueno o no, lo cual no se sabía por qué, ni se podía definir. El positivismo moral decía que lo bueno o

¹¹ Varga, "Bioética, principales problemas", 9.

¹² Sánchez, "Los conflictos entre ética, moral y política: Criterios para su negociación", 45.

¹³ *Ibíd*, 46.

lo malo venía de leyes externas, de contrato social entre el individuo y la autoridad; las cosas eran buenas o malas porque lo decía Dios o porque así lo definía con la autoridad. Lo anterior se aceptó hasta la segunda guerra mundial a partir de la cual se pensó más en una ley natural, de allí que cualquier ley de autoridad que contraviniera esto, iba en contravía de lo ético; por tanto la moral era natural, más que convencional¹⁴.

Pio XII comentaba sobre la moral para la profesión médica:

La moral natural y cristiana, en fin, mantienen siempre sus derechos imprescriptibles; es de ellos y no de consideraciones de sensibilidad, de filantropía materialista, naturalista, de donde derivan los principios esencialmente de la deontología médica: dignidad del cuerpo humano, preeminencia del alma sobre el cuerpo, fraternidad de todos los hombres, dominio soberano de Dios sobre la vida y sobre el destino¹⁵.

Fue claro sobre la importancia del médico para la Iglesia Católica, cuando el 29 de septiembre de 1949 ante el IV Congreso de Médicos Católicos en Roma, decía:

El médico no responderá plenamente al ideal de su vocación si, poniendo a contribución los más recientes progresos de la ciencia y del arte médico, no hiciese entrar en juego, en su papel práctico, sino su inteligencia y su habilidad y si no aportara también —e íbamos a decir, sino aportara sobre todo— su corazón de hombre, su caritativa delicadeza de cristiano. El no opera in anima vili; trabaja directamente, sin duda sobre cuerpos animados de un alma inmortal, espiritual y en virtud del lazo misterioso, pero indisoluble, entre lo físico y lo moral, no obra eficazmente sobre los cuerpos sino cuando obra al mismo tiempo sobre los espíritus¹⁶.

Finalmente, la deontología se presenta como ese conjunto de normas y reglas que a la luz de la mirada moral y ética de cada época y de cada colectivo guían la conducta profesional de un gremio. Cualquier código deontológico constituye el conjunto de preceptos morales que aseguran una práctica honesta y honorable de cada uno de los profesionales.¹⁷

1.1 LA MEDICINA COMO DISCIPLINA SOCIAL MORALIZANTE

¹⁴ Vaerga, "Bioética, principales problemas". 11.

¹⁵ Su Santidad Pio XII y la medicina, "Orientaciones médicas", 19.

¹⁶ *Ibíd.*, 18.

¹⁷ Vidal, "Información sobre códigos deontológicos", 1.

Foucault ha realizado importantes aportes en el entendimiento del desarrollo del saber médico y su relación con la sociedad, la locura, la religión, el alma, la medicalización y el deber. Intenta recorrer a través de la historia la relación del médico con su sentido del deber y del hacer.

En la ética griega, la gente se preocupaba más por su conducta moral y por su relación con ellos mismos que por los problemas religiosos, para Nietzsche la tradición judeocristiana arrebató la cosecha de la cultura antigua y posteriormente de la islámica; al respecto dice:

La moral cristiana de la abnegación, la moral del sacrificio, es en realidad una moral que implica la renuncia a uno mismo: Cuando se coloca el centro de gravedad de la vida no en la vida sino en el más allá, en la nada, se le ha quitado a la vida como tal el centro de gravedad. La mentira de la inmortalidad personal, destruye toda razón, toda naturaleza existente en el instinto, a partir de ahora todo lo que en los instintos es beneficioso, favorecedor de la vida, garantizador del futuro, suscita desconfianza, vivir de tal modo que ya no tenga sentido vivir, es lo que ahora se convierte en sentido de la vida¹⁸.

Para finales del siglo XVII: *“La locura estaba inscrita en el destino temporal del hombre”*¹⁹. Era común pensar que el hombre sufría una constante degeneración, cada generación era más débil y más propensa a la locura. Cuando se hablaba de un individuo loco, en el siglo XVIII, se discutía de un hombre que había perdido su verdad, que se había perdido a sí mismo²⁰.

Pinel consideraba que la religión producía locura y por tanto debía estar lejos de los asilos: “Fuente de emociones vivas y de imágenes terroríficas que suscita por temor al más allá; el catolicismo provoca frecuentemente la locura; hace nacer creencias delirantes, engendra alucinaciones, conduce a los hombres a la desesperación y a la melancolía”²¹. Para el mismo Pinel, se trataba de: “reducir las formas imaginarias y no el contenido moral de la religión”²².

¹⁸ Foucault, “Hermenéutica del sujeto”, 16.

¹⁹ Foucault, “Historia de la locura en la época clásica”, 60.

²⁰ *Ibíd.*, 65.

²¹ *Ibíd.*, 234.

Mientras que la enfermedad y la pobreza adquieren un estado privado, la locura lo adquiere público, la sociedad debía ser defendida de los locos, por lo que se crearon espacios de confinamiento que protegían a la colectividad.²³ Con Pinel y Tuke, en el siglo XVIII, se contrasta al internamiento clásico, pues con este se imponía una relación inhumana y animal; es así como empiezan a dar libertad a los locos, promoviendo una relación más humana²⁴.

En el siglo XVIII, empezaba a diferenciarse el trato que se le da a los delincuentes y a los locos, sin embargo solo hasta el siglo XIX, se notaba alguna indignación real por el trato que hasta ese momento se le daba a los pacientes psiquiátricos, los cuales eran encerrados con los delincuentes²⁵. La asistencia se convierte en el primero de los deberes sociales; sin embargo se presentaba la gran polémica, si le correspondía al estado, teniendo en cuenta que se asumía como un deber de hombre a hombre²⁶.

El concepto de hospital como lugar o instrumento terapéutico data de fines del siglo XVIII, alrededor de 1760, incluso tan pronto como 1775- 1778 ya la Academia de Ciencias había enviado al francés Tenon a hospitales de Europa para hacer análisis de conceptos como mortalidad, asociación con enfermos específicos, aireación y recorrido de ropa entre otros. Los hospitales de la edad media tenían otra connotación, el cuidado del enfermo era diferente, se buscaba recoger a los pobres y enfermos que representan un peligro.

El concepto de salud pública se podría empezar a vislumbrar con la medicina griega, las nociones de miasmas y de humores; las cuales representaban en alguna medida la posibilidad que el estado de salud de un ser humano tuviera alguna influencia en su entorno y en sus semejantes. Posteriormente aparecieron las infecciones en la edad media y el renacimiento y con ellas, si claramente, la

²² *Ibíd.*, 255

²³ *Ibíd.*, 135.

²⁴ *Ibíd.*, 216.

²⁵ *Ibíd.*, 90.

²⁶ *Ibíd.*, 116.

transmisibilidad. En el siglo XVIII, aparece la perspectiva social y con esta se pueden ligar y asociar el hambre y las enfermedades²⁷. El problema de los pobres como entes de salud pública en el siglo XIX, estaba determinado por tres acontecimientos: La razón política, con la revolución francesa se encontraba que este grupo podía representar un peligro a dicho nivel; la aparición de modelos que podían sustituir la labor de estos, como las empresas postales; por último la epidemia de cólera de 1832, la cual cristalizaba los temores sanitarios al empezar en París y propagarse por toda Europa^{28,29}.

El hospital era un lugar de lucha por el alma de quien iba a morir y de quien lo ayudaba buscando la salvación³⁰. Antes del siglo XVIII, la medicina era una actividad eminentemente extra hospitalaria³¹, así pues, la medicina era para Foucault una actividad social desde el siglo XVIII, y en dicho sentido aún la práctica particular cumplía una función eminentemente social. De otra parte, a partir de dicho siglo va dándose un cambio y la medicina va pasando de una actividad clínica individual a una actividad de beneficio público; antes el médico respondía a las demandas de los enfermos, luego el campo se amplía y el médico empezaba a actuar en la salud^{32,33}.

Foucault anota que en este siglo la medicina se impregna de una autoridad que busca a toda costa la norma y lo normal. Para él hay cuatro grandes procesos que caracterizan la medicina en el siglo XVIII:

²⁷ Osorio, "Jorge Julián. La salud pública y la postmodernidad", 1.

²⁸ Foucault, "Historia de la medicalización", 3- 25.

²⁹ Arango, "De los miasmas a la bacteriología", 241- 268.

³⁰ Foucault, "Incorporación del hospital en la tecnología moderna", 20- 35.

³¹ *Ibíd.*, 22.

³² Foucault, "Historia de la medicalización", 3-23.

³³ Foucault, "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", 157-170.

Tabla 1. Procesos que caracterizan la medicina del siglo XVIII, según Foucault.

1. La autoridad médica, como autoridad social
2. La aparición de campos de intervención distintos a las enfermedades
3. La introducción del hospital como aparato de medicalización colectiva, antes eran sitios de asistencia a los pobres en espera de la muerte
4. La introducción de mecanismos de administración médica (registros, estadísticas).

Fuente: FOUCAULT, Michael. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *En:* Educación Médica y Salud, 1976, vol. X, no. 2., 162.

Hacia los últimos años del siglo XVIII, según Foucault, se fija el nacimiento de la medicina moderna; Se hace posible un lenguaje de la enfermedad.³⁴ Se evidencia una reorganización y rejuvenecimiento de la percepción médica, describiéndose lo que está debajo de lo visible; porque como en todo saber, se encuentra una diferencia entre lo visible y lo no visible. La racionalidad se hunde en la percepción, el ojo se convierte en la fuente de la claridad, aparecieron las causas naturales para las enfermedades; había causas miasmáticas o contagionistas, además se empezó a mirar el estado de ánimo, la mala ventilación, la luz insuficiente y el estado corporal, entre otros³⁵.

Fue a mediados de ese siglo XVIII cuando surgió un medio social terrible; el contagio de la lepra, el aire vicioso, la fiebre de las prisiones, las carretas de los condenados, las casas de confiscamiento representan el terror. El agente de la epidemia era el aire, encontrándose el aire vicioso en las ciudades y principalmente en las prisiones, en los hospitales y en las casas de confinamiento; el aire saludable se encontraba en el campo³⁶.

Michael Foucault muestra cómo la mirada médica para el siglo XVIII es diferente a la de doscientos años después cuando se encuentra un aspecto más positivista, el objeto de estudio se asimilaba más a la singularidad del enfermo y al vínculo del saber y del sufrimiento. Para este autor es claro que el médico en su proceso de

³⁴ Foucault, "El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica, 4.

³⁵ Arango, "De los miasmas a la bacteriología", 241- 268.

³⁶ Foucault, "Historia de la locura en la época clásica", 27- 29.

aprendizaje, de enfrentamiento a la clínica aprendió a ser religioso, humano, compasivo en los asilos y hospitales, donde se enfrentaba al dolor y la miseria; además la benevolencia del rico, para calmar el sufrimiento del pobre, por quién pagaba su atención, se devolvía en conocimiento que luego serviría para tratarlo a él; según éste: “Se trata de una compensación del orden del interés objetivo para la ciencia y del interés vital para el rico”³⁷.

El poder pastoral era para Foucault el sacrificio estimulado por la identidad cristiana, la cual buscaba con todas sus limitaciones la muerte en este mundo en aras de la vida en otro mundo. El hecho de tener el triunfo de la vida eterna, presenta la muerte como un paso, simplemente, la meta no está en este mundo.

La figura del médico se hizo importante en el siglo XVIII: “si el personaje médico puede aislar la locura, no es porque la conozca, sino porque la domina”³⁸. (...) “Su presencia y su palabra están dotadas de ese poder de desalienación, que de un golpe descubre la falta y restaura el orden de la moral”³⁹.

Fue en este siglo XVIII cuando surgió la experiencia clínica por medio de signos y síntomas. Se diferenciaba entre los médicos formados en escuela y los que habían adquirido sus conocimientos de manera práctica; aparecieron las sociedades que intentan poner límite a la práctica clínica generalizada⁴⁰. Calés proponía exámenes para quienes quieran trabajar como médicos; Vitet introdujo las pruebas ante los pacientes; Cabanis, en este siglo XVIII, defendió la tesis que solo los médicos salidos de una escuela podían ejercerla. Se volvió esta una profesión cerrada, con sanción para quienes la ejercieran sin cumplir lo reglamentado⁴¹. La medicina era ya una profesión liberal, el médico y cirujano tenían el campo abierto; el empírico era señalado y tenía restricciones desde ese momento⁴². El cuerpo resultaba ser

³⁷ Foucault, “El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica”, 128.

³⁸ Foucault, “Historia de la locura en la época clásica”, 254.

³⁹ *Ibíd.*, 257.

⁴⁰ Foucault, “El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica”, 88- 90.

⁴¹ *Ibíd.*, 115- 119.

⁴² *Ibíd.*, 122- 123.

una entidad educable, transformable, de la misma manera era claro que podía ser puesto al servicio individual y social⁴³.

Foucault dice acerca de la disciplina:

Los mecanismos disciplinarios datan de tiempos antiguos, pero de una manera aislada, fragmentada, hasta llegar a los siglos XVII y XVIII, cuando el poder disciplinario se perfecciona en una nueva técnica de gestión del hombre. Con frecuencia se habla de las invenciones del XVII, la tecnología química, metalúrgica, etc. Y sin embargo no se menciona la invención técnica de esa nueva forma de gobernar al hombre, con todas sus multiplicidades, utilizarlas al máximo y mejorar el efecto útil de su trabajo y sus actividades, gracias a un sistema de poder que permite controlarlo⁴⁴.

El médico empezaba a estar impregnado de una autoridad que buscaba a toda costa lo normal y la norma.⁴⁵ La medicina tiene así, repercusiones básicas sobre la biohistoria, muchas enfermedades cambian comportamiento, otras desaparecen a través de los años; los mecanismos que intervienen son la condición socioeconómica, los fenómenos de adaptación, la resistencia de los organismos, el debilitamiento de los gérmenes, las medidas de higiene y el aislamiento⁴⁶.

Para el siglo XVIII con el surgimiento de las ciudades en Europa, aparecía allí la medicina urbana, esta tenía por objetivos:

- 1) Analizar lugares de aglomeración y amontonamiento tal como los cementerios, los cuales para fines de dicho siglo eran trasladados para la periferia de las ciudades, la individualización y respeto a los cadáveres, la cual fue una medida más médico sanitaria que religiosa.
- 2) La circulación de los elementos (agua- aire), el aire en el siglo XVIII era considerado un factor patogénico (miasma).
- 3) Organización de distribuciones y secuencias. Definir el lugar de los elementos necesarios para la vida en común (lavaderos, agua de consumo). La noción de salubridad surgiría en Europa antes de la revolución francesa (1790- 1791)⁴⁷.

⁴³ Pedraza, "En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad", 20.

⁴⁴ Foucault, "Incorporación del hospital en la tecnología moderna", 26.

⁴⁵ Foucault, "Historia de la medicalización", 9.

⁴⁶ *Ibíd.*, 5-23.

Gradualmente se asumen otros aspectos, finalmente, para el siglo XIX, ya no hay ninguna duda, aspectos de sanidad pública, como las condiciones de vivienda, los regímenes urbanísticos, entre otros, eran campos apropiados y propios de los profesionales de la medicina.

1.2 RELACIÓN MÉDICO PACIENTE A TRAVÉS DE LA HISTORIA.

Antes de mirar los aspectos deontológicos de la profesión médica en un lugar determinado, como es el territorio antioqueño, es necesario hacer un recorrido somero sobre la evolución histórica de la relación médico- paciente. No se puede asumir las características de un grupo profesional en un lugar y en un momento determinado o en un período de tiempo, como características propias sin origen claro; es necesario conocer el devenir de los conceptos y prácticas de los médicos y sus pacientes en la medicina universal para entender y valorar las prácticas deontológicas y la relación médico paciente de la medicina antioqueña.

Es imposible hablar de deontología, moral o ética, si no se asumen estos términos en los contextos individual y social. El médico como profesional, no existe sin su paciente, es en la intimidad de esta relación donde se vive la profesión; la deontología, la moral y la ética tenían y tienen sentido en cuanto modulen la relación del médico con sus colegas, con su arte, pero sobre todo con su paciente.

Siempre se pensaba en la infantilización del enfermo, en el cual la enfermedad producía un estado de desvalimiento del cuerpo y también del alma, de la voluntad y del sentido moral. Las grandes emociones o las pasiones negativas enturbian el entendimiento, la consciencia, la voluntad y el control de los impulsos.

Lain Entralgo, habla de la introducción del sujeto a la medicina, solo hasta el siglo XX, tesis planteada por Víctor Von Weizsacker. Se obliga a los médicos a

⁴⁷ *Ibíd.*, 16-17.

introducir aspectos sociales psíquicos y personales de la enfermedad solo hasta este siglo⁴⁸.

La teoría de Von Weizsacker, sobre la gran revolución del siglo XX en la introducción del sujeto a la medicina, hubiera sido imposible sin una rebelión previa de dicho sujeto. Esa rebelión se materializó en la Revolución Francesa de 1789, los movimientos revolucionarios de 1848 o la revolución soviética de 1917. La industrialización, finalmente, trajo grandes problemas; aumentó la mortalidad, se evidenció la diferencia entre algunos sectores sociales en cuanto a salubridad y dio pie a una rebelión del ser humano, exigiendo ser tratado como sujeto, lo cual, también llevaría al surgimiento de la neurosis⁴⁹.

Esa irrupción de los derechos de los pacientes ha sido tardía, es el último paso iniciado con la vindicación del protestantismo de la libertad de conciencia, en lo político por las libertades democráticas en todo el mundo y fue definida por Kant como la salida de la culposa minoría de edad de la humanidad. Las revoluciones liberales emanciparon al hombre en todos los aspectos, los hicieron mayores de edad y les otorgaron los derechos civiles y políticos: vida, integridad física, libertad de conciencia y propiedad.

Solo al inicio del siglo XX, el paciente pide que su subjetividad sea tenida en cuenta y hasta el último tercio de este siglo, el poder decidir o por lo menos participar en las decisiones. La forma en que se concreta la respuesta del médico a esta demanda es en el consentimiento informado. Pero antes pasarían muchas cosas⁵⁰.

La relación médico paciente tiene como fin hacer una relación humana por medio del diálogo⁵¹. Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer médico, que la relación inmediata con el enfermo. Desde la existencia del hombre dos utopías han intentado separar esa relación bajo la pretensión de *actio in distans*, son la

⁴⁸ Lázaro y Gracia, "La relación médico enfermo a través de la historia", 17.

⁴⁹ Laín, "La relación médico enfermo, historia y teoría", 48.

⁵⁰ Lázaro y Gracia, "La relación médico enfermo a través de la historia", 17.

⁵¹ Bohórquez, "El diálogo como mediador de la relación médico paciente", 1.

utopía mágica y la utopía técnica; ambas intentan separar físicamente al médico del paciente. Ambas buscan curar sin el contacto directo, el hechicero, chaman o curandero impone la distancia de su tradición, sus ritos o su conocimiento empírico; la técnica, por medio de la intermediación brindada por objetos o materialización instrumental o teórica, busca la objetividad de las cifras, los gráficos y finalmente el paciente convertido en datos.

La medicina y dentro de esta la relación entre el médico y el enfermo varían con los cambios históricos: así el médico sea ateniense, medieval, o contemporáneo, en todos se encuentran relaciones y modos de asistencia médica que difieren⁵².

Es precisamente Pedro Lain Entralgo, el principal historiador de la relación médico paciente. Su obra, *La relación médico enfermo, historia y teoría*, da luces sobre el surgimiento, desarrollo, variaciones de este concepto, desde los primeros médicos griegos hasta la medicina moderna. Estudio que nos sirve para entender, como asumieron los primeros médicos académicos de Antioquia la relación con sus pacientes y los deberes que se generaban a partir de estas relaciones.

Hay un fundamento genérico que recae sobre la constante de encontrar al hombre en si como un ser menesteroso en su esencia o sea que requiere del otro siempre desde su nacimiento, necesita comida y respira es un *ens indigens*, pero al mismo tiempo es oferente por naturaleza, *ens offerens*, ese ofrecimiento se da por la existencia del amor. "El binomio menester amor viene a constituirse en el fundamento de la relación médica"⁵³.

El menester vulgar es técnicamente llamado enfermedad y la respuesta del médico es la asistencia, la cual viene de la raíz *ad- sistere*: detenerse junto al otro.

En toda relación médica siempre se encuentran móviles que llevan al médico y al enfermo a ese encuentro y se da en cuatro dimensiones; una cognoscitiva o diagnóstica, una operativa o terapéutica; una afectiva, de amistad médica o de

⁵² Lain, "La relación médico enfermo, historia y teoría", 45.

⁵³ *Ibíd.*, 17.

transferencia y por último una ética y religiosa. Todas deben ser estudiadas en su dimensión histórica.

Es una relación no pasiva, viva de conocimiento, la cual se sintetiza en el diagnóstico. El médico busca conocer la esencia del sufrimiento del enfermo por tanto la sola reciprocidad cambia el entorno. Esta es una dependencia diádica, en cuanto busca algo íntimo dentro de ellos y no dual que corresponde a algo externo a los mismos.

Esa relación solitaria es en esencia social, el diagnóstico más íntimo y personal tiene una connotación general y siempre tendrá elementos inequívocamente sociales. La *Philia* entre el médico y el enfermo no poseería el carácter técnico si no se cumple el conocer, el qué y el porqué.

El médico inicialmente diferencia entre salud y enfermedad.

Desde Almeón de Crotona, la salud es concebida por los médicos griegos como equilibrio o armonía; el concepto técnico de salud tuvo siempre entre los helenos – supieranlo ellos o no – una secreta raíz pitagórica: La salud dice Alcmeón a través del famoso fragmento Aecio es mantenida por el equilibrio (igualdad de derechos, isonomía) de las potencias (*dynámeis*): lo húmedo, lo seco, lo frío, lo caliente, lo amargo, lo dulce y las demás. El predominio de alguna de ella (*monarkhia*) produce, por el contrario, enfermedad⁵⁴.

Galeno reduciría las condiciones fisiológicas a cuatro: seco, húmedo, caliente, frío. Paracelso introdujo nuevamente las propiedades gustativas. En general desde la medicina griega, el aspecto general de una realidad tenía gran importancia, esta se conocía como la *Katástasis*.

Aparecen los conceptos captados por los sentidos, se hacen importantes todos: aparecen descripciones como la de la facies hipocrática (L II), la permanencia de la espuma de ciertas orinas urémicas (L IV), aparece la palpación del pulso, de la temperatura, la consistencia del vientre, la palpación del bazo (L VII), por el oído se conoce la voz. La respiración, la tos, la crepitación de los huesos fracturados, la

⁵⁴ *Ibíd.*, 65.

sucusión hipocrática para el derrame pleural (L II, V, VI, VII). La auscultación del tórax se dejará de realizar nuevamente hasta el siglo XIX (estertores húmedos, roce pleurítico). En su afán de conocer técnicamente los asclepiadas saboreaban la dulzura del cerumen e incluso algunos autores cómicos los llamaban coprófagos.

No solo la *Katástasis* del cuerpo humano interesa a los asclepiadas, también la del medio físico; el médico asclepiada además pone mucha atención a su diálogo con el paciente; sin embargo sabe que estas son conjeturas, en ello no está la verdad.

Los asclepiadas hablan de dos formas de enfermar: una por necesidad inexorable de la naturaleza y otra por azar. Las primeras son por principio incurables, mientras que las segundas son susceptibles de ayuda técnica.

El médico en su práctica utiliza una fase exploratoria, otra intelectual, y una tercera que se hace necesario cuando el diagnóstico no es evidente y es mediante pruebas de sobrecarga o funcionales por las que se obliga a la naturaleza a hacerse evidentes a la exploración. Busca la especificación de la enfermedad, una gnosología.

El médico hipocrático no tenía un pensamiento sistemático sobre las enfermedades, sin embargo si buscaba semejanzas, específicamente en síntomas, en el patocrónico (enfermedades agudas o crónicas), localizadorio, etiológico y en el pronóstico. Este tiene el conocimiento del cuerpo y del cosmos; además debía filosofar, por esto es semejante a un dios; este veía en el paciente una individualidad, a diferencia del médico tipificador de los siglos XIX y XX, más si era de Cos. Actuaba diferente en cuanto era un médico de esclavos o de hombres libres. En el último caso tenía además una función de explicar al paciente su entidad, en tanto que el médico de esclavo podría pensar que el camino se ha perdido, no es necesario la explicación en su relación con su paciente esclavo, se enseñaba cuando se intentaba formar otros médicos⁵⁵.

⁵⁵ *bíd.*, 65.

La diferencia era marcada; a los esclavos no los trataban propiamente médicos, eran empíricos que de pronto habían sido esclavos de médicos; no había diálogo enfermo- médico y se trataba más de una veterinaria con humanos. La medicina con los esclavos era poco individual y más se generalizaba en su tratamiento. En los templos de Asclepio no fueron pocos los esclavos que fueron tratados. Para el manejo de los ricos y libres se lograba una individualización del diagnóstico y del tratamiento; ellos también asistían a los templos, había una fe en los poderes curativos de los dioses.

En la relación del médico con su paciente, no hay actos exclusivamente diagnósticos o exclusivamente terapéuticos, todo tratamiento es la expresión operativa de la vinculación existente en la relación. El médico aún cuando cree que está en fase diagnóstica está ejercitando una acción terapéutica sobre el paciente. Cuenta Syebeck que el clínico Ernst Von Leyden, Berlín, 1900, decía: “El primer acto de tratamiento es el dar la mano al enfermo”⁵⁶. Sin saberlo el médico nunca deja de actuar sobre el enfermo. M. Balint dice: “El médico es el primero de los medicamentos que el prescribe”⁵⁷.

El tratamiento, así como el diagnóstico es un acto social y tiene una connotación social. Así en la Atenas del siglo IV o V, el tratamiento era diferente para un hombre si fuera libre o esclavo; esto poco cambiaría, incluso 1700 años luego, Arnaldo de Vilanova, distinguía desde el punto de vista terapéutico de una medicina para ricos y una medicina para pobres. También se encuentran diferencias en la medicina soviética y en las sociedades secularizadas y capitalistas de los siglos XIX y XX.

Para el médico hipocrático la *diaita* era el régimen de vida, el modo como el hombre, a través de su actividad (trabajo, alimento, deporte, relaciones sociales) se encuentra en relación con su entorno. Hay unos principios que rigen la relación: la curación está en la naturaleza, esta busca su camino. El arte del médico no

⁵⁶ Von Leyden, citado por Lain, “La relación médico enfermo, historia y teoría”, 21.

⁵⁷ Balint, citado por Lain, “La relación médico enfermo, historia y teoría”, 22.

hace otra cosa que ayudar a la naturaleza con su *thekne*; la primera regla del terapeuta hipocrático es abstenerse en lo que la naturaleza no puede, pero sobre todo se abre camino un principio que ha perdurado a través de generaciones: favorecer y no perjudicar, *primun non nocere*.

En la medicina hipocrática se teme a la novelería, lo que se conoce es mejor que lo nuevo que no se conoce, por esto era tan importante la tradición, el conocimiento transmitido de médico a médico, de escuela a escuela, también era importante que el enfermo colaborara con el médico en la empresa de la curación. El diálogo era una condición esencial para el médico Asclepiada; antes de prescribir cualquier terapia a un paciente libre, el médico debía persuadir al enfermo que el remedio que se le iba a administrar era el mejor para él.

El hombre rico tenía tiempo para dedicarse a sí mismo y a esta terapéutica pedagógica, que de otra manera era imposible. El médico utilizaba para el paciente rico un método terapéutico individualizador y biográfico, del cual no se debía de abusar, tampoco debía exagerarse en el cuidado del cuerpo; para Pisatrón el excesivo cuidado del cuerpo era un obstáculo para la vida o para que cada hombre trabajara en lo que le corresponde, el curso normal de la vida se debía respetar y prestar un cuidado especial en los asuntos corporales, podía tomarse como antinatural.

En Las Suplicantes, de Eurípides, Ifis dice:

Como te odio vejez, implacable enemigo, como odio a quien intenta prolongar su vida y mediante pociones, drogas y prácticas mágicas trata de desviar el curso de los destinos y de evitar la muerte. Los seres inútiles a la ciudad deberían más bien desaparecer; deberían irse, dejando el puesto a los jóvenes⁵⁸.

El diagnóstico, el tratamiento y ahora la transferencia hacen parte de esta relación. Siempre paciente y médico se sitúan afectivamente, este contacto o *Philia*,

⁵⁸ Eurípides. Citado por Lain, 89.

amistad o transferencia hacen parte infaltable de la relación, con variaciones de acuerdo a la época.

La libertad del hombre lleva a que se estructure un para qué en salud. Aparece un aspecto moral, una mirada diferente a ese encuentro entre dos seres humanos. La relación médico enfermo está siempre en constante tensión de ayuda-abandono. Existe una eticidad de esta relación, la cual puede ser distinta a través de las situaciones y de los momentos históricos, pero siempre existe. Es diferente la de los asclepiadas hipocráticos, a los cristianos o a los ateos.

La relación médica siempre tiene un momento inequívocamente religioso. Aún en los escenarios más ateos. La enfermedad, así como el amor, como el mal y en general como todo lo que pone en juego la totalidad de la existencia tiene un secreto *quid sacrum*; para los antiguos la epilepsia fue una enfermedad sagrada, los hipocráticos consideraban a todas las enfermedades sagradas, puesto que afectaban la divina physis. La medicina griega no es secularizada, se da una religiosidad ilustrada, donde la divinidad de la physis es evidente. El juramento empieza por: “Juro por Apolo médico, por Asclepio, por Higea y Panacea, por todos los dioses y diosas...”.

Un mandato ético de la medicina hipocrática era abstenerse de tratar pacientes incurables, en los cuales la enfermedad no tenía remedio, desde ese momento, el concepto de futilidad sería tenido en cuenta; incluso la recompensa económica que el médico griego recibiría por sus servicios, dependía del paciente a que tratara, del servicio y del resultado que se obtuviera. Esa recompensa era importante para que hubiera arte⁵⁹.

Desde tiempos inmemoriales se han dado tres situaciones en la relación de un hombre curador o médico y un hombre sufriente o paciente, que resumen la asistencia: la ayuda espontánea, la curación mágica y el tratamiento empírico.

En la ayuda espontánea, podemos decir que hay dos impulsos humanos que son la intención de auxilio sin demora, ni condición y la aversión. La enfermedad nos

⁵⁹ Lain, “La relación médico enfermo, historia y teoría”, 67.

llama y nos repele. Esa ayuda debe tener además para ser humana una apropiación y una proyección. La aversión representa un impulso humano a no tener un compromiso, debe existir un vínculo, un contrato, un nexo que permita asumir la relación directa.

Ese carácter elemental y rudimentario que surgió desde antes de la edad de piedra, es importante en la relación médico enfermo aún en nuestro tiempo. En realidad, no hay una única y total relación de ayuda, siempre hay una impregnación importante o no de un deseo de apropiación.

La estructura de la relación mágica requiere de tres elementos: una realidad modificable (enfermo), unos poderes y un recurso para movilizar dichos poderes. El recurso puede adoptar tres elementos: la virtud que posee un hombre (brujo, chamán), la eficacia transformadora de un rito o fórmula (el ensalmo o conjuro), y el privilegio de ciertos lugares (como Epidauro o la isla Tiberina). En esta relación se carece de límites y la noción de imposible no existe. Esta no es una relación personal, el hechicero no es dueño de los poderes. El paciente cree que el curandero tiene la capacidad de manejar un poder ajeno a él, ilimitado e incalculable.

La tercera forma de ayuda no técnica al semejante es el tratamiento empírico, en el cual se repite sin reflexión causal, sin preocupación en el porqué, de prácticas curativas descubiertas por azar: el pastor que inmoviliza fracturas, el herbolario, Ambrosio Paré y los litotomistas del siglo XVI y XVII también lo fueron.

Para la filosofía griega, tanto el macrocosmos, como el microcosmos (hombre) eran regidos por un orden superior, cuando este se desajustaba se producía la enfermedad, el médico era el encargado de ajustar este orden bajo el principio de beneficencia⁶⁰. Hasta el siglo XV se pensó de esta manera y desde ese momento

⁶⁰ *Ibíd.*, 67.

se empezó a pensar que el hombre podía cambiar la naturaleza y no solo interpretarla⁶¹.

