

ORO Y SALUD.
MEDICALIZACIÓN DE LA CLASE OBRERA EN
FRONTINO GOLD MINES* Y EN *SEGOVIA (ANTIOQUIA), 1934-1958

Presentada por:
Leidy Yohana Ossa Viana

Monografía de grado elaborada para optar al título de Historiadora

Asesor:
Mauricio Alejandro Gómez Gómez
Magíster en Historia



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTORIA
MEDELLÍN
2019

Contenido

Lista de tablas	4
Lista de gráficas	4
Lista de imágenes.....	4
Lista de mapas.....	4
Siglas y abreviaturas	5
Agradecimientos	6
Resumen.....	7
Abstract.....	7
Introducción	8
PRIMERA PARTE: La <i>mala vida</i> de los obreros en Segovia. Incursión de las medicinas estatal y urbana.....	26
<i>Nota introductoria: Higiene pública y órganos de control sanitario en Colombia a inicios del siglo XX</i>	27
Capítulo I: EL obrero puertas adentro: inmundicias de la vida hogareña.....	32
<i>Médicos en Segovia: incursión de la medicina social</i>	33
<i>Terapéuticas “del más allá” y renuencia a las prácticas higiénicas</i>	34
<i>Acueducto y alcantarillado: insuficiente presencia estatal</i>	42
<i>Casa, cama, mesa y sanitarios: la sucia vida interior</i>	45
<i>Casas arrendadas a la masa obrera: hacinamiento y pestilencia</i>	46
<i>La defectuosa alimentación del obrero</i>	50
<i>Letrinas y dispersión de enfermedades parasitarias</i>	54
Capítulo II: la calle y la noche: profilaxis social de obreros, ebrios y prostitutas	57
<i>Tiempo libre del obrero: legislación de esa idea de libertad</i>	62
<i>Embriaguez: entre el problema social y el lucro del tesoro público</i>	65
<i>Diversión, escándalo y criminalidad: los “bailes de negocio”</i>	69
<i>“La Cruzada”: infractores en tierra de nadie</i>	73
<i>Prostitución: mujeres de vida aireada y corrupción de varones</i>	77
<i>“Fundungo” y “Bataclán”: buscando el lugar ideal para los transgresores</i>	78

<i>Enfermedades venéreas: contagio, ostentación social y curación</i>	82
<i>SEGUNDA PARTE: El campamento de Frontino Gold Mines Salubridad obrera en un enclave económico</i>	88
<i>Nota introductoria: El enclave económico y la medicina obrera</i>	89
Capítulo III: Paternalismo, mineros higienizados y familia obrera coaccionada.....	94
<i>Cuarteles para obreros: disciplina del cuerpo y prácticas higiénicas</i>	97
<i>Campamento La Salada: obrero y familia hechos a la medida</i>	103
<i>Hospital La Salada: curación médico-científica del obrero</i>	110
<i>Escuela La Salada: instrucción y coerción infantil</i>	113
Capítulo IV: Obreros bajo tierra: perdiendo la fuerza y la juventud.....	118
<i>Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales</i>	119
<i>Peligros y suciedades del trabajo en los socavones</i>	124
<i>La máquina cansada: fatiga física y psicológica</i>	127
<i>'Astucia' obrera: autolesiones y accidentes simulados</i>	130
<i>Tres enfermedades profesionales en Frontino Gold Mines</i>	134
<i>Silicosis (polvo de sílice): afección propia de mineros</i>	134
<i>Tuberculosis (bacilo de Koch): infectarse por respirar</i>	137
<i>Anquilostomiasis: (Necator –parásito–): enfermedad de los túneles</i>	142
Conclusiones	146
Fuentes y bibliografía	150
Anexos	156
Anexo 1: Poblacional de Segovia en 1938, 1951 y 1964.....	156
Anexo 2: Actividades económicas de la población de Segovia	157
Anexo 3: Población de Segovia según su lugar de origen	158
Anexo 4: Producción de oro en Segovia y en Antioquia en onzas troy, 1937-1958.....	159

Lista de tablas

<i>Tabla N° 1:</i> Población de Segovia según género a mediados del siglo xx.....	12
<i>Tabla N° 2:</i> Población de Segovia según sector urbano y rural a mediados del siglo xx.....	13
<i>Tabla N° 3:</i> Un estudio de un médico oficial. Elaboración propia.....	24
<i>Tabla N° 4:</i> Seis Tesis de Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad de Antioquia...	24
<i>Tabla N° 5:</i> Internos en Hospital de Segovia por enfermedades venéreas (1938-1943).....	85

Lista de gráficas

<i>Gráfica N° 1:</i> Población del Municipio de Segovia a mediados del siglo xx.....	13
--	----

Lista de imágenes

<i>Imagen N° 1:</i> Parque del Municipio de Segovia a mediados del siglo xx.....	10
<i>Imagen N° 2:</i> Enfermo <i>Beriberi</i> , 6 de marzo de 1940.....	53
<i>Imagen N° 3:</i> <i>Friné o Trata de blancas</i> obra de la pintora antioqueña Débora Arango (1907-2005).....	26
<i>Imagen N° 4:</i> <i>Mínero muerto. Obra del pintor antioqueño Pedro Nel Gómez (1899-1984)</i> ...	88
<i>Imagen N° 5:</i> Radiografía de paciente con silicosis con infección.....	135

Lista de mapas

<i>Mapa N° 1:</i> Mapa del Municipio de Segovia.....	10
--	----

Siglas y abreviaturas

AHA	Archivo Histórico de Antioquia
FGM	Frontino Gold Mines Limited
SHM	Sala de Historia de la Medicina
AEA	Anuario Estadístico de Antioquia
DRAE	Diccionario de la Real Academia Española
f.	folio
ff.	folios
<i>op. cit.</i>	Obra citada
<i>Ibid.</i>	<i>Ibidem</i> (allí, en ese mismo lugar)
s/n	sin número de página
p.	página
t.	tomo
vol.	Volumen
GM	Fondo Gobierno Municipios
SPUdeA	Sala Patrimonial Universidad de Antioquia
DDH	Dirección Departamental de Higiene
depto.	Departamento
U de A	Universidad de Antioquia
DDT	Dicloro difenil tricloroetano
SEM	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria
Doc.	Documento
OMS	Organización Mundial de la Salud
Art.	Artículo
OGT	Oficina General del Trabajo
No.	Número
MAMM	Museo de Arte Moderno de Medellín.
MA	Museo de Antioquia.

Agradecimientos

Dedico este trabajo a Valeria y Carlos Madrid Ossa, mis amados y maravillosos hijos. Les agradezco la comprensión y el apoyo brindados durante este proceso, por los cientos de tintos que me ofrecieron en mis noches en vela, los muchos fines de semana que sacrificaron para que mi formación como historiadora llegara a un muy buen término.

Agradezco a mi madre, padre y hermanos por creer en mi capacidad para superar todos los obstáculos que se presentaron. A Duván Leandro Caro Quintero, porque con su fe en mí, su comprensión y acompañamiento, los grandes pesos de la vida se han hecho más livianos. A mi gran amigo Jorge García, por la confianza depositada en mí. Al profesor y amigo que muchos anhelan tener, Johan Esteban Zapata Colorado, por siempre estar pendiente de mi evolución académica y por compartir de forma particular sus conocimientos conmigo. Al historiador Alejandro López, quien fue mi mejor compañero de clases durante siete años, fueron muchas los días y las noches de conversación y trabajo, en las cuales soñábamos con estos momentos. A todos ellos mis reconocimientos.

Mi agradecimiento para los funcionarios del Archivo Histórico de Antioquia y de la Sala de Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia, por un amable servicio que propicia lugares ideales para la investigación. A los historiadores Oscar Gallo y Victoria Estrada, por compartir conmigo bibliografía que no se encontraba en Medellín, muchas gracias por su generosidad y compañerismo.

Expreso mi más sincera gratitud a mi asesor Mauricio Gómez Gómez, mi contacto más frecuente durante todo este tiempo, por su apoyo incondicional y desinteresado, por guiarme en este complicado camino y por tener la paciencia y el cariño suficientes para que una a una estas páginas se fueran uniendo para formar el trabajo de grado que habíamos pensado.

Resumen

Los protagonistas de esta monografía para optar al título de Historiadora son los obreros de las minas de oro del municipio de Segovia. El objetivo es estudiar intervenciones sanitarias estatales y empresariales sobre la vida del obrero, para mejorar su salud y así incrementar la productividad de la empresa de capital extranjero *Frontino Gold Mines* (FGM). Para el estudio de este grupo subalterno se emplean herramientas de historia social, prestando atención a las tensiones surgidas entre la implantación de la salubridad y las prácticas tradicionales antihigiénicas. La minería hasta ahora se ha estudiado con los métodos cuantitativos de la historia económica. En este trabajo la reflexión se centra en la vida cotidiana de esos mineros anónimos que no fueron vistos por la historia tradicional, por medio del estudio de la medicina social, es decir, el control de las condiciones sociales que impactan la salud y la enfermedad. La presencia de la minería industrial en Segovia representada en FGM, permite estudiar al obrero segoviano a través de tres formas de control sanitario propuestas por Michel Foucault en *Historia de la Medicalización*, la “medicina estatal”, la “medicina urbana” y la “medicina obrera”. Como resultado se aprecia que junto con las medidas de salubridad se implantan formas de control social y disciplinamiento del cuerpo del obrero (higiene, alimentación, sexualidad), su familia (hijos, ama de casa) y su desempeño laboral.

Palabras clave: Historia social, Medicina social, Minería antioqueña, Historia de la Medicalización.

Abstract

The protagonists of this monograph to qualify for the title of Historian are the workers of the gold mines of the municipality of Segovia. The objective is to study state and business health interventions on the life of the worker, to improve their health and thus increase the productivity of the foreign capital company Frontino Gold Mines (FGM). For the study of this subaltern group, tools of social history are used, paying attention to the tensions arising between the implementation of health and the traditional unhygienic practices. Mining has so far been studied with the quantitative methods of economic history. In this work the reflection focuses on the daily life of those anonymous miners who were not seen by traditional history, through the study of social medicine, that is, the control of social conditions that impact health and disease. The presence of industrial mining in Segovia represented in FGM, allows to study the Segovian workers through three forms of sanitary control proposed by Michel Foucault in *History of Medicalization*, "state medicine", "urban medicine" and "medicine" worker. “As a result, it is seen that together with the health measures, forms of social control and discipline of the worker's body (hygiene, food, sexuality), his family (children, housewife) and his work performance are implanted.

Key words: Social History, Social Medicine, Antioquia Mining, History of Medicalization.

Introducción

¡Pobre viejo, te echan porque ya no sirves! Lo mismo nos pasa a todos. Allí abajo no se hace distinción entre el hombre i la bestia. Agotadas las fuerzas la mina nos arroja como la araña arroja fuera de su tela el cuerpo exangüe de la mosca que le sirvió de alimento! ¡Camaradas, este bruto es la imájen de nuestra vida. Como él callamos, sufriendo resignado nuestro destino! I, sin embargo, nuestra fuerza i poder son tan inmensos que nada bajo el sol resistiría su empuje¹.

Baldomero Lillo, *Subterra* (Fragmento).

Los protagonistas de este trabajo de grado son los obreros de las minas de oro del municipio de Segovia. Hasta el momento los estudios sobre minería han seguido los métodos cuantitativos de la historia económica. En esta ocasión, la reflexión se centra en un grupo social que ejercía diversas labores en la compañía de capital extranjero *Frontino Gold Mines* a través del estudio de la medicina social, es decir, de las condiciones sociales y económicas que afectaban la salud del obrero. Además del oficio de minero, los obreros se desempeñaban como afiladores, albañiles, bomberos, camineros, carpinteros, celadores, choferes, compresoristas, electricistas, elevadores, entubadores, fundidores, herramenteros, herreros, machineros, maquinistas, mecánicos, motoristas, operarios, plomeros, ripieros, sobrestantes, soldadores, taqueros, torneros y vigilantes; es decir, labores de extracción del mineral en el socavón y trabajos de superficie.