En la antigüedad las profesiones prototípicas fueron la de sacerdote, gobernante o juez y la de médico; cada profesión suponía un cierto poder, el sacerdote era el representante de Dios, señor del macrocosmos (universos), el rey, gobernante y juez regían el mesocosmos, (nación y sociedad), el médico el microcosmos. Esto permitía hablar del rol sacerdotal del médico.

En la medicina hipocrática el médico evolucionó de una práctica artesanal a una práctica más lógica y natural, que no llegó a medico sacerdote, si al menos a médico filósofo. El médico filósofo hipocrático era una evolución del médico sacerdote, logrando esta superación cultural⁶².

En el siglo XV AC. Aparece Esculapio o Asclepio, el médico dios más célebre de Grecia, hijo de Apolo (médico de los dioses) y de Coronis, quien había nacido por cesárea; al morir su madre, Apolo lo entrega a Quirón.

Asclepio tiene tres hijos. Godalirio, Machaon y Telesforo y cuatro hijas: Hygia que es la preservadora de la salud (higiene), Panaqueia que era farmaceuta, Egle que era partera y oculista; Laso que era enfermera.

Quirón enseñó a los hombres el arte de curar males, basándose en la utilización de plantas medicinales.

Asclepio dominó el arte de curar, incluso llegó a resucitar muertos; en el siglo IV AC se erigió un templo en su honor, el cual estaría en su apogeo en el siglo II DC, allí ejercería Galeno.

También fueron importantes Pitágoras de Samos (572- 497 AC), quien fue un médico naturista y matemático, tuvo varios discípulos; Hipócrates de Cos (460 AC-

⁶¹ "La relación médico paciente a través de la historia", González, consultada 1 septiembre, 2012, <http://www.murciapediatrica.com/relacion%20medico%20paciente.htm>

⁶² Lázaro y Gracia, "La relación médico enfermo a través de la historia", 17.

377 o 375 AC) considerado el padre de la medicina moderna, nació en Cos, inició sus estudios de medicina a los trece años en el templo de los Asclepiades, luego viaja a Egipto. Su mérito consistió en crear un método basado en la observación y creer en los fenómenos naturales.

El concepto de triángulo hipocrático ha perdurado en el tiempo: En el libro epidemias, Hipócrates decía: “el arte se compone de tres cosas: la enfermedad, el enfermo y el médico”⁶³.

Antes del surgimiento de la medicina hipocrática, la cual empieza con los pitagóricos de Crotona y no con las asclepiadas de Cos, la medicina helénica era empirismo y teúrgia. Luego de esto viene el astillamiento en escuelas y la emigración de los médicos helenísticos a Roma; sin embargo esa amistad médica no debe haber cambiado demasiado de Hipócrates al visitar a los Siliscos y Silenos, ya con amplia gama de conocimientos o Galeno con el emperador Marco Aurelio.

El cambio vendría con el cristianismo, hasta el siglo XV. Los médicos cristianos igual que los de la antigüedad diagnosticaban y curaban, sin embargo cambiaron la relación amistosa entre médico y paciente. El cristianismo primitivo, preconstantiniano, el cristianismo medieval y el cristianismo moderno suelen diferenciarse a través de la edad media; el hombre, que se consideraba hecho a imagen y semejanza de un ser superior, miraba que nada había en el mundo absolutamente necesario, lo factible se dilataba en su mente y ante sus manos progresivamente.

Para la medicina técnica del siglo VI y V AC. Hay cuatro nociones que dan fundamento a la medicina hipocrática:

1. Idea de Physis: Existía una naturaleza de cada cosa y una naturaleza común de todas.

⁶³ Hipócrates, citado por Kvitko, “La relación médico paciente hipocrática”, 7.

2. La cognoscibilidad de la Physis: Por medio de la observación, la experimentación y el raciocinio se podía conocer la Physis, surgiría la fisiología (saber racional acerca de la Physis).

La Physis era divina y tenía constituyentes como potencia (*dynamis*), elementos (*Stoikheion*), parte orgánica (*mórion*) y humor (*Kymós*). Estos son los conceptos básicos de la fisiología griega.

3. Idea de la *tekhne*: Era la capacidad aprendida del hombre de ayudar a la naturaleza en sus movimientos; ayudarla o suplirla. Era para los griegos *tekhne* y para los latinos *ars*. Ya se hacía importante la esencia de las cosas y el porqué de las mismas, el médico se convirtió en técnico de la medicina.

4. La idea de la necesidad de la naturaleza: había situaciones que en la naturaleza sucedían por necesidad (salida del sol, peso de las piedras y caída, algunas enfermedades al ingerir algún elemento) y otras por azar. Esta doble condición ha sido necesaria para que existiera el conocimiento.

La vinculación entre el médico y el enfermo en la antigua Grecia se circunscribía dentro de la *Phylia* (amor, amistad); se podía diferenciar en este concepto la *philantropie* (amor al hombre en cuanto hombre) y la *philotekhnie* (amor al arte de curar). Ambos conceptos aparecerían para permanecer en la relación médico paciente, en todas las culturas y en todas las épocas.

Para los griegos había una íntima idea de la amistad, que acercaba la *philia* y el *eros*, ambas podían coexistir o estar separadas, pero la amistad implicaba amor entre dos seres humanos. La amistad aristotélica consistía en querer y desear el bien del amigo. La amistad del médico hipocrático con el enfermo era el resultado de su *philantropia* y su *philotekhnia* un amor a la perfección de la naturaleza.

“La *Tekhne* es un saber hacer sabiendo qué se hace y porqué se hace eso que se hace. Más concisamente: un saber hacer según el qué y el por qué”⁶⁴.

⁶⁴ Lain, “La relación médico enfermo, historia y teoría”, 50.

En las artes existen unas imitativas y otras innovadoras. La medicina tiene más acercamiento a las imitativas de la naturaleza en su tendencia hacia la curación. El médico, sin embargo, tiene la doble connotación imitativa e innovadora.

El pensamiento mítico de los griegos atribuía el origen de las artes a un rapto a los dioses (mito de Prometeo), o en la medicina a la enseñanza del centauro Quirón a Asclepio, hijo de Apolo. El médico aparecía para los griegos semejante a un dios. Sin embargo no siempre hubo esta percepción. En el segundo Pluto de Aristófanes se encuentra la ironía con la que los cultos de Atenas hablaban de la técnica de los terapeutas. Sin embargo fue Platón quien mejor mostraría esto; en Cármenes, Sócrates denuncia la incapacidad de la medicina hipocrática para estudiar y utilizar el papel del alma en las enfermedades humanas, habla sobre la superioridad de los médicos de Tracia.

Para el corpus Hipocrático es muy importante la buena fama del médico y también para esto trabajan. El gran recurso para lograr y mantener el prestigio para el médico griego era el Pronóstico, conocer el presente, el pasado y el futuro de las enfermedades. Poder hablar y predecir lo que pasa, la curación o el fracaso.

En el Corpus, dos de sus últimos libros (Sobre el Médico y Sobre la decencia), hablan de las maneras extra -científicas que el médico debía utilizar para mantener la confianza: “vestirá con decoro y limpieza y se perfumará discretamente, porque todo esto complace a los enfermos; será honesto y regular en su vida, grave y humanitario en su trato; sin dejar de ser jocoso y sin dejar de ser justo, evitará la excesiva austeridad; quedará siempre dueño de sí”⁶⁵.

Es importante anotar, finalmente, que la medicina en la Grecia clásica no era monolítica: existían pitagóricos, coicos, cnidos; humoralistas, neumáticos y doctrinarios del fuego; clínicos más tipificadores y clínicos más individualizadores; posterior a los hipocráticos vendrían los empíricos, metódicos y eclécticos. Vendrían posteriormente los médicos cristianos, los cuales veía en su técnica un instrumento del ágape; existieron médicos como los mártires cristianos Zenobio y

⁶⁵ *Ibíd.*, 58.

Alejandro el Frigio, Teodoto de Laodicea, Eusebio de Cesárea, médico y obispo, Eustacio, entre otros.

En este cristianismo primitivo aparecieron las ideas de los hipocráticos acerca de la *philantropia* y la *philoteknia*. Basilio de Cesárea en el año 350 diría acerca de su médico Eustacio: “en ti la ciencia es ambidextra, y dilatas los términos de la *philantropia*, no circunscribiendo a los cuerpos el beneficio del arte, sino atendiendo también a la curación de los espíritus”⁶⁶.

La *philotekne* para el médico cristiano primitivo no tiene un sentido cristiano, viene con el culturalmente adoptado, solo hasta la edad media se pensará en un *ars* médica cristiana. Galeno, médico con amplios conceptos naturalistas, no fue bien entendido en su época, incluso para el siglo III, poco después de su muerte, es estudiado con veneración por algunos seguidores, quienes fueron excomulgados por hacerlo, por seguir su naturalismo.

La enfermedad es un desorden más o menos duradero de la naturaleza del paciente, así como un evento en el destino del hombre y posee una dimensión religiosa y moral. El galenismo desde el siglo III va obteniendo preeminencia y se hace la doctrina imperante tanto en Roma como en Bizancio, con esta escuela se da un conocimiento técnico fisiológico de la enfermedad.

Para esta época la enfermedad es una causa de aflicción, San Basilio de Cesárea dice: “Lo más precioso de todo, la vida, es aborrecible y molesta, si falta en ella la salud”⁶⁷. El enfermo por lo general siente su enfermedad con distinción, se da cierta preeminencia transnatural y transtécnica del enfermo sobre el médico. La enfermedad es ocasión de mérito o de caída, rectamente soportada es signo de distinción sobrenatural. Gregorio de Nisa dice que en el cuerpo de un enfermo resplandece la imagen de Dios. Hay clara relación para esta época entre la salud y la salvación y entre la enfermedad y el pecado.

⁶⁶ *Ibíd.*, 118.

⁶⁷ *Ibíd.*, 122.

En la primera medicina cristiana, referente a la curación, se piensa que quien cura es Dios, los remedios se hacen inútiles y paganos, esto lo defienden Taciano de Asirio y Tertuliano. Se considera que la curación con remedios es un engaño, todo viene de la voluntad del señor. El griego y cristiano Orígenes dice que los remedios tienen una propiedad sanadora, la cual ha colocado Dios en ellos. No era suficiente el tratamiento técnico, más si el enfermo también confesaba a Cristo.

La medicina cristiana empieza a exigir una igualdad en el tratamiento terapéutico a los pacientes sin importar el aspecto religioso, social o económico. También hay la consciencia cristiana de la valoración terapéutica y moral de convivir con el dolor. En la ciudad hospitalaria de Cesárea, Gregorio de Nacienceno diría: “La enfermedad era allí pacientemente sobrellevada; considerábase dichosa la desgracia y se ponía a prueba la compasión ante el sufrimiento ajeno”. También dice en una carta a Filagrío: “siento dolor en mi enfermedad, y me alegro, no por el dolor, sino porque enseño a otros a sobre llevar paciente y resignadamente el suyo”⁶⁸.

Para los cristianos primitivos la asistencia al enfermo es un acto ético religioso como evento central, lo técnico es cosa problemática secundaria. El momento ético, a diferencia de otros muestra aspectos propositivos y otros prohibitivos.

Hay unas circunstancias especiales de la asistencia para los médicos cristianos: La asistencia a los enfermos incurables y moribundos, de la abstención técnica y moral de los médicos griegos, se pasa a la acción por parte de los médicos cristianos. Esto se evidencia en los relatos de Cipriano de Cartago y Dionisio de Alejandría. La asistencia gratuita, solo a menesterosos, se encontraba en los hospitales cristianos de la época. Aparecería la incorporación de prácticas religiosas al cuidado de los enfermos; oración, unción sacramental, exorcismo (Santiago, San Justino).

Ese cristianismo primitivo estaba rodeado de paganismo, era una isla, vendría luego la conversión de Constantino y la edad media.

⁶⁸ *Ibíd.*, 126.

En la alta edad media nuevamente la medicina y la religión se cruzan en su desarrollo histórico. Las invasiones germanas apartarán a occidente de la cultura grecorromana; los monasterios serán el sitio donde evolucionará la medicina.

En la baja edad media se recuperaría la tradición grecorromana. Incluso se prohibió a los clérigos la práctica de la medicina, de pronto, por temor a que se vieran involucrados en prácticas que produjeran la muerte. Empezó a secularizarse la medicina, se enseñaba la medicina en las nacientes universidades, además se promulgaron normas como las de Sicilia que regulaba la práctica profesional, solo luego de aprobar unos requisitos como los de la Escuela de Salerno⁶⁹.

La edad media se divide en tres períodos: El primero desde las invasiones germanas hasta la madurez de la escuela de Salerno en el siglo X; luego de este momento hasta la creación de las escuelas médicas en el siglo XIII; y finalmente hasta la tecnificación médica.

La práctica médica en la edad media era un genuino ministerio del amor; es claro que en la alta edad media era común la presencia de médicos seculares: por ejemplo los visigodos u ostrogodos. A partir del siglo VI empiezan a aparecer los médicos sacerdotes; por ejemplo los monasterios benedictinos u otros más. En los albores de la edad media aparecen los médicos judíos, quienes eran prácticos y curaron a muchos gobernantes.

En el segundo período se crea una escuela de gran renombre para la medicina. La Escuela de Salerno, la cual es conformada especialmente por seculares, ésta difunde el conocimiento médico greco árabe por toda Europa.

En la baja edad media tiene gran influencia dicha escuela, además hay otro suceso importante, la ordenanza de Federico Barbarroja en 1231 quien establece la obligatoriedad del título médico para ejercer. En esta etapa es característico que

⁶⁹ Lázaro y Gracia, "La relación médico enfermo a través de la historia", 7.

se dieron frecuentes fundaciones de escuelas de medicina en Montpellier, Bolonia, París Oxford, Salamanca.

La medicina monástica empieza a desaparecer, además la iglesia prohíbe a los sacerdotes practicar la medicina por razones morales; sin embargo varios concilios tienen que insistir en el tema, lo que prueba la insistencia de la práctica: Clermont (1130), Reims (1131), Londres (1138), Letrán (1139), Montpellier (1162 y 1195), Tours (1163), París (1212)⁷⁰. No significa lo anterior que desaparecieran los médicos sacerdotes o no titulados, sin embargo, había toda una pléyade de personas dedicadas a la práctica de la medicina; lo que significa que la medicina adquiriría un carácter profesional, una preeminencia especial.

En la alta edad media el médico debía pactar sus honorarios desde antes de iniciar sus tratamientos con cada paciente; había además unos castigos para los médicos que perdieran sus pacientes por muerte o que los mismos tuvieran alguna complicación; algunos rechazaban los remedios, puesto que no eran más fuertes que la fe.

En la edad media se podría hablar de un período pretécnico de la medicina antes del siglo XII y otro técnico posterior. Hasta el siglo XII existía el oficio de curar, que más tarde se convertiría en el arte de curar. Un pequeño hilo pasaría por ese período y reaparecería para no desaparecer más sobre la tecnificación de este y convertirse en el arte de curar. Excepto por la cirugía, los cambios terapéuticos no fueron muchos. Esa tecnificación se dio con la introducción de la medicina tecnoarábica. El pensamiento de esta época pudo hacer suyo el concepto técnico de la antigüedad (physis y tekhné, a través de tres conceptos teológicos y cosmológicos: el de la potencia ordenada de Dios, el de causa segunda y el de necesidad condicionada). En ese período histórico se distinguen tres clases de enfermedades, las que curan solas, las que requieren del arte para curar y las mortales que no tienen cura.

⁷⁰ Lain, "La relación médico enfermo, historia y teoría", 50.

Saliceto atribuye un gran valor terapéutico al interrogatorio: dice: “por el queda confortado el espíritu del enfermo... y llega a ser más eminente la operación de los medicamentos...; y el alma del enfermo cobra tal vigor por la virtud de esta fe y esta imaginación, que actúa contra la enfermedad más intensa, noble y sutilmente que el médico con sus instrumentos y sus medicinas”⁷¹. El diagnóstico, que fue en los primeros siglos de la edad media discreto, se va haciendo técnico a partir del siglo XIII. Se volvía a las prácticas de los griegos.

En cuanto a lo que significaba enfermar, podemos decir que hay una repuesta fisiológica o cosmológica, lo que la enfermedad parece ser en el orden de la naturaleza; otra ontológica, lo que la enfermedad significa en el orden del ser; y otra teológica, lo que la enfermedad significa en cuanto a vicisitud penosa de la existencia.

Para el médico de la edad media, sus principales evaluaciones son el pulso y la uroscopia. Habría dos metas, el diagnóstico y el pronóstico; el interrogatorio y la uroscopia servían para determinar el estado morbozo, mientras que con el pulso se podía establecer un pronóstico. No se puede hablar de individualización en la medicina de entonces, esta solo se dará hasta el siglo XX. Sin embargo hay algunos elementos como dosis, orden de administración, condiciones del paciente (sexo, edad) que fueron tenidos en cuenta en la medicina galénica.

Mientras en la alta edad media el manejo tosco en medicina era igual para todos, en los monasterios todos los pacientes eran iguales; en la baja edad media se presentaban tres tipos de prácticas: 1. Para los esclavos o pobres era una medicina hospitalaria, donde se atendían varios enfermos, sin importar las dificultades olfatorias, 2. Al artesano o naciente burgués, era atendido por un médico en su residencia, surgiendo el médico de cabecera, 3. Príncipes, señores feudales, magnates eclesiásticos, eran atendidos por un médico principal o exclusivamente dedicado a esto.

⁷¹ *Ibíd.*, 157.

La práctica médica en la alta edad media era cristiana en primer término y medieval en segunda; mientras en la baja edad media era medieval en primer término y en segundo cristiana. El médico tenía también el deber de velar por sus pacientes y procurarles el bien del cuerpo y del alma. El primer deber del médico medieval era lograr que su paciente pensara en su alma, luego en su cuerpo.

Desde 1240 con Federico Barbarroja se le pide al médico que atienda gratis a los pacientes pobres. La autoridad real fue creando ordenanzas de tipo higiénico, responsabilidad médica, honorarios, dictámenes medico legales, precio de medicamentos entre otros.

En la Europa moderna aparece en Inglaterra el Royal College of Physician, donde aún se piensa en un estado especial para el médico, además empiezan a aparecer unos códigos deontológicos, un estatuto especial y un rígido monopolio que tenía que enfrentar la ideología del liberalismo que ponía en cuestión todos los privilegios.⁷²

Con el cristianismo surge el amor como centro de la relación médico- enfermo (ágape: acoger con amistad). “Para un médico cristiano diagnosticar y tratar al enfermo debe ser expresión y consecuencia de un amor previo al conocimiento técnico y a la prescripción de fármacos”⁷³.

Con el cristianismo se presenta una idea novedosa referente a Dios, como ser omnipresente y omnipotente creador del mundo; una idea novedosa del mismo mundo, creado por este Dios con un principio y un final; y una idea novedosa del hombre, el cual tiene un componente trascendente a través del espíritu. El amor para el cristiano era darse a sí mismo al prójimo, amigo o no: En la concepción griega, nadie daba más de lo que tenía para dar, se daba generalmente a un amigo. A diferencia del griego que amaban en el otro la belleza, la inteligencia, la

⁷² Lázaro y Gracia, “La relación médico enfermo a través de la historia”, 12.

⁷³ Lain, “La relación médico enfermo, historia y teoría”, 102.

bondad, de allí que al lisiado no se le ame; el cristiano amaba en el otro un quien y no un qué⁷⁴.

Luego del siglo XV, posterior a la baja edad media, aparecerían circunstancias que hacían cambios importantes; el cisma de Lutero, la secularización de la cultura y dentro de esta de la vida científica. Se dieron unos rasgos principales:

1. La mayor importancia al mundo que se le daba desde el renacimiento.
2. El cisma de oriente hizo que los cristianos se dividan entre católicos y reformados, esto tendría repercusiones importantes.
3. La coexistencia con no cristianos, también tuvo implicaciones.

Para la antropología moderna los atributos más humanos del hombre son la intimidad y su libertad. En dicho modernismo, el hombre a semejanza de Dios se hace creador; en la ciencia, en la técnica, en el arte.

Desde el siglo XVI, hasta el siglo XIX se fue descristianizando la medicina. Pio VII, recibió a Laennec con las siguientes palabras: “cosa de admirar, un médico piadoso”⁷⁵. Entre los médicos católicos se destacaron Laennec, Baglivi, Auenbrugger; los protestantes, Sydenham, Boerhaave, Hoffmann.

El clínico investigador ponía especial atención a su paciente, en cuanto sujeto de su enfermedad. Auenbrugger, en sus estudios de la nostalgia, es un referente en dicho sentido.

Dos novedades se presentaron en la medicina moderna: una individualización de la observación clínica y una voluntad de penetración empírica y racional.

El relato patográfico asumió un criterio individual, el saber diagnóstico fue ganando individualidad, no llegando a la concepción personalista del siglo XX.

El médico medieval era más especulativo y aproblemático, puesto que no tenía el interés de comprobar sus acepciones; el moderno sentirá el interés intelectual de comprobar empírica y racionalmente su diagnóstico. Se destacaban dos

⁷⁴ *Ibíd.*, 102.

⁷⁵ *Ibíd.*, 183.

expresiones cardinales del pensamiento patológico moderno, las mentalidades anatomoclínica y fisiopatológica. En el pensamiento anatomoclínico, se presentaba una cadaverización hipotética del cuerpo del enfermo; el médico pensaba en las lesiones que estaba sufriendo el paciente y en lo que se hallaría si se le hiciese una necropsia. Había al mismo tiempo una abstracción mecanicogeométrica. De la misma manera había una abertura al infinito, en cuanto se consideraba que el conocimiento era infinito y siempre perfeccionable.

Para la mentalidad fisiopatológica había siempre dinamismo, la enfermedad como sustancia activa. Estas serían las concepciones de la enfermedad para el médico moderno, aunque algunos: Paracelso, Van Helmont, Tissot, Auenbrugger, Corvisart, Laennec, Feuchtersleben, reconocieron la influencia del psiquismo sobre el enfermar humano.

En el médico moderno siempre había un pensamiento del efecto social de la enfermedad: de acuerdo a la profesión, la situación del paciente en su entorno, la vida en comunidad, entre otros. Para Paracelso el mundo era una inmensa farmacia, todo tenía propiedades terapéuticas; Dios sería el farmacéuta mayor y el médico sería su colaborador. El conocimiento médico tendría toda la potencialidad inacabable; se requería conocer más la naturaleza.

Dos médicos franceses del siglo XIX, Bérard y Gubler acuñan una sentencia pronto famosa: "Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours". "Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre"⁷⁶.

En la medicina moderna continua el estatuto social de la asistencia médica, como ejemplo tenemos el Hotel Dieu de París donde se atendían pacientes pobres en pésimas condiciones higiénicas.

En cuanto a su deber actuar, el médico moderno, en etapas iniciales veían lo religioso como norma de su actuar, con la secularización de los estados, se empezaba a diferenciar lo moral, perteneciente a la intimidad de cada persona y lo civil, regulado por el estado. Para los médicos católicos Dios hablaba de dos

⁷⁶ *Ibíd.*, 193.

formas, por medio de las escrituras o por medio de la naturaleza. En Laennec a pesar de ser un médico profundamente cristiano, no se encontraba Dios, este miraba lo cristiano desde la naturaleza.

Entre el siglo XVIII y XIX la deontología aparece como un puro sistema de reglas prácticas. Se hacen importantes las normas y aparecen los gremios, esto al tiempo que se establece una secularización de la medicina; entendiéndose como secularización, el proceso en el cual el hombre decide atenerse a su propia capacidad, no piensa en efectos sobrenaturales. La medicina se empieza a secularizar en el siglo XVII y se hará mayor, afectando las masas populares en los siglos XVIII y XIX. En la medicina secularizada, seguiría habiendo esa philatropia, donde la amistad por el prójimo era aún posible.

En esta época podía haber una intención por la resolución de un problema científico, un afán académico. El médico secularizado mantenía ese amor al conocimiento técnico y la transformación de la naturaleza.

La medicina del siglo XIX y XX tenía en principio las siguientes características: no existían enfermedades curables o mortales por necesidad; esto quiere decir que si los conocimientos del momento no habían logrado la curación, los conocimientos futuros lo lograrían. Es imposible en esos momentos la teoría de Colucio Salutati, en cuanto a la existencia de enfermedades curables o incurables, como naturaleza inmanente a las mismas. El progreso de la técnica permitía una penetración en la realidad de la alteración mórbida, el hombre dominaba la enfermedad y la enfermabilidad, por medio de la química se podía superar la realidad de la naturaleza. El médico había pasado de ser servidor de la naturaleza, concepto de los asclepiades, a señor de la misma.

En esta medicina secularizada, se puede distinguir también la medicina hospitalaria brindada a los pobres y la de consultorio o de médico de cabecera para las clases medias y altas de la sociedad. El médico partía su día entre la atención hospitalaria y la que brindaba a los pacientes con mayores recursos.

En la medicina hospitalaria se realizaba un excelente diagnóstico, puesto que los mejores médicos siempre realizaban medicina hospitalaria, pero los medios eran escasos por tanto se llegaba a un diagnóstico preciso por medio de las necropsias. Dice Lain: “Los enfermos vieneses decían con irónica resignación, los pobres de Viena, allá por 1860, tenemos la gran suerte de ser muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rockitansky”⁷⁷. Solo en los últimos lustros del siglo XIX y en los principios del XX se presentaría la rebeldía del pobre y también del médico ante esta concepción clasista de la asistencia.

Para esos médicos del siglo XIX, como el vienés Skoda, lo importante es el diagnóstico, para nada la terapéutica. “El paciente es la suma de un objeto científicamente cognoscible y una persona desconocida”⁷⁸.

Luego vendría ese entusiasmo terapéutico que se encuentra en la obra de Paracelso, innovadora; la revolución quirúrgica de Ambrosio Paré; la introducción de la digital por Withering; el inicio de la anestesia por Morton y Jackson.

El médico más que médico era naturalista, científico, se puede decir que aún aplicaba la mirada anatomoclínica en Skoda y otros; pero Ernard, quien afirmaba también sobre la fisiopatológica, como en Cl. Bernard: “Yo considero al hospital solo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero es el laboratorio el verdadero santuario de la ciencia médica”⁷⁹.

Para otros sin embargo seguirían siendo importante la persona que se trata, y por tanto siempre se debía asegurar que se consolaría a la persona que sufre. Cuando se trata de la asistencia domiciliaria, ese objeto cognoscible además era amigo. En la medicina del consultorio privado se podían ver los tres intereses: el paciente en cuanto objeto cognoscible, en cuanto interés económico o como persona en una genuina vocación.

⁷⁷ *Ibíd.*, 206.

⁷⁸ *Ibíd.*, 207.

⁷⁹ Bernard, citado por Lain, “La relación médico enfermo, historia y teoría”, 208

Para fines del siglo XIX y principios del XX, la terapéutica se hizo costosa; la separación de la medicina para ricos y para pobres, que entra en crisis, el paciente del hospital se ve obligado a prestar su cuerpo para la enseñanza clínica y su cadáver para la enseñanza patológica (cuerpo público); mientras que se sostiene la inviolable condición privada del cuerpo del rico

Solo hasta el siglo XIX con Thomas Percival se encuentra el principio de autonomía en medicina, esta sería ampliamente difundida solo hasta el siglo XX. Con Percival, se construye el primer código de ética médica, publicado en 1803, por esto se considera el padre de la ética norte americana^{80,81}.

En el siglo XIX, el médico, especialista o no, conformaría la clase burguesa. Creía que debía ejercer en régimen de monopolio su alta misión. La comunicación en la relación médico paciente parte del proceso investigativo que surgió en el siglo XIX en Europa, bajo la denominación de método clínico⁸². Se fundamentaba en el método experimental de Claude Bernard. La clínica francesa, llamada también medicina hospitalaria se basaba en la semiología y en la anatomía patológica, buscando una mentalidad anatomoclínica. Como método científico la relación médico paciente tenía un carácter “empírico experimental, hipotético deductivo, riguroso, sistemático, estandarizado y verificable”⁸³. Esta relación tendría un primer obstáculo en cuanto sobrevalorar el aspecto orgánico sobre las otras dimensiones.

En 1885, Sigmund Freud, empezaba sus estudios con el neurólogo francés Jean Martin Charcot, quien se había dedicado al estudio de la histeria como una entidad orgánica; no estaba de acuerdo con considerarla como una entidad vivida desde el interior del cuerpo del sujeto. Se consideraba por primera vez al paciente como

⁸⁰ “La relación médico paciente a través de la historia”, Moro, consultada 1 septiembre, 2012, <http://www.murciapediatrica.com/relacion%20medico%20paciente.htm>

⁸¹ Lázaro y Gracia, “La relación médico enfermo a través de la historia”, 13

⁸² Bohorquez. Francisco. 2004. “El diálogo como mediador de la relación médico paciente”. *Revista Lered*, vol. 1: 17.

⁸³ *Ibíd.*, 5.

sujeto⁸⁴. El psicoanálisis abriría nuevas dimensiones a la enfermedad, aparecería la medicina psicosomática y con ella otras dimensiones sociales, psicológicas y antropológicas.

A partir de la comunicación psicoanalítica surgió la conversación acerca de ese nuevo mundo interior del otro⁸⁵. Antes de Freud, el sujeto era tratado consoladoramente, con él se dio la primera cercanía técnica y científica al sujeto.

⁸⁴ *Ibíd.*, 10.

⁸⁵ *Ibíd.*, 10.

2. MEDELLÍN Y SUS PRIMEROS MÉDICOS

Para fines del siglo XIX y principios del XX, Medellín no escaparía a los cambios propios de los centros urbanos que han dejado de ser villas; se empieza a caracterizar por hacinamiento, pobreza, enfermedad, altas tasas de mortalidad y marginamiento⁸⁶.

Catalina Reyes, en su obra *Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1930*, en la cual hace un relato detallado de la sociedad de esta ciudad en ese período histórico, muestra como la iglesia tenía en las primeras tres décadas del siglo XX un papel preponderante en la educación de la clase obrera y en los pobres, desarrollando múltiples obras que desempeñaron este papel; además la vida religiosa de la sociedad citadina permea cualquier otro aspecto cotidiano o no de dicha comunidad. Es importante tener en cuenta lo planteado por Fernando Botero, en su obra *“Medellín 1890- 1950, historia urbana y juego de intereses”*, cuando dice que los intereses privados en dicho periodo se hacen públicos, además muestra como la sociedad de Mejoras Públicas se hizo importante en la creación de una ética cívica, entidad que fue fundada por Carlos E. Restrepo y Gonzalo Escobar en 1899⁸⁷.

La sociedad de Mejoras Públicas, creó un espíritu cívico en la ciudad, se hace costumbre la necesaria opinión de los miembros de dicha sociedad en la construcción de cualquiera obra pública en la ciudad; los profesionales liberales: arquitectos, ingenieros, entre otros, intervienen en las decisiones de la sociedad. En general se reúnen los intereses públicos con los privados⁸⁸.

Medellín se consolidó como centro comercial y político de la región desde el siglo XIX; a medida que Colombia se inserta en la economía mundial con el café, Medellín se convertiría en el centro de trilla y venta al exterior; esto creó un ánimo diversificador, comercial y empresarial en los antioqueños.

⁸⁶ Reyes, “Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1930”, XII.

⁸⁷ Botero, “Medellín 1890- 1950, historia urbana y juego de intereses”, XIV.

⁸⁸ *Ibíd.*, 41

Medellín tenía poca importancia antes del siglo XIX, debido a su aislamiento geográfico, al lento desarrollo de los medios de transporte y a su difícil topografía. Su población se duplicaría entre los años de 1905 a 1928, pasando de 54.093 a 120.044 habitantes, llegando apenas a 180.000 habitantes en 1940, pero aumentando 4,3 veces en los próximos 24 años, siendo su población de 773.000 habitantes en 1964^{89, 90}.

En las tres primeras décadas del siglo XX se presentaba aún una tasa alta de mortalidad infantil y de enfermedades transmisibles (viruela, sarampión, tosferina, gripe). La mortalidad general se mantuvo cerca a 25 por 1.000 habitantes, la mortalidad infantil era de 250 niños muertos por cada 1.000 nacimientos, representando esto más del 60% de la mortalidad general⁹¹.