Para el estudiar el obrero minero segoviano nos hemos servido de las herramientas de la historia social, entendida como la historia de los pobres o de las clases bajas, en este caso el sujeto de estudio se compone de un grupo subalterno cuyo instrumento de trabajo es su fuerza y destreza corporal puesta al servicio de una empresa capitalista dedicada a la extracción de oro del subsuelo del nordeste antioqueño. De acuerdo con la definición de **obrero** aportada

¹ Baldomero Lillo, “Los inválidos”, En: *Subterra. Cuadros mineros*. (Santiago de Chile: Imprenta Moderna, 1904) 7-8.

por Mauricio Archila, este grupo social lo integran “aquellos trabajadores, del campo o la ciudad, que laboran directamente los medios de producción y que dependen básicamente de un salario para reproducirse. En esta definición caben desde los asalariados de los talleres artesanales [...], hasta los jornaleros agrícolas, pasando por manufactureros, los de los medios de transporte y de la minería”².

El objetivo de esta investigación es analizar las intervenciones (estatales y empresariales) de tipo médico sobre el cuerpo del obrero, encaminadas a mejorar su salud y a incrementar la productividad de la empresa minera. Este proceso, entendido como “medicalización” consiste en convertir situaciones cotidianas en cuadros patológicos, los cuales resuelven, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales³.

Para ello se estudiará el establecimiento de políticas de medicalización y salubridad en Segovia entre las décadas de 1930 y 1950. Una característica común de los pueblos mineros es que la economía y las sociabilidades giran en torno a la explotación minera. En este caso nos ocuparemos de las prácticas de medicalización sobre los diversos aspectos de la vida del obrero minero, entre ellos, el saneamiento sus condiciones de vida familiar, la profilaxis social dedicada a controlar sus diversiones públicas y tiempo libre dedicado al alcoholismo y a la prostitución; así como el tratamiento y prevención de enfermedades ocasionadas por su desempeño laboral. De esta forma, por medio de la implantación de políticas de salud pública y salubridad de las condiciones del entorno y la higienización de las actividades diarias del obrero, se ejercen sobre la clase obrera diversas formas de disciplinamiento y de control social sobre su vida cotidiana, incluyendo su tiempo de trabajo, tiempo de descanso y tiempo de diversión.

² Mauricio Archila, *Cultura e identidad obrera: Colombia 1910-1945* (Bogotá: CINEP, 1992) 17.

³ Ramón Orueta Sánchez y otros, “Medicalización de la vida (I)”, En: *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4. 2 (2011): 150. (150-161).

De Tierradentro a Segovia: geografía y algo de historia local

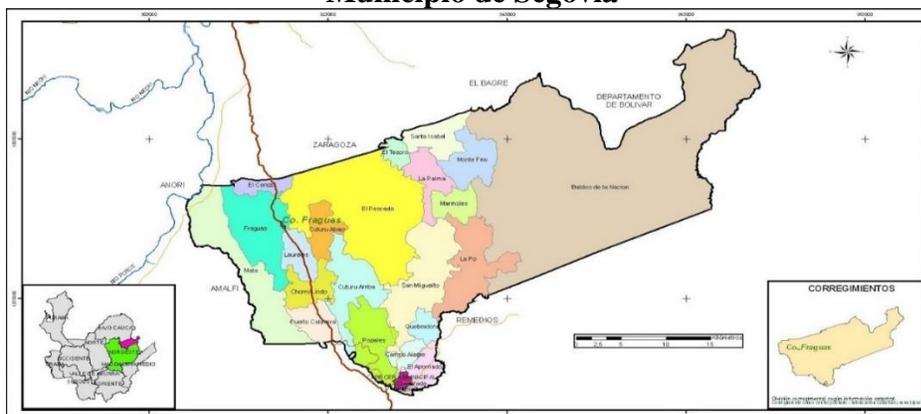
Imagen N° 1.
Parque del Municipio de Segovia a mediados del siglo XX



Fuente: <http://conozcamos-a-segovia.blogspot.com/2009/07/historia-de-segovia.html>.
Consultado el 3 de enero de 2019.

El municipio de Segovia, ubicado en el nordeste del departamento de Antioquia, tiene una extensión de 1.231 km², está asentado en las estribaciones de la cordillera central de los Andes, a 227 kilómetros de distancia de Medellín. Cuenta con una altura de 650 metros sobre el nivel del mar, con temperatura media de 28°C. Limita por el norte con los municipios de Zaragoza y El Bagre, al oriente con el departamento de Bolívar, por el occidente con los municipios de Amalfi y Anorí, y por el sur con el municipio de Remedios.

Mapa N° 1.
Municipio de Segovia



Fuente: <http://conozcamos-a-segovia.blogspot.com/2009/07/historia-de-segovia.html>.
Consultado el 3 de enero de 2019.

Lo que hoy conocemos como Segovia pertenecía al territorio de Remedios. El origen de Segovia, como unidad administrativa autónoma, data de la segunda mitad del siglo XIX. En la década de 1840 comenzó una migración de mineros al territorio conocido como “Tierradentro”. En poco tiempo ya existían las minas Bolivia, La Gonzala, Vera, Cogote, La Reina, La Hondura, Cristales y Segovia. Más adelante se abrieron las minas La Salada y El Silencio. Para entonces ya se había poblado un caserío. Por decreto del 24 de agosto de 1865, el gobernador del Estado Soberano de Antioquia, Pedro Justo Berrío, lo denominó como la fracción de Tierradentro con inspector de policía, bajo la jurisdicción del Distrito de Remedios, allí se establecieron varias empresas mineras, algunas con capital extranjero, lo cual influyó en su crecimiento demográfico⁴. La consolidación de una industria extractiva aurífera y el empeño de algunos de sus residentes, propició que el 3 de junio 1885, Tierradentro fuera elevado a Municipio, con el nombre de Segovia⁵.

Como apreciamos, la instauración de las empresas mineras fue previa a la consolidación de Segovia como municipio. En cuanto a los orígenes de *Frontino Gold Mines*, estos se encuentran en las propiedades mineras que los acaudalados comerciantes de Rionegro, Mamerto García Montoya y su padre Sinforoso García Salgar, tenían en Antioquia, entre ellas en Frontino y Remedios. En este último municipio poseían las minas Nemeñeme o Bolivia y Juan Criollo, así como propiedades territoriales en el río Pocuné, junto con los minerales del cerro de Frontino. Los García en 1852 vendieron estas propiedades a una compañía inglesa denominada *Mariquita y Nueva Granada*⁶. Esta empresa cambió su razón social en 1866, pasando a llamarse *The Frontino and Bolivia (South American) Gold Mining Company Limited*. La compañía extranjera al adquirir este extenso territorio aledaño a Tierradentro (futura Segovia), impulsó el desarrollo del caserío⁷.

⁴ <http://conozcamos-a-segovia.blogspot.com/2009/07/historia-de-segovia.html>. Consultado el 3 de enero de 2019.

⁵ Orlando Calderón, “Apuntes sobre el siglo XIX para una monografía del distrito de Segovia”, Tesis de grado Sociólogo (Medellín: Universidad de Antioquia, 1994) 80.

⁶ Leidy Diana Uribe Betancur, “El comercio en los epistolarios del siglo XIX. Acercamiento al Archivo de Mamerto García Montoya, 1843-1847”, En: *Historiolo. Revista de Historia Regional y Local* 11. 21 (2019): 371. (350-388)

⁷ Jairo Eusebio Merino Montoya, “The Frontino and Bolivia (South America) Gold Mining Company Limited (1884-1904)”, Tesis de grado Economista (Medellín: Universidad de Antioquia, 1984) 1.

En 1911 la empresa tuvo una reestructuración y fueron abandonadas varias minas. En 1920 se formó una empresa subsidiaria con el nombre de *The Marmajito Mines Limited*, para reanudar labores en esta antigua mina. En enero de 1931 *The Marmajito Mines Limited* y *The Frontino & Bolivia (South América) Gold Mining Company Limited*, se fusionaron y conformaron una nueva compañía denominada *Frontino Gold Mines Limited*. Durante la vida de esta compañía se explotó una gran cantidad de minas, de las cuales “El Silencio” fue la más importante desde su apertura en el año 1864⁸.

Durante el período de estudio de este trabajo, la población de Segovia estuvo en constante aumento, a pesar de que se vivía en una migración permanente de personas que llegaban y salían junto con las fluctuaciones de las bonanzas mineras y las posibilidades de ganarse la vida en otra región, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla N° 1.
Población de Segovia según género a mediados del siglo XX

Habitantes	1938	%	1951	%	1964	%
Hombres	4.112	59,21	3.591	50,01	5.137	49,26
Mujeres	2.833	40,79	3.590	49,99	5.291	50,74
Total	6.945	100	7181	100	10.428	100

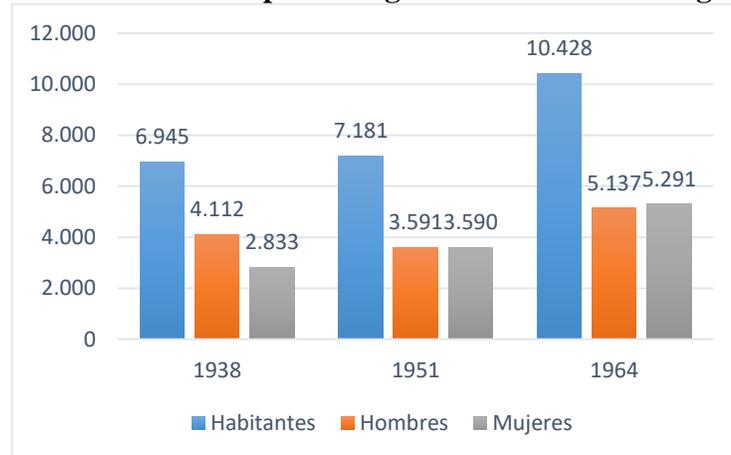
Fuente: *Censos de Antioquia*. 1938, 1951 y 1964.

Los cambios poblacionales, según se muestra en la tabla N° 1, se condicen con las características de las poblaciones mineras. En 1938, el censo indica que una gran parte de los habitantes de Segovia eran hombres (según el Anexo 1 se trataba de varones en edades productivas), algo acorde con el tipo de poblamiento del municipio, relacionado con la atracción que ejerce la minería sobre hombres aventureros o desligados de sus lugares de nacimiento, para buscar fortuna o para huir de problemas legales. En los censos de 1951 y 1964, los géneros se equipararon, lo que puede deberse a un establecimiento de familias o al

⁸ Liemann G. Pablo, “Monografía de la mina “El Silencio” de la Compañía minera *Frontino Gold Mines Ltd*. Con especial referencia a su ventilación”, Tesis de grado Ingeniero (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 1963).

resultado de las acciones estatales y empresariales por lograr la estabilidad de la población y asegurar la mano de obra en las minas. Dichos datos se pueden ver en la gráfica N° 1.

Gráfica N° 1.
Población del Municipio de Segovia a mediados del siglo XX



Fuente: Censos de Antioquia. 1938, 1951 y 1964.

También sucedió durante el tiempo estudiado un cambio en la distribución poblacional de Segovia entre el campo y el caso urbano (Tabla N° 2). Pasando en 1938 de ser una población sobre todo rural (71,59%), para llegar pocos años después en 1964 a tener la mayor parte de los habitantes viviendo en la cabecera del municipio (88,55%). Un cambio acorde con las necesidades del trabajo minero, con lo cual el obrero ahorraría tiempo para desplazarse de su casa al lugar de trabajo, sin dedicarse a otras labores como las agrícolas o ganaderas.