En este período había unas pobres condiciones higiénicas en la ciudad; la contaminación del acueducto con cocobacilos, la falta de alcantarillado, la convivencia con animales domésticos, la ausencia de control de las basuras, eran problemáticas comunes que empezaban a ser evidenciados por sus habitantes. La alta inmigración campesina había creado un problema de viviendas en la ciudad, de la misma manera estas presentaban malas medidas de salubridad. Entre 1910 y 1930 se construyen barrios obreros en el nororiente, sur y occidente de la ciudad, donde se reproduce la relación de los pueblos en cuanto a la localización de la iglesia, la plaza y la escuela⁹².

A fines de la década del 20 la elite local decide trasladarse al barrio El Prado, allí se construyeron casas con la tecnología del momento en cocinas y plomería⁹³. Entre 1930 y 1950 se produjo una importante urbanización de la ciudad, se crearon muchos barrios, la mayoría sin ningún tipo de planeación⁹⁴. El barrio

⁸⁹ Reyes, "Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1930", 3.

⁹⁰ Botero, "Medellín 1890- 1950, historia urbana y juego de intereses", 182.

⁹¹ Reyes, "Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1930", 3.

⁹² *Ibíd.*, 16.

⁹³ *Ibíd.*, 17.

⁹⁴ *Ibíd.*, 16.

Antioquia fue desde su creación un barrio para pobres, trabajadoras y obreras; para los años 50 por decisión del concejo, se convirtió en un barrio de prostitución.

A principio de siglo el acueducto de barro que se utilizaba contaminaba el agua que trasportaba, además las aguas sucias contaminaban fuentes limpias como la quebrada Santa Elena y el río Medellín. En 1925 se inicia la construcción del acueducto con tubería de hierro, además de la clorización del agua, lo que llevó a una disminución de la mortalidad en 7%, por disminución en las enfermedades digestivas⁹⁵.

Antes de 1895 los habitantes pudientes debían alumbrarse con velas de sebo y los pobres con el fruto del higuerillo; solo funcionaban cuatro faroles de petróleo en los cuatro extremos de la plaza principal. En 1898 se inauguró el alumbrado público.

En 1895 el concejo de Medellín concedió el monopolio para el alumbrado a la sociedad privada, Compañía de Instalaciones Eléctricas; la primera planta se instaló en Santa Elena y fue comprada en Nueva York. En 1903 esa compañía pasó a manos de don Rudensindo Echavarría y Compañía, nombrándose a don Vicente Villa como gerente. Debido a los malos servicios y la alta demanda se hizo necesario construir una planta a vapor, la cual poco mejoró los servicios; la casa de la familia Echavarría fue apedreada en varias ocasiones, esta compañía fue tomada por el municipio en 1918. En 1921 se construyó una hidroeléctrica en Piedras Blancas, la cual generó 1120 kilovatios⁹⁶.

La modernización de los servicios públicos se dio con la municipalización de los mismos y la creación de las Empresas Públicas Municipales en 1920, esta controlaba el matadero, el mercado, la electricidad, la feria de ganado, el agua, la luz, el teléfono. En 1928 se crearon dos plantas de vapor en Guayaquil y en el

⁹⁵ *Ibíd.*, 28

⁹⁶ *Ibíd.*, 31.

oriente de la ciudad, y se solucionó definitivamente el problema en los 40 con la construcción de la Planta Hidroeléctrica de Guadalupe⁹⁷.

La primera planta de teléfonos empezó a funcionar en Medellín en 1891, la cual inicialmente cubre a algunas entidades oficiales y las residencias de algunos notables. En 1915 se inaugura una nueva planta de teléfonos para el municipio⁹⁸.

⁹⁷ *Ibíd.*, 31.

⁹⁸ *Ibíd.*, 32.

2.1 MEDICINA EN MEDELLÍN 1871- 1950

La primera iniciativa en Antioquia por organizar la práctica de la medicina en la región viene con el decreto del Oidor Mon y Velarde, quien en 1786 manda atenerse a la ley 4, título 5 de la Recopilación de indias, cuando dice: “ninguno puede curar en medicina ni cirugía sin tener título y licencia”⁹⁹.

En el año de 1784 se crean dos hospitales en la región, uno en la localidad de Antioquia y otro en Medellín, El Real Hospital de San Carlos, creado y aprobado por documento real en 1788 y fundado en la casa colegio de los jesuitas, con 12 camas, su primer administrador fue Juan Pablo Pérez, la iniciativa tuvo dificultades en 1795 por falta de fondos¹⁰⁰.

El doctor Don Sancho José Londoño pidió licencia para fundar un hospital desde 1781; el hospital empezó a funcionar en 1797 y bajo el cuidado de los padres hospitalarios de San Juan de Dios desde 1801. En 1876 el gobierno de Antioquia celebró un contrato con las hermanas de la Presentación de Tours para que se hicieran cargo del servicio hospitalario; bajo su tutela funcionó hasta 1934, siendo hasta ese año su director el doctor Francisco Luis Cadavid. A partir de 1934 los haberes del hospital pasaron al nuevo Hospital San Vicente¹⁰¹.

El Hospital San Juan de Dios de Rionegro fue creado por un acto de constitución de diciembre de 1788, en esta etapa por falta de recursos fue imposible que tuviera médico en sus instalaciones¹⁰².

El primer médico antioqueño graduado fue don Isidoro Peláez, de Marinilla, quien había estudiado en Madrid; de este galeno, que ejerció en las primeras décadas del siglo XIX, no quedan muchos datos, sobre todo de su desempeño profesional¹⁰³. Sin embargo don Nicolás Villa y Tirado, quien no tenía formación

⁹⁹ Serna, “Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia”, 38.

¹⁰⁰ *Ibíd.*, 45.

¹⁰¹ *Ibíd.*, 50.

¹⁰² *Ibíd.*, 45

¹⁰³ Gil y Gil, “Historia de la medicina en Antioquia”, 10.

académica, fue considerado por Uribe Ángel como el iniciador de la medicina racional en Antioquia, ejerció su labor en Medellín por más de 50 años. Otros empíricos como doña Bárbara Vélez y José María Upegui, ejercieron en la región en dicho período¹⁰⁴.

En Santafé, don Miguel de Isla fue nombrado catedrático de prima de medicina, este forma un núcleo de médicos, entre ellos don Vicente Gil Tejada y posteriormente José Feliz Merizalde.

Luego de la independencia se radican en Medellín varios médicos extranjeros, dentro de estos el doctor Fergusson, quien fue reconocido por la realización de litotripcias y de tallas perineales¹⁰⁵.

Para la primera mitad del siglo XIX existían en Europa dos escuelas médicas; la escuela inglesa de Brown, la cual pregonaba que la vida era el resultado de estímulos exteriores sobre el cuerpo, aumentando o disminuyendo la excitación; la terapéutica específica consistía en estimulantes o depresivos como el alcohol o el opio¹⁰⁶. Según Emilio Robledo, explicando las teorías de Brown, los tejidos vivos son excitables, por tanto todas las terapéuticas deben ser estimulantes o depresoras¹⁰⁷. Esta teoría, la misma de la excitación, enunciada por Johan Andreas Rochslaub (1768- 1835), determinaba que sobre el organismo obraban diferentes fuerzas excitatorias que llevaban a un estado de salud o de enfermedad de acuerdo al equilibrio o desequilibrio resultante. En Italia, esta doctrina, defendida por Giovani Rasori (1762- 1836), recibe el nombre de estímulo contraestímulo, divide las enfermedades en cuatro grupos: hereditarias, epidémicas, accidentales e infecciosas, utilizaba como principales medios terapéuticos la sangría, el emético y el acónito, causando bastantes estragos entre los pacientes¹⁰⁸.

¹⁰⁴ *Ibíd.*, 10.

¹⁰⁵ *Ibíd.*, “La relación médico enfermo, historia y teoría”, 10.

¹⁰⁶ Serna, “Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia”, 59.

¹⁰⁷ Robledo, “La medicina en los departamentos antioqueños”, 8.

¹⁰⁸ Delgado, “Discurso del Dr. Jorge E. Delgado”, 10.

En Alemania, Samuel Christian Friedric, Háhnnemann (1755- 1843) plantea su sistema de homeopatía, en el cual, el mal se cura con sus semejantes, buscando con medicamentos fraccionados manifestaciones semejantes a la enfermedad; al mismo tiempo en Francia, Jose Víctor Broussais (1772- 1838) promulga su sistema de la medicina fisiológica, la segunda gran escuela médica de la época, en la cual todos los padecimientos del cuerpo tenían su origen en una gastroenteritis, siendo necesarias sangrías y contraestimulantes para la curación¹⁰⁹.

La escuela del francés Broussais, tuvo la mayor cantidad de seguidores en estas tierras. Dice Serna: “La escuela de Broussais hizo de la gastroenteritis la base fundamental de la patología, pues para su fundador, la enfermedad dependía de la influencia local de un órgano, especialmente del estómago y los intestinos.

Prescribía por ello la abstinencia de las bebidas emolientes, los revulsivos y la sangría”¹¹⁰.

Para Emilio Restrepo, explicando las teorías de Broussais, la vida dependía de las irritaciones, especialmente a causa del calor y la enfermedad dependía de la influencia local de un órgano, principalmente el estómago y el intestino¹¹¹.

Precisamente, debido a las teorías que propugnaban por atacar la irritación por medio de la debilidad generada por las sangrías, en Europa se decía que Broussais había derramado más sangre que las guerras napoleónicas¹¹².

Ya corrido el siglo XIX, se funda la Escuela Anatómico Patológica en París, la cual como característica principal suprimió las hipótesis, estimuló la investigación y el examen material de las manifestaciones patológicas por las manifestaciones físicas y químicas; inició el estudio de las series morbosas en busca de leyes,

¹⁰⁹ *Ibíd.*, 11.

¹¹⁰ Serna, “Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia”, 60.

¹¹¹ Robledo, “La medicina en los departamentos antioqueños”, 8.

¹¹² Miranda, “La medicina en Colombia: de la influencia francesa a la norteamericana”, 1-5.

adquirió los conocimientos de la fisiología y de la anatomía. Fueron sus fundadores Bichat y Pinel; y eminentes practicantes: Lenec, Corvissart, Auenbrugger¹¹³.

Las teorías y técnicas médicas en la ciudad eran de origen francés para todo el siglo XIX y parte del siglo XX, y sería un seguidor y alumno de Francois Joseph Victor Boussais, José María Martínez Pardo, quien primero dictaría una clase de medicina en Antioquia¹¹⁴.

En 1834 se presenta una epidemia de disentería en Medellín, el gobierno de Aranzazu convoca una comisión para el manejo de la misma; participan los médicos William Jervis, Francisco Orta, Sinforiano Hernández, Juan Carrasquilla y Pedro Uribe Restrepo^{115, 116}.

El médico inglés Blair, que llega al país con la Legión Británica, se establece finalmente en Medellín y fue quien en 1834 pide al presidente de la república Francisco de Paula Santander la creación de los estudios de medicina en esta provincia. Por no haber seguridad sobre la capacidad de los solicitantes, para sostener dicha cátedra, no se cumplió el decreto solicitado. Tuvo más suerte la ciudad de Santafe, se ofrecen para crear una cátedra de jurisprudencia el Doctor Juan A. Pardo y una de medicina el Doctor José María Martínez, ambos empiezan a dictar sus materias en el seminario de la ciudad. Finalmente ambas cátedras fueron creadas por decreto del 27 de abril de 1837; así el doctor José María Martínez, quien era graduado de la Escuela del Rosario de Bogotá, en 1830, se convierte en el primer profesor de medicina en la región¹¹⁷.

En 1841 se establece en Medellín José Ignacio Quevedo, médico personal de Santander, quien realiza la primera cesárea en Antioquia y en Colombia en 1844;

¹¹³ Delgado, "Discurso del Dr. Jorge E. Delgado", 12.

¹¹⁴ Miranda, "Aspectos destacados de la medicina", 409.

¹¹⁵ Serna, "Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia", 61.

¹¹⁶ Robledo, "La medicina en los departamentos antioqueños", 8.

¹¹⁷ Serna, "Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia", 68.

utilizó por primera vez el cloroformo en 1864; además realiza cirugías como la resección subperióstica de tibia^{118,119}.

El representante más claro de la escuela de Brown en Antioquia fue el doctor William Jervis, quien se establece en 1825 en Marmato, luego irá a Medellín e introdujo el cateterismo vesical, fue el primero en colocar una sonda vesical en Antioquia, además utilizaba y recomendaba las bandas con ácido nítrico en vez de operaciones quirúrgicas para realizar amputaciones¹²⁰.

Hasta 1850 la mayoría de los médicos que ejercían en Antioquia eran graduados de la Universidad Central de Bogotá, donde aprendían las técnicas de la medicina francesa de Broussais¹²¹.

Desde 1851 se establecieron en Medellín y Bogotá cátedras de medicina privada, fueron los primeros maestros Justiniano Montoya y Manuel Vicente de la Roche. Ese mismo año se estableció un consejo de examinadores: Juan Crisóstomo Uribe, Ignacio Quevedo, Ángel María Gaviria, Demetrio Barrientos y Sinfiriano Hernández; dicho consejo podía expedir títulos universitarios¹²².

En 1863- 1864, el doctor Antonio Mendoza, rector del colegio del Estado, abre una cátedra de anatomía y fisiología. El primer año no hay matrículas, pero para 1865 se matriculan en anatomía Pedro López, Pedro Isaza, Emilio Álvarez, Tomás Quevedo y Joaquín Castilla; fueron profesores Fabricio Uribe, Aureliano Posada, Manuel Uribe Ángel y Manuel de la Roche¹²³.

Posteriormente con los intentos de crear una Antioquia federal se busca la formación de una escuela de medicina, lo que se haría realidad con la creación de la Universidad de Antioquia, por ley 198 del 14 de octubre de 1871, presentada por

¹¹⁸ *Ibíd.*, 69.

¹¹⁹ GIL y GIL, "Historia de la medicina en Antioquia", 11.

¹²⁰ Serna, "Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia", 59.

¹²¹ Uribe, "La medicina en Antioquia", 46.

¹²² Serna, "Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia", 69.

¹²³ *Ibíd.*, 71.

el diputado Marco Aurelio Arango. Este año sería importante en el camino de la medicalización en Antioquia, en cuanto al triunfo de la medicina académica sobre la empírica¹²⁴. Para ese momento Medellín contaba con 30.000 habitantes, mientras Antioquia con 366.000, era el gobernador del departamento Pedro Justo Berrio¹²⁵.

En el año de 1872 empieza la enseñanza de medicina en la Universidad, los primeros alumnos fueron Ramón Arango, Tomás J. Bernal, Jesús Espinoza, Alejandro Fernández, Paulino Flórez, Juan M. Fonnegra, Martín Moreno de los Ríos, Manuel Peláez, Alejandro Restrepo, Santiago Santa maría, Julio Restrepo, Rafael Uribe, Francisco Velásquez, Daniel Uribe y Rodolfo Zea. Los primeros profesores fueron Julián Escobar, Aureliano Posada, Paulino Flórez Arteaga, Pedro Herrán, Andrés Posada Arango, al año siguiente entran como profesores Manuel Uribe Ángel y Antonio J. Naranjo; posteriormente se integran Francisco Uribe, Ricardo Rodríguez, Fabricio Uribe y José Quevedo¹²⁶.

Los primeros médicos graduados en Medellín, en el año de 1875, serían Jesús María Espinoza, Tomás Bernal y Julio Restrepo, actuando como examinadores de los mismos, Manuel Uribe Ángel, José Ignacio Quevedo, Julián Escobar, Aureliano posada, Pedro Estrada, Ricardo Rodríguez y Tomás Quevedo. Los estudios en la universidad se suspendieron entre 1876 y 1881 a causa de la guerra civil. Manuel Uribe Ángel dirá ese año:

Mal pudiera yo afirmar (refiriéndose a la universidad) que nuestra situación a este respecto es satisfactoria. Carecemos de anfiteatro anatómico, no tenemos pabellón quirúrgico; las disecciones nos son desconocidas, los laboratorios químicos nos vienen con la paz y se van con la guerra (...) las juntas académicas no se han formado; la escuela está por reunirse; la universidad embrionaria y el profesorado sin vigor¹²⁷.

¹²⁴ Valle, "La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)", 66.

¹²⁵ Zuleta, "Higiene Pública: de Junín a Palacé", 70.

¹²⁶ Serna, "Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia", 81

¹²⁷ *Ibíd.*, 101.

En 1885 nuevamente la guerra civil dispersa los estudiantes, encontrando solo dos profesores al reintegrarse: Tomás Bernal y Ramón Arango. La escuela de Medicina es cerrada nuevamente entre los años 1899 y 1901 y entre 1905 y 1910; lo cual lleva a que algunos estudiantes deban viajar al exterior para terminar sus estudios¹²⁸.

En 1878 la corporación municipal dispone la creación de un hospital para locos, el cual empieza a funcionar en una casa alquilada en la Barranca del convento (hoy Palacé con Junín). En 1882 por ley 127 se crea el manicomio de Antioquia, el cual fue manejado por Tomás Quevedo, trabajó como síndico Wenceslao Barrientos y María Jesús Upegui como administradora. En 1892 son trasladados a Bermejil, luego de un concepto favorable dado por la Academia y encomendado a los doctores Manuel Uribe Ángel, Francisco Uribe y Ramón Arango en 1889^{129, 130}.

En 1881, Rafael Pérez, quien era médico graduado en París, realiza la primera histerectomía vaginal en la ciudad¹³¹.

En 1884, Juan B Montoya y Flórez introdujo en Antioquia el éter, mientras las primeras intervenciones con oxido nitroso se realizaron entre 1880 y 1885, por parte de Lázaro Restrepo. Montoya y Flórez, también fue quien, en 1904, primero utiliza los anestésicos locales y la anestesia raquídea en nuestro medio.

Los doctores Ramón Arango y Francisco Arango realizaron la primera ovariectomía en Antioquia y Colombia¹³².

La Constitución de 1886 señaló la salud como una obligación del estado; es por esto que al año siguiente, por medio de la ley 30, se creó la Junta Central de Higiene, primera iniciativa oficial que velaba por la salud ciudadana; esta iniciativa se da como respuesta a una exigencia internacional, puesto que Colombia en

¹²⁸ *Ibíd.*, 103- 112.

¹²⁹ *Ibíd.*, 90.

¹³⁰ Uribe, Uribe y Arango, "Manicomio, informe de una comisión", 69.

¹³¹ Gil y Gil, "Historia de la medicina en Antioquia", 33.

¹³² *Ibíd.*, 19.

1881 era la única nación que no tenía un organismo central y un servicio sanitario organizado, entre las 33 naciones que asistieron a la conferencia Sanitaria de Washington.¹³³ Desde que la salud quedó incorporada en la constitución, la medicina privada, basada en los adelantos franceses, sensibilizó y modeló a las élites, haciéndose evidente las ventajas de medicalizar sus hábitos individuales y familiares¹³⁴. En Antioquia no se hizo efectiva la conformación y funcionamiento de una junta departamental de higiene, fue la academia la que siguió prestando los servicios de asesoría al gobierno departamental en asuntos de higiene¹³⁵.

En 1887 se crearía a petición de Manuel Uribe Ángel y José Ignacio Quevedo y bajo la gobernación de Marceliano Vélez, la Academia de Medicina de Medellín, allí se reúnen casi la totalidad de los médicos de Medellín; esta entidad tenía como finalidades ser un ente académico gremial y un apoyo para el gobierno como consultor y asesor en políticas de salud e higiene pública. La academia fungió como autoridad médica avalada por el gobierno; esta quedó con

stituida de la siguiente manera: Presidente, Manuel Uribe Ángel; vicepresidente, José I. Quevedo; secretario, Ramón Arango; Vicesecretario, Francisco Arango; Tesorero, Francisco A. Uribe; Redactor, Andrés Posada Arango^{136, 137, 138}.

Para 1888, Manuel Uribe Ángel, se interrogaba sobre lo realizado hasta ese momento por la medicina de la región y hacía un llamado hacia la aplicación de los conocimientos adquiridos de eminentes médicos europeos, los que se hacían necesario variar a las necesidades de nuestras tierras y nuestro pueblo:

¹³³ Márquez, "Ciudades, miasmas y microbios", 16

¹³⁴ Pedraza, "En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad", 85.

¹³⁵ Valle, "La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)", 124.

¹³⁶ Serna, "Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia", 103.

¹³⁷ Valle, "La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)", 126.

¹³⁸ Márquez, "Ciudades, miasmas y microbios", 1-3.

No se trata de abandonar las doctrinas que nos han legado; se trata únicamente de adaptarlas y desenvolverlas de modo que lleguen algún día a ser redentoras para nuestros conciudadanos. El saber adquirido hasta ahora, debe servir de base para que sobre él descanse el edificio de nuestra emancipación científica¹³⁹.

La academia tuvo grandes injerencias en temas tan variados como la creación de hospitales, asilos, el lugar adecuado para los cementerios, la reglamentación o la prohibición de la prostitución, las normas de manejo y aislamiento para algunas enfermedades, como la fiebre tifoidea o la disentería, e incluso en 1897 la academia recomienda suspender los actos de la semana santa y los ayunos ante la epidemia de viruela y el riesgo de propagación de la misma¹⁴⁰. La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y la Academia de Medicina fueron los instrumentos iniciadores del proceso de medicalización de la ciudad. La Academia, como sociedad científica, oficializó el saber científico, como representante de la ciencia de occidente; además, esta Academia actuó como autoridad médica, avalada por el gobierno, al opinar sobre cualquier tema de interés en higiene o en salud, medicalizando la vida social de la ciudad¹⁴¹.

Con la creación de la Academia de Medicina de Medellín, se cerró el circuito medicalizador de la sociedad antioqueña. La estructura ya estaba montada: la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia, El Hospital San Juan de Dios, el gobierno departamental y finalmente la Academia, fueron los organismos encargados de oficializar el poder médico en la vida cotidiana y en la organización social de la misma¹⁴².

La institución nacional que se intentó crear en 1886 no cumplió los cometidos que se habían propuesto, más en algunas regiones como Antioquia; las funciones higiénicas regionales fueron asumidas por el médico municipal y su asistente, cargo que sería el antecedente de la Comisión Sanitaria de Medellín¹⁴³.

¹³⁹ Uribe, "La medicina en la zona tórrida", 103.

¹⁴⁰ Álvarez, "La academia de Medicina y el desarrollo de la salud en: historia de Medellín", 277.

¹⁴¹ Valle, "La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)", 120.

¹⁴² *Ibíd.*, 121

¹⁴³ *Ibíd.*, 124.

El Congreso de la República, expidió en 1890, la ley 71, que transforma la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá en la Academia Nacional de Medicina, cambio que se dio luego de diez y nueve años de labor de dicha institución; de la misma manera la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales del Cauca y la Academia de Medicina de Medellín, fueron establecidas como correspondientes de la Academia Nacional.¹⁴⁴ En 1904, la Academia de Medicina de Medellín, publica un proyecto de ley, por el cual a partir de dicho momento se haría obligatorio la presentación de un diploma de grado expedido por una de las cuatro universidades consideradas con carácter nacional en el país: la Nacional de Bogotá, las universidades en Medellín, Popayán y Cartagena. Los médicos que presentaran diploma de alguna universidad extranjera podrían practicar la medicina, siempre y cuando, dicho país diera el mismo trato a los médicos colombianos. El proyecto de ley autorizaba la continuidad de la práctica profesional a los médicos que certificaran más de tres años de práctica antes de su expedición¹⁴⁵.

Esta ley enfatiza la incompatibilidad de la profesión médica con el ejercicio de cargos públicos:

Art. 7. La medicina es un sacerdocio a favor de toda la humanidad doliente, y el ejercicio de esta profesión es incompatible con el desempeño de todo cargo público que no sea de medicina, instrucción pública o beneficencia, por lo cual los médicos no podrán elegir ni ser elegidos, ni dedicarse a asuntos políticos. En compensación no se les impondrá contribución ni empréstito de guerra en ninguna forma y serán respetado en su persona y bienes en todo tiempo, como miembros neutrales y bienhechores de la sociedad¹⁴⁶.

La misma ley proponía una escala jerárquica de los médicos, en la cual los graduados por la Universidad Nacional tenían mayor preponderancia sobre los otros médicos y deberían ocupar puestos de mayor responsabilidad; la misma edición de Anales, editorializa al respecto rechazando esa categorización médica: “En clasificación no admitimos sino la de Doctor y la de licenciado o tolerado en

¹⁴⁴ Arango, “Informe anual”, 281.

¹⁴⁵ De Roux, “Luis. Proyecto de ley”, 390.

¹⁴⁶ *Ibíd.*, 392.

medicina. Las demás jerarquías las establecerá el público; pero las leyes no deben hacer distinciones injustas y enojosas”¹⁴⁷.

Tampoco estaba de acuerdo, el editorialista de *Anales*, que los médicos no tuvieran la posibilidad de defender la patria en un ejército y menos que perdiera los derechos políticos. Era un derecho el poder ser elegido para cargos de representación. Así mismo, todo médico graduado dentro de la nación, sin importar de cual universidad debía tener el derecho de ejercer en cualquier parte de su geografía; prohibirlo era una muestra del más vil centralismo, al cual se oponían los médicos antioqueños y su revista.

Durante la segunda década del siglo XX, se presentó la creación de un conjunto de leyes a nivel nacional dirigidas a organizar la profesión y a los profesionales médicos: la ley 33 de 1913, la cual es aprobada por el Congreso de la República a petición del segundo Congreso Médico Nacional que se llevó a cabo en Medellín; esta organiza el sistema médico sanitario a nivel nacional; la ley 53 de 1914 que organizó el Sistema Nacional de Medicina Legal; y la ley 83 de 1914 que reglamentó el ejercicio profesional de la medicina¹⁴⁸.

Para Catalina Reyes, el proceso de urbanización de principios del siglo XX hace a las ciudades centros insalubres, llevando a que la mortalidad sobrepase los índices del sector rural. Esto además, exige que los médicos asuman la autoridad como controladores y reglamentadores de la vida urbana a través de la higiene social y apoyados por la iglesia; se constituyeron así, los médicos en agentes civilizadores de todas las clases sociales¹⁴⁹.

En 1913, el gobierno de Carlos Cock impulsa la creación de la Dirección Departamental de Higiene, la cual es conformada por Juan B. Montoya y Flórez como presidente; Juan B. Londoño, como Secretario; además de Jorge Tobón Castillo y Emilio Quevedo Álvarez¹⁵⁰. Con la creación de esta dirección, se

¹⁴⁷ *Ibíd.*, 393.

¹⁴⁸ Valle, “La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)”, 125.

¹⁴⁹ Reyes, “Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1930”, 116

¹⁵⁰ Serna, “Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia”, 118.

relevaría a la academia de Medicina de Medellín de la labor medicalizadora de la región¹⁵¹. La Comisión Sanitaria Municipal estaba, en 1914, a cargo de Jesús María Duque¹⁵².

Para principios del siglo XX había una original preocupación en la ciudad por el aseo público; la sociedad de Mejoras Públicas, que había sido fundada desde 1899, participa de dicho interés. También desde allí los médicos participan activamente. Fernando Botero, señala como se crean comisiones en las cuales participan médicos como Juan B. Montoya, que tratan el tema, estudiando incluso el reglamento del ramo de aseo en la ciudad de Bogotá. Hay total claridad que el municipio debe asumir dicha tarea, así como todos los servicios públicos en general¹⁵³.

El 16 de mayo de 1913 se reúnen en el palacio arzobispal 36 ciudadanos pertenecientes al cuerpo médico, la industria, la banca y el comercio, invitados por el Arzobispo Manuel José Caycedo; los señores Clodomiro Ramírez, Gobernador de Antioquia; Gabriel Latorre, Secretario de Hacienda, Alejandro Echavarría, Enrique Mejía, Manuel María Escobar, y el doctor Juan B. Montoya y Flórez. Crean una junta directiva que se sigue reuniendo, adquieren el terreno de las Vegas de 110.000 varas cuadradas en 15.000 pesos; se elaboran los estatutos para el nuevo hospital y el 31 de enero de 1914 se eleva escritura pública, fue concedida personería jurídica el 28 de febrero del mismo año por el Presidente de la República Carlos E., Restrepo y el Ministro de Gobierno Clodomiro Ramírez. Este hospital recibiría sus primeros pacientes en 1934¹⁵⁴.

Para esta época las enfermedades más importantes y que más golpean a la población fueron, viruela, sarampión, tosferina, disentería, el paludismo con la construcción del ferrocarril y la tuberculosis con la industrialización y urbanización de Medellín; precisamente, con esta urbanización naciente, los médicos de la

¹⁵¹ Valle, "La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)", 154.

¹⁵² *Ibíd.*, 126.

¹⁵³ Botero, "Medellín 1890- 1950, historia urbana y juego de intereses", 104

¹⁵⁴ Serna, "Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia", 119.

ciudad advertían sobre unos cambios que se venían asentando en las costumbres de la población de la ciudad. El gremio médico también emergían como faro en la oscuridad y adquirirían gran injerencia e impactaban claramente la vida de la comunidad; primero haciendo diagnóstico de la situación existente, mostrando donde están los problemas que tienen repercusiones sobre la salud de los habitantes de la ciudad, así F. A. Uribe Mejía comentaba en 1888 la situación insalubre de Medellín:

Pero no es solo por medio del aire por donde los muertos nos mandan sus continuas invitaciones a hacerles compañía. El antiguo cementerio de la ciudad, colocado en una colina que sobresale al resto de la población, sirve como filtro a las aguas llovedizas, las cuales por sus vertientes externas y sumidores ocultos vienen a aumentar con los albañales el caudal del agua que aquí llamamos potable. Los acueductos actuales porosos, de malos materiales y peor construidos, además de ser muy caros filtran el agua, que humedece las habitaciones y dejan penetrar líquidos inmundos que los ojos no ven, que el paladar poco siente y que el olfato rara vez advierte, pero cuyos perniciosos efectos los dan a conocer.

El mercado a la intemperie, los depósitos de bestias, las pesebreras centrales, los basureros que llamamos centrales, los basureros que llamamos solares, las estaciones de los coches, los lavaderos públicos, las carnicerías y los mataderos, son otros tantos focos de infección permanente, amenazas constantes a la salubridad pública y muestra palpable del atraso social en que vivimos¹⁵⁵.

Uribe Ángel mostraba para 1889 una situación más prometedora al respecto:

Nos parece que en los campos y en las cabeceras de distrito se ha perdido ya el maridaje tradicional que antes existía entre la vida de los brutos y de los hombres, comienza a haber divorcio entre la gallina de corral y la cama de la señora, entre el cerdo de la piara y el salón de recibo, entre la vaca de la pradera y la galería del albergue, entre el perro de la jauría y la alcoba de la familia y entre el caballo del amo y el patio de la casa¹⁵⁶.

Esa preeminencia lograda por los profesionales médicos, la necesidad que la sociedad antioqueña tenía de ellos y el valor que se les había asignado se refleja claramente en el texto de Andrés Posada en octubre de 1888:

¹⁵⁵ Uribe, "Higiene local", 120.

¹⁵⁶ Uribe, "Higiene pública, una reforma conveniente", 355.

No hay ciertamente en los pueblos civilizados, dejando aparte al sacerdote católico, cuya augusta misión es de un orden distinto, personaje más importante, miembro más útil a la comunidad, que el médico.

Ningún acto de alguna significación o trascendencia en la vida del individuo o en la de la sociedad, se ejecuta hoy sin la intervención, sin su auxilio o su consejo. El asiste al nacimiento de sus semejantes, vigilando con solícito cuidado la salud de la madre, que sin pensarlo corre los peligros de un combate a muerte y atendiendo a la vez a la débil criatura que desde aquel instante entra en lucha desventajosa con cuanto lo rodea. Sigue al recién nacido por el camino escabroso de la infancia, librándolo a cada paso de los mil accidentes a que está expuesto, dirige sus juegos, atiende al desarrollo de todos sus órganos, al perfeccionamiento de sus sentidos y facultades; lo guía en la adolescencia, lo aconseja y dirige en la elección de estado; le da medios de domar en unos casos las pasiones, y de obtener, en otros, el fruto bendecido de su misión conyugal.

Acompaña al hombre en todas las situaciones, es para todos el amigo y el consuelo, calma los dolores del que sufre, combate sus enfermedades, vuelve la vista al ciego, el oído al sordo, el movimiento al paralítico; arregla los miembros dislocados, restaña la sangre que fluye por las venas, sana las heridas, suelda sus huesos, extirpa sus tumores y amputa las partes que se han hecho ya inconservables. El redobla sus cuidados con la ancianidad, conserva su calor, activa el fuego, sostiene la llama de la vida y aunque vencido al fin por los años y la muerte, acompaña a su protegido hasta el sepulcro, para mitigar sus angustias, endulza la amargura de sus últimos momentos; y cuando parecía concluida su obra, vuelve al lado de los deudos doloridos, de la viuda o de los huérfanos, a suavizar sus penas, a fortificar su organismo, a sostener su razón o volver a su carril si se ha extraviado¹⁵⁷.

Había sin embargo en el gremio una sensación de anarquía en los conocimientos médicos; era bien sabida la preeminencia que venían ganando los profesionales médicos, su papel en la vida cotidiana de sus semejantes era cada vez más significativa; así mismo su protagonismo en la vida social. Sin embargo, la necesidad de poner orden, replantear las teorías nosológicas y terapéuticas se palpaba en el comentario de Francisco Uribe cuando afirmaba:

Se ha escrito tanto en medicina, se han dado por exactas tantas observaciones sin criterio, hay tantos materiales reunidos y tal cúmulo de contradicciones en ellas que si en una urna se colocan papeletas, cada una con el nombre de una enfermedad recorriendo todo el cuadro nosológico, y en otra otras tantas con el nombre del infinito número de medicamentos conocidos, se puede asegurar que al sacar a la suerte sendas boletas, el medicamento cuadrará perfectamente a la enfermedad que salió al acaso; y

¹⁵⁷ Posada, "El médico legista en Colombia", 239.

se hallarán razones y argumentos para sostener su bondad o su ineficacia según lo que se quiera probar¹⁵⁸.

Además dentro del mismo gremio médico existía cierta confusión con los requerimientos de la educación formal e incluso algunos pedían que quienes no poseían título pero que demostraran su idoneidad fueran aceptados dentro de la academia, B. Ochoa afirmaba al pedir que se publicara un artículo de un conocido en los Anales de la Academia: “La luz debemos aceptarla de cualquier parte, sin preocuparnos si el individuo que la envía ha cursado o no en la universidad, bastándonos únicamente saber que posee conocimientos y honradez suficientes que le hagan digno de ocupar un puesto distinguido en la ciudad”¹⁵⁹.

La ley 83 de 1914 reglamentaría por fin la práctica de la medicina en Colombia; en esta se exigió para ejercer la medicina en toda la República, poseer un diploma expedido por una facultad oficial, tuvo en cuenta la presencia de comadronas y empíricos, a quienes permitía seguir ejerciendo siempre y cuando no hubiera médicos graduados en sus localidades y debían ser conocidos y recomendados por algunos médicos graduados¹⁶⁰.

Catalina Reyes, dirá que los profesionales eran parte de la élite de fines del siglo XIX, en Medellín. En las primeras décadas del siglo XX se hizo evidente que la educación profesional servía de canal de ascenso social, no como una estrategia masiva, pero la Escuela de Minas sería la entidad que lideraría dicha concepción. En definitiva, para 1917 trabajaban en Medellín 56 médicos, 61 ingenieros, 73 abogados y 37 dentistas¹⁶¹.

2.2 BIPODER EN MEDELLÍN

Las decisiones políticas, administrativas, sociales y económicas de la sociedad de Medellín, empiezan a ser tomadas por una élite ilustrada a finales del siglo XIX.

¹⁵⁸ Uribe, “Caos en la medicina”, 2.

¹⁵⁹ Ochoa, “Anales de la Academia de Medicina de Medellín”, 384

¹⁶⁰ Valle, “La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)”, 130.

¹⁶¹ Reyes, “Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1930”, 71.

La fundación de la Escuela de Minas en 1888, se presenta como un punto de quiebre en la formación de líderes sociales; los profesionales educados en sus aulas marcarían el manejo de la ciudad y la nueva creación de empresas en ellas. Una nueva ética se hace evidente en la vida social y profesional de la ciudad. Tulio Ospina, primer rector de este centro, diría en su discurso inaugural: “El minero antioqueño necesita ser sobrio, económico y ordenado”¹⁶².

Según Alberto Mayor, para la élite antioqueña de fines de siglo XIX, el cumplimiento del deber era muy importante, este autor señala dos virtudes como las más importantes para estos profesionales: el utilitarismo y el pragmatismo¹⁶³.

Era frecuente encontrar profesores de la Escuela de Minas, que al mismo tiempo fueran directivos de empresas o representantes populares en el concejo de la ciudad, lo que mostraba el interés de estas élites de integrarse como profesionales a la estructura de poder político regional.

Para las directivas de la escuela, las fuerzas morales eran importantes para la evolución de los pueblos, esta institución formaba hombres que buscaban su bien personal, pero sometidos al bien social. Para Mayor Mora, la Escuela era “el faro moral de Antioquia”¹⁶⁴.

Con la Escuela se empezaría a presentar en la región una ética secular, algo alejada de la moral cristiana. En la medida que los ingenieros asumen los métodos científicos en la administración de las empresas antioqueñas, la ética secular se hace más importante para los ingenieros formados en el departamento.

Señal clara del cambio en la mentalidad de la élite ilustrada en la región se encuentra en la carta del Sr Mariano Ospina a sus hijos quienes se estaban formando en el exterior y que desnudan los intereses formativos de los acaudalados señores:

¹⁶² Mayor, “Ética, trabajo y productividad en Antioquia”, 37.

¹⁶³ *Ibíd.*, 39

¹⁶⁴ *Ibíd.*, 88

No se metan, les decía en una carta de 1877, con lo más alámbrico de la mecánica analítica y de las matemáticas trascendentales, consagrándose de preferencia a lo aplicable en las prácticas y procurando adquirir los conocimientos de los que llaman ingenieros mecánicos (...) hay ciencias muy atractivas pero poco provechosas, como la botánica, la zoología, la astronomía, que deben dejarse a los ricos, y en el mismo caso se hallan la literatura. Religión y moral, cuanta le quepa en el alma y en el cuerpo; ciencia aplicada y aplicable, muchísima; idiomas vivos, bastantes; ciencia puramente especulativa, literatura e idiomas muertos, algo; novelas y versos, nada¹⁶⁵.

Para los nuevos profesionales de la Escuela de Minas, eran importantes las ideas fordianas, que señalaban el interés debido por parte del patrono por las necesidades de los obreros, por su bienestar; modulando algo lo que siempre se enseñaba del taylorismo, el cual presentaba al obrero como el “gorila amaestrado”¹⁶⁶.

Con Alejandro López, en las minas del Zancudo y con Juan C. Posada en la Compañía de Tabaco, se inicia la racionalización en las empresas privadas; pero al mismo tiempo se aplica la visión del trabajador como hombre total: esta última empresa, fue la primera que asumió las jornadas de 8 horas, el descanso dominical, las vacaciones, los seguros colectivos y el servicio médico. Posada defendía la tesis que el bienestar del obrero acababa con la lucha de clases¹⁶⁷.

Alejandro López, a su vez, pensaba que la dirigencia de las fábricas antioqueñas, debía estar a tono con las expectativas y necesidades de los obreros; esto en contravía del modelo americanista, a lo Taylor, donde los fines individuales debían adaptarse a los de la empresa.

Mayor Mora presenta como una característica especial de esta época el igualitarismo social, por el cual el patrono trabajaba hombro a hombro con los obreros, conociendo todo lo relacionado con el oficio; las diferencias se disminuían y las metas de productividad se hacían las mismas. Para los años 30 y 40, sin embargo los patronos se encontraban con grandes problemas, Mayor Mora dice:

¹⁶⁵ *Ibíd.*, 46.

¹⁶⁶ *Ibíd.*, 142

¹⁶⁷ *Ibíd.*, 161.

“juego, alcoholismo, lujuria, crimen: elementos todos estos de la profunda desorganización de la personalidad que el obrero urbano antioqueño de los años 30 estaba experimentando. Cuán difícil era sacar el individuo de estos antros urbanos”¹⁶⁸ los centros obreros, regentados por la Iglesia Católica, se crean con la finalidad de tener control del tiempo libre de los obreros, buscando que los males que asechaban la sociedad, no hicieran las suyas en dicha clase tan propensa a todo lo malo. Para los años 30 confluían en Antioquia los intereses corrientes de la Iglesia Católica y los de la Escuela de Minas, en cuanto al control de las empresas antioqueñas¹⁶⁹.

Para Patricia Londoño, había dos modelos o dos pilares que sustentaban el modo de vida antioqueño; la familia y la ética del trabajo y fue cuando se dió un precipitado crecimiento demográfico y se aceleró la urbanización, cuando se socavaron ambos principios¹⁷⁰.

Así Como se fueron formando líderes empresariales en la Escuela de Minas, y los ingenieros adquirieron competencias académicas y humanas para tomar decisiones sociales, también se crean líderes médicos en la Academia de Medicina, se dieron importantes cambios conceptuales para los profesionales de la disciplina y se formaron personas con la misma o mayor autoridad social y política, los ejemplos son numerosos y tienen unas implicaciones que obviamente tocan lo moral y lo ético, puesto que se coloca en manos del profesional médico decisiones de gran trascendencia para toda la comunidad. Así mismo, como se teje el acercamiento evidente entre el obrero y su patrón ilustrado, ingeniero de la Escuela de minas, también se evidencia entre el paciente y su médico, ahora formado académicamente en la ciudad o en el exterior y organizado en gremio en la Academia de Medicina. Así como la Escuela de Minas forma regulariza la actividad técnica, humana y directiva de los profesionales de la ingeniería antioqueña, la Academia de Medicina perfila también define las condiciones técnicas de salubridad en la región y acrecienta las virtudes humanas de los

¹⁶⁸ *Ibíd.*, 299.

¹⁶⁹ *Ibíd.*, 389.

¹⁷⁰ Londoño, “Religión cultura y sociedad en Colombia, Medellín y Antioquia 1850-1930”, 6.

médicos en ejercicio, sirviendo además como apoyo para los galenos que pudieran lanzarse para cargos directivos en la ciudad.

Los importantes cambios que empiezan a suceder en Francia en el siglo XVIII y están totalmente arraigados para el siglo XIX, se presentaron posteriormente en Colombia solo a mediados del siglo XIX, al respecto podemos revisar lo que señala Foucault cuando dice:

Es la teoría de la degeneración: la sexualidad en cuanto foco de enfermedades particulares y foco también de la degeneración, representa exactamente el punto de articulación de lo disciplinario y lo regulador del cuerpo y de la población. Así podréis comprender por qué y cómo en estas condiciones un saber técnico como la medicina, o más bien el conjunto constituido por la medicina y la higiene, va a ser en el siglo XIX un elemento que si no es el más importante si será uno de considerable importancia por el lazo que establece entre una apropiación científica de los procesos biológicos y orgánicos (esto es de la población y del cuerpo) y al mismo tiempo en la medida en que la medicina va a ser una técnica política de intervención con efectos de poder propios. La medicina es un saber- poder que se cierne a la vez sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos. Por lo que tendrá efectos disciplinarios y efectos reguladores¹⁷¹.

El poder asignado al médico tenía su origen en la labor que se le encomendaba, Reville en 1839, lo afirmaba claramente:

Pensad en que al médico confiáis lo que tenemos más caro en el mundo, la salud, prenda de felicidad propia y de la familia; que al enfermar os ponéis a disposición de su saber y de su penetración; y que, en una palabra, el médico es el soberano juez de la vida y de la muerte (...) Aunque, en la jerarquía de las vanidades humanas, el puesto de la medicina es bastante mediocre, su influencia es sin embargo bastante extensa, porque ella influye sobre el hombre por el temor al dolor y por el terror a la muerte¹⁷².

Para el siglo XVIII la medicina se caracterizaba por varios aspectos: La autoridad médica como autoridad social, la aparición de campos de intervención distintos a las enfermedades, la introducción del hospital como aparato de medicalización colectiva y la introducción de mecanismos de administración médica¹⁷³. En

¹⁷¹ Foucault, citado por Montoya, "Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886-1935", 17.

¹⁷² Reville, "Physiologie et hygiene des home livres aux travaux de l'esprit", 117.

Medellín para el siglo XIX, se encontraban bien establecidas estas características; eran requeridos sus servicios para tomar decisiones políticas, sociales, económicas, encontrándose una conciencia clara de la salubridad pública en la mayoría de los gobernantes; Andrés Posada en 1888 anotaría:

El médico va a las corporaciones municipales, a las asambleas y cámaras legislativas, a ayudar con sus luces y consejos a todo lo que, en el orden político y administrativo, se roza con la salud general de los asociados. El interviene en la elección de sitio para las poblaciones, en el trazo de sus calles y plazas, en su abastecimiento de aguas, en el arreglo de sus albañales, en la construcción de sus templos, sus teatros, sus escuelas, sus cementerios, sus mercados y mataderos. ¿Qué sería de una población donde todo eso se hiciera a ciegas, inconsultamente, sin tocar para nada con los hombres de la ciencia?¹⁷⁴ Al respecto de la actividad legista del médico diría: “En eventos criminales, especialmente en lo que se refiere a atentados contra las personas, él será a la vez el fiscal, el defensor y el juez, porque de la apreciación que haga de los hechos, se seguirá necesariamente la gravedad de la pena que ha de aplicarse. Será la cabeza que dirige; la boca que habla; el magistrado será simplemente el brazo ejecutor de la ley escrita¹⁷⁵.”

Márquez Valderrama resumirá el biopoder médico cuando hablando de la constitución de la Academia de Medicina de Medellín, dice: “La naciente medicalización estaba dirigida al control colectivo de la población, pero también a la intervención autoritaria en la vida de cada individuo, desde el nacimiento hasta la muerte”¹⁷⁶.

Rafael Campuzano, en 1889, describió en los Anales las causas y el momento en que se mejora la salubridad de la ciudad; afirmaba que en 1848 cuando era gobernador de la Provincia de Antioquia el médico José María Martínez Pardo y por su iniciativa se destruyeron los platanales y aglomeraciones infecciosas que habían causado devastaciones. Es así como, para el cuerpo médico, la participación de uno de sus miembros en el gobierno de la Provincia había sido el punto de partida de todas las iniciativas de salubridad pública. Además,

¹⁷³ Foucault, “Historia de la medicalización”, 18.

¹⁷⁴ Posada, “El médico legista en Colombia”, 240.

¹⁷⁵ *Ibíd.*, 241.

¹⁷⁶ Márquez, “Ciudades, miasmas y microbios”, 8.

consideraba que estos temas hacían parte del “*santo e ineludible deber*” de su profesión¹⁷⁷.

En 1889 se pedía a la Academia de Medicina que nombrara una comisión para determinar la conveniencia en la construcción de un nuevo cementerio para la ciudad; esta decidió que era conveniente, pero colocaría objeciones al lugar propuesto inicialmente y señalaría unas reglas higiénicas que se debían tener en cuenta; por ejemplo, el alejamiento de los lugares habitados, la orientación con relación a los vientos, los cuales debían pasar primero por la ciudad; daría recomendaciones sobre la topografía y la naturaleza del terreno e incluso recomendaría que arborización debía tener el lugar¹⁷⁸.

Ese mismo año, el alcalde de la ciudad, le solicita a la Academia que estudie la conveniencia de retirar las caballerizas de la ciudad. Los doctores Manuel Uribe, Francisco Uribe y Rafael Pérez dijeron al respecto:

La propagación de las enfermedades virulentas de los animales entre si y su transmisión al hombre, por inoculación o por contacto a distancia es uno de los puntos de higiene pública más descuidados entre nosotros y en que nos sería más satisfactorio provocar la eficaz intervención de la autoridad administrativa: consideramos en efecto urgente que ella dicte un conjunto de medidas sanitarias capaz de prevenir la aparición e impedir la propagación de las enfermedades de los animales que se repuntan como contagiosas¹⁷⁹.

En 1891 y ante una petición del gobierno municipal, una comisión de la academia de Medicina de Medellín conformada por Julio Restrepo y Eduardo Zuleta considera que las carnicerías pueden estar en la ciudad, pero cumpliendo unas condiciones, que al momento no eran evidentes:

1) Edificio amplio y bien ventilado; 2) Agua corriente en el mismo local, o en abundancia tal que hiciera excusable el requisito de ser corriente; 3) Mesas de mármol, ó en su defecto de madera, pero protegidas en la parte superior con cubierta de piedra, a semejanza de las que existen en nuestra plaza de mercado; 4) Suelos embaldosados de mármol o de piedra. En todo caso,

¹⁷⁷ Campuzano, “Higiene de la ciudad”, 155.

¹⁷⁸ Arango, y Uribe, “Cementerios, informe de una comisión”, 70.

¹⁷⁹ Uribe, Uribe y Pérez, “Las caballerizas, informe de una comisión”, 358.

estos, lo mismo que las mesas, debían ser de materiales impermeables; 5) Vasijas apropiadas para depositar la carne antes de darla al consumo; y lo mismo que los suelos, paredes, mesas, deben estar en el más completo aseo; 6) Buenos desagües¹⁸⁰.

El biopoder en la actividad médica en la región se puede evidenciar en la actividad de los profesionales médicos que se encargaron de la salubridad de los trabajadores de la construcción del Ferrocarril de Antioquia. Emiliano Henao Melguizo, Marco A. López y Dionisio Arango Ferrer fueron los médicos más representativos de esta empresa; cuya construcción fue encargada al ingeniero cubano Francisco Javier Cisneros en 1874¹⁸¹. El interés por poblar la línea del ferrocarril y de estimular el ingreso de trabajadores con familia a la empresa era impulsada por los profesionales médicos que tenían el encargo de la salubridad en la obra.

Libia Restrepo, sin embargo, señala que los médicos que laboraban en el ferrocarril, tuvieron un interés empresarial puro, muchas veces en detrimento de los trabajadores: La empresa del ferrocarril hacía un ahorro bien avaro en la economía política de la salud, que desdice de la filantropía y la benevolencia proclamadas por la junta directiva; la actitud hacia los enfermos incurables mostraba que el departamento médico del Ferrocarril de Antioquia no era más que un instrumento forzado a conseguir la constancia de la fuerza laboral¹⁸². La tuberculosis que representó una calamidad para los obreros y sus familias, fue asumida enviando los trabajadores infectados a sus regiones; decisión que era, para Libia Restrepo, una buena medida para la empresa, pero una medida fatal para las regiones¹⁸³.

Médicos como Emiliano Henao, quien permanece como primer médico del Ferrocarril de Antioquia por 45 años, logran sintetizar el poder médico en ámbitos decisorios sociales. Dicho médico en 1893, lucha para que se mejore las condiciones del hospital de la empresa: “El hospital es uno de los asuntos a que debe prestarse más decidida atención, tanto porque la empresa debe estar hasta

¹⁸⁰ Restrepo, y Zuleta, “Higiene Pública. Conclusiones de un informe presentado al Sr. Alcalde del Distrito”, 70.

¹⁸¹ Restrepo, “La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875- 1930”, 17.

¹⁸² *Ibíd.*, 17.

¹⁸³ *Ibíd.*, 77.

en sus últimos elementos animada por un verdadero espíritu cristiano, como porque la solicitud y atención con los enfermos hará que los trabajadores tengan mayor simpatía por la empresa y trabajen con mayor confianza y seguridad”¹⁸⁴.

Había varios temas que eran críticos para la actividad médica en lo comunitario, así, la prostitución era para la época (1887) un problema social que ultrajaba el pudor y las buenas costumbres, Aureliano Posada proponía emplear cualquier método que estuviera al alcance para evitarla, aún utilizando penas correctivas; lo anterior llevaría a la creación de juntas de higiene central y departamentales.¹⁸⁵ En 1892 se seguían presentando quejas entre los médicos por la poca atención gubernamental a los requerimientos de salubridad. Ese poder con el cual es investido el médico, no está exento de responsabilidades, las cuales eran asumidas con verdadero valor por los más connotados galenos de la ciudad, Uribe Mejía ante la academia, en 1903, diría:

Pero ¿a qué buscar en la historia ejemplos de valor médico cuando aquí mismo los tenemos por millares?

¿Quién de vosotros se excusa por miedo, cuando es preciso asistir un hospital de virolentos, un asilo de leprosos o una enfermería de tíficos o disentéricos? Ninguno.

¿Cuál de vosotros dejaría de asistir, por temor, a un paciente de cólera asiático, de fiebre amarilla o atacado del crup de la difteria? Nadie.

Todos los días vemos a nuestros cofrades aplicar el oído desnudo sobre las descarnadas costillas de los tísicos; abrir sin preparación previa cadáveres putrefactos y exhumar sin ninguna precaución restos de putrúlagos humanos.

Pero no busquemos fuera de aquí ejemplos de energía y valor, cuando nos lo acaba de dar en un discurso, nuestro Hipócrates Cristiano, Dr. Manuel Uribe Ángel¹⁸⁶.

Ese médico ejemplar opinaba de aspectos tan disímiles como el mejor período para las vacaciones escolares, proponiendo un pequeño receso en navidad y unas

¹⁸⁴ *Ibíd.*, 103.

¹⁸⁵ Posada, “Acerca de la prostitución”, 267.

¹⁸⁶ Uribe, “Valor médico”, 47.

vacaciones largas en mitad de año, para aprovechar el campo en el tiempo más saludable¹⁸⁷.

No siempre se encontraba una respuesta a las solicitudes de la comunidad o del concejo representativo, el gremio médico no siempre lograba ponerse de acuerdo o las decisiones no eran muy claras; Teodoro Villa, en un informe de sesión en junio de 1905, mostrará sin reato que las discusiones no siempre llegan a término práctico o conclusión importante; respecto a la consulta si un niño hijo de un paciente tísico podría asistir a la escuela decía: “Todos estos puntos los tratasteis con extensión y lucidez, y aún cuanto nada resolvisteis como cuerpo científico, por lo menos hicisteis constar vuestras personales opiniones, de todo lo cual encontrareis la debida constancia en las respectivas actas”¹⁸⁸. Incluso se presentaban diferencias tan acaloradas como la referente a los certificados de sanidad para las mujeres dedicadas a la prostitución, lo cual generaba polémica entre el gremio médico de la ciudad. El doctor Juan Bautista Londoño diría al respecto en 1916: “Esto de los certificados en Europa mismo, ya está desechado por inútil y por peligroso, equivale ni más ni menos a aquel dicho vulgar: Entre que el perro no muerde en reemplazo de este otro: no entre que el perro está suelto”¹⁸⁹.

Los médicos tenían clara injerencia en cuestiones normativas, así en 1894, Juan B. Londoño diseñó el programa para la “enseñanza de la higiene pública y privada” en la Escuela de Minas; en este se señalaba las principales normas y los conceptos básicos de higiene, evaluaba los principales agentes externos implicados en la salud privada y pública¹⁹⁰. Sin embargo, en los primeros años del siglo XX se hizo poco por la salud pública. Con la ley 33 de 1913 se reorganizan las juntas de higiene del país, esta ley exigía a los concejos municipales organizar comisiones sanitarias locales. En 1912 solo los médicos municipales, Jorge

¹⁸⁷ Uribe, “Higiene pública, una reforma conveniente”, 308

¹⁸⁸ Villa, “Informe del secretario”, 220.

¹⁸⁹ Montoya, “Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886- 1935”, 56

¹⁹⁰ Pedraza, “En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad”, 150.

Sánchez y el practicante E. Posada Cano estaban a cargo de los problemas de salubridad de la ciudad, estos tenían cada vez más trabajo.

En septiembre de 1913 hubo una epidemia de tifo en la ciudad, la cual reveló la necesidad de contar con una junta de higiene permanente. La Dirección Departamental de Higiene, a cargo del médico Juan B. Londoño, publica la resolución por la cual le pide al Concejo la creación de una junta municipal de higiene, dicha resolución fue confirmada por el acuerdo 68 del 20 de mayo de 1914. A mediados de junio el Dr. Jesús María Duque fue nombrado Presidente de la nueva Comisión Sanitaria Municipal¹⁹¹.

La Comisión, tuvo un trabajo fructífero, incluso se logró una tasa de mortalidad de 3.5% en la última epidemia de disentería de 1915. Esta comisión trabajó en la creación de normas sobre los animales en el ámbito urbano, intentó limitar la fabricación de pesebreras y los criaderos de cerdos en la ciudad; poco a poco se logró que la gente se apropiara de un discurso higienista. La Comisión creada en 1914, se transformaría en 1926 en la Junta de Asistencia y Salubridad Pública¹⁹².

El consumo de licor por parte de la población también fue un asunto de preocupación para el cuerpo médico de la ciudad. Guillermo Garcés en su trabajo sobre el alcoholismo en Antioquia en 1919, teniendo en cuenta la asociación de este a la enfermedad mental y criminalidad, propone como opción la internación a perpetuidad de todos los alcohólicos degenerados luego de agotar todo tratamiento curativo. Otras medidas serían prohibir por completo el alcohol, medida que ya se reconocía como imposible ante la dependencia de las rentas departamentales del licor. Para este autor las medidas más claras eran las educativas, en las cuales debían participar todas las personas que pudieran: maestros, médicos y sacerdotes¹⁹³. Desde 1899, Tomás Quevedo, en su tesis, señaló al alcoholismo como una enfermedad igual a cualquier otra¹⁹⁴.

¹⁹¹ Márquez y García, "La Comisión Sanitaria Municipal de Medellín: Surgimiento de un modelo de control higienista", 25- 29.

¹⁹² *Ibíd.*, 31-42.

¹⁹³ Garcés, "Contribución al estudio del alcoholismo en Antioquia".

El alcohol estaba extendido a principios de siglo, según Reyes, en general existía un discurso moral que lo señalaba como causante de la sífilis, la tuberculosis y la criminalidad¹⁹⁵.

En Medellín, en el año de 1913 se consumía en promedio 2.35 litros de aguardiente, mientras en Andes 0.58; Sonsón 0.60; El Carmen 0.40; Peñol y Guatapé 0.40; San Carlos 0.38; Santuario 0.29; San Vicente 0.26. Los municipios mineros consumían en general más que Medellín; Puerto Berrío 5.18; Segovia 3.92; Zaragoza 2.99¹⁹⁶.

En 1929, Juan B. Londoño, en ese entonces exdirector del manicomio decía que el alcoholismo era una triste dolencia social y que llevar al alcohólico a la cárcel, solo aumentaba su degradación social¹⁹⁷. Rafael Uribe U. señalaba al alcohol, como “*cáncer social*” que nos devora, en la Revista Labores, escribe:

Le nace un hijo, bebe; se le muere, bebe; cumple años, bebe; se casa, bebe; enviuda, bebe; ganó, bebe; perdió, bebe; se encuentra con un amigo, bebe... está triste, bebe; es para ahogar su pena; en ayunas, bebe: es para matar el gusano; antes del almuerzo bebe: es para abrir el apetito; después, bebe: es para ayudar la digestión...si se va bebe: es el del estribo... con el frío, bebe: es para entrar en calor... con miedo, bebe: es para animarse... si es pobre, porque, ¿qué otra cosa ha de hacer? Si es rico, para eso trabaja y tiene con qué... nada sabe hacer con cabeza fría; el alcohol le es compañero inseparable; vive para beber, creyendo beber para vivir e ignorando que con ello se mata¹⁹⁸.

Fue importante la opinión del médico en otros temas, en los cuales se debía definir si correspondían a una falta o eran naturales; en 1916 el concejo de Medellín deseaba organizar el dispensario municipal y pediría el concepto al director departamental de higiene Juan Bautista Londoño, quien a pesar de admitir que se debe dejar de considerar la prostitución como un delito, no se podía hacer

¹⁹⁴ Reyes, “Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1930”, 161.

¹⁹⁵ *Ibíd.*, 156

¹⁹⁶ *Ibíd.*, 159.

¹⁹⁷ *Ibíd.*, 163.

¹⁹⁸ Uribe, citado por Reyes, “Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1930”, 158.

esfuerzos normativos puesto que esto solo lo hacía parte de la vida rutinaria de la sociedad; este dice: “La prostitución por muy censurable que sea desde el punto de vista moral, no puede ni debe considerarse como un delito (...) Puede hacerse todo, todo menos reglamentar el vicio, porque eso equivale a incorporarlo a la vida social, dándole carta de naturaleza”¹⁹⁹.

Para principios del siglo XX, los médicos se siguen relevando en el desempeño de cargos públicos; Gabriel Toro Villa, Juan B. Montoya y Flórez y Juan Uribe Williamson, fueron concejales en el período 1913- 1915. Jesús María Duque, quien fuera Presidente de la Comisión Sanitaria, fue concejal en 1923²⁰⁰. Su actividad profesional podía estar dirigida a una u otra porción de la sociedad, pero en general las normas, especialmente las referentes a la salubridad se aplicaban sobre todo a la población más pobre, ellos eran considerados el principal foco de cualquier medida normalizadora, a este grupo era al que se debía cambiar, Catalina Reyes dice: “Debían ser separados, educados, controlados y civilizados”²⁰¹.

En 1921, el saber médico es valorado y se hace concreto en varias normas y legislaciones. Las políticas de saneamiento de las vías del ferrocarril entran a regir, son establecidas y codificadas de acuerdo a dicho saber; en el artículo 103, se encuentra: “El plano y sitio de los campamentos y edificios permanentes que se construyan en la línea para el servicio de la empresa, llevarán el visto bueno del médico y jefe”²⁰².

Ese biopoder que construyeron los médicos en la región, se moldea y evidencia la misión más importante del cuerpo médico, la prevención de la enfermedad. Alejandro López, quien en 1929 vive en Londres, escribe acerca de los médicos del Departamento Médico del Ferrocarril:

¹⁹⁹ Montoya, “Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886- 1935”, 87

²⁰⁰ Márquez, “La Comisión Sanitaria Municipal de Medellín: Surgimiento de un modelo de control higienista”, 19.

²⁰¹ Reyes, “Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890- 1932”, 118.

²⁰² Restrepo, “La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875- 1930”, 121.

Pero hay algo más que merece subrayarse en la actuación de los jefes del Departamento Sanitario de aquella empresa oficial, uno de los cuales acaba de morir (se trataba del Dr López). Ni el arte de la medicina, ni la ciencia que lo informa habrían alcanzado puesto tan preeminente en la civilización actual del mundo, si la acción del médico se limitara a la actitud pasiva del hospital o de la consulta, como una simple máquina de apagar incendios. La verdadera ciencia es previsión, es anticipación, y su acción avanza hasta donde las epidemias y las enfermedades comienzan a ahincarse en el individuo. El médico moderno, como el industrial moderno, saben que no hay trabajo que valga sin demanda, y al genio de la producción añaden el genio para crear la demanda de sus servicios, lo que en el médico se traduce en acción docente y apostolado. Crear la demanda en esa profesión es insistir en ser útil anticipándose a las demandas del paciente o del que está expuesto a serlo.

¡anticiparse!, ¿habrá algo más bello en cualquier orden?²⁰³.

²⁰³ Periódico El Ferrocarril de Antioquia, 1562.

3. DEONTOLOGÍA

El estudio deontológico médico es de gran trascendencia para este período histórico, la medicina encontró en el deber, el alma que la separaba de la charlatanería, de los curanderos, de los no académicos; al mismo tiempo se ha asumido otra concepción del acto médico, basado en investigación, promoción de los conocimientos y educación formal. Es importante evaluar algunos textos utilizados por las primeras generaciones de médicos académicos en la ciudad de Medellín, como los de Marañón, Razetti, Capellman, así como los textos de su Santidad Pio XII^{204, 205, 206, 207}

El cambio de paradigma no está exento de críticas, reflexiones y llamados de atención. Capellman en su texto sobre medicina pastoral, en 1904, se quejaba acerca de los catedráticos de medicina de las universidades de la época, cuyas enseñanzas, generalmente eran contrarias a las buenas costumbres: “habiéndose las ciencias médicas abandonado, por así decirlo, en brazos del materialismo, ya no echa de menos aquellos conocimientos teológicos”²⁰⁸. Para éste, era fácil para la gente del común optar por opinar e incluso formular ante algunas enfermedades, creyendo falsamente que manejaban los medicamentos y que podían curar; produciendo grandes daños. Para Capellmann la lectura de libros de medicina debía prohibirse al vulgo, puesto que si las enfermedades se le escondían al aprendiz, la situación era mucho más complicada para quien no tenía conocimientos médicos: “El primer remedio que el médico usa para curar al hipocondriaco es prohibir absolutamente la lectura de dichos libros”²⁰⁹.