Tabla N° 2.
Población de Segovia según sector urbano y rural a mediados del siglo XX

Habitantes	1938	%	1951	%	1964	%
Población urbana	1.973	28,41	4.680	65,17	9.234	88,55
Población rural	4.972	71,59	2.501	34,83	1.194	11,45
Total	6.945	100	7.181	100	104.28	100

Fuente: Censos de Antioquia. 1938, 1951 y 1964.

Tenemos que la empresa minera logra, en la primera mitad del siglo xx, su consolidación como base de la economía de Segovia, determinando los aspectos culturales y sociales de una población, en su gran mayoría, con hábitos de vida y de consumo urbanos.

Marco Teórico: conceptualización de la Medicina Social

Mediante la “medicalización” se asegura la absorción de la esfera de lo social dentro de la jurisdicción del tratamiento médico. Dicho proceso favorece el dominio de las conductas individuales y de grupo. Por tanto, la socialización de la medicina opera como una eficiente “tecnología” interventora de la sociedad⁹.

Este concepto se origina del estudio de la historia europea de los siglos XVIII y XIX, cuando se revela que las transformaciones económicas y sociales surgidas de la economía de capital crearon flujos migratorios que ponían en peligro las formas de vida tradicionales, produciendo circunstancias de hacinamiento y amenazas sanitarias, percibidas como factores contraproducentes para el funcionamiento de la sociedad urbana¹⁰.

Según Michel Foucault, aunque la medicina occidental no estaba interesada en sus inicios en el cuerpo del proletario, sufrió un proceso de transformación que llevó, a que a partir de la segunda mitad del siglo XIX, a que el cuerpo, la salud y la fuerza productiva se plantearan como problemas. Para explicar este proceso, el autor plantea tres escenarios: la medicina de Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral¹¹. Foucault explica estos tres tipos de medicina tomando como modelo tres estados europeos, en donde cada una fue más característica (Alemania, Francia e Inglaterra). Estos procesos serían la base de la medicina social, es decir, la dedicada a estudiar los factores sociales que afectan las cuestiones médicas, que no solo se enfoca en la enfermedad, sino en la búsqueda del bienestar, equilibrio y la calidad de vida del obrero¹².

⁹ Nicolás Fuster Sánchez y Pedro Moscoso-Flores, “«Poder» en la época de la población. Foucault y la medicalización de la ciudad moderna”, En: *Athenea Digital* 16.3 (2016): 207.

¹⁰ Fuster y Moscoso, Poder ..., 208.

¹¹ Michel Foucault, “Historia de la medicalización”, En: *Educación Médica y Salud* 11. 1 (1977): 6.

¹² Gonzalo Piédrola Gil y otros, *Higiene, Medicina preventiva y social* Vol 1 (Madrid: s. d. 1963) 22-25.

En Alemania surgió la *Medicina de Estado*, en un momento en el que el conocimiento médico se empleaba como herramienta para alcanzar el equilibrio. Se pasaba del uso de la fuerza sobre la población para imponer el orden, a una nueva forma en la que el Estado ejercía coerción. En la Alemania fragmentada y heterogénea del siglo XIX, la medicina favoreció los ideales unificadores del Estado, para ello se desarrolló un sistema de observación de morbilidad, natalidad, mortalidad. Se dio la normalización del saber médico y la enseñanza de la medicina. Con todo ello, la administración de la salud estaba bajo el control estatal, que se ocupaba “del cuerpo de los individuos que en su conjunto constituían el Estado”¹³.

En Francia se puede estudiar la incursión de la *Medicina Urbana*. Este tipo de medicina se origina por el carácter heterogéneo de las ciudades y la necesidad de constituir las como unidad, es decir, “unificar el poder urbano” en lo económico y lo político. Las ciudades europeas eran grandes conglomerados comerciales, en donde se había ido conformando una gran concentración de pobres, “proletarios”, cuya forma de vida era marcada por la violencia, el hacinamiento y la enfermedad. Frente a ellos existía un pequeño grupo de ricos, que vivían marcados por lo que Foucault denominó el “temor urbano”, una preocupación político-sanitaria que crecía junto con el desordenado engranaje urbano¹⁴.

En este tipo de medicina, la masa poblacional se concibe como un problema político, económico y sanitario que obliga al desarrollo de técnicas e instrumentos de control propios de una Medicina Social. Para entonces se retoma el método de la cuarentena. Mediante la “higiene pública” se buscaba el control de los hacinamientos y aglomeraciones para combatir los contagios. Para ello debía controlarse la circulación del agua y del aire, redistribuir el espacio y los lugares comunes en la ciudad, como las fuentes, las bombas y los lavaderos¹⁵.

En el país más industrializado de Europa, Foucault analiza la *Medicina Obrera*. En Inglaterra se conformó una importante clase proletaria que dio origen a una nueva medicina social: “la

¹³ Foucault, Historia de la medicalización, 10.

¹⁴ Foucault, Historia de la medicalización, 13

¹⁵ Foucault, Historia de la medicalización, 14-17.

medicina del necesitado”. Aquella encargada del control médico del pobre, es decir, la intervención sobre los cuerpos de los más necesitados. De esta forma, tomó fuerza el paternalismo de los más adinerados o los dueños de los medios de producción con respecto al proletariado que laboraba en las fábricas. Una primera etapa de este proyecto estableció “un cordón sanitario autoritario” que separaba ricos de pobres. En una segunda etapa se pusieron en práctica formas más directas de control sobre el proletariado, entre ellas la inmunización, la declaración obligatoria de enfermedades peligrosas, la detección de lugares insalubres y la eliminación de forma temprana de los focos infecciosos¹⁶.

El control médico inglés, vinculó la medicina de Estado, la medicina urbana y puso en evidencia la utilidad, rentabilidad y maleabilidad del cuerpo del trabajador. La medicina obrera sostenía que las clases más necesitadas debían ser atendidas, con la intención de mantenerlas en un óptimo estado de salud, lo cual se vería representado en una mayor productividad en el trabajo y serían menos peligrosas para las clases altas¹⁷.

El obrero de Segovia es un sujeto de estudio pertinente para estudiar los tres tipos de medicina propuestos por Michel Foucault en la *Historia de la Medicalización*, debido a que en este municipio minero confluye el mundo urbano donde habitaban los mineros, el cual estaría sujeto a la medicina estatal y la urbana; y, por otra parte la empresa minera allí establecida, con una fuerte inversión de capital extranjero, que ejercería sobre el minero diversas formas de control por medio de la medicina obrera.

¹⁶ Foucault, *Historia de la medicalización*, 20-22.

¹⁷ Fuster y Moscoso, *Poder...*, 208.

Balance Historiográfico: la salud en ámbitos mineros de Hispanoamérica

Como trabajos precursores de esta investigación tomaremos en cuenta los estudios históricos realizados sobre aspectos de la salud humana en ámbitos mineros en España y América Latina. Un campo de reciente historiografía, como se aprecia en los textos aquí analizados.

En 1999 los historiadores españoles Juan José Martínez y Adela Tarifa Fernández, publicaron el libro lleva por título: *Medicina Social, demografía y enfermedad en la minería giennense contemporánea. El Centenillo: 1925-1964*. En donde se estudian las condiciones de salubridad de los obreros de una empresa minera con capital inglés, ubicado en “El Centenillo” un pueblo la provincia de Jaén en Andalucía¹⁸.

Los autores estudiaron los aspectos socio-sanitarios y epidemiológicos en esta comunidad que se ocupaba de la extracción de plomo (Pb). El objetivo de Martínez y Tarifa, tras una exhaustiva investigación, que cuenta con una amplia cuantificación de aspectos de la salud y un completo recorrido por la historia de la medicina social en España, fue comprender el contexto socio-sanitario e higiénico en El centenillo y analizar la realidad de los hogares de la clase obrera.

Los principales conceptos empleados son “Medicina social” y “Medicina preventiva”. Según los autores, la formación de la “Medicina Social” fue una consecuencia de la aparición del proletariado (acorde con Foucault). El resultado de la industrialización del siglo XIX fue el alto precio pagado por los campesinos migrantes que sufrieron en la minería por el trabajo agotador y la pobreza. El “campesino” convertido en “obrero” dependía para sobrevivir de los bajos jornales devengados, de la caridad y de la beneficencia. Los abusos patronales y la miseria de la clase obrera influyeron en que el Estado interviniera para regular los abusos y reivindicar a los más pobres.

¹⁸ Juan José Martínez y Adela Tarifa, *Medicina Social, demografía y enfermedad en la minería giennense contemporánea. El Centenillo: 1925-1964* (Jaén: Instituto de Estudios Gienenses, 1999).

La medicina social en este trabajo, es entendida como la que propendía por que el ciudadano productivo disfrutara de derechos. Olvidando las antiguas nociones de caridad cristiana y de beneficencia, para insertar a los menos favorecidos en la idea de la “justicia social”. De esta forma, la atención del enfermo dejaba de ser un acto benéfico para convertirse en una acción justa. En este tipo de medicina las patologías tienen un origen social, así como consecuencias sociales. Esto significa que las enfermedades no siempre empezaban y acababan en el ámbito médico, con frecuencia eran necesarios otros servicios como la higiene y la prevención. Por ello la sociedad debía responsabilizarse de la solución.

El historiador español Alfredo Menéndez Navarro, publicó en 1991 el artículo titulado: “Un trabajo médico sobre las condiciones de vida y trabajo de los mineros de Almadén en la segunda mitad del siglo XVIII: el prólogo del Catastrofe morboso de las Minas Mercuriales de la Villa de Almadén del Azogue (1778) de José Parés y Franqués (+1798)”, el cual estudia la medicina laboral y las condiciones de vida y trabajo de los obreros en las minas de mercurio españolas. Menéndez analiza las condiciones médico-sanitarias de los obreros y las enfermedades originadas por la extracción del mercurio o azogue (Hg). Por tanto, el artículo se centra en los riesgos profesionales y patologías causadas por el contacto con el mercurio. Para ello, se le da protagonismo a la fuente médica, analizando experiencias y registros médicos, en los cuales se hacía una descripción detallada de las enfermedades que padecían los mineros¹⁹.

El mismo autor publicó en 2010 el libro titulado: *Hospitales de empresa. Los primeros pasos de la medicina del trabajo. Trabajo y salud: desde la protección a la prevención*. Desde una perspectiva legislativa, Menéndez Navarro estudió el desarrollo de las políticas estatales que ayudaron a consolidar una nueva especialidad médica: la medicina de accidentes, que no es otra cosa que nuevos conocimientos clínicos, industriales y legales que convierten al médico en un poderoso guía de la justicia. Entre los hitos de esta historia el autor destaca la creación

¹⁹ Alfredo Menéndez Navarro, “Un trabajo médico sobre las condiciones de vida y trabajo de los mineros de Almadén en la segunda mitad del siglo XVIII: el prólogo del Catastrofe morboso de las Minas Mercuriales de la Villa de Almadén del Azogue (1778) de José Parés y Franqués (+1798)”, En: *DYNAMIS. Acta Hispánica ad Medicinae scinetiarumque Historiam Illustradam*. 1.11 (1999): 147-196.

del primer hospital para trabajadores con carácter estatal, se trata del *Real Hospital de mineros de Almadén*, que atendía mineros accidentados o intoxicados con mercurio. Inicialmente esta institución contó con un carácter asistencial y benéfico. Más adelante, con la incursión en España de la medicina laboral, de carácter proteccionista, propiciada por la legislación de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se impulsó el desarrollo en la infraestructura de hospitales para trabajadores en los diferentes sectores productivos del país -servicios, minero, textil, siderúrgico, transportes- El autor resalta el papel desempeñado por los hospitales en el mundo laboral “como aquel lugar en donde se relacionaban médicos y enfermos con el único fin de recuperar la mano de obra productiva”²⁰.