Marañón en su texto sobre vocación y ética publicado en 1935, afirmaba sobre la enseñanza médica:

²⁰⁴ Marañón, “Vocación y ética”, 12

²⁰⁵ Razetti, “Moral médica”, 17

²⁰⁶ Capellman, “Medicina Pastoral”, 6

²⁰⁷ Su Santidad Pio XII y la medicina, “Orientaciones médicas”, 4

²⁰⁸ Capellman, “Medicina Pastoral”, 6.

²⁰⁹ *Ibíd.*, 14.

He recibido con notoria y reiterada persistencia, de que acaso la educación en las facultades se orienta hacia un peligroso predominio del sentido investigador, sobre el sentido puramente médico, es decir, sobre el arte puro del diagnóstico y del tratamiento de las enfermedades. Al examinar a grandes promociones de alumnos y alumnos del final de su preparación, “hechos” ya universitariamente, me he dado cuenta indudable de que la preparación de una gran mayoría de los estudiantes está compuesta casi exclusivamente de datos teóricos, de hipótesis fundadas en las nuevas orientaciones fisiopatológicas, de relatos, de experimentos casi nunca controlados personalmente y casi siempre admitidos sin la necesaria crítica; y en cambio de una información muy deficiente sobre los datos y los métodos esenciales del diagnóstico clásico- clásico y eterno- sobre los modos de curar...Es evidente sí, que toda esta admirable juventud se preocupa demasiado poco del hombre enfermo, de la historia natural y patológica del hombre, y excesivamente de lo que le puede pasar a las ratas y a los conejos de indias²¹⁰.

También afirmaba, Marañón, que no era necesario ningún tipo de normas especiales para el desempeño de la profesión médica y que para un buen médico era suficiente con lo que le dicta su propia conciencia.

Sin embargo, aún para este período de fines del siglo XIX y principios del XX, se nota que se han priorizado los factores y conocimientos biológicos para normatizar y enseñar la profesión. Alejandro Londoño, en 1901 afirmaba:

Hasta hoy se ha avanzado a la mitad en nuestra legislación; se ha reglamentado el estudio, la enseñanza de la profesión, no concediendo título de doctos sino a aquellos que han cumplido todos los requisitos que el reglamento le impone; mas no se les han señalado los deberes que han de llenar una vez que salgan a ejercer su profesión; en una palabra no se protege por la autoridad la misión que se les ha confiado²¹¹.

3.1 MORAL MÉDICA

Para la época en cuestión a pesar de ser las tesis católicas las que marcaban los derroteros morales de la población y de la práctica médica como profesión, los médicos se enfrentaban igualmente a dilemas morales de gran importancia, y debían presentar sus conceptos como faros para el resto de la sociedad. Patricia

²¹⁰ Marañón, “Vocación y ética”, 85- 86.

²¹¹ Londoño, “Del secreto médico, Folleto Misceláneo 81”, 7.

Londoño sintetiza el poder de la religión católica en las decisiones sociales al decir: “La religión llegó a ser un referente cultural común que relegaba a un segundo plano las diferencias sociales y unificó expectativas y creencias”²¹². Sin embargo, se encuentran en la época otras posiciones, incluso quienes asociarían aspectos morales con la situación física del sujeto; para De Greiff la salud y el vigor físico ejercen notable influencia sobre el cerebro y los sentimientos: “El raquitismo físico corre parejas con el raquitismo moral y a veces con el raquitismo intelectual, pues las leyes que rigen lo moral y lo intelectual, son las mismas que rigen la materia”²¹³. De la misma manera el aspecto físico era determinante de la salud mental e incluso era menester tener buenas costumbres y entrenamiento físico para asegurar la fortaleza de espíritu, decía De Greiff:

Aquí no tenemos un centro donde se enseñe la calistenia, la gimnástica y la esgrima, y, ni en las escuelas se practica metódicamente estos ejercicios. De aquí provienen en gran parte, esas neurosis que conducen a los hombres a la morfinomanía, al etilismo y a todas las demás toxicomanías. Todo esto hace perder la aptitud para el trabajo, deprime el carácter, rebaja la dignidad humana y termina en la degeneración de la raza. ¡Ojala tuviéramos menos intelectualidad y gentes más fuertes y más vigorosas!²¹⁴.

Otros serían más afines a la doctrina cristiana, sintetizando lo verdaderamente importante en aspectos del bien y el mal y descartando cualquier aproximación materialista o física. Razetti, en su texto *Moral Médica*, publicado en 1928, decía que el principio fundamental de la moral consistía en no hacer a los otros, lo que no queremos que los otros nos hicieran; diría además: “La moralidad, atributo de la civilización y elemento del progreso, está fundada en el conocimiento perfecto de lo que es el bien y de lo que es el mal”²¹⁵. Para este, no había una moral especial para el médico, se trataba de cumplir con los deberes y ser honrado en todos los actos de su vida. Dice:

El ejercicio de la medicina necesita limitaciones morales no porque se presuma mala fe en los médicos, sino porque la medicina no es una simple

²¹² Londoño, “Religión cultura y sociedad en Colombia, Medellín y Antioquia 1850- 1930”, 31.

²¹³ De Greiff, “Mens sana in corpore sana”, 49.

²¹⁴ *Ibíd.*, 50.

²¹⁵ Razetti, “Moral médica”, 14.

profesión liberal como otras: la medicina es un apostolado, cuyo único objeto es hacer el bien. Todo lo que en el ejercicio de la medicina pueda desviar al médico de la práctica del bien, es inmoral²¹⁶.

La fe en ningún momento entraba en conflicto con los conocimientos de cualquier otro tipo, los médicos no tuvieron ninguna duda de esto. Manuel Uribe Ángel, en 1896 opinaba al respecto:

Decimos pues, como expresión concreta: para las matemáticas, el cálculo; para las ciencias físicas y experimentales, el análisis y la experimentación; para las ciencias filosóficas, la lógica, y para las religiosas, la fe. La fe no perjudica la civilización. Creyendo lo que no hemos visto, podemos frecuentemente dar con la verdad, y creyendo lo que no entendemos, acertamos no pocas veces²¹⁷.

De Greiff, en 1903, sin embargo, encuentra la deficiencia en los estudios morales en la incapacidad de separar la moral de la religión, además de la poca intención de enseñar la moral, siendo la educación la vía para la perfección: “La educación moral que da la noción del deber, que eleva los sentimientos y que forma las costumbres, como también nos libra de la superstición y de los malos hábitos, dándonos el dominio sobre nosotros mismos y librándonos de nuestras tendencias atávicas”²¹⁸.

En el cuarto congreso Médico Nacional, que se realizó en Tunja, en 1919, se adoptó el Código de Moral Médica, el cual fue aprobado por la Academia Nacional de Medicina. En este se encontraba un apéndice que establecía unas obligaciones morales para el paciente, remataba el mismo diciendo: “El enfermo una vez restablecido no debe olvidar las obligaciones de orden moral que ha contraído con el médico, pues los servicios de este son de tal naturaleza, que no bastan simples remuneraciones pecuniarias para retribuirlos”²¹⁹.

El Papa Pio XII, el 12 de noviembre de 1944, en un discurso habló sobre la importancia de la medicina para acercarnos a Dios, además hizo énfasis en el

²¹⁶ *Ibíd.*, 14.

²¹⁷ Uribe, “La medicina en Antioquia”, 71.

²¹⁸ De Greiff, “Mens sana in corpore sana”, 51-52.

²¹⁹ Valle, “La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)”, 88.

concepto de humanos iguales y semejantes a su Dios, en busca de su inmortalidad²²⁰.

El hombre debía ser visto como la unión del cuerpo y el alma; materia y espíritu: Así mismo, para el Papa: “El hombre no es propietario, el señor absoluto de su cuerpo, sino el usufructuario: de donde se deriva una serie de principios y de normas que regulan el hecho y el derecho de disponer los órganos y los miembros del cuerpo”²²¹. Decía el Papa, que aunque limitado, el poder del hombre sobre sus órganos es directo, como parte constituyente de sus ser físico²²².

Dios había creado al ser humano sin dolor, ni muerte y solo por el pecado fueron introducidos: El dolor y la muerte eran asumidos como medios salvadores; por tanto el médico debía enfrentar a ellos serenamente, conociendo su representatividad en dichos designios salvadores que tenía Dios para la humanidad²²³.

Muñoyerro, a manera de resumen, presentaba un código de vida para la actividad del médico, este representaba lo más importante en el actuar moral del profesional de la medicina:

1. El mandamiento del amor. Este debía ser la guía de su actuar.

2. La intangibilidad de la vida humana. Nunca un ser humano podía disponer de una vida humana, sin importar el estado de esta: “Por eso el médico digno de su profesión que se dedicaba a su misión nobilísima con espíritu de sacrificio y sin ningún temor para curar y salvar la vida, rechazaría cualquier sugestión recibida

²²⁰ Muñoyerro, “Código de deontología médica”, 25.

²²¹ *Ibíd.*, 27.

²²² *Ibíd.*, 29.

²²³ *Ibíd.*, 31.

en el sentido de destruir la vida, aunque pudiera parecer frágil o humanamente inútil”²²⁴.

3. La generación y la educación de la prole. El médico debía estar seguro y sin duda del fin del matrimonio en la procreación²²⁵.

4. La moral y el secreto profesional. El secreto profesional debía mantenerse; no obstante si se trataba del bien común no se debía aceptar que este se pusiera al servicio del delito y del fraude.

5. Era obligación tanto del personal en formación, como del médico en ejercicio estar al tanto de los adelantos de la ciencia y asumir una actitud de constante estudio.

6. Confianza en Dios. Todo actuar debía ser llevado por la mano curadora de Dios²²⁶.

Para este autor, la moral médica presentaba tres bases: el ser y la naturales; los valores y la recta razón y lo trascendente, para él: “El carácter absoluto del orden moral, observado en todos los tiempos, obliga a reconocer que la moral médica posee en último análisis un fundamento y una regla trascendente, Dios”²²⁷.

Sobre el consentimiento debido para cualquier intervención por parte del paciente, Muñozerro, afirmaba que no era necesario cuando:

El enfermo no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, ni sus representantes estén presentes para prestarlo a su debido tiempo, es lícito presumirlo. Aún contra el consentimiento del paciente se puede operar: a) cuando su oposición se basa en la ignorancia de la gravedad del caso o de las

²²⁴ *Ibíd.*, 34.

²²⁵ *Ibíd.*, 37.

²²⁶ *Ibíd.*, 33- 39.

²²⁷ *Ibíd.*, 53.

consecuencias de la operación, b) si el motivo es inmoral, verbigracia, en un suicidio frustrado²²⁸.

Las cualidades morales que debía poseer el médico, de acuerdo al Papa eran: la prudencia, con la cual se debía juzgar para escoger el medio más apto desapasionadamente, siempre buscando la salud; el don de la justicia, que era la mejor garantía del respeto a los derechos ajenos; la fortaleza, con la cual se anteponían los intereses de sus pacientes, incluso a costa de su sacrificio y bienestar. Además, el hombre, la enfermedad y la vida, a los ojos del médico de convicción religiosa, adquirirían un valor de cosas sagradas²²⁹.

Para el Papa Pio XII, la influencia moral del médico debía utilizarse para el apostolado social y de las buenas costumbres. El médico era llamado por el estado para tres funciones principales: como higienista, tenía el deber de prevenir las enfermedades y la muerte; como médico práctico, debía combatir las enfermedades en colectividades; y como médico legista o perito era su deber comprobar las causas en las enfermedades, las lesiones o la muerte²³⁰.

3.2 INDUSTRIALISMO MÉDICO Y COMPETENCIA DESLEAL

Para Max Weber había una gran diferencia entre la concepción católica y la protestante del trabajo; para los primeros se presenta como un medio de vida, mientras para los segundos la meta está en ganar dinero, hacer fortuna. No existe un concepto que ligue estrechamente el trabajo a lo religioso en el catolicismo, mientras si existe en el protestantismo. Según trabajos previos, la sociedad antioqueña se comporta de acuerdo a la ética protestante en cuanto a su meta de vida a través del trabajo; los médicos de esta época no están exentos de esta dinámica²³¹. El médico antioqueño, de la mano de Dios lleva a cabo su profesión; para Weber, esto estaría de acuerdo con la visión luterana del trabajo: “La profesión es lo que el hombre tiene que aceptar como disposición divina, aquello

²²⁸ *Ibíd.*, 83.

²²⁹ *Ibíd.*, 45.

²³⁰ *Ibíd.*, 113.

²³¹ Weber, “La ética protestante y el espíritu del capitalismo”, 105

en donde él tiene su destino; esta caracterización se sobrepone a la otra idea, que también está presente en él, de que el trabajo profesional es una tarea o más bien la tarea puesta por Dios”²³².

Los mayores pecados, según Razetti, hacia la dignidad profesional de un médico eran el industrialismo médico y la competencia desleal. No podía haber remedios secretos, no era lícito que el médico se hiciese propaganda como poseedor de tratamientos infalibles, puesto que obraría de mala fe al esconderlo a sus colegas y por el contrario estaría obligado a publicarlo en la prensa médica, puesto que: “El objeto exclusivo de la medicina es hacer el bien”²³³. Ningún médico podía utilizar sustancias secretas, de las cuales no se conocieran directamente sus efectos fisiológicos y las propiedades terapéuticas, quien faltare a este principio estaría ejerciendo el oficio de curandero; de la misma manera quien hacía un descubrimiento médico, debía hacerlo público completamente.

El médico, para Razetti, no se podía convertir en un industrial de la salud, no era su misión crear una empresa de enriquecimiento con su profesión; diría:

Llegaremos muy pronto a la categoría de una vulgar industria y los médicos descenderemos a la clase de los mercaderes (...) No nos cansaremos de repetir que la medicina no es un oficio, que la medicina es una noble profesión; la medicina no es una industria, la medicina es un sacerdocio: No nos exponamos a que un futuro legislador, teniendo en cuenta nuestro afán por industrializar la medicina, proponga clasificarla entre las industrias peligrosas. Porque la medicina como profesión es nobilísima, como sacerdocio es sublime, pero como industria es la más peligrosa de las industrias humanas; porque las materias primas con que trabajan los industriales de la medicina son la salud, la vida y la honra de los hombres²³⁴.-

Otro ejemplo de competencia desleal, para Razetti, sería hacerse inmiscuir en un tratamiento que lleva otro colega, ofreciendo mejores resultados y desprestigiando al otro médico; planteaba que cuando se llamara a un médico a evaluar un paciente que había sido tratado por otro colega, este debía intentar que se consultara al primer médico, debía velar por la confianza del paciente y su familia

²³² *Ibíd.*, 100.

²³³ Razetti, “Moral médica”, 27.

²³⁴ *Ibíd.*, 92- 93.

en este, debía explicar a su colega la situación y velar por que se le reconocieran sus honorarios²³⁵.

Los Anales de la Academia de Medicina de Medellín, publicaron en 1896 un artículo del Dr. Manuel Uribe Ángel sobre el estado de la medicina en Antioquia; dicho médico señalaba que existían varios tipos de médicos: La primera clase son los charlatanes y curanderos; esta a su vez se dividían en: chacareros, los cuales empleaban sustancias por lo general inactivas, como la piedra del rayo, el pico del tominejo, el hueso del gurre, el colmillo del caimán, la uña de la gran bestia (la de la danta); utilizan también algunas contras que pueden ser venenosas como la covalonga; la segunda clase eran los yerbateros, los cuales utilizaban toda clase de yerbas conocidas y desconocidas, con las cuales hacían todo tipo de compuestos, usualmente repugnantes y de escaso valor terapéutico; dentro de las plantas utilizadas estaban la tonga, que era venenosa, la siempreviva, la verbena, el corazón de plátano, las cuales utilizaban como contras. Estos yerbateros gozaban de gran reputación, aún entre gente sensata y entre algunos sacerdotes.²³⁶ El tercer tipo lo formaban los sobanderos, quienes eran para Uribe, una clase especial de cirujanos que sabían sobar y curar esguinces, descomposturas y fracturas. A ese mismo tipo de médicos corresponden las comadronas, las cuales: “recetan para el mal de nervios, los ascos de las mujeres encinta, las úlceras, y desviaciones de la matriz, la esterilidad y que se encargan de dar asistencia a las parturientas”²³⁷.

La segunda clase de médicos, para Manuel Uribe, eran los aficionados, quienes por sí y ante sí se declaran idóneos, sobre estos afirmaba:

Empiezan la carrera aplicando remediecitos que si no curan tampoco dizque hacen daño, y a proporción que la experiencia y la falta de temor (...) u otros motivos les hace aceptables entre su público, van levantando el vuelo a las regiones más encumbradas de la ciencia, y aún llegan a mirar con desprecio a los que si son facultativos. Pero justo es decir aquí que entre estos ha habido y hay muchos de gran talento médico, y a quienes su afición y amor al arte,

²³⁵ *Ibíd.*, 34.

²³⁶ Londoño, “La medicina en Antioquia”, 82.

²³⁷ *Ibíd.*, 83.

les hace, gracias al estudio, aptos para recetar en los casos comunes de las afecciones internas, en las fiebres palúdicas y epidemias en general, todas las cuales tratan bien²³⁸.

La tercera clase de médicos eran quienes habían cursado los estudios en las universidades Nacional y de Antioquia, la mayoría eran buenos profesionales, sin embargo:

Hay entre estos varios que ya sea porque hicieron imperfectamente sus estudios- lo cual nos inclinamos a creer nosotros- o bien porque les ha faltado el estímulo que da la buena aceptación y remuneración, han abandonado, se puede decir así, su profesión y se han nivelado con los aficionados, y aún han bajado del nivel ocupado por muchos de estos²³⁹.

En la sociedad médica antioqueña el tema de la charlatanería también era tratado; Federico Gómez, en 1891, escribió acerca de la falta de reglamentación en el ejercicio de la medicina, lo cual favorecía la realización de asesinatos y abortos por parte de empíricos. Cada día además se realizaban operaciones por personas que no tenían ninguna idea de las regiones anatómicas; lo peor era que esto no llevaba a ningún castigo por parte de las autoridades. Eran además, muchos los casos en que empíricos llevaban a la muerte a sus pacientes por situaciones que médicos titulados habrían podido salvar. Precisamente, eran los gobernantes, según Gómez, los responsables de la defensa de los derechos de las masas; sin embargo como estos no realizaban nada, para este autor era el gremio médico el llamado a convocar la atención de las gentes²⁴⁰.

Para Gómez, el artículo 44 de la Constitución de cuatro años atrás (1886) daba claridad: “Toda persona podrá abrazar cualquier oficio u ocupación honesta sin necesidad de pertenecer a gremio de maestros o doctores (...) La ley podrá exigir título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones médicas y de sus auxiliares”²⁴¹.

²³⁸ *Ibíd.*, 84.

²³⁹ *Ibíd.*, 85.

²⁴⁰ Gómez, “Los charlatanes en medicina”, 136.

²⁴¹ *Ibíd.*, 156.

En 1888, Manuel Uribe Ángel, escribió sobre la higiene pública en los Anales y tratando sobre la diferencia de manejo de lesiones en piel entre médicos científicos y charlatanes:

Respecto a la rebeldía de este mal advertimos que es mucha, y que hemos visto algunas de estas llagas persistir hasta por meses y hasta por años, resistiéndose a toda clase de medicación. Con mucha frecuencia las familias y los enfermos, si han buscado médico, lo abandonan desesperados y reclaman los arbitrios del charlatanismo para obtener la curación; y confesamos que algunos la logran, porque hemos visto ejemplos de ello, pero con más frecuencia hemos observado complicaciones gravísimas debidas a los desatinos que, con culpable y no reprimida audacia practican los curanderos²⁴².

J. A. Montoya Kennedy, en 1893, comenta sobre el daño que produce la charlatanería al conocimiento médico²⁴³. El charlatanismo es más común en las clases bajas, sin embargo también se encuentra en las otras clases sociales; algunos personajes sin ninguna formación académica practicaban como médicos de experiencia; lo que crea total alarma es que el público no viera en estos pseudomédicos a sus verdaderos enemigos. Para las clases bajas eran más llamativas las explicaciones dadas por los charlatanes, llenas de duendes y de fantasías; desdeñaban “la ciencia de los libros”, se asumía a los verdaderos médicos como enemigos²⁴⁴.

Montoya Kennedy presenta algunos ejemplos de charlatanería en la medicina antioqueña: un paciente con una contusión nerviosa recibía de un supuesto médico un cataplasma aplicado en un lugar distante a la lesión; esto correspondería para el autor en tratar de restablecer una corriente eléctrica al romperse un cable en Rionegro, colocando un cataplasma en Medellín. También relata como a un paciente con cáncer, alguno de estos curanderos colocan a manera de escapulario un cuerpo en forma de diente canino, intentando este señor curandero, llamado Carlos Ramos, alejar un maleficio²⁴⁵.

²⁴² Uribe, “Higiene pública, epizootia, carbunco, ulceral malignas rebeldes”, 311.

²⁴³ Montoya, “Del charlatanismo en Medicina”, 264.

²⁴⁴ *Ibíd.*, 267-268.

²⁴⁵ *Ibíd.*, 368.

Las complicaciones que se presentaban por estos malos manejos eran muchos: hemorragias, necrosis y hasta envenenamientos, producidos por cirugías bestiales o sustancias administradas sin prudencia²⁴⁶.

Para Montoya, el mismo cuerpo médico de la ciudad tenía gran culpa por su gran indiferencia. La culpa en el éxito del charlatanismo estaba en todos; unos por la ignorancia, otros por el interés en el lucro indecoroso y todos por la total indiferencia²⁴⁷. Los charlatanes aparecían cuando los galenos decretaban que no había nada que hacer, ese era el momento cuando con rezos a “*San Fulano*” y con la utilización de cualquier sustancia lograban por sugestión o aprovechando la curación producida por los anteriores remedios de los verdaderos galenos, que el paciente se recuperara, quedando la imagen de la ciencia y de la medicina en deuda, y los charlatanes como los verdaderos sabios²⁴⁸.

Para Montoya Kennedy, la muerte es también científica y “lo que es científico, es también verdadero”²⁴⁹.

La lucha de los médicos científicos por demostrar las complicaciones producidas por la atención de los yerbateros y charlatanes se evidenciaba en muchos artículos científicos. Marco A. Botero Guerra, versando sobre los miasmas palúdicos, comentaba:

Natural es concebir que para todo caso de infección miasmática, debe hallarse un médico a la cabecera del enfermo, y aconsejo a las familias que se desprenda un poco, si no del todo, de la errada rutina de estar propinando bebidas y tisanas, sin consultar al que realmente tiene la facultad de recetar”. (...). “Demostraré que el número de las víctimas de los vomitivos y de los purgantes administrados a tontas es sorprendente; sin embargo los charlatanes y los yerbateros abundan en nuestras ciudades populosas, invaden las calles y las plazas públicas, y ejercen su perniciosa influencia desde las clases más bajas hasta las más civilizadas²⁵⁰.”

²⁴⁶ *Ibíd.*, 269.

²⁴⁷ *Ibíd.*, 373.

²⁴⁸ *Ibíd.*, 370.

²⁴⁹ *Ibíd.*, 370.

²⁵⁰ Botero, “Medellín 1890- 1950, historia urbana y juego de intereses”, 36- 40.

Los empíricos y los académicos coexistían, eran comparados, en las mismas publicaciones de la época. Para Juan B. Londoño, en 1894 existían varias clases de médicos; dentro de estas algunos aficionados empíricos mantenían adecuadas prácticas y eran muy estimados, mientras que algunos médicos graduados, por inadecuada instrucción o por falta de estímulo que da la adecuada remuneración y aceptación, eran peores que los mismos aficionados²⁵¹.

En 1903, los Anales de la Academia en notas varias presenta un llamado urgente sobre la necesidad de evitar la práctica de la profesión a charlatanes: “Otra necesidad tan urgente, sino más que la anterior, es la de impedir el ejercicio de las profesiones médicas y farmacéutica a los aficionados o médicos y boticarios de oído, que sin título que los acredite, tienen la desfachatez de ofrecerse como tales”²⁵². Presenta dos casos escalofrantes de pacientes que fueron manejados de manera inadecuada y con consecuencias fatales: “Tenemos noticias de uno de estos embaucadores que le expidió pasaporte para la eternidad a un cliente a quien abrió ampliamente un aneurisma de la arteria poplítea que el atrevido tomó por un absceso. Otro recetó como purgante a un prójimo MEDIA ONZA DE HOJAS DE BELLADONA en infusión”²⁵³.

Es paradójico, sin embargo, que cuando los médicos académicos actuaban como peritos en la evaluación de brebajes calificados como abortivos, estos nunca presentaban certeza de que lo fueran, eran muy ambiguos al tratar el tema por el temor a dar argumentos a los empíricos para mostrar sus aciertos o por el temor a promover el uso de dichas sustancias. Los peritajes poco ayudaban y en muchas ocasiones dejaban más dudas en quienes tenían que impartir justicia²⁵⁴.

Según Libia Restrepo, Emilio Robledo, médico del Ferrocarril de Antioquia decía acerca de los curanderos que solían ser unos excelentes auxiliares al servicio de

²⁵¹ Londoño, “La medicina en Antioquia”, 81.

²⁵² “Otra Necesidad”, 413.

²⁵³ *Ibíd.*, 413.

²⁵⁴ Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 135.

la comunidad, sin embargo estos no eran bien acogidos en esta misma empresa por Emiliano Henao, quien los consideraba una intromisión temible porque impedían la adecuada atención de los obreros²⁵⁵.

En 1917 Florentino Galeano envía una carta a la junta directiva solicitando sueldo por sus servicios como curandero, al haber curado a muchos obreros picados por culebras. La empresa nombra un comisionado, quien interroga al Dr. Henao, se evidencia que las picaduras de culebra fueron muy escasas en el ferrocarril, desde 1914 solo una, y en todo el tiempo de la empresa menos de diez, aun las atendidas por culebreros, pues todas terminaban su atención en el hospital; se decide, por tanto, archivar la solicitud²⁵⁶.

La atención a los pobres, fue un signo de clase y de entrega al prójimo; los grandes médicos de la ciudad siempre separaron un tiempo de su actividad diaria para atender pacientes sin recursos. El Dr. Aureliano Posada publicaba un mensaje en el periódico “El Índice de Medellín”, donde divulgaba las tarifas de su atención, pero recordaba que seguiría recetando gratis a pacientes pobres, entre las 11 de la mañana y la 1 de la tarde²⁵⁷.

Para Muñoyerro, en 1956, la asistencia a los verdaderamente pobres era una forma de limosna recomendable. Las visitas médicas debían ser determinadas por el mismo médico; se condenaba, de acuerdo a la ley moral tanto la negligencia en las visitas necesarias, como las visitas inútiles con un fin lucrativo²⁵⁸.

La Academia de Medicina, tuvo entre sus afanes estar atento a las tarifas que se debía cobrar por la práctica de la actividad médica. En los Anales publicaban los emolumentos en otras regiones e incluso se disponía cuanto debían ser los intereses a cobrar en caso de alguna deuda con algún médico de la ciudad. Escribía el editorialista de los Anales: “Juzgamos que la Academia debe

²⁵⁵ Restrepo, ¡La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875- 1930”, 79.

²⁵⁶ *Ibíd.*, 80

²⁵⁷ Valle, “La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)”, 151.

²⁵⁸ Muñoyerro, “Código de deontología médica”, 60.

determinar una tarifa sobre honorarios, que no puede tener fuerza obligatoria, pero si convencional, para que facultativos y clientes que no quieran someterse a ella, hagan al llamar los unos, y al emprender trabajos los otros, un arreglo especial que los libre a ambos, de acusaciones mutuas”²⁵⁹.

Los profesionales médicos estimaban su labor y querían diferenciarla de cualquier otro oficio; Oscar Noguera en los Anales en 1903, propone, haciendo eco del Dr. Putnam, que cuando se tratase del trabajo médico, debía hablarse del aspecto cualitativo, más que del cuantitativo. Para este autor, fijar jornales era envilecer el obrar médico. Remata el autor diciendo:

Una profesión que requiere tantos años de estudio y tantos sacrificios pecuniarios para coronarla; que requiere tanta consagración y tanta prescindencia de muchas comodidades que disfrutan hasta los infelices jornaleros, como el sueño tranquilo y la alimentación regular; una profesión que no puede ejercerse sino por grande amor a la humanidad y soberano desprecio a la muerte; en fin, que es todo altruismo y nada egofilismo, debe ser objeto de los mayores miramientos y no ser reducida a la condición de oficio, en el cual de ordinario, la remuneración se calcula en el tiempo invertido en el trabajo²⁶⁰.

Noguera afirmaba que no se podía tasar el trabajo médico por tarifas: No era lo mismo atender un paciente infectado, el cual ponía en riesgo al profesional y a sus allegados, y esto debía tomarse en cuenta a la hora de valorar cuanto debía ser el monto de los honorarios. No se puede tener en cuenta solo el tiempo que pasa el médico con su paciente, también debe ser tenido en cuenta las numerosas horas que tiene que dedicar de día y de noche para buscar lo mejor para sus pacientes. También propone que los honorarios puedan ser variados de acuerdo a la naturaleza del trabajo efectuado; la capacidad económica del cliente; las condiciones en que se haya efectuado el trabajo (peligro de la vida o salud del médico o de su familia, incomodidad durante el trabajo, exigencias inmoderadas del cliente, entre otras)²⁶¹.

²⁵⁹ Uribe y Londoño, “Aspiraciones y propósitos”, 123.

²⁶⁰ Noguera, “Intereses profesionales”, 309.

²⁶¹ *Ibíd.*, 311.

En la segunda mitad del siglo XIX, en Antioquia, se encontraban empíricos y médicos graduados, no fueron pocas las escaramuzas entre ellos; sin embargo la sociedad apenas se acomodaba a la medicina académica. Incluso algunas parteras y comadronas eran citadas por autoridades jurídicas y de policía, para dar su opinión profesional en algunos procesos, lo que generaba inconformidad en el cuerpo médico de la ciudad^{262, 263}. Posteriormente, la situación cambiaría, y los médicos que se oponían a la práctica de las parteras y de sus escasos conocimientos fueron los llamados por la justicia como peritos expertos para casos judiciales de infanticidio contra parteras o similares. En estos casos las autoridades solicitaban a los médicos que hicieran las requisas y las valoraciones necesarias a las mujeres del lugar para encontrar las culpables²⁶⁴.

²⁶² Restrepo, "Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930", 176.

²⁶³ Valle, "La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)", 160.

²⁶⁴ Restrepo, "Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930", 104- 106.

3.3 LA PUBLICIDAD

La publicidad o el autoelogio, ante jueces que no tenían las herramientas para contrastar o afirmar, era reprobable; las academias médicas serían los lugares donde se debían mostrar los triunfos, igual que los fracasos²⁶⁵.

Los textos franceses, que leían los académicos de la región, lo señalaban:

Hay un arte de seducción que poseen ciertos médicos, por lo demás demasiado superficiales del cual es difícil defenderse. Cuando un presuntuoso ignorante se alaba a si mismo y pregona sus éxitos y afirma que ha curado erus fractum esculapio, apollini autenbranchium, como el charlatán de que habla Plauto, el hombre de buen sentido común sabe bien a qué atenerse; pero no es fácil descubrir el engaño, la presunción, la mediocridad, la falsedad de los hombres, la insaciable sed de oro, bajo las apariencias de una gravedad pedantesca o de una brillante verbosidad o bajo los modales desembarazados y finos de una cortesanía hábil y ejercitada (...) en general una gran reputación, sobre todo en medicina no supone ni la ausencia, ni la superioridad de talento²⁶⁶.