Un tercer trabajo de Navarro sobre la vida de los trabajadores en esta mina, fue publicado en 2012. Se trata del artículo “Trabajo, enfermedad y asistencia en las minas de Almadén (Ciudad Real) siglos XVI-XX”, el cual analiza las ideas utilitaristas de los patronos al momento de incorporar en las políticas empresariales de Almadén la asistencia médica. La asistencia surgió como respuesta a los riesgos sufridos por los mineros al extraer el mercurio, pues consiste en un elemento altamente contaminante y perjudicial para la salud humana, por tanto, el servicio médico tenía fin preservar la integridad obrera la consecución de objetivos de productividad. En una segunda parte del artículo, Navarro se centra en el papel de la ciencia médica como mediadora en los conflictos acarreados por las enfermedades profesionales en las sociedades minero-industriales²¹.

Para México tenemos el artículo de la historiadora Anagricel Camacho Bueno, titulado: “El trabajo mata: Los mineros metalúrgicos y sus enfermedades en el primer congreso nacional de higiene y medicina del trabajo, México, 1937”, publicado en 2016, en el cual se exponen los debates que se presentaron en México entre empresarios, médicos y sindicatos de trabajadores, durante el primer congreso nacional de higiene y medicina del trabajo. El

²⁰Alfredo Menéndez Navarro, *Hospitales de empresa. Los primeros pasos de la medicina del trabajo*. Trabajo y salud: desde la protección a la prevención, (Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Fundación Francisco Largo Caballero, Mutua Fraternidad-Muprespa, 2010) 328-345.

²¹ Alfredo Menéndez Navarro, “Trabajo, enfermedad y asistencia en las minas de Almadén (Ciudad Real) siglos XVI-XX”, En: *De Re Metallica* 19.12 (2012): 95-102.

estudio se concentró en las labores y enfermedades padecidas por los mineros metalúrgicos de país. Dicho congreso sirvió como escenario en donde se debatieron las condiciones insalubres de trabajo de la mayoría de los mineros metalúrgicos; la insuficiente atención médica para detección y tratamiento de afecciones como la silicosis, antracosis, tuberculosis, enfermedades de la piel o envenenamientos. Unido a ello la vida de los obreros se caracterizaba por los excesos que incrementaban la posibilidad de adquirir dichos padecimientos (alcoholismo, tabaquismo y mala alimentación). Por último, el congreso fomentó la profilaxis como una forma de prevención más eficaz que la curación²².

En Chile, país eminentemente minero, el historiador Nicolás Fuster Sánchez en su libro de 2013 *El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*, conceptualiza el cuerpo del obrero de la minería del cobre (Cu) como una realidad de la biopolítica. Según Fuster, la vinculación entre las clases dominantes, las elites científicas y el Estado chileno, promovió una cruzada civilizatoria que propiciaba la creación de una ética privada de buena salud. El propósito era fomentar una nueva moral del cuerpo mediante la cual se conducirían las conductas de la clase obrera hacia la organización, logrando interiorizar en ella los hábitos necesarios para la ejecución adecuada de los procesos en el trabajo. Mediante esta intervención de la clase obrera se lograría el orden en las ciudades, en una época que reinaba una sociedad caótica. En el capítulo IV de su libro: “Medicina para la fuerza del trabajo: medicalización para la ilustración del proletariado chileno”, Fuster aclara cómo la medicina termina por desplazar la asistencia benéfica y filantrópica, para solaparse con el proceso de producción capitalista, en el ámbito político chileno se replantean las condiciones de abandono a las que se encontraban expuestos los pobres y la relación que tenían las condiciones de vida con la salud de la fuerza de trabajo. Entonces el saber médico se convierte en un medio eficaz para el control de los procesos biológicos inherentes a la población trabajadora²³.

²² Anagricel Camacho Bueno, “El trabajo mata: Los mineros metalúrgicos y sus enfermedades en el primer congreso nacional de higiene y medicina del trabajo, México, 1937”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 7 (2016): 152-171.

²³ Nicolás Fuster, *El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile* (Santiago: Ceibo, 2013).

En el contexto de Brasil, la producción historiográfica aquí trabajada, se centra en las poblaciones dedicadas a la extracción del carbón en el estado de Santa Catarina en el sur del país en diversos aspectos sociales. Reseñamos aquí los capítulos dedicados a la medicina social y salubridad de las poblaciones mineras.

La historiadora Bruna Spillere Barchiski en el capítulo “A mortalidade infantil na capitania nacional do carvão: memoria, representacao e acoes profiláctloicas, 1940-1960”, parte del libro *Memória e cultura do carvão em Santa Catrina*, editado por Alcides Goularti Filho y publicado en 2004. Spillere dedica su atención a la población de Criciuma al sur del Estado de Santa Catarina, en un periodo en el cual el proceso civilizador buscaba modificar los antiguos hábitos de las familias que trabajan en las minas de carbón. Los rumores de progreso que se desataron en la región a mediados de la década de 1930 jalonaron una migración masiva de personas, pero la población no estaba preparada para asimilar ese incremento demográfico, lo que acarreó a graves problemas sanitarios y de salud pública. El hacinamiento, la carencia de electricidad, de saneamiento, de agua potable y de asistencia médica, produjeron una gran crisis sanitaria en la ciudad, que afectó especialmente a los niños, pues la mortalidad infantil era muy elevada para la época²⁴.

Tales circunstancias, obligaron a que los gobiernos, a partir de la década de 1940, promovieran políticas higiénicas y educativas, procurando preservar la salud de la población trabajadora. De esta forma, se diseñó una estructura médica curativa y preventiva por medio de la intervención estatal. Además los empresarios fueron obligados a crear sistemas asistenciales para la atención de la masa trabajadora, con el fin de que estos impulsaran el movimiento civilizador brasileño. Del texto de Spillere se concluye que, al igual que en el resto de Hispanoamérica las políticas de salud pública en el siglo XX tuvieron como fin la construcción de familias operarias sanas y difundir el disciplinamiento de los hábitos y de las costumbres en las familias mineras.

²⁴ Bruna Spillere Barchiski, “A mortalidade infantil na capitania nacional do carvão: memoria, representacao e acoes profilácticas, 1940-1960”, *En: Memória e cultura do carvão em Santa Catrina* (Florianopolis: Cidade Futura, 2004).

Del libro de 2002 del historiador brasileño Carlos Renato Carola sobre las obreras de las minas de carbón en Santa Catarina, titulado: *Dos subterraneos de historia. As trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina 1937-1964*, nos interesa reseñar dos capítulos que abordan directamente el tema de la asistencia médica en las comunidades mineras. En el capítulo “Parteiras, curandeiras e bezendeiras durante 1940-1950”, el autor describe el enfrentamiento que se dio entre los saberes populares de mujeres parteras o curanderas, médicos teguas y dentistas prácticos, los cuales tradicionalmente habían desempeñado las funciones médicas, especialmente dentro del grupo de obreras de la región y el conocimiento médico-científico, que finalmente terminó imponiendo su hegemonía sobre el tradicional mercado de la medicina. De igual manera, en el capítulo “A mortalidade infantil” el autor se acerca a la atención médica tradicional como un grave problema, el cual, junto con las deficientes condiciones sanitarias de la región, obligó a que las instituciones estatales hicieran su la intervención, para ello se echó mano del modelo de medicina social de carácter profiláctico y preventivo, por lo cual se hizo énfasis en educar a la población y especialmente a las mujeres²⁵.

Por último, en cuanto a Colombia, la historiografía sobre la salud en localidades mineras es escasa, pese a la diversidad de explotaciones mineras que existen a lo largo y ancho del país. Para este análisis contamos con dos textos, uno sobre la salud en la conocida mina de oro (Au) antioqueña de El Zancudo y otro sobre la legislación de la silicosis en la minería colombiana. El historiador Óscar Fernando Gallo Vélez realizó en 2010 una tesis de maestría en historia titulada: “Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña. El caso de la empresa minera el Zancudo 1865-1948”, en donde determinó las formas de medicina, los modelos de atención médica, de intervención sanitaria y la protección de los trabajadores en la población de Titiribí. El trabajo de Gallo en esta localidad del suroeste antioqueño señaló las permanencias y cambios con respecto a la salubridad, atendiendo temas como condiciones sanitarias e higiénicas, enfermedades emergentes, enfermedades dominantes, enfermedades profesionales y mano de obra dispersa

²⁵ Carlos Renato Carola, “Parteiras, curandeiras e bezendeiras” durante 1940-1950” y “A mortalidade infantil”, *En: Dos subterraneos de historia. As trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina 1937-1964* (Florianópolis: UFSC, 2002).

en la relación salud/obrero²⁶. En cuanto al tema jurídico de las enfermedades laborales de los mineros, Óscar Gallo y Jorge Márquez publicaron en 2011 el artículo: “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia 1910-1960”. En esta investigación, los autores exponen el difícil proceso que abarcó gran parte del siglo XX e involucró médicos, ingenieros y abogados, para lograr un consenso en la catalogación de la silicosis como enfermedad laboral en Colombia²⁷.

Los anteriores trabajos dan cuenta de la marginalidad de las explotaciones mineras en los países latinoamericanos (y aun en España), pues pese a ser lugares de donde se extraen grandes riquezas y atraen migraciones por el espejismo de una mejor vida, sus poblaciones viven en condiciones precarias de salud, en donde conviven las formas tradicionales de curación con la insuficiente atención médico-científica.

Las fuentes trabajadas y la disposición de la monografía

La principal fuente primaria para esta investigación se encuentra en la Sala de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Se trata de trabajos de grado de estudiantes de medicina para optar al título de “Doctor en Medicina y Cirugía”, realizados en la primera mitad del siglo XX. La mayoría de ellos elegían hacer una monografía sobre un municipio antioqueño, quizás en donde realizaban su año rural.

Estos trabajos son verdaderos estudios sociológicos, pues los médicos integraban el análisis de las enfermedades que prevalecían en la región con las condiciones geográficas, climáticas, laborales y sociales, con lo cual proponían soluciones para mejorar la salubridad de la localidad. Es posible que para la época los médicos hubieran tenido un interés especial en Segovia, pues el número de estas tesis es mayor que en otros pueblos de Antioquia. Tenemos que entre 1934 y 1958 se realizaron seis tesis y un estudio médico social realizado por el

²⁶ Oscar Gallo Vélez, “Modelos Sanitarios, prácticas Médicas y movimiento sindical en la minería Antioqueña”, Tesis Magíster en Historia (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2010).

²⁷ Óscar Gallo y Jorge Márquez, “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia 1910-1960”, En: *Salud Colectiva* 7. 1 (2011): 35-51.

médico oficial del Bajo Cauca. Esta fuente aporta gran riqueza de información para el estudio de la medicina social en las tres décadas señaladas.

Tabla N°3.

Un estudio de un médico oficial:

Año	Médico	Título del estudio	Publicación
1934	Julio A. Tobón Betancourt	“Estudio médico social sobre el municipio de Segovia y la Frontino Gold Mines por el médico del Bajo Cauca en comisión especial”.	<i>Anales de la academia de medicina</i> 2. 25-26 (1934): 1.036-1.126.

Fuente: *Un estudio de un médico oficial. Elaboración propia*

Tabla N°4.

Seis Tesis de Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad de Antioquia:

Año	Médico	Título de la tesis
1938	Justo Montoya D.	“Introducción al estudio de la patología del municipio de Segovia Depto. de Antioquia”.
1941	Guillermo. Soto L.	“Silicosis. Los problemas de la patología pulmonar entre los mineros”.
1941	Jorge Zapata Jaramillo	“Contribución al estudio de la patología regional de Segovia (Antioquia)”.
1954	Miguel A. Zapata L.	“Tuberculosis pulmonar y silicosis en el Municipio de Segovia (Antioquia)”.
1956	Emilio Jaramillo García	“Algunas consideraciones médico sociales sobre el municipio de Segovia”.
1958	Marco A. Arango Rico	“Estudio higiénico social del Municipio de Segovia (Antioquia)”.

Fuente: *Seis Tesis de Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad de Antioquia. Elaboración propia*

Esta información se complementó con la consulta del *Fondo Gobierno Municipios* del Archivo Histórico de Antioquia, el cual contiene correspondencia oficial entre los municipios de Antioquia y el gobernador del departamento. Aquí se pudieron rastrear las políticas oficiales en cuanto a la salud e higiene públicas y las formas de control social policías sobre el alcoholismo y la prostitución en Segovia.

Otro tipo de fuentes oficiales como el *Anuario Estadístico de Antioquia* y los *Censos de Antioquia* de 1938, 1951 y 1964, brindaron datos cuantificables como la población, actividades económicas y migración (Ver anexos 1, 2 y 3); la lucha antivenérea, las enfermedades más comunes en el municipio, el consumo de licores y la producción aurífera de Segovia (Ver anexo 4).

Las fuentes periódicas oficiales como la *Gaceta Departamental de Antioquia* y el *Diario Oficial* y otras publicaciones gubernamentales como los códigos de policía, permitieron establecer un marco legal en cuanto a la implantación de la medicina de Estado en Colombia, el control del alcoholismo y las reivindicaciones laborales de los obreros.

Las fuentes consultadas permitieron analizar los dos mundos en los cuales se desenvolvía el obrero segoviano en la primera mitad del siglo XX. Las dos partes en las que está dividida la monografía corresponden a esos dos entornos.

Por una parte el mundo de Segovia, que se correspondía con el tiempo de descanso y de diversión, la casa y la calle. Aspectos sobre los cuales el Estado quiso implantar el orden a través de medidas de higienización y salubridad originadas de la *Medicina de Estado* y de la *Medicina urbana*.

En el mundo de *Frontino Gold Mines* el obrero estaba bajo el control social de la *Medicina obrera*. El trabajo en la mina requería obreros sanos y eficientes, para ello existían formas de medicalización. En el campamento de la empresa existían dispositivos que regulaban sus comportamientos, sociabilidades y familias. Los dos mundos convivían. El obrero se debatía entre el control y la indisciplina.

**PRIMERA PARTE: La *mala vida* de los obreros en Segovia.
Incursión de las medicinas estatal y urbana**

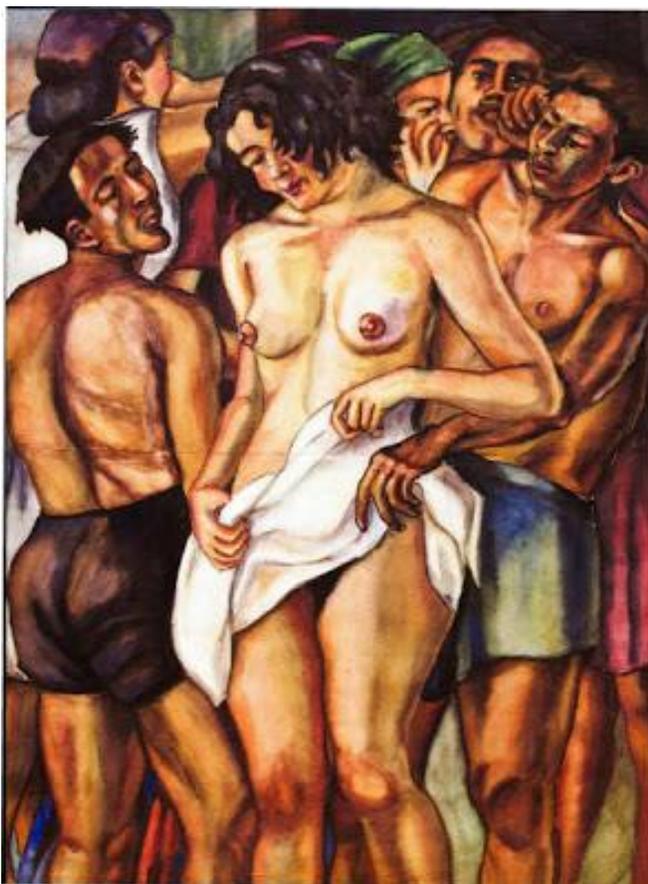


Imagen N° 3. *Friné o Trata de blancas* obra de la pintora antioqueña Débora Arango (1907-2005). Acuarela sin fecha, se encuentra en el Museo de Arte Moderno de Medellín.

Nota introductoria: Higiene pública y órganos de control sanitario en Colombia a inicios del siglo XX

Que la República de Colombia ingresara a la “Modernidad” era una de las consignas de las élites políticas y económicas del país a finales del siglo XIX. Para ello era primordial insertarse en el mercado mundial a través de la exportación de productos (metales preciosos y materias primas) para formar parte en la división internacional del trabajo. Uno de los requisitos para acceder al comercio internacional era acreditarse como una nación “sana” en la cual estuvieran vigilados todos los aspectos sanitarios de su población para que no representara un peligro al entablar tratos comerciales, considerando que se trataba de un país tropical donde existían enfermedades endémicas propias del clima y medio ambiente de la zona.

Para entender el significado de ***Medicina de Estado***, se emplean algunos de los conceptos formulados por el historiador francés Michel Foucault en sus trabajos sobre medicalización que es necesario tener claros. El primer concepto es el de ***Salubridad*** cuyo significado no es equivalente a ***Salud***, pues se refiere al estado de los elementos del ambiente que propician una mejor salud. A partir del concepto de salubridad apareció el de ***Higiene Pública***, que se refiere a las técnicas de control y modificación de los elementos del medio que favorecen o perjudican la salud. El otro concepto básico directamente relacionado con la legislación sanitaria es el de ***Salud Pública***, que es entendido como las políticas emanadas por el Estado sobre la salud de una nación²⁸.

La Medicina de Estado se institucionalizó en Colombia a partir de la ley 30 de 1886, según la cual se creó en Bogotá la *Junta Central de Higiene* y se ordenó que en las capitales de departamento se crearan juntas departamentales de higiene²⁹. Por medio de la junta establecida en Bogotá se reglamentaba la higiene a nivel nacional. El médico Pablo García Medina, su director, afirmaba que en 1907 la junta había tomado medidas para el control de aguas contaminadas, lepra y desinfección en Bogotá; profilaxis de lepra y lazaretos, control

²⁸ Michel Foucault, “Estructura y medicina social”, En: *Medicina y sociedad* (Santo Domingo: Alfa y Omega, 1977) 95.

²⁹ Ley 30 de 1886, *Repertorio oficial*, Medellín, 10 de enero 1887, p. 371.

de fiebre amarilla en Honda y Girardot; profilaxis de carbón y difteria en Santa Marta; saneamiento de los puertos de Barranquilla, Honda, Girardot y Buenaventura, todos ellos lugares críticos en la propagación de epidemias³⁰.

La inestable situación política del país entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX no propició que las autoridades prestaran mucha atención a aspectos que no estuvieran directamente relacionados con la política y la guerra. Por tanto, en este contexto, la ley 30 estuvo, en teoría, vigente por casi treinta años, hasta que en 1913 el Congreso de la República organizó la higiene en Colombia mediante la ley 33. En esta ocasión se estableció el *Consejo Superior de Sanidad*, encargado de la dirección, vigilancia y reglamentación de la higiene. Este consejo estaba constituido por tres profesores de medicina, un profesor de ciencias naturales y un bacteriólogo. También se mandó conformar juntas permanentes de higiene en las capitales de departamento compuestas por tres médicos. Dichas juntas llevarían a la práctica las disposiciones del *Consejo Superior de Sanidad* y se encargarían de promover en cada región el estudio de enfermedades tropicales endémicas³¹.

Apenas un año después, mediante la ley 84 de 1914 se modificó la ley anterior. Esta vez se estableció la *Junta Central de Higiene*, con sede en Bogotá, para reemplazar el *Consejo Superior de Sanidad*, que estaría integrada por cuatro médicos. En las capitales de departamento se nombraría un médico como director departamental de higiene. La junta tenía potestad para nombrar comisiones sanitarias municipales, permanentes o accidentales, las cuales harían cumplir lo dispuesto sobre higiene. De esta forma, se garantizaba que el control de la higiene pública tendría un campo de acción más amplio, teniendo presencia en las capitales de departamento y en los pueblos³².

La instauración de las anteriores instituciones indica que durante aquellos años el control sanitario de la población colombiana reunía aspectos de la “Medicina de Estado” formulados

³⁰ “Junta Central de Higiene”, *Revista de Instrucción Pública*, 21. 3 (1907): 235-242.

³¹ Ley 33 de 1913, *Gaceta Departamental*, Medellín, 16 de diciembre 1913, pp. 3830-3831.

³² Ley 84 de 1914, *Diario Oficial*, Bogotá, 25 de noviembre 1914, pp.1097-1098.

por Michel Foucault, los cuales incluyen la organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y la integración de varios médicos en una organización médica estatal. El objetivo de control de este tipo de medicina es el cuerpo de los individuos (ciudadanos) que en su conjunto constituyen el Estado³³.

En el departamento de Antioquia la salud pública comenzó a ser una prioridad a partir de 1913, año en que se crearon, por iniciativa estatal, instituciones que velaban por la reglamentación de la higiene pública en diversos ámbitos de la vida cotidiana. Este proceso se inició en Medellín, capital de Antioquia, y tiempo después las autoridades civiles y políticas impulsaron su implantación en el resto de municipios del departamento.

En marzo de 1913, la Asamblea de Antioquia expidió la Ordenanza 10, para crear una *Junta Central de Higiene* en Medellín, que estaría integrada por cuatro médicos, un bacteriólogo y un químico, nombrados por el gobernador para un período de tres años, encargados de la profilaxis y curación de enfermedades epidémicas y endémicas, como tuberculosis, anemia tropical y enfermedades venéreas³⁴. Ese mismo año la Junta dictó medidas profilácticas que debían seguirse obligatoriamente en iglesias, velatorios, baños públicos, cantinas, peluquerías, venta de alimentos, chicherías, mataderos y escuelas públicas³⁵.

La Junta Central de Higiene de Medellín tuvo una vida efímera, pues apenas estuvo en funcionamiento entre marzo y diciembre de 1913. La causa fue que a finales de ese año, el Congreso expidió la ley 33, que de nuevo centralizó el control y vigilancia de la higiene en Colombia en una institución llamada *Consejo Superior de Sanidad*.³⁶ Esto propició que en marzo de 1914 se estableciera en Medellín una comisión sanitaria permanente en reemplazo de la Junta. Según su presidente Juan B. Montoya y Flórez y su secretario Juan B. Londoño,

³³ Michel Foucault, "Historia de la medicalización", En: *Medicina e historia. El pensamiento de Michel Foucault* (Washington: OMS, 1978) 43.

³⁴ Ordenanza No. 10 de 1913, *Gaceta Departamental*, Medellín, 24 de abril 1913, pp. 3015-3016.

³⁵ Acuerdo No. 26, *Gaceta Departamental*, Medellín, 4 de diciembre 1913, pp. 3790-3791.

³⁶ Ley 33 de 1913, *Gaceta Departamental*, Medellín, 16 de diciembre 1913, pp. 3830-3831.

la continuidad de la comisión garantizaba el mejoramiento del estado sanitario de Medellín.

Esta comisión estaría integrada por:

- Un médico higienista,
- Un secretario del director,
- Un médico encargado de la oficina de accidentes, de la vacunación y de los reconocimientos periciales médico-legales,
- Dos practicantes para esta oficina,
- Un microbiologista y parasitologista que manejará el laboratorio de bacteriología de la Junta Departamental de Higiene,
- Un químico analista, que tendrá a su cargo el laboratorio de análisis químico de las aguas potables y minerales, sustancias alimenticias,
- Un veterinario idóneo,
- Un inspector de policía sanitaria que será el inspector 5º municipal,
- Un secretario inspector,
- Un cuerpo de policía sanitaria formado de 12 vigilantes, 12 encargados de la desinfección, etc.,
- Un instructor del cuerpo de policía sanitaria³⁷.