Razetti, también disertaría sobre la publicidad de los profesionales de la medicina, al respecto diría, que el médico no debía ofrecer públicamente sus servicios gratuitos a los pobres, esto lo hacía sospechoso de industrialismo, lo anterior era utilizado por muchos charlatanes que se aprovechaban del público: “El público es un gigante multiforme, a veces feroz, a veces cobarde, siempre veleidoso y sobre todo cándido e inocente como un niño”²⁶⁷. Para este autor, la caridad debía estar siempre en el actuar médico, pero debía hacerse sin ostentación de nuestra filantropía, como parte de nuestra práctica diaria²⁶⁸. Era indigno el interés desmedido por el paciente, realizar incluso funciones de enfermería, o actos que iban en contra de la dignidad profesional, solo buscando honorarios o notoriedad profesional, encontrándose solo como excepciones, la atención de padres, familiares, esposa, hijos de un colega, donde no podía haber la mínima sospecha de dichos intereses.

²⁶⁵ Razetti, “Moral médica”, 29- 30.

²⁶⁶ Reveillé, « Physiologie et hygiene des home livres aux travaux de l’esprit”, 118.

²⁶⁷ Razetti, “Moral médica”, 29.

²⁶⁸ *Ibíd.*, 30.

Para Muñoyerro, en 1956, se debía considerar como indigna, la publicidad profusa y llamativa mediante anuncios comerciales en la prensa; la presentación de comunicaciones sobre asuntos científicos, pero sin ninguna novedad; las alabanzas por parte de periodistas o redactores de revistas profesionales; el uso de pasquines, folletos u hojas, para conocimiento del público; las placas murales de aspecto comercial; el lujo y el boato desproporcionado con la posición social y profesional²⁶⁹.

3.4 LAS JUNTAS MÉDICAS Y RELACIÓN CON LOS COLEGAS

En 1897, los Anales de la Academia de Medicina de Medellín, publicó y propuso a los profesionales de la ciudad los principios deontológicos adoptados por el Consejo General de la Sociedad de los Barrios de París. Según estos era obligación para todo médico que era llamado para asistir a un enfermo por primera vez y se sabía de la incapacidad o la ausencia de un médico de cabecera, solo asistirlo durante la ausencia o la incapacidad del médico titular; además para seguir atendiendo a dicho paciente era necesario advertir al médico que lo atendía previamente²⁷⁰. Cuando el médico atendía un enfermo por algún accidente solo debía recetarle para ese incidente, nunca se debía presentar en la casa del enfermo a menos que fuera llamado por el médico de cabecera²⁷¹. Todo llamado a atender un paciente que tenía previamente un médico de cabecera debía ser advertido a este colega; de la misma manera, cuando se llamaba a un profesional a dar una opinión, esta debía ser dada solo en presencia del médico titular y nunca delante del paciente o su familia. La conclusión de la consulta debía ser expuesta por el médico ordinario. Era base de toda confraternidad el aceptar la consulta de cualquier médico propuesto por la familia, siempre que no se dudara de su honorabilidad²⁷². La misma publicación, haciendo eco de las opiniones de Hufeland, decía acerca de la juntas médicas, que no eran necesarias la mayoría de las veces, pues cuando se tenían tantas opiniones se creaba mucha confusión; solo se encontraba alguna

²⁶⁹ Muñoyerro, "Código de deontología médica", 52.

²⁷⁰ Anales de la Academia de Medicina de Medellín, "Deontología", 301-307.

²⁷¹ *Ibíd.*, 302.

²⁷² *Ibíd.*, 302.

utilidad en casos rebeldes y complicados que el médico de cabecera no sabía cómo actuar, o en casos en que el paciente había perdido la confianza en el médico²⁷³. Esta consulta debía llevarse a cabo con pocos médicos (dos o tres), que tuvieran buenas relaciones y donde el interés primordial fuese el paciente y no el lucimiento de los conocimientos de cada uno²⁷⁴. Las opiniones emitidas en las juntas médicas estaban protegidas por el secreto médico, los médicos consultores recibirían honorarios y su pago se debía hacer inmediatamente luego de la consulta²⁷⁵.

El médico consultado tenía la obligación de mantener la prudencia en sus opiniones y nunca debía llevar la duda al paciente que estaba atendiendo, creando desconfianza en el médico titular;²⁷⁶ decía al respecto: “Estamos obligados todos por humanidad y por el bien del mismo enfermo, a no desaprobarnos nunca la conducta del facultativo anterior, pretextando otras razones para que el doliente atribuya a ellos el no haber experimentado hasta entonces ninguna mejoría”²⁷⁷.

En 1903 Noguera pedía solidaridad en el cuerpo médico de la ciudad: “sin solidaridad tampoco alcanzaremos nunca los médicos a conquistar en el público el debido respeto. ¿Cómo exigir esto de los profanos si no nos respetamos unos a otros?. Las críticas inconsultas lanzadas por un médico contra otro, envilecen no solamente al ofendido y al ofensor sino también a todo el cuerpo médico”²⁷⁸.

También las juntas médicas hacían parte de las reflexiones deontológicas de Razetti, para este, se debían realizar a petición del médico tratante, ante casos de difícil diagnóstico, curso errático, o pacientes terminales, en busca de ayuda de algunos colegas; o también a petición de la familia en busca de una segunda opinión. Los médicos consultores tenían deberes, solo les incumbía opinar del

²⁷³ *Ibíd.*, 303.

²⁷⁴ *Ibíd.*, 303.

²⁷⁵ Razetti, “Moral médica”, 44- 54.

²⁷⁶ *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, “Deontología”, 303.

²⁷⁷ *Ibíd.*, 307.

²⁷⁸ Noguera, “Intereses profesionales”, 311.

diagnóstico, pronóstico y tratamiento y siempre en presencia del médico de cabecera; se hacía en una reunión privada y el médico de cabecera era quien debía hacer públicas las conclusiones.

El consultor no podría nunca convertirse en médico de cabecera de dicho caso, solamente lo podría ser, en caso de muerte del médico titular o en requerimiento de un acto quirúrgico y ante la petición de la familia o del mismo médico de cabecera. El médico consultor no podría volver nunca a la casa del enfermo, sin la presencia y la invitación del médico de cabecera; faltar a lo anterior era violar en gran medida la deontología, pues podía crear en la familia duda en el médico de cabecera y la idea que había sido este consultor quien había salvado la situación. Marañón afirmaba: “La deontología médica prohíbe terminantemente la divulgación de los errores de los demás; y la moral universal proscribela difamación y la calumnia, que son las manifestaciones externas del odio o de la envidia. No es honorable la reputación que se funda sobre la ruina de la reputación ajena”²⁷⁹.

3.5 SECRETO PROFESIONAL

El secreto médico fue consagrado desde el juramento hipocrático y posteriormente acogido por todos los pueblos: “Admitido en el interior de las familias, juro que mis ojos no ven nada de lo que ahí pasa, y que mi lengua calla los secretos que me son confiados: si llevo este juramento sin infringirlo, séame dado gozar felizmente de la vida y de mi profesión, honrado de los hombres; si lo violo y soy perjuro, tenga suerte contraria”²⁸⁰.

En el Código Penal, para la época existía un único artículo sobre el secreto, que obligaba a los médicos, los abogados, las comadronas y los farmacéuticos: “Artículo 765: el que fuera de los casos determinados o permitidos por la ley, descubra o revele algún secreto que se le ha confiado, siempre que lo haga en perjuicio del

²⁷⁹ Razetti, “Moral médica”, 55.

²⁸⁰ Londoño, “Del secreto médico”, 9.

que lo confió o de otra persona será apercibido y sufrirá un arresto de tres días a dos meses y una multa de tres a sesenta pesos”²⁸¹.

Hacía parte del secreto médico todo lo que por razón de sus funciones, éste había visto, oído o comprendido en sus pacientes y de cualquier manera; en general se debía guardar secreto de la naturaleza de la enfermedad, el pronóstico y las circunstancias que la rodeaban. Había situaciones en que la ley obligaba al médico a denunciar lo que sabía, en bien de la comunidad: “Tenemos entre estas todas las enfermedades venéreas, conocidas en el lenguaje popular como enfermedades secretas, y todas las que son reputadas como hereditarias”²⁸². También era recomendado revelar lo encontrado en casos de enfermedades contagiosas en trabajadores, sífilis en nodrizas o en bebés que iban a ser alimentados por estas.

Cuando un médico debía demandar a un paciente para que cubriera los honorarios por su tratamiento, para Londoño, era inadmisibles que se violara el secreto médico, considerando que era preferible que se perdieran los mismos.

Londoño, además pensaba que en casos de consulta prematrimonial, para evaluación de la situación física de los contrayentes, si encontraba que uno de sus pacientes presentaba alguna enfermedad venérea, daba concepto negativo sin dar más consideraciones. Pensaba que se debía tener una actitud intermedia, siempre buscando el aplazamiento del matrimonio: “Afin de ver si de esta suerte, lo que antes era un secreto para la familia de la novia, deja de serlo”²⁸³. Cuando la consulta era en el matrimonio, la decisión era más difícil. Cuando un esposo se encuentra contagiado con una enfermedad venérea, debía disimularse a la esposa la naturaleza del mal: “Ya el mal se hizo, y es necesario detenerlo para salvar ese matrimonio y la generación que le suceda”²⁸⁴.

²⁸¹ *Ibíd.*, 12.

²⁸² *Ibíd.*, 16.

²⁸³ *Ibíd.*, 24.

²⁸⁴ *Ibíd.*, 25.

Autores como Gaide, Dechambre, Lasegue, Lunier, Chaude, eran citados para mostrar como inadmisibles cualquier falta al secreto médico²⁸⁵.

El secreto médico era importante para la época, más cuando el enfermo exigía reserva, pero los autores encontraban que con el cambio de percepción de la enfermedad como castigo divino hacia la enfermedad como fenómeno natural y con la introducción de la enseñanza y la transmisión de conocimientos, el secreto profesional cada vez se iba haciendo más innecesario; Marañón señalaba: “el secreto subsistirá, pero con un carácter de cortesía social, más que de imposición casi religiosa; y siempre con las amplias eximentes derivadas del interés científico o pedagógico de la enfermedad”²⁸⁶.

Londoño a la manera de Brouardel señalaba: “En la práctica médica es muy raro que nosotros digamos la verdad entera a nuestros enfermos o a sus parientes; no les debemos sino una verdad relativa, la que les sea útil conocer para tomar los cuidados necesarios a su salud”²⁸⁷.

Este autor, de la misma manera alertaba a la sociedad, cuando hablando sobre la relación con las compañías de seguros, las cuales no existían en Colombia para ese momento, el médico se enfrentaba a un interés particular; en este caso el médico no estaba eximido del secreto profesional y se debía rehusar a dar cualquier certificación a la empresa aseguradora, aún ante la petición del mismo paciente. Situación diferente era la del médico de la compañía, quien si debía informar a ésta lo que encontraba en el examen del paciente, previniendo a la compañía acerca del contrato que se iba a suscribir.

En casos de heridos y duelos: “No puede mentir, pero tampoco puede revelar todo”²⁸⁸. Recomendaba, Londoño responder lo mismo que decía Dupuytren: “Yo no conozco insurgentes en mis salas, no he encontrado en ellas sino heridos”²⁸⁹.

²⁸⁵ *Ibíd.*, 25.

²⁸⁶ Marañón, “Vocación y ética”, 141.

²⁸⁷ Londoño, “Del secreto médico”, 24.

²⁸⁸ *Ibíd.*, 37.

²⁸⁹ *Ibíd.*, 36.

En casos de envenenamientos había diferentes opiniones en la conducta que debía tomar el médico, Londoño afirmaba que se debía proteger al enfermo revelando lo sucedido. En casos de sevicia contra los niños, no había duda que se debía avisar a las autoridades del crimen en cualquier circunstancia. Casos de abortos conocidos, el médico debía ayudar a las autoridades, siempre reservándose el nombre de la paciente que tuvo que ayudar²⁹⁰.

En cuanto a las enfermedades epidémicas, como la fiebre amarilla o la viruela, la ley solo hablaba de los datos que debía entregar el médico en dichos casos, pero no exigía la denuncia inmediata, lo cual permitiría tomar medidas tempranas; se requería de una ley que hiciera obligatorio la revelación de esas enfermedades epidémicas. La tuberculosis, la cual causaba muchas muertes, debería llevar al aislamiento del enfermo, según Londoño, por: “Su naturaleza hereditaria, denunciarla sería causar a la familia de la víctima enormes perjuicios y cortar de una vez el porvenir del enfermo, lanzándole un pronóstico fatal”²⁹¹.

En la sesión ordinaria de la Academia de Medicina de junio de 1905, se realiza un debate sobre si existe el deber de guardar el secreto médico en casos de lepra, cuando estaba apareciendo la enfermedad, máxime cuando no se contaba con lazareto en la ciudad, este se publica en los Anales un año después; luego de un acalorado debate, donde se presentan las tesis de la obligación de informar el diagnóstico para que el concejo municipal haga efectiva la orden de aislamiento y la del respeto al debido secreto, se concluye, finalmente, aceptar la tesis del Dr. Uribe Mejía, quien dice que: “La ley no autoriza a nadie para violar un precepto moral como es el secreto médico”²⁹².

En la sesión ordinaria del mes siguiente se vuelve sobre el tema, la discusión apunta a que se debe guardar el secreto médico, mientras no existieran lazaretos en la ciudad, el Dr. Londoño apuntaría, como corolario para este tema: “La

²⁹⁰ *Ibíd.*, 40.

²⁹¹ *Ibíd.*, 48

²⁹² Mejía, “Acta de la sesión del 5 de junio de 1905”, 408.

academia se pondría en contradicción consigo misma, si sus miembros no le prestan al gobierno todo el auxilio que este necesita para aislar los leprosos en los lazaretos”²⁹³.

Sin embargo era práctica común, publicar en los Anales de la Academia, datos reveladores de los pacientes atendidos en la práctica quirúrgica cada mes, por cirujanos tan connotados como el Dr. Montoya y Flórez. Se presentaba el nombre del paciente, su edad, su procedencia y profesión, el estado civil, el diagnóstico, el procedimiento realizado y finalmente el resultado del mismo²⁹⁴.

3.6 ABORTO

Capellmann, en 1904, tratando el tema del aborto afirmaba que el ser humano desde su concepción estaba dotado de alma racional, así mismo creía que por el solo hecho de adolecer de algunas funciones no se podía poner en duda dicho principio. Todo ser humano tendría derecho a su vida, a menos que obrase contra las leyes humanas y divinas o cuando agrediendo a otro, este adquiriera derecho de su defensa, y en ningún caso un feto en su pasividad podía ser sujeto de estas exclusiones²⁹⁵.

Al feto en ningún caso se le podía considerar como un agresor para la madre, por su condición pasiva, además, este tenía un derecho propio a la vida.

Capellman, presentaba como lícito solo la causa del aborto por un medicamento que buscara la curación de la madre y que por efecto secundario acabara con la vida del feto.

En 1904, la operación cesárea era casi siempre mortal, la reducción fetal o embriotomía, utilizada para permitir el parto vaginal cuando este había sido imposible, no era considerada lícita:

²⁹³ Mejía, “Acta de la sesión del 3 de julio de 1905”, 409.

²⁹⁴ Montoya y Flórez, “Estadística del servicio quirúrgico del Dr. Montoya y Flórez”, 87.

²⁹⁵ Capellman, “Medicina Pastoral”, 21-22.

La cesárea suele tenerse casi por mortal, y por esto algunos teólogos juzgan que no es una operación indicada para apartar el peligro de la madre y del feto, convengo en que antes, con esta operación más eran las que morían que las salvadas; pero ahora afortunadamente sucede ya lo contrario. De 100 mujeres , en las cuales los médicos practicaron la sección, se salvaron según Kayser 38; según Michaelis, 46; según Mayer 46; según Hermann, 57; según Inder- Lacombe, 60; y según Villeneuve, 69²⁹⁶.

La salvación de las criaturas estaba reportada entre 65 y 87% para dicho año²⁹⁷.

Capellman argumentaba que la cesárea debía ser aceptada y evitarse a toda costa las punciones de reducción fetal, siendo obligatorio para las madres intentar que el feto viva por medio de la cesárea; para este autor, la cesárea solo debía utilizarse para salvar vidas.

Para algunos autores, en caso de muerte súbita de la madre, el sacerdote debía realizar la cesárea para buscar la salvación de la vida del niño; dice el autor.

En caso necesario, realmente la autoridad eclesiástica no tiene prohibido al sacerdote practicar una incisión, tal es por cierto este de que tratamos. No obstante, únicamente puedo conceder no estar prohibido la práctica de la sección cesárea al sacerdote que se tenga por bastante apto para ello. Obligación, empero, ninguna puede existir porque si no estoy obligado a conservar la propia vida con medios extraordinarios y muy honrosos, menos estoy a conservar la ajena en iguales condiciones, por ser esta cosa fuera del alcance de las fuerzas comunes del hombre²⁹⁸.

El 29 de octubre de 1951, el Papa Pío XII en un discurso ante la enfermeras de la Unión católica Italiana de Obstetricia, calificó el valor de la vida humana, afirmando que es igual la de la madre que la del niño, así tuviera malformaciones importantes, criticando el atentado hacia este en miras de salvar la madre. Diría:

La vida de un inocente es intangible y cualquier atentado o agresión directa contra ella es la violación de una de las leyes fundamentales, sin las que no es posible una segura convivencia humana.”, el Papa anotaría que la costumbre

²⁹⁶ Ibid., 131.

²⁹⁷ Ibid., 131.

²⁹⁸ Ibid., 48.

de destruir la vida sin valor (así llamada), nacida o sin nacer, era contrario a la doctrina de la iglesia, “Los hijos son la recompensa del justo, como la esterilidad es con frecuencia el castigo del pecador.”(...)”del malvado se ha escrito: tu posteridad sea condenada al exterminio, y en la próxima generación extíngase hasta el nombre²⁹⁹.

Para mediados del siglo XX, el aborto era asumido como inmoral en todas sus condiciones y formas, aún si se empleaba para lograr un fin como la salvación de la madre³⁰⁰.

Es importante anotar que la práctica de las comadronas fue atacada entre otros asuntos porque así como utilizaban brebajes para evitar el aborto, también utilizaban otros para inducirlo. Sin embargo las decisiones sobre la terminación de la vida del producto del embarazo debía ser exclusivamente tomado por un médico académico; para Libia Restrepo:

Una práctica frecuente cuando el parto se verificaba con presentación contranatura, transversa, podálica y otras, era sacrificar la vida del niño (...) obviamente cuando estos casos, con una solución sangrienta y letal se pusieron en evidencia, fueron utilizados por las instancias médicas, jurídicas y religiosas para fundamentar una oposición tenaz a la actividad de las comadronas³⁰¹.

3.7 MANEJO DEL DOLOR EN EL PARTO

Desde tiempos inmemoriales, pero aún en el siglo XIX se tenía el concepto que el útero era un órgano causante de todas las enfermedades del sexo femenino. La mujer, de la misma manera era considerada inferior al varón, este tenía todas las preeminencias en la vida familiar.

Para Libia Restrepo en su obra *Médicos y comadronas o el arte de los partos*, en el siglo XIX, se presenta la convergencia de dos discursos, el de la ginecología y la tología, respaldada por la ciencia médica y sus autoridades y el de las comadronas, con su conocimiento empírico y popular. El cuerpo médico empieza

²⁹⁹ Su Santidad Pio XII y la medicina, “Orientaciones médicas”, 24.

³⁰⁰ Muñozerro, “Código de deontología médica”, 117.

³⁰¹ Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 68.

a tratar sobre temas como la mortalidad, la sexualidad, el puerperio, el parto, entre otros; en ese momento se empiezan a medicalizar los nacimientos en Antioquia.

La degeneración de la raza humana surge de mujeres deshonestas, dice Restrepo, sobre las creencias médicas de la época: “Los hombres depravados e inútiles para la sociedad nacen de mujeres deshonestas que comunican a sus hijos los defectos y las malas costumbres, a eso se debía la degeneración de la raza humana”³⁰². Sin embargo, también las virtudes y valores eran tomados físicamente de la madre: “La formación del espíritu y el corazón se chupa, por así decirlo, con la leche”³⁰³.

Hay un elemento que retarda la atención de las maternas por parte de los médicos académicos, el pudor; solo hasta mediados del siglo XX aparecen mujeres médicas.

En 1903, se creó en la ciudad la Sociedad Protectora de la Mujer, la cual tenía como fin fundar y sostener una clínica de ginecología, de nombre La Samaritana; esta sociedad tenía como miembros a señoras de las familias más prestantes de Medellín, las cuales se comprometieron en dar un peso mensual para el mantenimiento de la clínica. Las pacientes que se atendían en la misma debían ser recomendadas por las benefactoras, ya fueran vecinas de sus barrios o mujeres pobres que contaran con su patrocinio; el síndico- cirujano de esta institución era el Dr. Juan B. Montoya y Flórez, quien tenía la tarea de evaluar las pacientes escogidas, realizar las intervenciones quirúrgicas pertinentes y dejar constancia de los procedimientos realizados³⁰⁴. En 1905, junio 8, se expide el decreto # 592, ley 12, del mismo año, el cual contenía la reglamentación de los servicios de obstetricia y de parteras; a partir de entonces el parto ya no es solo cuestión de mujeres, empieza a participar del mismo los hombres y posteriormente el estado³⁰⁵.

³⁰² *Ibíd.*, 28.

³⁰³ *Ibíd.*, 28.

³⁰⁴ Anales de la Academia de Medicina de Medellín, “ESTATUTOS”, 344.

³⁰⁵ Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 91.

En el segundo Congreso Médico de Colombia, realizado del 9 al 16 de enero de 1913, en Medellín, los médicos Luis Fernando Calderón y Miguel Jiménez López, presentaron una ponencia sobre la necesidad de crear una escuela de comadronas y enfermeras. En 1914 por medio del acuerdo 1 se establecieron 3 comisiones permanentes de higiene en Antioquia; a la tercera le correspondió lo concerniente a nodrizas y parteras, se estableció que las parteras debían ser certificadas para desempeñar su oficio³⁰⁶.

Capellmann, en 1904, en su texto comenta sobre la utilización del cloroformo para el manejo de los dolores de parto:

No es lícito el uso del cloroformo en el parto ordinario. Los dolores provenientes de la misma naturaleza del acto son muy acerbos a veces pero nunca tanto que no se puedan soportar; generalmente la mujer los sufre con valor y los olvida con mayor facilidad de lo que puede pensarse: Si la molicie y las afeminadas costumbres de nuestros días han inducido a muchos médicos a mitigar estas molestias naturales sin hacer caso de los graves prejuicios que de ello pueden seguirse, no por eso debo yo aprobar semejante procedimiento, como no lo apruebo. Edúquese a las mujeres moral y físicamente de manera que lleguen a ser esforzadas y animosas y a comprender la grandeza de sus deberes y destino; entonces en los dolores de parto, antes bien, se aumentará su abnegación y abrazarán con más amor al ser a quien dieron vida en tales condiciones³⁰⁷.

Las mujeres se purificaban por medio del dolor, ellas debían asumir el mismo y no era lícito su manejo. En 1904, en un artículo del ilustre médico inglés C. W Saleeby, publicado por los Anales de la Academia, acerca del dolor en las mujeres dice: “El dolor es saludable para las mujeres –decían los contrarios del gran cirujano- ¿Porqué pues ha de evitarse el dolor a la mujer que sufre operaciones o que pasa por ciertos sufrimientos?”³⁰⁸.

Para Libia Restrepo, existía un imperativo religioso que obligaba a la mujer a sufrir y ser valerosa ante el dolor de parto; además de ser sumisa y pasiva ante el

³⁰⁶ *Ibíd.*, 94-101.

³⁰⁷ Capellman, “Medicina Pastoral”, 62.

³⁰⁸ Saleeby, “La cirugía moderna”, 76.

dominio del hombre. Existía una concepción arraigada en la cual el parto debía doler; a las maternas se les entregaba la imagen de San Ramón Nonato, quien por la gracia del Señor ayudaba en la concepción, pues el mismo fue sacado del vientre de su madre³⁰⁹.

Para Muñoyero: “En los partos normales en los que se prevee una terminación rápida y espontánea (sin especiales dolores) no es lícito emplear analgésicos para atenuar el sufrimiento de la madre; o anestésicos para suprimirle, puesto que en su empleo, suele haber peligros e inconvenientes para la madre y el niño”³¹⁰ Para este autor, el anuncio de “partos sin dolor” era pura charlatanería³¹¹

La medicina, a finales del siglo XVIII, en Francia, se enfrenta por primera vez a la concepción religiosa acerca del sufrimiento y el dolor en el parto; finalmente aparecerán los anestésicos. El dolor fue utilizado por los médicos en su lucha contra las comadronas. El cerco de silencio se rompió por la rivalidad entre comadronas, o por tener como nuevos confidentes a los médicos; se empezaba a ver como inaudito el maltrato para las maternas y sus hijos³¹².

Algunas comadronas producían dolor adicional a las maternas para acelerar el parto. Esto, unido a prácticas como degollar animales, colocar placenta en el abdomen, utilizar piel de culebra o poner el cinturón del marido en el abdomen, fue utilizado por la medicina racional para atacar sus prácticas.

En este período hay un discurso confuso y poco claro sobre el dolor. Para algunos es útil, para otros no; unos intentan estimularlo, otros lo disminuyen. En 1890 se presenta la primera definición de los anestésicos, y se recomienda claramente vencer el dolor innecesario. Las sustancias anestésicas se recomendaban solo en casos extremos de dolor o agitación, o cuando se realizaran procedimientos largos y dolorosos. También se rechazan por argumentos religiosos, los médicos católicos contradecían las teorías anglicanas que permitían la utilización del

³⁰⁹ Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 94-142.

³¹⁰ Muñoyero, “Código de deontología médica”, 73.

³¹¹ *Ibíd.*, 73.

³¹² Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 94- 146.

cloroformo; esto creaba un dilema, porque aceptar el parto como un agente purificador, negaba el conocimiento científico; Se presentan argumentos quirúrgicos, los cuales decían que el cloroformo aumentaba las complicaciones del tipo de convulsiones, hemorragias, neumonías, entre otras; los argumentos morales decían que la utilización del cloroformo producía ensueños que llevaban a las pacientes a hacer relatos confusos, aun inventando relaciones con los médicos, situaciones moralmente discutibles³¹³.

En la segunda mitad del siglo XIX aparecen en Medellín los médicos parteros, estos utilizan los periódicos locales para hacerse publicidad. La Academia de Medicina de Medellín, en su función como cuerpo consultivo del gobierno de Antioquia, y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, actúan como entes organizadores de la medicalización estatal; intentan inculcar a la población miedo sobre las graves dificultades de una gestación sin control médico o en las manos de una comadrona.

Sobre la lactancia materna se consideraba una obligación de la madre y solo si era reemplazada por una nodriza sana, se estaba fuera del pecado. No lactar era un pecado grave y pasar esta responsabilidad a una tercera no eximía del mismo. Se enseñaba a los médicos la necesidad de desestimular la utilización de la nodriza en la alimentación de los niños, puesto que se consideraba un abuso peligroso por parte de las madres.

El bautismo, debía ser administrado por el médico en condiciones de inminente muerte del niño de más de 5 meses de embarazo al nacer, pero debía haber especial cuidado que el agua bautismal tuviera contacto de alguna manera con la criatura; esta debía ser limpia y pura, la utilización de agua turbia era motivo de pecado sacrílego. Debía tenerse especial cuidado con los infantes deformes y se consideraban como humanos, aquellos que contaran con cabeza y pecho.³¹⁴

³¹³ *Ibíd.*, 165-167.

³¹⁴ Capellman, "Medicina Pastoral", 32.

Muchos temas, antes olvidados o no tratados, fueron definitivamente asumidos por los médicos, tales como el parto, el puerperio, el cuerpo de la mujer, entre otros.³¹⁵

Con la anestesia (1844- 1847) y luego con la antisepsia (1870), se dio un duro golpe a las empíricas en el manejo de la obstetricia. Se consideraba por parte de los médicos que ya habían introyectado estos conocimientos, que no tenerlos, podía ser criminal³¹⁶.

3.8. EUTANASIA

Acerca de la eutanasia, Razetti, afirmaba que el médico debía practicar la eutanasia artificial, en la cual se calmaba el dolor físico, así como se disminuía la angustia moral del moribundo. De la misma manera: “El médico debe luchar contra la enfermedad hasta los últimos instantes, y cuando haya agotado todos, absolutamente todos sus recursos, y todos los de sus colegas consultados, debe dejar que sea la enfermedad la que complete su obra de destrucción con el menor sufrimiento para el enfermo”³¹⁷.

Para los profesionales de la medicina en dicha época su principal misión era la lucha contra la muerte, e incluso en los momentos en que la muerte era inminente, este debía guardar su lugar, y presentar al moribundo una luz de esperanza incluso en los últimos momentos; Razetti diría:

El médico no debe olvidar jamás su papel de portador de la salud. Aún en los momentos de mayor angustia, cuando se sabe que toda su terapéutica es inútil y que no es la vida sino la muerte la que triunfará en aquel duelo formidable, el médico debe saber conservar ante el enfermo toda la calma, toda la serenidad, toda la sangre fría que le impone la augusta misión que desempeña.

No debemos olvidar que el médico es hombre, y como tal, no puede sustraerse a los naturales sentimientos del corazón humano, pero el deber se impone, en el cumplimiento de su misión, dominar sus afectos, velar su dolor, calmar la sensibilidad de sus nervios, para aparecer tranquilo y sonriente ante

³¹⁵ Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 173- 78.

³¹⁶ *Ibíd.*, 185.

³¹⁷ Razetti, “Moral médica”, 76- 77.

el enfermo que agoniza, ante aquel naufrago de la vida, que espera siempre de sus labios la palabra de la esperanza.

Si, de boca del médico no debe salir para su enfermo sino palabras de esperanza y de consuelo. Si alguna moral nos impusiera el deber de comunicar a nuestros clientes su sentencia de muerte, esa sería una moral muy cruel, que la misma naturaleza humana rechazaría³¹⁸.

Es de anotar, que la alta tasa de mortalidad infantil se asumía como una situación necesaria para prevenir el aumento poblacional en la tierra, que de otro modo sería incontrolable, sin embargo se enseñaba que el médico tenía la obligación de brindar todo los cuidados a los infantes en peligro, Manuel Uribe Ángel, en 1893 decía: “Ley natural parece ser que el mayor número de los recién nacidos desaparezcan como queda dicho; pero obligación moral y divina parece también que esas inválidas criaturas sean rodeadas de esmerada vigilancia para preservarlas de los infinitos peligros que las rodean”³¹⁹.

Como norma general, la iglesia aceptaría que el paciente no es dueño absoluto de si mismo, nunca podría otorgar un derecho mayor que el propio asignado a él, según el Papa Pío XII³²⁰.

Gil J. Gil, en 1940, evidencia que la doctrina cristiana es clara y aceptada por el gremio médico; decía sobre la eutanasia: “En ningún caso y por ningún motivo, está el médico autorizado a anticipar la muerte un solo minuto, su deber hasta el último instante es luchar por prolongar la vida, calmar el dolor, consolar”(…)”no matarás, no tiene excepciones”³²¹. Para este médico, había posibilidad de error en la práctica del médico, razón por la que todos los médicos habían tenido algún caso catalogado como “*incurable*”, que se había recuperado; además, nadie

³¹⁸ *Ibíd.*, 77.

³¹⁹ Uribe, “Higiene privada”, 339.

³²⁰ Su Santidad Pío XII y la medicina, “Orientaciones médicas”, 25.

³²¹ Gil y Gil, “Historia de la medicina en Antioquia”, 49.

debería disponer de la vida de otro, más habiendo métodos para el manejo del dolor³²².

La práctica normal continuaba siendo la misma a través de la primera mitad del siglo XX, la muerte no debía ser intervenida, los analgésicos, que podrían abreviar la vida, solo tenían sentido en casos de dolores intensos, en pacientes que tendrían una muerte cercana. En 1956, Muñoyerro, acerca de la eutanasia decía:

Podrá suministrarse a un moribundo cantidad de morfina suficiente a privarle de sentido y razón, sin producir directamente la muerte, con estas condiciones: a) que el enfermo haya tomado sus disposiciones para bien morir, b) que se trate de dolores muy notables, unidos a los que de ordinario acompañan la agonía, o de otro más probable y próximo peligro de muerte. Nunca está justificada la eutanasia por el deseo piadoso de abreviar la agonía cuando no concorra alguna de dichas condiciones³²³.

3.9 TEMAS SEXUALES

En cuanto a la conveniencia de tratar temas sexuales, con jóvenes, antes de iniciarse en dichas actividades, Marañón lo encontraba inconveniente:

Yo estoy convencido por mi experiencia de muchos años, que acaso haya rectificado parte de mis convicciones antiguas, que la explicación científica de los misterios sexuales al muchacho es, teóricamente, perjudicial cuando está aún en estado de ignorancia.

Suscribo estas palabras de un fraile francés y de magnífico espíritu, el P. Verdier: "La higiene aplicada a gentes puras provoca en nosotros legítimas inquietudes. En las cosas de la moral, el cientifismo lo sabemos, por propia experiencia, es casi siempre funesto.". Si añado yo: es preferible correr el albur de una iniciación errónea que someter el alma de un niño a la amputación de su inocencia con palabras asépticas, pedantescas y por lo común, poco adecuadas"³²⁴.

³²² *Ibíd.*, 49.

³²³ Muñoyerro, "Código de deontología médica", 98.

³²⁴ Marañón, "Vocación y ética", 170-171.

Pero en el niño que ya se había iniciado erróneamente, el médico si estaba en obligación de ilustrar: “El antídoto de lo turbio, es la claridad”³²⁵.

Libia Restrepo muestra como había temas que no se trataban con las mujeres, ni entre ellas: la concepción, el embarazo, la descripción de un parto, los cambios fisiológicos o las enfermedades. El sexo y la procreación eran temas considerados tabú, más cuando se trataba de dialogar con jóvenes o niños; especial cuidado se tenía con las niñas, pues se corría el peligro de pervertirlas³²⁶. A muchas mujeres en vísperas del matrimonio se les daba la instrucción: “dejar hacer lo que el esposo quiera”³²⁷.

Sobre la masturbación y siguiendo estos preceptos, Vicente Duque anotaría, en 1898:

Bien hacen los que no le temen y obran como hombres; muchos por temor desvían sus instintos y se vuelven contra la ley natural. Tocamos una valla que hemos de saltar a toda costa: la masturbación es de Antioquia como de todo el mundo, y esa perversión del sentido genésico, tiene sus focos que son los internados, producen la impotencia prematura, la debilidad, el desafecto femenino, engendra hijos raquíuticos, escrofulosos, nenes. Las razas degeneran y después cándidamente se imputan a la sífilis toda aquella serie de imperfecciones humanas³²⁸.

Capellmann, en 1904, consideraba que la masturbación podía llevar a condiciones físicas y mentales deplorables e incluso causarle la muerte a quien la practique:

Este perniciosísimo pecado, según todos los médicos y teólogos, ha tomado muy horrorosas creces, principalmente en nuestros tiempos; y así como sus efectos son en sí funestísimos, también son muy difíciles de curar. Entre sus causas (además de los malos ejemplos que tienen lugar en las escuelas, baños, gimnasios y sobre todo cuando dos o más jóvenes duermen en un mismo lecho) deben enumerarse principalmente las siguientes: las criadas deshonestas que teniendo niños a su cuidado les manosean, para acallarlos las partes naturales; la educación afeminada; la vida sedentaria al par que ociosa; los detestables libros que tratan de molicie y de cosas torpes; las pinturas obscenas; la falta de recato o mas bien la deshonestidad que con

³²⁵ *Ibíd.*, 172.

³²⁶ Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 44.

³²⁷ *Ibíd.*, 50.

³²⁸ Duque, “Antioquia y la sífilis”, 6

frecuencia campea en teatros y bailes, en donde además es admitida inconsiderablemente nuestra juventud³²⁹.

Este autor recomendaba el matrimonio como remedio para este mal, además, entraba en pecado el médico que recomendara una meretriz o el sexo fuera del matrimonio³³⁰. Claramente, la sexualidad debía tener como fin la procreación; la maternidad era la principal obligación de las mujeres y era noble aun cuando las llevara a la muerte³³¹.

Emilio Robledo en 1907 hablando de la continencia sexual como un método eficaz de prevenir “el peligro venéreo”, afirmaría:

La conferencia internacional de profilaxis sanitaria y moral en su congreso de Bruxelles de 1902 aprobó lo siguiente: Es necesario enseñar a la juventud masculina, que no solamente la castidad y la continencia no son dañinas, sino que aún desde el punto de vista puramente médico e higiénico, son virtudes muy recomendables (...) Pero entended bien que hablo de una continencia racional absoluta; porque es preciso que sepáis que los pecados solitarios a que se dan los jóvenes con tanta frecuencia, por timidez o por perversión adquirida, son muy peligrosos y sobre todo altamente degradantes de la naturaleza humana.

La conciencia moral se obscurece y el joven entra a menudo en una decadencia sexual, mental y sentimental deplorables.

Mal por mal prefiero el que acarrea la relación sexual por estar más en armonía con la sexualidad³³².

Para Capellmann, no había razón para que una de las partes se negase al débito sexual a causa de una enfermedad crónica y “hereditaria” como la tisis, puesto que de acuerdo a Santo Tomás: “Aunque la prole naciese enferma, con todo, más vale existir así, que no llegar a existir”³³³.

En casos de vaginismo, la mujer tenía el deber de permitir al cirujano realizar una cirugía que permitiera la solución de su enfermedad, puesto que había un contrato

³²⁹ Capellman, “Medicina Pastoral”, 98.

³³⁰ *Ibíd.*, 100.

³³¹ Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 50-52.

³³² Robledo, “El peligro venéreo”, 30.

³³³ Capellman, “Medicina Pastoral”, 219.

con su esposo que debía cumplir; el solo pudor no era motivo para que el contrato entre ambos no se cumpliera.

Sobre el matrimonio entre hermafroditas, dice Capellmann: “Siendo de notar que si uno de los dos sexos está más desarrollado, solamente respecto de este será válido el matrimonio, y si ambos lo están igualmente, el hermafrodita puede escoger el que quiera para hacer uso de él mientras conserve siempre el que una vez elija”³³⁴.

Se pensaba que había un tiempo para las relaciones sexuales, aproximadamente entre los 15 años en la mujer y los 18 en el hombre, hasta los 45 a 60 años; cuando se realizaba antes o después de estas edades se presentaban peligros tales que llevaban a la degeneración de la especie³³⁵.

3.10 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En general el término de “planificación familiar”, no es propio de este periodo histórico. En la búsqueda de la salvación de vidas humanas por sangrados ginecológicos masivos, se desarrollaron técnicas quirúrgicas como la cirugía Porrense; posteriormente se utilizaría con fines de evitar la procreación. Algunos autores plantearían sus opiniones sobre esta variedad.

Capellmann, en 1904, hablaba acerca de la castración, utilizada con la extirpación de los ovarios y afirmaba que solo era una práctica lícita cuando se realizaba para la extirpación de tumores de los mismos. La operación de Porrense, realizada por primera vez por el médico Eduardo Porro, profesor de Pavia a una mujer que moría desangrada luego de una cesárea, siendo necesario la extirpación del útero y los ovarios con éxito y que posteriormente se hizo popular para evitar los embarazos era rechazada rotundamente por Capellmann.

Pío XI en su Encíclica *Casti connubii*, del 31 de diciembre de 1930 diría:

³³⁴ *Ibíd.*, 232.

³³⁵ Posada, “Acerca de la prostitución”, 267.

Todo atentado de los cónyuges en el cumplimiento del acto conyugal o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, atentado que tenga por fin privarlo de la fuerza a él inherente e impedir la procreación de una nueva vida, es inmoral; y que ninguna indicación o necesidad puede cambiar una acción intrínsecamente inmoral en un acto moral y lícito³³⁶.

En 1940, el mismo Papa afirmaría:

Quando ahora hace una decenia, la esterilización, comenzó a ser cada vez más ampliamente aplicada, la santa sede se vio en la necesidad de declarar expresa y públicamente, que la esterilización directa, tanto perpetua como temporal, e igual del hombre como de la mujer, es ilícita en virtud de la ley natural, de la que la iglesia misma, como bien sabéis, no tiene potestad de dispensar³³⁷.

La esterilidad voluntaria era permitida en casos de afecciones graves de la mujer que pudieran acortar su vida con un embarazo; cuando un parto pudiese ser muy peligroso, como en casos de estrechez pélvica, luego de eclampsia; en padecimientos crónicos de los órganos genitales; en partos muy frecuentes de una mujer débil y con hijos desnutridos y en casos de indigencia.

El onanismo, según Capellmann era toda eyaculación fuera de la vagina o en algún material extraño como un preservativo, lo cual nunca había sido tratado hasta 1882 y consistía en un coito frustrado; a pesar de ser aceptado por algunas publicaciones de la época en algunas circunstancias especiales, este autor lo rechazaba tajantemente como inmoral³³⁸.

Nunca era lícito permitirse la frustración del semen, se consideraba que el coito estéril, además de prostituir a la mujer al permitirle buscar otros objetivos, iba deteriorando la salud del hombre y de la mujer. Lo único lícito para la esterilidad voluntaria era la abstinencia, para la cual se recomendaba abstenerse del coito durante los catorce días que siguen a la menstruación y durante los tres o cuatro que preceden la próxima³³⁹.

³³⁶ Su Santidad Pío XII y la medicina, "Orientaciones médicas", 27.

³³⁷ *Ibid.*, 29.

³³⁸ Capellman, "Medicina Pastoral", 203.

³³⁹ *Ibid.*, 203.

La cópula verificada durante el período de la menstruación era considerada un pecado venial, que no traía consecuencia en cuanto a malformaciones, aunque podía causar, según algunos autores irritación del útero y complicaciones posteriores para la mujer. La cópula antes de las dos primeras semanas luego del parto, era considerada ilícita.

Aún a mediados del siglo XX, la esterilización en pacientes con problemas físicos o mentales no era considerado moralmente adecuada; Muñoyerro en su obra decía:

No puede justificarse por razones eugénicas y de índole médica, la esterilización de los individuos degenerados, ya física, ya moralmente, procurada de modo directo con la precisa intención de suprimir la facultad generadora. Dicha práctica, con la finalidad que sus propugnadores le asignan: a) a la luz de la ley natural, que protege la integridad corporal del individuo, es ilícita; b) frente a los derechos individuales, morales y físicos, en su relación con los de la sociedad, es injusta; c) para fines eugénicos pretendidos, ineficaz y perjudicial; d) para la dignidad humana, cuyos elevados destinos se niegan o prácticamente se desconocen, degradante³⁴⁰.

3.11 ENFERMEDADES VENÉREAS- PROSTITUCIÓN

En Medellín a principio del siglo XX, ante la ausencia de hospitales acondicionados para atender enfermedades venéreas, se constituyeron dispensarios que permitían que los médicos visitaran solo a los más pudientes y ayudaban al “control social de vagos, prostitutas e indecentes”³⁴¹.

Emilio Robledo en 1907, señalaba como la sífilis podía contagiarse en un acto sexual único, por lo tanto no era una deshonra, ni se presentaba solamente en personas con vida licenciosa. Aconsejaba además: “Se dice por gracejo: el temor a la sífilis es el principio de la sabiduría”³⁴². Pero no es solo por dicho temor que se

³⁴⁰ Muñoyerro, “Código de deontología médica”, 112.

³⁴¹ Montoya, “Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886- 193”, 40.

³⁴² Robledo, “El peligro venéreo”, 25.

llegaba a la sabiduría, también por los principios, por el respeto a sí mismo y a la mujer propia.

Aunque se reconocía la transmisión por otros medios en las enfermedades venéreas; tal es el caso de niños por parte de nodrizas o por medio de utensilios o vestidos; los autores consideraban que el origen primitivo siempre reposaba en la prostitución. Ricardo Parra, en su tratado de enfermedades venéreas de 1910 anotaría: “La prostitución es el cultivo y almacigo de donde se provee de sífilis y enfermedades venéreas la humanidad”³⁴³.

Parra recomendaba que se estimulara a las autoridades a tomar medidas, a los médicos para que fueran más activos e informaran a la comunidad para que dejara de ser una “*enfermedad secreta*” y que los pacientes dejaran de ser un foco de infección pública y social. Dentro de las causas que llevaban a las mujeres a la prostitución, estaban las condiciones laborales inferiores en relación con los hombres; para Parra era claro que las prostitutas no eran criminales.

Parra recomendaba que se llevara a cabo una organización de la actividad de la prostitución, con inscripción, distribución de cartillas, hospitalización de enfermas, exámenes periódicos, responsabilidad de los dueños de casas de prostitución, aislamiento de menores en casas de corrección, vigilancia de cafés, de camareras, cantinas. Comentaba preocupado sobre el peligro de hospitalizar a las enfermas, lo cual podía llevar a la duplicación de los casos, puesto que los hombres enfermos podían contagiar otras; proponía como solución, que los hombres llevaran a los prostíbulos libretas en las cuales constaría su perfecto estado de inocuidad, además debería considerarse la contaminación venérea como un crimen.

Aureliano Posada propuso como medidas para prevenir las enfermedades venéreas y la prostitución: Prohibir esta práctica; secuestrar y someter a penas correccionales a las mujeres que practicaran la prostitución; dedicar una sala, en el hospital, a atender 100 pacientes que sufran de sífilis; montar un dispensario para

³⁴³ Parra, “Sífilis y enfermedades venéreas”, 4.

consulta gratuita y si es necesario también centros periféricos; someter a los militares a exámenes periódicos por los médicos del ejército; crear centros de filantropía para cuidar niños pobres y protegerlos de los peligros de la seducción³⁴⁴. Además, también era aceptado que las enfermedades venéreas eran causadas por las mujeres; solo hasta 1934, cuando se establece el certificado médico prenupcial, se piensa que el hombre debe velar por su sexualidad³⁴⁵.

Haciendo eco a la solicitud que había realizado previamente el Doctor Aureliano Posada, ya fallecido para el momento, los Anales de la Academia de Medicina de Medellín proponían nuevamente la creación de un dispensario en la ciudad, lugar destinado para realizar exámenes a las mujeres públicas, según la misma publicación³⁴⁶. Según los inspectores de policía de la ciudad de Medellín para 1897 había en la ciudad más de 200 mujeres públicas, cifra que se había aumentado en más de 25 en los últimos cuatro años³⁴⁷.

A partir de 1889, cuando se llevaba a cabo la Conferencia Internacional de Bruselas, muchas naciones decidieron crear comisiones de profilaxis, Francia, Alemania, Estados Unidos, crearon múltiples sociedades de profilaxis de las enfermedades venéreas; sin embargo en Latinoamérica, a pesar de algunos intentos como en Buenos Aires en 1907, el desinterés del cuerpo médico era grande y por lo mismo el fracaso de dichas prácticas; de allí el interés de Parra por la creación de algunas asociaciones profilácticas para poner esta región a tono con el desarrollo mundial³⁴⁸.

En Bogotá, a raíz de la gran cantidad de accidentes venéreos se decidió hospitalizar a las prostitutas enfermas, medida que no tuvo buenos resultados debido a la corta capacidad, solo 25 camas, que tenía el Hospital San Juan de

³⁴⁴ Posada, "Acerca de la prostitución", 297.

³⁴⁵ Restrepo, "Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930", 35.

³⁴⁶ Anales de la Academia de Medicina de Medellín, "Dispensario de salubridad", 265.

³⁴⁷ *Ibíd.*, 265.

³⁴⁸ Parra, "Sífilis y enfermedades venéreas", 10- 16.

Dios. En general la mortalidad en el país continuaba siendo alta, 5,8 a 12 por 100, mientras que en Buenos Aires era de 1 a 2,6 por 100. Además la policía armada de los decretos, capturaba a las prostitutas, les cortaba el cabello y las mandaba a los llanos orientales. El informe del doctor Aureliano Posada diría:

Multiplicadas de orden muy diverso y frecuentemente de carácter muy elevado, son las obligaciones de las autoridades en todo lo relativo a la prostitución, puesto que ellas deben tener en mira no solo los ultrajes al poder y a las buenas costumbres previniendo el vicio por una educación sólida y una instrucción adecuada, o castigándolo con penas correccionales apropiadas cuando no se hubiere podido prevenir, sino que también debe emplear cuantos medios estén a su alcance para evitar la propagación de enfermedades contagiosas, sobre todo de aquellas que, como la sífilis, ejercen su letal influencia hasta en las últimas generaciones y aniquilamiento de las razas³⁴⁹.

Era tal la estigmatización de los pacientes con enfermedades venéreas, aún los niños, que la Academia de Medicina de Medellín, en 1905, recomendaba al concejo de Medellín, que no se admitieran a los niños sífilíticos en las escuelas. Tomás Quevedo en la edición de junio de ese año, se refería a su rechazo a la determinación de dicha entidad:

Rechaza lo de no admitir niños sífilíticos en la escuelas (...) hice notar lo referente a los niños sífilíticos diciendo, lo que el Sr. Secretario no tuvo a bien explicar, que un niño sífilítico cuando no es contagioso, si es bien tratado, sea hereditario o no, tiene tanto derecho a ser recibido como cualquiera otro en una escuela pública, y que la proscripción de todo niño sífilítico desde el punto de vista de la enseñanza pública, como la quiere el informe aprobado en esa sesión por la Academia, es sencillamente inmoral y anticientífica³⁵⁰.

Ricardo Parra concluía acerca de lo que se debía hacer al decir:

En resumen: educación fundada en los sanos principios de la moral y educación práctica para procurarse fáciles medios de subsistencia; investigación constante, sigilosa y prudente para descubrir las prostitutas en los diferentes barrios, penas severas hasta el confinamiento para castigar a las prostitutas incorregibles pero sanas, hospitales o enfermerías para atender a las prostitutas enfermas y también para los hombres, presentando afecciones sífilíticas, dispensarios para dar diariamente consultas y medicamentos gratis a

³⁴⁹ *Ibíd.*, 19.

³⁵⁰ Quevedo, "Explicación debida", 394.

los sífilíticos: tales son en conjunto, las medidas que conviene adoptar contra la prostitución³⁵¹.

La estigmatización que representaba portar una enfermedad venérea, llevaba a que personas del común no quisieran bajo ningún motivo que nadie se enterara de esto; solo las prostitutas eran reseñadas, fichadas y controladas. La sociedad y la iglesia se oponían a la reglamentación de esta enfermedad, bajo la óptica de la continencia y el arrepentimiento. El 22 de septiembre de 1951 (decreto 517), se destinaría el barrio Antioquia como especial para las mujeres públicas³⁵².

3.12 TRANSPLANTES

Era claro el apoyo que la iglesia brindaba a la donación de sangre, así el 9 de octubre de 1948, Pio XII, hablando ante los donantes voluntarios de sangre dice:

Nos agrada pensar que todos los que estáis aquí presentes, dadores voluntarios de vuestra sangre, sabréis encontrar en Cristo algo más que un ejemplo de imitar, más que un ideal, cuya belleza os estimula y os impulsa. Su acción sobre vosotros y en vosotros es infinitamente más profunda. No contentos con una noble, pero puramente humana filantropía, os remontáis a las alturas de la verdadera caridad cristiana³⁵³.

En un discurso de mayo de 1956 ante la Asociación Italiana de Donadores de Cornea, el Papa Pio XII, acepta que este trasplante era lícito de muerto a vivo, así mismo quiere resaltar que el cadáver no era un objeto; terminaba comentando que en este, como en la transfusión sanguínea: “es un mérito del donador rechazar una compensación, pero no necesariamente una culpa el aceptarla”³⁵⁴.

3.13 FECUNDACIÓN ARTIFICIAL

³⁵¹ Parra, “Sífilis y enfermedades venéreas”, 20.

³⁵² Montoya, “Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886- 1935”, 101.

³⁵³ Su Santidad Pio XII y la medicina, “Orientaciones médicas”, 9.

³⁵⁴ *Ibíd.*, 136.

La fecundación artificial de la mujer, la cual empezaba a ser experimentada, fue calificada por La Congregación del Santo Oficio el 24 de marzo de 1897 como ilícita³⁵⁵.

La iglesia para la primera mitad del siglo XX, en voz del Papa Pío XII diría al respecto que la fecundación artificial fuera del matrimonio debía considerarse como inmoral, el niño concebido así, fuera del matrimonio debía considerarse como ilegítimo. La fecundación artificial dentro del matrimonio, pero con la participación activa de un tercero, debía considerarse igualmente inmoral, el deseo lícito de los esposos de tener un hijo, no legitimaba la utilización de métodos artificiales, por tanto para el Papa, había que ser reservados, aceptando los métodos artificiales sólo cuando su fin era llevar a feliz término el acto natural³⁵⁶.

El Papa, dijo en el Congreso de Médicos Católicos de 1948:

Tal es en efecto la ley natural y la ley divina positiva: la procreación de una nueva vida no puede ser más que el fruto del matrimonio. Solo el matrimonio salvaguarda la dignidad de los esposos (principalmente de la mujer en el caso presente) y su dignidad personal. Sólo el por si mismo provee al bien y la educación de la prole (...) La prole concebida en esta condición (fuera del matrimonio) será por eso misma ilegítima³⁵⁷.

Para el Papa, había varios aspectos que se tenían que tener en cuenta sobre la fecundación artificial: 1) No podía tratarse de la misma mirando solo el aspecto biológico, dejando de lado la moral y el derecho: 2) En ninguna condición es lícito aplicar la fecundación artificial fuera del matrimonio; 3) No es lícita la participación de un tercero, fuera de los cónyuges en la procreación de un ser humano; 4) Solo tendría espacio para lograr las metas de la procreación, técnicas que apliquen sobre formas naturales de procreación³⁵⁸.

3.14 MENTIRA PIADOSA

³⁵⁵ Capellman, "Medicina Pastoral", 190.

³⁵⁶ Su Santidad Pío XII y la medicina, "Orientaciones médicas", 120.

³⁵⁷ Leret, "Derecho, biotecnología y bioética", 146

³⁵⁸ Su Santidad Pío XII, "Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de Médicos Católicos". Consultado 16 agosto, 2015, http://www.vatican.va/holy_father/pius_xii/speeches/1949/documents/hf_p-xii_spe_19490929_votre-presence_sp.html

Marañón, en 1935, diría que a pesar de que la verdad siempre debía reinar, para el médico, había condiciones en las cuales era lícito mentir, y en las cuales la verdad era pecaminosa:

El médico debe mentir y no solo por caridad sino por servicio de la salud. ¡Cuántas veces una inexactitud deliberadamente imbuida en la mente del enfermo, le beneficia más que todas las drogas de la farmacopea!. El médico de experiencia sabe incluso diagnosticar a una particular dolencia, al enfermo sediento de mentira, el que sufre el tormento de la verdad que sabe, y pide, sin saberlo, y a veces deliberadamente, que se le arranque y se le sustituya por una ficción³⁵⁹.

Para Muñoyerro, en 1956, el médico debía ser piadoso con el enfermo e incluso en casos de un fin fatal próximo debía mantenerse siquiera una mínima esperanza³⁶⁰. El secreto profesional lo imponía la ley natural y guardaba todo lo conocido por razón de su profesión y podía causar perjuicio o desagrado al cliente o su familia³⁶¹.

Desde mediados del siglo XX, el secreto médico ya no era considerado absoluto, se excluía: el consentimiento del enfermo, en casos que la ley lo impusiera, cuando el bien común se imponía al bien particular o de un tercero, si la revelación era necesario para librar al enfermo de un daño grave, también en perjuicio muy grave para el médico al cumplirlo³⁶².

3.15 EXPERIMENTOS MÉDICOS

La práctica profesional, para esta nueva casta de médicos científicos, obligaba a experimentar en los pacientes los conocimientos que eran adquiridos de la lectura de los textos traídos de Francia principalmente. La culpa y la responsabilidad de las decisiones tomadas hizo que los médicos dejaran constancia en los Anales de los resultados obtenidos de estos experimentos, como los narrados por Ciro

³⁵⁹ Su Santidad Pio XII y la medicina, "Orientaciones medicina", 136-137.

³⁶⁰ Muñoyerro, "Código de deontología médica", 62.

³⁶¹ *Ibíd.*, 101.

³⁶² *Ibíd.*, 104.

Urriola, de Panamá, cuando su paciente entró en un estado de toxicidad al inyectarle una dosis de cocaína para un procedimiento de fimosis exploradora:

Quando después de tres horas de mortal ansiedad, pudimos abandonar al enfermo ya vuelto al pleno uso de sus facultades, aunque algo quebrantado de esa ruda batalla con la muerte; cuando lo vimos pedir alimentos y consideramos todo peligro remoto, entonces sentimos que la carga que llevábamos se había aliviado y nos juzgamos libres ya de una responsabilidad que jamás imaginamos fuera tan inmerecida³⁶³.

Con la explosión de la experimentación, para el inicio del siglo XX, se hacía necesario reflexionar sobre el papel del paciente como objeto de dichos experimentos, se mostraba esto como lícito para este período, siempre que no se produjera efectos indeseables en la salud del enfermo. El consentimiento del enfermo debía intentarse, diría el autor:

Si la investigación que intentamos, le supone, como suele ser, una simple molestia, y a cambio de ella se puede esperar un beneficio para los demás pacientes de su enfermedad y para él mismo, yo considero lícito, con un leve engaño, convencerle. Si respetamos rigurosamente la voluntad del enfermo, muchas veces como es bien sabido, tendríamos que prescindir hasta de los remedios salvadores³⁶⁴.

Gil J. Gil, expresó en 1940, en una conferencia acerca del respeto a la vida que la medicina era una ciencia experimental, por tanto era lícito utilizar la experiencia, propia y de otros, más nunca la experimentación, esta solo era lícita en animales³⁶⁵.

Muñoyerro, en su texto, aseguraba que era ilícito realizar experiencias con un fin de investigación científica, de remedio temerario o sin conocimiento de su beneficio o perjuicio, aun cuando el paciente estuviera consciente³⁶⁶.

El papa Pio XII afirmó en el Congreso Internacional de Histopatología, el 14 de septiembre de 1952: "Puede ocurrir que en casos dudosos, cuando fracasan los

³⁶³ Urriola, "Riesgos de la cocaína", 269.

³⁶⁴ Su Santidad Pio XII y la medicina, "Orientaciones médicas", 151.

³⁶⁵ Gil y Gil, "Historia de la medicina en Antioquia", 45

³⁶⁶ Muñoyerro, "Código de deontología médica", 66.

casos conocidos, un método nuevo, todavía no suficientemente probado, ofrezca junto a elementos muy peligrosos, probabilidades apreciables de éxito. Si el paciente da su asentimiento, la aplicación del procedimiento es lícita”³⁶⁷.

3.16 ENFERMEDADES HEREDITARIAS

Una de las obligaciones imprescindibles de la medicina era velar por la salud de la especie, el médico se veía en la obligación de advertir a la pareja en la cual había riesgos de una malformación, no estimulando el aborto, sino la castidad; para Razetti en 1928, las enfermedades hereditarias debían ser denunciadas y los matrimonios entre estas personas prohibidos. Todo de acuerdo a una reglamentación eugénica vigente, sin embargo, para dicho autor, el principal problema en este caso no era el secreto profesional, sino el amor que unía dichos cónyuges, lo cual los llevaría a una unión fuera de la ley; propondría que el certificado de salud para el matrimonio se hiciera obligatorio³⁶⁸.

Marañón planteaba sus conceptos revolucionarios, cuando decía:

Cásate para no quemarte, decía el apóstol, y he repetido yo tantas y tantas veces, pero el apóstol no dijo: cría hijos enfermos y destroza a una mujer nada más que para no quemarte. Entre quemarse y ser un malhechor a sabiendas, de sus hijos, hay varias posiciones intermedias que se pueden cumplir dentro de la ortodoxia más estricta, sin más que con un poco – o mucho- de fuerza de voluntad³⁶⁹.

3.17 ESPECIALIZACIÓN MÉDICA

3.17.1 Médico legista.

Las primeras tareas de la Academia de Medicina de Medellín, a petición de cualquier funcionario público fueron los peritazgos en casos de dudas para impartir justicia. Procesos de asesinatos, necropsias, mortinatos, fueron puestos a consideración de los académicos para que de acuerdo a sus conocimientos científicos, la justicia pudiera decidir en diferentes procesos.

³⁶⁷ *Ibíd.*, 69.

³⁶⁸ Razetti, “Moral médica”, 63- 66.

³⁶⁹ Marañón, “Vocación y ética”, 169.

Para Posada Arango hay muchas tareas que debe realizar el médico legista, al respecto dice: “Tan abominable es para Dios quien absuelve al culpable como quien condena al inocente”³⁷⁰.

Era común en Colombia que ante cualquier diligencia que requiriera los conocimientos legistas, se obligara al primer médico que se hallara para que hiciera el peritaje respectivo; para la sociedad y para la recta administración de justicia, era necesario que los médicos se especializaran en medicina legal³⁷¹.

Para fines del siglo XIX era claro para los médicos que hacían parte de la Academia de Medicina, que tratándose de alguna diligencia judicial el concepto que se presentaba tenía amplias implicaciones judiciales. En un caso de homicidio, en 1889, donde se pide a los doctores Vicente de la Roche y Manuel Uribe Ángel, realizar la necropsia al cadáver, estos hicieron las debidas precisiones al respecto:

Nos abstenemos de formar juicio sobre el mérito del sumario levantado, según lo desea el señor procurador: Este juicio a poco conduciría, se separaría del círculo de nuestros conocimientos y entraría redondamente en el dominio de la jurisprudencia: nuestra opinión sería la opinión del vulgo en esta materia”.(...) “Nosotros damos opiniones generales de acuerdo a nuestra conciencia y con nuestro deber: si son útiles, al magistrado toca valerse de ellas con destreza y prudencia para presentar victoriosa la soberanía de la justicia³⁷².

No había aún exclusividad de los médicos graduados en los casos que se requería algún perito en casos de salud; según Libia Restrepo, para fines del siglo XIX, aún en casos de muerte de parturientas o infanticidios, las parteras eran tenidas en cuenta por las autoridades como peritas, se les reconocía su experiencia y conocimiento en el tema. Era posible que al asumirse el parto como un asunto de

³⁷⁰ Posada, “El médico legista en Colombia”, 243.

³⁷¹ *Ibíd.*, 243.

³⁷² Roche y Uribe, “Medicina legal, averiguaciones de la identidad en un caso de homicidio”, 314.

mujeres, ellas debían acompañar, apoyar y ayudar a las parturientas y su bebe, por tanto eran quienes poseían el conocimiento en el tema³⁷³.

En 1893, durante el Primer congreso Médico Nacional en la ciudad de Bogotá, el médico Carlos E. Putnam hablaría acerca de la especialidad en medicina legal, intervención presentada también en los Anales de la Academia de Medicina de Medellín:

El hecho en medicina legal, lleva consigo un carácter especial, y es muy diverso del hecho médico en general; en el primero, se presenta a la justicia con toda su majestad y exige una relación juramentada, un SI preciso y claro, o un NO neto, sin lugar a duda, no admite opiniones (...) en el segundo caso no hay tal exigencia ni tanta responsabilidad; se puede dar opiniones más o menos justificadas, sin la obligación, gravísima por cierto, de prestar el juramento³⁷⁴.

En 1896, Uribe Ángel abogaba por las especializaciones en la práctica médica:

“En los países nuevos, atrasados en civilización y poco poblados, se toca con el inconveniente de que todo profesor se encuentre obligado a universalizar sus procedimientos y a pasar por la exigencia de servir para todo. Esta difusión del movimiento intelectual y material debilita las facultades y contribuye poderosamente al descrédito de los individuos y al mal servicio de las poblaciones. Pretender que un médico abandone la cabecera de un enfermo a quien cuida en una fiebre tifoidea, para ir a practicar amputaciones y operaciones de cataratas, y pretender que este mismo hombre funcione alternativamente en un mismo día en partos, luxaciones, autoplastias y mil cosas más, es compelerlo a que desempeñe forzosamente mal sus funciones, con detrimento para su crédito y con perjuicio para sus clientes³⁷⁵.

La especialización de los médicos en cirugía, fue abordada por Juan Bautista Montoya y Flórez, quien impulsó esta área de la medicina, así mismo, creó el primer quirófano en el hospital San Juan de Dios. Al mismo tiempo era claro en los deberes que tenía que cumplir el médico cirujano; citando a Doyen, decía:

³⁷³ Restrepo, “Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930”, 63-66.

³⁷⁴ Putnam, “Intervenciones del Dr. Putnam en Congreso Médico Nacional”, 100.

³⁷⁵ Uribe, “La medicina en Antioquia”, 60

Determinación precisa de la indicación operatoria, práctica rigurosa de la antisepsia, perfección de la operación propiamente dicha y de los cuidados consecutivos, tales son las exigencias que tiene derecho de formular el que solicita de un cirujano el socorro de su arte.