Mediante el acuerdo 15 de 1914, la *Junta Central de Higiene* reglamentó las oficinas departamentales de higiene, de acuerdo con la ley 84 de 1914. El médico Juan B. Londoño, director departamental de higiene, debía difundir las disposiciones de la junta y promover el estudio de enfermedades tropicales endémicas y epidémicas en asocio con las sociedades de medicina. Otras de sus funciones eran:

- Lo que se relacione con el ejercicio de la medicina y de la farmacia, venta de droga, venenos específicos y medicamentos secretos.
- Calidad de alimentos, condimentos y bebidas.
- Aguas potables, acueductos, cañerías, albañales.
- Saneamiento de poblaciones y habitaciones particulares.
- Salubridad de cuarteles, escuelas, colegios, talleres, hospitales, prisiones y demás habitaciones colectivas.
- Industrias peligrosas, insalubres o incómodas.
- Medidas que deben tomarse para detener, prevenir y combatir las enfermedades epidémicas.
- Asuntos relacionados con la higiene infantil.
- Mortalidad y sus causas.
- Movimiento de población y estadística demográfica.
- Geografía médica.
- Epizootias³⁸.

En 1916 se creó en Medellín la *Oficina Médica Departamental*, encargada de dirigir la higiene sanitaria de la casa de menores, la casa correccional de mujeres, la policía

³⁷ Comisión Sanitaria de Medellín, *Gaceta Departamental*, Medellín, 24 de marzo 1914, pp. 4189-4190.

³⁸ Acuerdo No. 15 de 1914, *Gaceta Departamental*, Medellín, 20 de enero 1915, pp. 5.829-5.830.

departamental y escuelas y colegios oficiales³⁹. Con la creación de organismos de control sanitario en los municipios antioqueños se previnieron epidemias y se erradicaron focos de infección que representaban un riesgo para los ciudadanos⁴⁰.

Dichos organismos de control fomentaban una **medicina urbana**, la cual según Foucault no es una verdadera medicina de los hombres, cuerpos y organismos, sino una medicina de las cosas (aire, agua, descomposiciones, fermentos), es decir, una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia donde se desenvuelven las personas en un contexto de migración y de crecimiento urbano desordenado carente de servicios públicos⁴¹.

Con el concepto de “medicina urbana” se hace referencia a la apropiación de los postulados de la ciencia pasteuriana por parte de la élite política de las ciudades industrializadas con el objetivo de mantener la higiene de las concentraciones urbanas. Esta medicina urbana se asocia con una intervención médica autoritaria por parte del estado para garantizar la salud pública, para esto se adoptó la teoría de los microbios y crearon academias de medicina en las ciudades capitales –Bogotá y Medellín– y juntas de higiene –departamentales y municipales–, todas estas medidas orientadas a establecer una medicina de Estado⁴².

En esta primera parte de la monografía, se apreciarán las condiciones higiénicas del minero de Segovia en su vida de hogar y en sus momentos de diversión en lo público, con todas las malas prácticas que atentaban contra la salud del obrero y su familia, frente a los cual a principios del siglo XX comenzaba la incursión de los modelos de “Medicina de Estado” y “Medicina urbana” enunciados por Michel Foucault, como forma de contrarrestar las prácticas tradicionales antihigiénicas de la población.

³⁹ Ordenanza No. 20 de 1916, *Gaceta Departamental*, Medellín, 18 de abril 1916, p. 7.404.

⁴⁰ Jorge Márquez y Víctor García, “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*, Jorge Márquez y Víctor García, editores (Medellín: Lealon, 2006) 17-45.

⁴¹ Foucault, *Historia de la medicalización*, 94.

⁴² Jorge Márquez Valderrama, *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteuriana en Antioquia* (Medellín: Editorial Universidad de Antioquia y Universidad Nacional de Colombia, 2005) XX (Introducción).

Capítulo I: EL obrero puertas adentro: inmundicias de la vida hogareña

Por acuerdo unánime de la H. Junta de Sanidad, convinieron en que el suscrito dictara una resolución sobre blanqueamiento de paredes, pintura de puerta y ventanas, y deshierba de calles, con el fin de darle a la población un aspecto presentable en los tres días de carnavales que el municipio anuncia para el 29, 30 y 31 del mes en curso. Así es que por este tiempo la población está bonita. O al menos, con cal y pintura cubrió ante las visitas de honor las grandes necesidades que oculta en su interior.

Segovia, octubre 20 de 1935
Samuel Álvarez, Inspector Sanitario⁴³

En el municipio de Segovia a principios del siglo XX la economía minera aurífera propiciaba la existencia de una población flotante que iba y venía al vaivén de las oportunidades de emplearse en alguna mina o de los auges en la producción minera, mientras tanto, los obreros habitaban en el pueblo en viviendas precarias carentes de aseo y de servicios sanitarios. Unido a ello, esporádica presencia de organismos institucionales de salud, y falta de hospitales y de médicos, impedía realizar cambios trascendentales en la higiene y la salubridad del pueblo.

En este capítulo se estudia la aplicación de prácticas de higiene en Segovia como un acto político tendiente al control de la sociedad, modificando ciertas costumbres para lograr una población saludable. La *higiene* es un concepto de formación histórica que, según Georges Vigarello, debe comprenderse trascendiendo la idea de lo sano, para inscribirlo en una práctica científica, específicamente en la disciplina médica, en la cual opera por medio de dispositivos y conocimientos. La higiene reúne la fisiología, la química, la historia natural y la política, llegando a convertirse, a partir del siglo XIX, en una rama específica del saber científico. En general, la higiene es una expresión de la medicina y la acción política que se ocupa del mantenimiento de la salud y del ordenamiento de los espacios públicos en las ciudades, entablando una relación directa entre salud y política, dando origen a instituciones nuevas en el Estado, como las comisiones de higiene y salubridad⁴⁴.

⁴³ AHA, *Dirección Departamental de Higiene* (DDH). Tomo 9538. Informe Inspección de Sanidad Segovia, 1935.

⁴⁴ Georges Vigarello, *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media* (Madrid: Alianza, 1991) 210-212.

La desordenada y antihigiénica forma de vida de los obreros segovianos era un sustrato propicio para la intervención de las políticas de higiene pública. El principal obstáculo residía en aplicar los conocimientos científicos vigentes en la época, limitados a las grandes ciudades, en un pueblo de frontera minera, en donde las prácticas insalubres eran culturalmente aceptadas. El camino para cambiar esa realidad sería accidentado, los primeros intentos datan de mediados de la década de 1930, por medio de intervenciones en distintos aspectos de la cotidianidad obrera, por parte de médicos de la Universidad de Antioquia y de instituciones higienistas estatales.

Médicos en Segovia: incursión de la medicina social

Los médicos que llegaron a modificar las prácticas insalubres que imperaban en el municipio de Segovia, propugnaban en su discurso científico la idea de la limpieza como expresión del proceso civilizatorio, a través del cual se intervenían e iban moldeando gradualmente las sensaciones corporales y perfeccionando la conducta en el ámbito de lo privado, lo que contribuiría al control de los comportamientos en la sociedad⁴⁵. Este tipo prácticas de limpieza fueron denominadas por Vigarello como *higiene social*, cuyo fin primordial consistía en que las decisiones estatales y científicas tendían a limitar de manera progresiva las conductas indeseables de los individuos que componían el entramado social⁴⁶.

La labor del médico debía iniciarse con la intervención del espacio privado. Los individuos tendrían que interiorizar y aprender prácticas higiénicas hasta convertirlas en hábitos. Se hizo especial énfasis en el caso de los obreros –gran parte de la población económicamente activa de Segovia, ver Anexo 2– en quienes se debía inculcar el esmero y cuidado de sí mismos. Esto probaba que lo íntimo y lo social estaban directamente relacionados. Se fomentaba en la masa obrera la limpieza de las ropas, el aseo de las casas, la higiene en la preparación de los alimentos y la prevención de las enfermedades –antes que la terapéutica–. Paralelo a ello, el Estado por medio de la legislación emitida y las instituciones creadas, comprendía esta

⁴⁵ Vigarello, *Lo limpio y lo sucio*, 14.

⁴⁶ Vigarello, *Lo limpio y lo sucio*, 20.

intervención como la forma de alcanzar fines específicos: la inserción de la economía del país en el mercado global y garantizar al sector económico una mano de obra sana y productiva.

Al respecto, podemos destacar tres aspectos en los cuales fue decisiva la incursión de la medicina social: promover la medicalización en los habitantes de Segovia en lugar de usar remedios recetados por yerbateros, teguas o brujos; la guerra declarada contra el paludismo o malaria mediante la intervención de los enfermos, así como atacando el ciclo de vida del mosquito transmisor; y, la higienización del agua consumida y el arduo proceso de construcción de un acueducto de agua potable.

Terapéuticas “del más allá” y renuencia a las prácticas higiénicas

Los médicos y las autoridades sanitarias debían enfrentarse a la resistencia de una comunidad de migrantes, en especial hombres, provenientes de diferentes culturas, cuya herramienta de trabajo era su cuerpo y su energía vital. Pese a ello, el cuidado de su salud no era la prioridad, al contrario, en su cotidianidad prevalecían los excesos y la vida arriesgada. En caso de padecer afecciones acudían más bien al “curandero” en cuyos “saberes ancestrales” confiaban fervientemente. Lo normal era que despreciaran los conocimientos médico-científicos para tratar sus enfermedades⁴⁷.

Las condiciones de higiene personal encontradas por los médicos, también eran deplorables. El visible desaseo personal era una costumbre legitimada por la tradición y la necesidad. Se trataba de una población, en su mayoría de obreros, que a pesar de vivir y trabajar en una tierra de oro, disponía de limitados recursos económicos. El jornal apenas les alcanzaba para sostenerse, lo cual les impedía disfrutar de bienes que garantizaran su bienestar personal, como ropa, medicinas, agua potable, letrinas, entre otras necesidades, que para los habitantes de las ciudades de la época eran cosas básicas.

⁴⁷ Sobre este tipo de personajes véase: Jorge Márquez y Victoria Estrada, “Culebrero, tegua, farmaceuta y dentista. El Indio Rondín y la profesionalización médica en Colombia”, En: *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 45. 1 (2018): 79-104.

Los médicos calificaron los hábitos higiénicos de los pobladores de Segovia como “bastante descuidados”, les llamaba la atención que acostumbraran dormir con la misma ropa que habían tenido puesta para trabajar durante el día. En cuanto a los niños, la limpieza de los estudiantes escolares fue descrita como “lamentable”, por la falta de agua y la carencia de hábitos higiénicos⁴⁸. Las casas del pueblo eran repugnantes, todas estaban infestadas por cucarachas (Blattodea), chinches (*Cimex lectularius*) y otras plagas de insectos⁴⁹.

Eran comunes esas impresiones en los médicos que visitaban Segovia, a juzgar por los informes que redactaban, en donde resaltaban la evidente relación entre suciedad y enfermedad. Para ellos, dicha “realidad culturalmente aceptada”, calificada como falta de sensibilidad y de razón higiénica, era atribuida a la ausencia de entidades estatales que impusieran una higiene social y señalaran la importancia de prevenir de enfermedades. Unido a ello, no existía instrucción de prácticas higiénicas, lo cual acrecentaba la resistencia a los saberes médicos.

Esta renuencia a apropiarse de los saberes y las normas de salubridad, perjudicaba el entorno social. Al respecto, el médico Julio Tobón Betancourt, quien realizó una descripción médico-social en Segovia en 1934, mencionaba haber encontrado en su investigación varios casos de mujeres tuberculosas, quienes durante el periodo infectante de su enfermedad, salían del hospital, sin obedecer las prescripciones de higiene. Más aún, sin contar con certificado médico, se empleaban como amasadoras de pan y portaban sus cajas de víveres por todo el pueblo, por lo cual, dichas tuberculosas, representaban nuevos focos para el contagio. Esta era una muestra de la resistencia a las prácticas médico-científicas, la cual el médico Tobón atribuía a la herencia cultural y formativa, es decir, el bajo nivel educativo del minero segoviano⁵⁰.

⁴⁸ Julio A. Tobón Betancourt, “Estudio médico social sobre el municipio de Segovia y la Frontino Gold Mines” En: *Anales de la academia de medicina* 2. 25-26 (1934): 1.041.

⁴⁹ Marco A. Arango Rico, “Estudio higiénico social del Municipio de Segovia (Antioquia)”, Tesis Doctor en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1958) 41.

⁵⁰ Tobón, Estudio médico social..., 1.049.

Las mencionadas infestaciones de insectos eran otro foco de infecciones. Una usanza cotidiana era apretujar los pruritos originados por el “chinche garrapato” o “chinche cucaracho” causantes de las fiebres recurrentes, afección común entre la población, cuyos síntomas eran cefalalgia, sensación de pesadez, constricción y pinchazos, vómito, escalofrío y elevación de la temperatura⁵¹. Malestar que sería fácil de prevenir tan solo con el uso del “mejor insecticida” que consistía en simples prácticas de aseo; es decir, para erradicar esa enfermedad, bastaba con una sencilla tarea educativa⁵².

No se requería realizar inversiones en infraestructura o en medicaciones, sino propiciar cambios en la mentalidad de los pobladores, aunque ello no hacía la tarea más fácil, tengamos en cuenta que las leyes no tienen el poder de cambiar las costumbres. Debía lucharse contra las “supercherías” y “perjuicios” que evidenciaban la ignorancia de la población, la cual era el obstáculo para aceptar los tratamientos médicos.

Un ejemplo de ello era la resistencia a recibir atención médica en casos de “picadura” de serpientes. Con frecuencia, la víctima no se preocupaba por buscar ayuda médica para verificar si el tipo de ofidio que lo había atacado era venenoso, y, en tal caso, precisar el tipo de suero que debía administrarse; en vez de ello, estos hombres y mujeres preferían acudir a los “curanderos” tradicionales de la región, en donde muchos hallaban la muerte. El médico Jorge Zapata Jaramillo, quien visitó Segovia en 1941, afirmaba que de los casos de “picadura” que asistió, tres personas murieron a la semana de la mordedura por descuido de los familiares, quienes solo luego de que el “curandero” no había “sanado” al afectado, acudieron al médico, para entonces, demasiado tarde para salvar la vida del herido⁵³.

El médico Marco A. Arango Rico, quien trabajó en Segovia en 1958, mostró la continuidad en este tipo de acciones irresponsables con la vida de las víctimas de mordedura de serpiente.

⁵¹ Jorge Zapata Jaramillo, “Contribución al estudio de la patología regional de Segovia (Antioquia)”, Tesis Doctor en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1941) 43.

⁵² Zapata J., Contribución..., 14.

⁵³ Zapata J., Contribución..., 57.

Arango exponía, diecisiete años después de Zapata, que estas creencias tradicionales seguían vigentes a pesar de las campañas educativas y la presencia de la medicina estatal. Según Arango, los segovianos tenían varias creencias al respecto: estaban convencidos de que las mujeres embarazadas eran inmunes a la picadura de serpiente, y, que la muerte solo ocurría si la mordedura era en el dedo medio de la mano o, si había sido mordido bajo el agua⁵⁴. Obviamente, continuaban consultando a los “curanderos” antes de recurrir a la medicina científica. Los recursos empleados por estos charlatanes para afrontar las patologías eran diversos y opuestos al conocimiento científico de la época, Según Arango, el curandero:

Usa para sus tratamientos distintos recursos. Solo para enumerar algunos de ellos: los clásicos **rezos y brebajes** a base de cedrón, el aceite de Caparrapí goza de gran popularidad, las chupaderas. Utilizan la misma cabeza del ofidio cuando se logra darle muerte, aplicada en el sitio de la mordedura. Como infalible utilizan la aplicación circular de petróleo por medio de pincelaciones por encima del sitio de la mordedura. Las drásticas sangrías han llevado a muchos a la muerte⁵⁵.

En estas condiciones de predominio de las curaciones tradicionales y la superchería, es más que evidente que en la comunidad de segovianos no existía la prevención de enfermedades, así que tampoco sería fácil introducir en los habitantes del pueblo la idea de practicar hábitos de vida saludable que le impidieran contraer enfermedades o sufrir accidentes.

Lucha contra la malaria: la salud pública en marcha

Una de las primeras enfermedades sobre las que se fomentó la prevención fue la malaria o paludismo (producida por parásitos del género *Plasmodium*), transmitida por la picadura del mosquito *Anopheles*. A partir de la década de 1940 la compañía *Frontino Gold Mines* quiso instruir a sus obreros en la prevención; sin embargo, una vez más, se encontraron con su resistencia a tomar medidas para combatir el mosquito y, derechamente, preferían contraer la enfermedad y así ganar licencias médicas remuneradas o entablar alguna acción legal contra la empresa. La terapéutica para prevenir la malaria consistía en la administración de quinina, que debía darse al obrero (o persona susceptible de contraerla) de manera

⁵⁴ Arango, Estudio higiénico social..., 13.

⁵⁵ Arango, Estudio higiénico social..., 12.

profiláctica en los meses de verano donde se presentaba “recrudescencia endémica” (de diciembre a marzo). Se aplicaba por vía oral o inyectada, pero los pacientes se rehusaban a su administración en cualquier presentación⁵⁶.

En 1934, el médico Tobón Betancourt propuso varias acciones para reducir la prevalencia de la malaria o paludismo en Segovia. Tobón afirmaba que cuando no se utilizaba ningún método profiláctico una tercera parte de la población era susceptible de ser infectada. Con la aplicación de quinina, el antipalúdico que se utilizaba en la época, la afectación se reducía a la quinta parte. La prevalencia de la enfermedad podía reducirse con técnicas muy simples: defensa mecánica en las habitaciones (anexo, toldillos), saneamiento del suelo y uso de letrinas; medidas que protegían contra el mosquito (con ello las infecciones se reducirían a un 2,5%). Si al bloqueo del insecto se sumaba la administración de tratamientos médicos, en específico la quinina profiláctica, el porcentaje de infecciones por malaria apenas llegaría al 1,75%⁵⁷.

La malaria tenía una alta incidencia en la periferia del casco urbano de Segovia, en donde vivían las personas con menores recursos y sus condiciones de vida precarias propiciaban el contagio⁵⁸. El señor Samuel Álvarez, Inspector de Sanidad Municipal, sugería en 1935 como método preventivo impedir la reproducción del mosquito en aguas estancadas, así que se debían desecar las ciénagas y cubrir de mallas finas los depósitos de agua, ampliamente usados en el pueblo, dada la falta de acueducto, en especial para cocinar⁵⁹.

Una de los tipos clínicos más comunes de presentación de la malaria o paludismo era la forma gástrica. Sus síntomas eran vómito, cefalea y raquialgia –dolor en la columna vertebral– muy intensas⁶⁰. La terapéutica acostumbrada, según lo describía en 1938 el médico Justo Montoya, consistía en administrar quinina, que el paciente debía ingerir después de tomar un

⁵⁶ Zapata J., Contribución..., 13.

⁵⁷ Tobón, Estudio médico social..., 2.015.

⁵⁸ AHA, DDH, tomo 9535. f. 288r. 1933.12.30.

⁵⁹ AHA, DDH, tomo 9535, f. 173r.

⁶⁰ Justo Montoya D., “Introducción al estudio de la patología del municipio de Segovia Depto. de Antioquia”, Tesis Doctor en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1938) 10.

purgante; sin embargo, existían pacientes intolerantes a ese medicamento, en tal caso se inyectaba “quinoforno”⁶¹. Otro producto farmacéutico empleado por entonces se llamaba *Atebrina 0.30 grms*, con el cual se disminuía la fiebre y desaparecía la esplenomegalia (dilatación del bazo)⁶².

Entre las personas que fueron ingresadas al Hospital de Segovia por aquellos años, la malaria o paludismo fue la enfermedad con mayor prevalencia. Tenemos los datos de algunos años para comprobarlo. En 1938 de 178 hospitalizados 99 estaban infectados por malaria (55,6%). Al año siguiente (1939) los afectados aumentaron, de 208 ingresos al hospital 135 padecían la afección (64,9%). En 1940 el hospital atendió 165 enfermos, de ellos 95 sufrían de malaria (57,6%). Como vemos, más de la mitad de los pacientes hospitalizados ingresaban por causa de la malaria. Años después, posiblemente por las acciones para prevenir el ataque del mosquito *Anopheles* la prevalencia fue disminuyendo. Se aprecia que en 1943, de los 228 pacientes que ese año atendió el hospital 102 padecían el mal (44,7%)⁶³.

En cuanto a su intensidad, la malaria se presentaba en forma crónica y, en menor medida, de forma aguda, causando la muerte. En 1934 llegaron al Hospital Municipal de Segovia 135 enfermos de paludismo, de ellos 63 presentaron la enfermedad en su carácter agudo (46,7%); 72 padecían de malaria en su forma crónica (53,3%), y siete personas llegaron con manifestaciones perniciosas, estos últimos fallecieron por causa de esa enfermedad a los pocos días⁶⁴. Muchos de los afectados por malaria provenían del municipio de Zaragoza, lo que indica que la movilidad geográfica de la población era uno más de los factores que favorecía proliferación de la enfermedad⁶⁵.

⁶¹ Montoya, Introducción..., 16.

⁶² Pedro del Corral, “Atebrina. Medicamento heroico contra el paludismo”, En: *Revista de la Facultad de Medicina* 1. 11 (1933): 867.

⁶³ *Anuario Estadístico de Antioquia*. Años 1938, 1939, 1940 y 1943.

⁶⁴ AHA, DDH, tomo 9535, f.173r.

⁶⁵ Óscar Fernando Gallo Vélez, “Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña. El caso de la Empresa Minera El Zancudo, 1865-1948”, Tesis Magíster en Historia (Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 2010) 49.

A esta misma conclusión llegó el médico Jorge Zapata Jaramillo en 1941, cuando realizó exámenes hematológicos a 400 obreros adultos (entre 17 y 45 años) trabajadores de las minas “El Silencio”, “San Nicolás” y “Marmajito” de *Frontino Gold Mines*. Estos hombres representaban el grupo poblacional que con mayor frecuencia se veían afectados por la infección palúdica. Según Zapata, el paludismo o malaria, era una enfermedad endémica del nordeste antioqueño. En la siguiente cita llama la atención el prejuicio del médico al referirse como “raza” al color de la piel y atribuirle a algunas etnias resistencia a las enfermedades, algo tal vez común en la época:

Hago anotar que de este número de obreros examinados sólo el 9% son naturales de Segovia y de resto son procedentes de otros lugares del Departamento. Pude observar que la mayoría son de **raza mestiza** [...] sigue a esta la **raza blanca** y por último los **mulatos** donde el porcentaje de esplenomegalia es muy reducido. Con el estudio comparativo de estos cuadros cualquiera podrá dar cuenta de lo que más o menos es el paludismo como **enfermedad endémica** no solamente de la región de Segovia, sino en sus lugares vecinos⁶⁶.

La *Dirección Departamental de Higiene* ordenaba que la forma de afrontar esta enfermedad debía ser mediante la intervención preventiva de las casas de habitación y sus alrededores, lo que implicaba reformar los hábitos en las formas de vivir y de trabajar. Esta institución había logrado en el año 1935 que *Frontino Gold Mines* guarneciera con mallas o angeos las ventanas y puertas de los lugares donde había trabajo nocturno y de los cuarteles donde dormían los obreros⁶⁷.

En 1937 el *Departamento Nacional de Higiene* recomendaba medidas higiénicas para los campamentos, estos debían mantener las habitaciones en perfecto estado sanitario, se debían erradicar las malezas, desecar los terrenos húmedos por medio de terraplenes y desagües, evitar la formación de charcos o depósitos con desnivel, rellenar los depósitos para evitar inundaciones durante el invierno; si esto no era posible debían llenarse las aguas estancadas con petróleo crudo o con el insecticida “Verde de París”⁶⁸.