La preocupación constante de un verdadero cirujano debe ser la vida y los intereses de la persona que ha puesto, confiada, su existencia entre sus manos³⁷⁶.

De la misma manera, la antisepsia, se volvió cuestión de total obligación:

Esto explica al vulgo, porqué el cirujano de conciencia y consciente, se transfigura durante la operación, y de hombre de carácter suave y cortés, se torna imperativo y exigente con los ayudantes, a la menor infracción de la asepsia, que debe ser como consigna militar, y el cirujano es el obligado de hacerla observar inexorable, so pena de criminal negligencia³⁷⁷.

López Hermosa, en 1899, presentó como punto central que se impone como deber de un cirujano, el precisar una justificación clara de la necesidad de operar: “Para despejar la incógnita, hacer evidente nuestra decisión y justificar nuestra conducta, el saber es sin duda alguna, necesario, pero sería insuficiente si no estuviera bien dirigido por un espíritu recto, por una razón que medita, reflexiona, discute, elimina y retiene lo único que debe retener”³⁷⁸.

En 1903 Delgado, presenta la especialización como una conclusión lógica de los logros médicos: “Los perfectos instrumentos físico químicos de uso diario y el incesante aumento del material operativo patológico, han hecho multiplicar las especialidades clínicas y fundar laboratorios e institutos en las principales ciudades de los países cultos”³⁷⁹.

Es evidente que para finales del siglo XIX hay un interés y una necesidad en Bogotá y en Medellín en que algunos médicos se especializaran en medicina legal, se organizan estrategias locales para dar respuesta a las necesidades judiciales. Sin embargo hasta 1914 la situación en este ramo es deprimente. En 1903 un anónimo escribiría en los Anales de la Academia de Medicina de Medellín:

³⁷⁶ Montoya y Flórez, “Principios generales de la cirugía actual”, 259.

³⁷⁷ *Ibíd.*, 260

³⁷⁸ López, “Inserciones”, 267.

³⁷⁹ Delgado, “Medellín 1890- 1950, historia urbana y juego de intereses”, 19.

Urgente necesidad. Medellín necesita, como toda capital de alguna importancia, dos médicos oficiales bien remunerados que practiquen los reconocimientos de los heridos y las autopsias de las personas que son arrebatadas a la vida por mano criminal, acontecimientos que aquí ocurren con mucha frecuencia, debido al inmoderado abuso de los espirituosos. Mucha, muchísima falta hace una oficina de medicina legal, como la que hay establecida en Bogotá, servida por dos médicos oficiales, ¿porqué no se ha hecho aquí lo mismo? Por qué no se hace? Es verdaderamente injusto y anticristiano que un Inspector despache un Polizonte con una orden que dice: “sírvese reconocer a N. ó proceder inmediatamente a practicar la autopsia del cadáver de X, so pena de dos días de arresto!!!” esta orden en blanco es presentada al primer médico que el bárbaro encuentre en la calle ó en su consulta, y, si el médico iba volando a atender á un operado ó á una parturienta que agoniza de una fuerte hemorragia el infeliz tiene que ir a infectarse las manos en un cadáver, en avanzada descomposición, generalmente, y a atender al difunto obedeciendo a una ley irracional, porque contra la fuerza no hay razón, y dejar morir a un cliente que bien pudiera ser la señora o alguna hija de un magistrado³⁸⁰.

Finalmente, en el año de 1914 se establece el servicio médico legal en el país por medio de la ley 53³⁸¹.

Libia Restrepo señala como el inicio de la medicina ocupacional en Antioquia la labor de los médicos del Ferrocarril, con ellos, se posicionaría otra especialidad en la región.

Eran frecuentes los accidentes en las labores de construcción del ferrocarril. Marco A. López, luego de 1915, anotaba que a nuevos progresos aparecían nuevas maneras de accidentarse, por lo cual se requería de implementar medidas preventivas. Según Restrepo:

La medicalización de los riesgos quedó súbitamente establecida. En adelante se iban a poner en práctica medidas de protección contra los accidentes más frecuentes. Se prohibiría usar los carritos rodantes en las vías férreas con pendientes acentuadas, debido a la imposibilidad para frenar oportunamente; la empresa le proporcionaría anteojos apropiados a los obreros que podrían herirse los ojos, tales como machacadores de balastro, cerrajeros, herreros y pulidores³⁸².

³⁸⁰ Anales de la Academia de Medicina de Medellín, 411-412.

³⁸¹ Valle, “La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)”, 156.

³⁸² Restrepo, “La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia”, 92.

En 1918 el médico Emiliano Henao hace una relación de las indemnizaciones por muertes y accidentes. En el año en total se pagaron 4.435 pesos con 35 centavos. El mayor número de accidentes le correspondió al túnel de la Quiebra: 5 en 4 meses de 1926; 59 en 1927; 95 en 1928; 131 en 8 meses de 1929.

Según Restrepo, las defunciones en el ferrocarril y en los hospitales de la línea entre 1874 y 1929 y sus causas fueron: 124 por fiebre perniciosa; 33 por caquexia palúdica; 208 por accidentes de trabajo; 122 por neumonía; 71 por disentería; 11 por úlceras; 32 ahogados y por otras causas 635 personas³⁸³.

3.18 ENFERMEDADES MENTALES

En Europa para principios del siglo XIX y hasta mediados del mismo, estaba en apogeo la teoría de la degeneración, cuyo máximo exponente fue Benedict Agustin Morel (1809- 1873). Según Morel la degeneración puede proceder de intoxicaciones, como alcohol, alimentos, opio; el medio social, temperamento morbo, lesiones congénitas adquiridas, enfermedad moral, e incluso la herencia, todas ellas llevando a las familias afectadas a la decadencia definitiva³⁸⁴. En Antioquia, por ordenanza 25 de 1914, se reorganiza el manicomio y se obliga a regentar la clínica de las enfermedades mentales o psíquicas. El doctor Juan Bautista Londoño inauguraba la enseñanza en el manicomio el 12 de septiembre de 1914.

A raíz de una ponencia en el II congreso Nacional de Medicina en Cartagena, presentada por Miguel Jiménez López, titulada “Nuestras razas decaen. El deber actual de la ciencia”, donde se crea una polémica nacional; Jiménez afirmaba que había signos fisiológicos y patológicos de la evidente degeneración física y psíquica colectiva en Colombia, presentando como factores etiológicos: los factores atmosféricos, la alimentación, la carencia de higiene, el alcoholismo, la

³⁸³ *Ibíd.*, 98.

³⁸⁴ Roselli, “Historia de la psiquiatría en Colombia”, 23

tuberculosis, la sífilis, entre otros. En Antioquia, donde se tenía la siguiente casuística de enfermos mentales: 1915: 231; 1916: 201; 1917: 202; 1918: 253; 1919: 276; y hasta junio de 1930: 130. Los doctores Emilio Robledo y Alfonso Castro, se dedican a refutar sus tesis con los estudios: “Existe una degeneración colectiva en Colombia?” y “supuesta degeneración colombiana”; Robledo, luego de realizar observaciones personales por 20 años afirmaría: “Las enfermedades mentales son sin duda alguna señales muy evidentes de degeneración, pero ellas no son tan frecuentes en nuestro medio que nos permitan generalizar”³⁸⁵.

Castro, decano de la Facultad de Medicina, participó de la polémica diciendo:

Las anormalidades morales que se observan son también de orden extrínseco, es decir provenientes de medios viciados, donde no existen frenos morales ni religiosos de ninguna clase. Abundan los rateros y perversos del instinto sexual, más no son caracteres definitivos de degeneración; abundan también los hiposténicos e hiperesténicos, colocándose entre los primeros los linfáticos y entre los últimos, los hijos de los alcohólicos, sífilíticos o neurópatas³⁸⁶.

Luis López de Mesa, terciando en la teoría degenerativa y específicamente hablando del pueblo antioqueño diría: “Se desprende que no hay degeneración, pero si peligros, y que estos peligros son de muerte”.³⁸⁷

En cuanto a otros temas, en 1904 Capellmann, tratando del hipnotismo decía que era ilícito, puesto que se entregaba la voluntad al hipnotizador, además de parecer de una naturaleza demoníaca.

Sobre los suicidios este autor consideraba que era incorrecto negar la sepultura católica a los suicidas sin entidad morbosa clara, puesto que ante la duda debía estarse a favor del paciente, además del daño que se le produce a la familia, puesto que una nueva deshonra no sería justo con ellos³⁸⁸.

³⁸⁵ *Ibíd.*, 295.

³⁸⁶ *Ibíd.*, 297.

³⁸⁷ *Ibíd.*, 293.

³⁸⁸ Capellman, “Medicina Pastoral”, 87-92

Sobre la conducta de internar los pacientes con enfermedades mentales, era claro que la conducta se asumía terapéuticamente, se recomendaba el internamiento; más para la excitación maníaca que para la melancolía³⁸⁹.

La parálisis general tenía varias características las cuales podrían ser manejadas en un asilo o necesitaban internarse. La demencia senil, por lo general no requería internaciones; mientras que los delirios de persecución o los degenerados obcecados que tenían un intenso impulso por el homicidio o el suicidio debían ser internados³⁹⁰.

Los pacientes epilépticos solo en casos severos necesitaban manejarse en asilos u hospitales; así mismo en la histeria solo se recomendaba sacar al paciente de su medio sin necesariamente internarse³⁹¹.

Por ley de 1838, los alcoholizados podían ser internados únicamente mientras presentaban períodos de delirios agudos.

3.19 CONTROL DE MEDICAMENTOS

En 1896, J. B Londoño escribe en los Anales de la Academia de Medicina de Medellín sobre los boticarios; anotaba que en Antioquia, a excepción de Medellín, cumplían esta labor los aficionados a la medicina o los mismos médicos³⁹².

Según el Código de Policía (artículo 305), señalaba dicha publicación, se disponía que ningún médico recetase en clave o en términos oscuros, de no cumplir debía pagarse una multa de 10 a 50 pesos: “Todo médico debe escribir claro, de manera que sus recetas pueden ser despachadas por cualquier boticario. Este es un

³⁸⁹ Londoño, “De médicos alienistas y neurologistas”, 207.

³⁹⁰ *Ibíd.*, 207.

³⁹¹ *Ibíd.*, 208.

³⁹² Londoño, “Boticas y boticarios”, 110.

precepto de moral médica y del arte de formular que para honra del cuerpo médico de Antioquia debería no figurar en el Código”³⁹³.

Era claro que un médico honrado debía revelar sus remedios, esto lo diferenciaba de un yerbatero; era lícito recetar en clave solo en circunstancias especiales, como a la gente que no paga sus recetas, a los malos clientes que reciben sus recetas y van a otra botica; a quienes piden recetas para entregar a otros; y a quienes no toman sus recetas porque pueden tener sustancias que son perjudiciales³⁹⁴.

La Ordenanza # 37 del 22 de julio de 1896, hablando de los boticarios y de la venta de medicamentos señalaba que solo podían ejercer esta profesión quienes obtenían permiso del Jefe de Policía, de la misma manera este permiso solo se entregaría a quienes presentaran certificación jurada de dos médicos de reconocido crédito o a quienes tenían título de médicos o farmacéutas.³⁹⁵ Para esta misma ordenanza correspondía a la policía asegurar que los medicamentos que se despachaban en las boticas eran de buena calidad, sin embargo para los Anales era imposible asegurar que la policía diera fe de este punto, pues no tenía la capacidad para hacerlo³⁹⁶.

No había en Colombia a principios del siglo XX ninguna entidad de control de la invención, producción y comercio de medicamentos. El control de la circulación de los medicamentos se convirtió en un asunto de salud pública encargando a las direcciones departamentales y a las comisiones sanitarias municipales³⁹⁷.

Antes de 1914 había mayor interés por los impuestos y aranceles que por la calidad de las sustancias o la idoneidad de los preparados. Según Víctor García: “La reestructuración de la higiene pública impulsada por la ley 33 de 1913, que dio pie a la creación de la Junta Central de Higiene, las juntas departamentales de

³⁹³ *Ibíd.*, 114.

³⁹⁴ *Ibíd.*, 115.

³⁹⁵ Anales de la Academia de Medicina de Medellín, “ORDENANZA # 37 de 22 de julio de 1896”, 116.

³⁹⁶ *Ibíd.*, 116.

³⁹⁷ García, citado por Márquez y García, “Poder y saber en la historia de la salud en Colombia”, 155.

higiene, las juntas de salubridad y las comisiones municipales de higiene, fue la condición que hizo posible el surgimiento del control de la circulación de los medicamentos a comienzos del siglo XX³⁹⁸.

Las inspecciones de farmacias fueron una alternativa para vigilar el comercio de medicamentos y la profesión de farmacéuta.

Entre 1914 y 1928 las visitas a la farmacia se hacían semestralmente, estas las realizaba el médico jefe municipal, quien además era el presidente de la Comisión Sanitaria; a partir de 1928 se crea el cargo de médico visitador de farmacias³⁹⁹.

Los medicamentos específicos para una enfermedad o síntoma eran un problema para las autoridades, puesto que no había forma de asegurar que fueran fabricados adecuadamente y no representaban un peligro para los pacientes. Las autoridades estaban de acuerdo en que para ese momento se debía conocer los efectos de los compuestos de los diferentes medicamentos; según Víctor García: “A la farmacia le había llegado la hora de convertirse en una práctica legal ajustada a patrones científicos”⁴⁰⁰. La primera estrategia fue exigir que los medicamentos tuvieran en la etiqueta en el frasco sus componentes, lo cual era difícil de cumplir, puesto que muchos específicos eran producidos por los mismos médicos, los cuales no querían que sus competidores supieran sus secretos.

De las 236 actas de visita entre 1920 y 1925, 135, es decir el 57% de las boticas visitadas registran venta de especialidades sin fórmula en el envase; aun así su comercio no fue prohibido⁴⁰¹.

Laurentino Muñoz decía en 1933:

³⁹⁸ *Ibíd.*, 156

³⁹⁹ *Ibíd.*, 155-189.

⁴⁰⁰ *Ibíd.*, 160.

⁴⁰¹ *Ibíd.*, 155- 189.

Así es cierto que si el enfermo no muere de la enfermedad, muere a causa de los remedios; es un deber de honradez, de conmiseración repetir con entereza que los específicos de patente no sirven para curar ninguna enfermedad y solo para extraerle el dinero y arruinar al pueblo; ¿cómo pueden curar preparaciones hechas para múltiples entidades patológicas, recetadas a todos los individuos, sin atender a la edad, al sexo, a la idiosincrasia individual, en fin, a tanto detalle que el verdadero médico aprecia después de detenido examen⁴⁰².

La actividad de los boticarios estaba autorregulada por la Sociedad de Farmaceutas, fundada en 1897 en Bogotá, sin embargo era improbable que dicha autorregulación fuera eficiente. Solo hasta 1927 se crea por decreto la primera escuela de farmacia, anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, la cual empezó a funcionar en enero de 1927 en Bogotá. En Medellín en febrero de 1927, Juan B. Londoño, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y su rector Jorge Robledo, aprobaron la carrera de farmacéutico, la cual fue cerrada en 1933 por falta de personal; solo hasta 1943 se abriría nuevamente dicha facultad⁴⁰³.

La relación entre médicos y boticarios era muy tensa; las farmacias de propiedad de médicos eran visitadas con mucho rigor⁴⁰⁴.

El certificado como farmaceuta era de muy fácil consecución, los farmaceutas agremiados alrededor de la revista clamaban por la ética de la profesión y por la apertura de una facultad de farmacia.

Eran frecuentes las denuncias por cambios en las preparaciones por parte de los farmaceutas, entregando sustancias inocuas o venenosas. En algunos casos se investigaban farmaceutas llevando las muestras al laboratorio de química y posteriormente se levantaban cargos. También eran frecuentes los casos de falsificación de específicos, venta de los envases para ser llevados fraudulentamente y ser vendidos como originales. Se exigía que toda farmacia llevara un libro donde se copiaran las fórmulas para hacer seguimientos a las

⁴⁰² Muñoz, "Los remedios milagrosos", 621-623.

⁴⁰³ García, citado por Marquez y García, "Poder y saber en la historia de la salud en Colombia", 155- 189.

⁴⁰⁴ Muñoz, "Los remedios milagrosos", 621-623.

prescripciones; esto se cumplía gradualmente, siendo el mejor período entre 1920 y 1925⁴⁰⁵.

⁴⁰⁵ *Ibíd.*, 621-623.

4. CONCLUSIONES

La medicina como profesión era practicada hasta mediados del siglo XIX en la región antioqueña, por empíricos que adquirirían sus conocimientos de la tradición siendo ampliamente aceptados por la comunidad. Con la aparición de médicos académicos, graduados en universidades de la capital o del exterior, surgió otra manera de practicar la medicina; con el interés académico, floreció también el interés social-comunitario, de salud pública y con estos la necesidad de ajustarse a unas normas. El mismo gremio empezó a presentar unos códigos de obligatorio cumplimiento, señalando a quienes no se acogían a los mismos y se hacía publicidad de todos los “errores” cometidos por empíricos y charlatanes.

También con el surgimiento de las clases de medicina en la región, emergieron las materias de deontología y la lectura de textos de la misma traídos del exterior.

La Universidad de Antioquia, fundada en 1871, se establece como la institución generadora del conocimiento médico; sus profesores y alumnos serían los encargados de poseer y transmitir los conocimientos médicos de la época.

La Academia de Medicina de Medellín, fundada en 1887, fue el escenario de normalización; allí se llevaron a cabo los debates más trascendentales sobre el deber ser de la práctica médica en la región y el país. De la misma manera, la Academia, junto con la Escuela de Minas se encargarían de perfilar los líderes que tomarían las decisiones más importantes en aspectos de poder en la región.

Los Anales de la Academia de Medicina, fue la publicación encargada de plasmar las conclusiones de los estudios, análisis y polémicas que se realizasen al interior de la Academia de Medicina. De la misma manera, fue esta institución la encargada de asistir al gobierno en las decisiones referentes a la salud de la población.

En los Anales también quedaron plasmados, los dilemas deontológicos que se planteaba el nuevo gremio en Antioquia.

La medicina antioqueña, con sus primeros exponentes, se acogió a la función moralizante de la Iglesia Católica y la acompañó en esta misión. Los médicos antioqueños, en asocio a los sacerdotes fueron los encargados de señalar lo correcto y lo incorrecto.

El concepto de moral estuvo ligado estrechamente a la práctica de la religión católica, el cuerpo médico de la región, católico en su gran mayoría, veía los aspectos médicos en los cuales se presentaban dificultades, como una extensión de su expresión religiosa cristiana. El amor al prójimo y la caridad aparecieron como los móviles de sus prácticas hacia los pobres y necesitados.

Los conceptos que se encontraban para Europa en el siglo XVIII, aparecieron en nuestro entorno cuando se establece una medicina académica y gremial, a mediados del siglo XIX, con toda sus características: la importancia del paciente, la relación médico paciente, el surgimiento de la clínica, la utilización de los hospitales como instrumentos de aislamiento y posteriormente como sitios terapéuticos y finalmente el concepto de biopoder; los médicos graduados tenían las posibilidades de decidir para sus sociedades, el rumbo no solo en cuestiones de salubridad, sino incluso en el aspecto político.

Los dilemas humanos en la práctica médica profesional siempre han existido, sin embargo las sociedades y los gremios llegan a conclusiones y soluciones de acuerdo a sus concepciones morales. Para mediados del siglo XIX y principios del XX, la sociedad antioqueña está completamente influenciada en los códigos, normas y creencias católicas.

La práctica médica, de la misma manera, asume las decisiones que se le plantean desde el punto de vista humano, con sus creencias, normas y costumbres católicas; el médico y el paciente, en su relación, se interrogan sobre la presencia del pecado y la expiación del mismo, para decidir qué es lo correcto y lo

incorrecto, la moral católica es al mismo tiempo la guía deontológica del quehacer profesional del médico antioqueño.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Echeverri, Tiberio. 1996. "La academia de Medicina y el desarrollo de la salud". En *Historia de Medellín*. Publicado originalmente en Jorge Orlando Melo, 277-288. (Bogotá: Suramericana de Seguros, 1996).

Anales de la Academia de Medicina de Medellín, 1903, no. 11-12: 411-413.

Arango Loboguerrero, Magnolia. 2006. "De los miasmas a la bacteriología, el cambio de paradigma médico en la explicación de las causas de las enfermedades. El caso de la tuberculosis". En *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*. Publicado originalmente en Jorge Márquez y Víctor García, 241-268. (Medellín: Ed. Lealon, 2006).

Arango, Francisco. 1891. "Informe anual". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 10: 281- 294.

Bohórquez, Francisco. 2004. "El diálogo como mediador de la relación médico paciente". *Revista Lered*, vol. 1: 1- 18.

Botero Guerra, Marco. 1889. "Engendrados por los miasmas palúdicos". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 8: 36-40.

Botero Herrera, Fernando. 1996. *Medellín 1890- 1950, historia urbana y juego de intereses*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Campuzano, Rafael. 1889. "Higiene de la ciudad". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 5: 151-155.

Capellman, Carl. 1904. *Medicina Pastoral*. Traducido por Bartolomé Cintas. Segunda Edición. Barcelona: Tipografía del editor.

"Creación de una Academia Nacional de Medicina". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 1890, no. 2.

De Greiff, C. 1903. "Mens sana in corpore sana". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 1-2: 48- 52.

"Deontología". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 1897, no. 9: 301-307.

De Roux, Luis. 1903. "Proyecto de ley". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 11, 12.

Delgado, Jorge. 1903. "Discurso del Dr. Jorge E. Delgado". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 1- 2: 7-45.

Díaz, Jorge Aurelio. 2001. Ética y sociedad contemporánea. En *Memorias Cátedra Manuel Ancizar, Ética y Bioética*. Publicado originalmente en Beatriz

"Dispensario de salubridad". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 1897, no. 8: 265-267.

Duque, Vicente. 1898. "Antioquia y la sífilis". Tesis de doctorado, Medellín: Tip. Central.

"Estatutos". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 1903, no. 9 y 10: 344-348.

Foucault, Michael. 1966. *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michael. 1976. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". *Educación Médica y Salud*, no. 2: 152- 170.

Foucault, Michael. 1977. "Historia de la medicalización" *Educación Médica y Salud*, no. 1: p. 3- 25.

Foucault, Michael. 1978. "Incorporación del hospital en la tecnología moderna". *Educación médica y salud*, no. 1: 20- 35.

Foucault, Michael. 1982. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michael. 1994. *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones La Piqueta.

Garcés Mejía, Guillermo. 1919. *Contribución al estudio del alcoholismo en Antioquia, Medellín*. Medellín: Litografía e Imprenta J. L. Arango.

García García, Víctor Manuel. 2006. "La inspección de farmacias y el control de los medicamentos en Medellín a comienzos del siglo XX". En *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*. Publicado originalmente en Jorge Márquez y, Víctor García. (Medellín: Ed. Lealon, 2006).

Gil, Madrigal y Gil, Juvenal. 1964. *Historia de la medicina en Antioquia*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.

Gómez, Federico. 1891. "Los charlatanes en medicina". *Anales de la Academia de Medicina*, vol. 3: 135-160.

González Moro, Luis. "La relación médico paciente a través de la historia". Consultada 1 de septiembre de 2012.
<http://www.murciapediatrica.com/relacion%20medico%20paciente.htm>

Kvitko, Luis Alberto. 2010. "La relación médico paciente hipocrática". *Medicina Legal de Costa Rica*, no. 1: 7- 14.

Laín Entralgo, Pedro. 1964. "La relación médico enfermo, historia y teoría". *Revista de Occidente*, no. 1: 45-56.

Lázaro, J. y Gracia, D. 2009. "La relación médico enfermo a través de la historia". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, no. 3: 7- 17.

- Leret, María Gabriela. 2005. *Derecho, biotecnología y bioética*. Caracas: Editorial CEC, SA.
- Londoño Vega, Patricia. 2004. *Religión cultura y sociedad en Colombia, Medellín y Antioquia 1850- 1930*. Bogotá: Fondo Cultural Económico.
- Londoño, Alejandro. 1901. "Del secreto médico", En *Folleto Misceláneo 81*. Medellín: Imprenta El Espectador.
- Londoño, J. B. 1896. "Boticas y boticarios". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 3: 113-115.
- Londoño, J. B. 1896. "De médicos alienistas y neurologistas". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 3: 207-212.
- Londoño, J. B. 1896. "La medicina en Antioquia". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 2: 82-84.
- López Hermosa, A. 1899. "Inserciones". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 9,10: 261-279.
- Marañón, Gregorio. 1935. *Vocación y ética*. Madrid: Espasa- Calpe S. A.
- Márquez Valderrama, Jorge y García, Víctor Manuel. 2006. "La Comisión Sanitaria Municipal de Medellín: Surgimiento de un modelo de control higienista". En *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, 17-72. Medellín: Ed. Lealon.
- Márquez Valderrama, Jorge. 2005. "Ciudades, miasmas y microbios". En *La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*, 287. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Mayor Mora, Alberto. 1984. *Ética, trabajo y productividad en Antioquia*. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo.

Mejía, Carlos. 1906. "Acta de la sesión del 3 de julio de 1905". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 11,12: 408-414.

Mejía, Carlos. 1906. "Acta de la sesión del 5 de junio de 1905". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 11,12: 407-408.

Miranda Canal, Néstor. 1980. "Aspectos destacados de la medicina". En *Historia de Antioquia*. Melo, Jorge Orlando. 409-414. (Medellín: Suramericana de Seguros, 1980).

Miranda Canal, Néstor. 1992. "La medicina en Colombia: de la influencia francesa a la norteamericana". *Revista Credencial Historia*, no. 29: 1-5.

Montoya Kennedy, J. A. 1893. "Del charlatanismo en Medicina". *Anales de la Academia de Medicina*, no.3: 364-374.

Montoya y Flórez, J. 1903. "Estadística del servicio quirúrgico del Dr. Montoya y Flórez". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no: 1, 2: 87-92.

Montoya, Jorge William. 1998. "Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886- 1935". Trabajo de grado para optar al título de Historiador, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Muñoyerro, Luis Alfonso. 1956. *Código de deontología médica*. Madrid: Ediciones Fax.

Muñoz, Laurentino. 1993. "Los remedios milagrosos". *Revista Facultad de Medicina*, no. 8: 621-623.

Noguera, Oscar. 1903. "Intereses profesionales". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 9 y 10: 309-311.

Ochoa, B. 1888. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 2: 383-384.

“ORDENANZA # 37 de 22 de julio de 1896”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 1896, vol. VIII, no. 3.

Osorio, Jorge Julián. 2010. “La salud pública y la postmodernidad”. *Revista CES Salud Pública*, vol. 1, no.1: 1- 3.

“Otra necesidad”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, 1903, vol. XI, no. 11,12.

Parra, Ricardo. 1910. *Sífilis y enfermedades venéreas*. Bogotá: Imprenta de J. Casis.

Pedraza Gómez, Zandra. 1999. *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá: Departamento Antropología Universidad de los Andes.

Peña. (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2001).

Periódico El Ferrocarril de Antioquia, Medellín. 26 de noviembre, 1929, 1562-1563.

Pio XII. 1949. “Discurso de su Santidad Pio XII a los participantes en el IV Congreso Internacional de Médicos Católicos”vConsultado el 16 de agosto de 2015.

http://www.vatican.va/holy_father/pius_xii/speeches/1949/documents/hf_p-xii_spe_19490929_votre-presence_sp.html

Posada Arango, Andrés. 1888. “El médico legista en Colombia”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. 1, no. 9: 239-243.

Posada, Aureliano. 1897. “Acerca de la prostitución”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. VIII, no. 8: 267-297.

Putnam, Carlos. 1889. “Intervenciones del Dr. Putnam en Congreso Médico Nacional”. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. V, no. 3-4: 98-110.

Quevedo, Tomás. 1905. "Explicación debida". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. XIII, no. 9, 10: 393-395.

Razetti, Luis. 1928. *Moral médica*. Caracas: Tipografía Americana.

Restrepo Cuartas, Jaime. 1984. *Ensayo sobre la historia de la medicina en Antioquia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Restrepo, Julio y Zuleta, Eduardo. 1891. "Higiene Pública. Conclusiones de un informe presentado al Sr. Alcalde del Distrito". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. III, no. 5: 70-71.

Restrepo, Libia. 2004. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875-1930*. Medellín: La Carreta Editores.

Restrepo, Libia. 2004. *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870- 1930*. Medellín: IDEA.

Reveillé-Parise, Joseph-Henri. 1839. *Physiologie et hygiene des home livres aux travaux de l'esprit*. París: Chez G. Dentu Imprimeur Libraire.

Reyes Cárdenas, Catalina.1996. *Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890-1930*. Medellín: Tercer Mundo Editores.

Robledo, Emilio. 1924. La medicina en los departamentos antioqueños. *Academia Antioqueña de Historia*, no. 6: 8.

Robledo, Emilio.1907. *El peligro venéreo*. Manizales: Imprenta El Renacimiento.

Roche, Vicente de la y Uribe Ángel, Manuel. 1889. "Medicina legal, averiguaciones de la identidad en un caso de homicidio". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. II, no. 8: 308-314.

Rodríguez, María del Carmen. 2005. "Sobre ética y moral". *Revista Digital Universitaria*, vol. 6, no. 3: 1- 5.

Roselli, Humberto. 1968. *Historia de la psiquiatría en Colombia*. Bogotá: Ed. Horizontes.

Saleeby, C.W. 1904. "La cirugía moderna". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. XIII, no. 3, 4: 75-85.

Sánchez Corredera, Silverio. 2003. "Los conflictos entre ética, moral y política: Criterios para su negociación". *Cuadernos de Información y Comunicación*, vol. 8: 39- 60.

Serna de Londoño, Cecilia. 1984. *Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

SU SANTIDAD Pio XII y la medicina, *Orientaciones médicas*. Medellín: Tipografía Pérez y Estilo, 1956.

Uribe Ángel, Manuel. 1888. "La medicina en la zona tórrida". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. I, no. 4: 101-108.

Uribe Ángel, Manuel. 1889. "Higiene pública, epizootia, carbunco, ulceral malignas rebeldes". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. I, no. 2: 308-313.

Uribe Ángel, Manuel. 1889. "Higiene pública, una reforma conveniente". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. 1, no.12: 355- 363.

Uribe Ángel, Manuel. 1893. "Higiene privada". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. IV, no. 2: 331-340.

Uribe Ángel, Manuel. 1896. "La medicina en Antioquia". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. VIII, no. 1: 17-79.

Uribe Ángel, Manuel., Uribe, Francisco y Arango, Ramón. 1889. "Manicomio, informe de una comisión". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. II, no. 2: 69-71.

Uribe Ángel, Manuel., Uribe, Francisco y Pérez, Rafael. 1889. "Las caballerizas, informe de una comisión". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. II, no. 2: 355-361.

Uribe Mejía, F. A. 1888. "Higiene local". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, no. 4: 120-124.

Uribe Mejía, F. A. 1903. "Valor médico". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. XII, no. 1-2: 45-48.

Uribe, F. A y Londoño, J. B. 1907. "Aspiraciones y propósitos". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. XIV, no. 7 y 8: 123-124.

Uribe, Francisco. 1889. "Caos en la medicina". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. II, no. 1: 1-2.

Uribe, Francisco. 1889. "Cementerios, informe de una comisión". *Anales de la academia de Medicina de Medellín*, no. 5: 162-168.

Urriola, Ciro. 1891. "Riesgos de la cocaína". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. III, no. 9: 265-270.

Valle Montoya, Piedad del. 2010. *La medicalización de la justicia en Antioquia (1887- 1914)*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Varga, Andrew. 1984. *Bioética, principales problemas*. Cuarta Edición. Santafé de Bogotá: Ed. San Pablo.

Vidal, Maria del C. s.f. "Información sobre códigos deontológicos". *Revista de Bioética y Ciencias de la Salud*, vol 5, no. 4.

Villa, Teodomiro. 1908. "Informe del secretario". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. XIV, no. 12: 221-227.

Weber, Max. 2001. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Madrid: Alianza Editorial.

Zuleta, Eduardo. 1890. "Higiene Pública: de Junín a Palacé". *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, vol. III, no. 3: 69-71.