⁶⁶ Zapata J., *Contribución...*, 29.

⁶⁷ AHA, DDH, tomo 9535, f.173r.

⁶⁸ Gallo, *Modelos sanitarios, prácticas médicas...*, 51.

De acuerdo con el médico Arango, en 1958 en Segovia se habían decidido por la “dedetización”, consistente en fumigar con el químico *Dicloro difenil tricloroetano* (DDT). Esta campaña de fumigación contra el insecto vector fue realizada conjuntamente entre el Municipio de Segovia y el *Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria* (SEM). En el año 1959 habían asperjado 1,300 viviendas urbanas dos veces (cada seis meses), lo cual redujo de forma notable la presencia del mosquito *Anopheles*. Para entonces, los casos de paludismo que llegaban al hospital provenían de la población rural, donde no recibían el DDT⁶⁹.

Las instituciones sanitarias establecieron métodos profilácticos y campañas de fumigación; sin embargo, combatir el paludismo fue un trabajo difícil. Finalizando la década de 1950 no se había erradicado el *Anopheles*. En realidad era poco tiempo para lograr el objetivo, la campaña era difícil pues debía lucharse contra las prácticas insalubres de la localidad, que propiciaban ambientes adecuados para la incubación del vector. Los organismos de salud pública tropezaban con la resistencia a los métodos de profilaxis antipalúdica que querían establecer. Las personas se negaban a la administración de quinina profiláctica. Otras se rehusaban a la aspersión con DDT, pues creían que sus animales domésticos se envenerarían; curiosamente desatendían el riesgo que el mosquito significaba para su salud y la de sus hijos⁷⁰.

La recepción de las campañas preventivas por parte de la población sería un proceso lento. Haría falta una cooperación estrecha entre organismos de salud pública y empresas mineras. Las iniciativas enfocadas principalmente en la clase obrera, se veían obstaculizadas la insuficiencia de recursos para las campañas y por la ignorancia y la terquedad de los habitantes.

⁶⁹ Arango, Estudio higiénico social..., 61.

⁷⁰ Arango, Estudio higiénico social..., 62.

Acueducto y alcantarillado: insuficiente presencia estatal

A mediados del siglo XX Segovia carecía de acueducto y alcantarillado. Los habitantes del pueblo se abastecían de agua en varias fuentes públicas, a donde llegaba el líquido impulsado por medio de bombas mecánicas instaladas en dos nacimientos cercanos a la población. Sin embargo, no existían los mínimos cuidados para una captación higiénica del agua. En la década de 1930, según el médico Tobón, la legislación mandaba que los nacimientos naturales debían contar con una cobertura hermética y una protección de unos 200 metros hacia arriba, 50 alrededor y unos 30 de profundidad. El líquido obtenido de estas fuentes debía ser decantado y depurado antes de destinarse al consumo; procedimiento que en Segovia no se ejecutaba⁷¹.

Llama la atención que la élite dirigente del pueblo no considerara la importancia política del suministro de agua potable. La comunidad tampoco demandaba agua en condiciones higiénicas. Al respecto, indica el historiador Óscar Gallo al investigar Titiribí –municipio minero del suroeste antioqueño– que su población había interiorizado una sensibilidad con respecto al suministro de agua potable, pues además de contar con una dotación permanente, exigían que el agua llegara potable a las casas, negocios, escuelas, hospital y lugares de trabajo. Apreciamos un contraste entre pueblos mineros, quizás mediado por la cultura o por la intervención de la dirigencia política⁷².

La resistencia de la población segoviana en temas sanitarios, se veía reforzada por la displicencia en la ejecución de obras públicas demostrada por los políticos, quienes manejaban los grandes recursos económicos que ingresaban al municipio. Motivado por esa falta de gestión, el Inspector de Sanidad, Samuel Álvarez, en abril de 1935 alertaba al Director Departamental de Higiene sobre la apremiante necesidad de iniciar el acueducto y el alcantarillado, obras que mejorarían el bienestar de los segovianos:

⁷¹ Tobón, Estudio médico social..., 1.039.

⁷² Gallo, Modelos sanitarios, prácticas médicas..., 16.

Yo creo señor director, que un Municipio como este, que sus rentas son bastantes pingües, pues pasan de treinta y seis mil pesos oro al año, y financiándolos con honradez y patriotismo permiten algunas comodidades para llevar una vida confortable en bien de la raza antioqueña. Pero aquí no sé qué es lo que pasa y, aun cuando se presenta, la prudencia aconseja dejarlo en el tintero⁷³.

Al parecer no era la intención de los líderes políticos atender las necesidades del pueblo. Tampoco vigilar el suministro de alimentos en perfecto estado higiénico era una prioridad. Se trataba del matadero, lugar de beneficio del alimento base de la dieta del obrero segoviano, la carne. La estructura física del matadero era precaria y su servicio de agua no era potable. La carne se consumía de manera abundante en Segovia. Según un informe de 1931, aquel año se consumieron 1.800 reses de ganado mayor (bovinos) y 1.200 de ganado menor (cerdos). Pero las condiciones del faenado eran insalubres, el agua que llegaba al matadero provenía de una fuente que recibía desechos de excusados de medio pueblo, inmundicias de lavaderos y desperdicios de una fábrica de jabón⁷⁴.

Las condiciones deplorables del matadero continuaron pese a que, en 1931, el *Consejo Municipal* había aprobado la suma de quinientos pesos para mejorar el suministro de agua; sin embargo, dicho proyecto debió enfrentarse a obstáculos como falta de planos e incumplimiento de requisitos legales. En abril de 1935 el Consejo buscaba invertir esas partidas en sacar adelante el acueducto municipal, dada la inejecutabilidad del proyecto inicial. El dinero provenía del sobrante de una inversión que había realizado el Departamento para la reparación de la cárcel y la construcción del pabellón de tuberculosos entre 1926 y 1927, el cual, al tiempo que se discutía cómo invertir el dinero, aún estaba inconcluso. Durante esta década ni el pabellón de tuberculosos cumplió con los estándares de calidad de la época, ni el matadero, ni el acueducto fueron proyectos exitosos⁷⁵.

Luego de un lento proceso, apenas en julio de 1943 se inauguró el matadero municipal. Según el médico Arango, en 1958, las condiciones higiénicas del establecimiento eran regulares. El problema de las aguas se había solucionado, pero las condiciones sanitarias para faenar las

⁷³ AHA, DDH, tomo 9538, f. 389r. 1935.04.26.

⁷⁴ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 381, f. 126. 1931.12.05.

⁷⁵ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 381, f. 116. 1931.06.30.

carnes no eran adecuadas, pues no se contaba con un sistema para la disposición de desperdicios. Tampoco se hacía examen veterinario al ganado en pie para verificar su estado de salud, lo que impedía el control de enfermedades transmisibles de animales a humanos. La parte final del proceso era peor aún, la carne se expendía en las carnicerías sin observarse ninguna limpieza en los locales, donde estaba expuesta a muchas formas de contaminación⁷⁶.

Como quedó dicho, los integrantes del *Consejo Municipal* carecían de formas de gestión para introducir mejoras en la salud pública del pueblo. Según el médico Miguel Zapata todavía en 1954 no existía un adecuado suministro de agua potable y, mucho menos, alcantarillado. El acueducto era deficiente y la toma de agua se hacía en resumideros cenagosos, para luego ser consumida sin someterla a ningún procedimiento para hacerla bebible⁷⁷. Es claro que los políticos de turno retrasaron el ingreso de prácticas de salubridad a Segovia. Dichos dirigentes fueron responsables directos de las carencias higiénicas, pues además de tener el poder en la dirección de los proyectos y en su ejecución, eran los encargados de promover la cultura y la educación, aspectos también precarios del pueblo.

No se presentaron mayores cambios finalizando la década de 1950, existía para entonces un acueducto que funcionaba por el sistema de bombeo, con una capacidad de 28 litros por segundo, capacidad que disminuía en verano, así que el servicio no era continuo ni se prestaba en cantidad suficiente. La calidad del agua era mala, no existía un sistema de filtración ni de cloración, además se tenía poco cuidado de los tanques y acequias. El servicio surtía a 654 viviendas, en las zonas rurales se tomaba agua del acueducto de *Frontino Gold Mines*. Otros se abastecían de agua directamente de nacimientos y manantiales, algunos contaminados por aguas negras. La obra inconclusa del alcantarillado proveía de servicio a 140 viviendas de las 1.300 que existían en Segovia en 1959⁷⁸.

⁷⁶ Arango, Estudio higiénico social..., 47-48.

⁷⁷ Miguel A. Zapata L., "Tuberculosis pulmonar y silicosis en el Municipio de Segovia (Antioquia)", Tesis Doctor en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1954) 19-20.

⁷⁸ Arango, Estudio higiénico social..., 38.

Con las aguas negras corriendo por los caños abiertos del pueblo estaban dadas las condiciones propicias para el contagio de enfermedades de origen hídrico. Entre este tipo de afecciones la más común en Segovia fue la *disentería*, trastorno inflamatorio del intestino delgado, ocasionado por consumir aguas contaminadas, causado por la bacteriar *Shigella* (disentería bacilar) o por amebas (disentería amebiana)⁷⁹. En 1935 fueron asistidos en el Hospital Municipal 28 pacientes afectados por disentería amebiana, resultando mortal uno de los casos por haber ingresado en estado muy avanzado. En la población se habían dictado instrucciones sépticas para evitar que este padecimiento se convirtiera en epidemia, situación ya ocurrida en febrero de ese año en la mina “San Nicolás”. Dentro de las indicaciones estaba hervir el agua del uso diario, las frutas y las legumbres, el lavado de las manos y la utilización de antisépticos⁸⁰.

De acuerdo con Christopher Abel, estos problemas sanitarios y las enfermedades de las personas supusieron un reto para la ingeniería sanitaria que debía separar las aguas potables de las aguas albañales, trayendo grandes avances a la salubridad humana⁸¹.

Casa, cama, mesa y sanitarios: la sucia vida interior

Transformar los hábitos de la vida interior de los obreros sería un propósito aún más complejo. Ya vimos que aun con la intervención del Estado, la aplicación de la salud pública chocaba con la resistencia de la población. De puertas adentro no había forma de obligar a las personas para modificar su cotidianidad. Haría falta iniciar procesos de disciplinamiento para asimilar formas saludables de vivir, en especial enfocadas en la conformación familiar y los roles de sus integrantes.

⁷⁹ Arango, Estudio higiénico social..., 59.

⁸⁰ AHA, DDH, tomo 9535, f. 174r. 1935.12.05.

⁸¹ Christopher Abel, *Ensayos de historia de la Salud en Colombia 1920-1990* (Bogotá: CEREC, 1996) 22.

Casas arrendadas a la masa obrera: hacinamiento y pestilencia

El médico Tobón Betancourt describió la grave situación de la higiene de las casas del casco urbano. Según Tobón, en 1934 Segovia contaba con 1.481 casas, de las cuales alrededor de 300 estaban constituidas por una sola pieza. Teniendo en cuenta que según el censo de 1938 el municipio contaba con una población de 6.945 habitantes, denota una situación de hacinamiento pues en estas pequeñas viviendas vivían en promedio casi cinco personas. Unido a ello estaba su mala calidad, las casas eran insalubres pues carecían de aire circulante y de luz, el material de sus pisos era tierra apisonada, no tenían agua ni letrinas. Es decir, aunque en Colombia existían para entonces disposiciones legales sobre la higiene que debía aplicarse a las viviendas humanas, estas disposiciones no habían llegado a ser aplicadas en Segovia aun en una fecha tan avanzada⁸².

Lo anterior puede ser causa de la escasa presencia de médicos que aplicaran medidas higiénicas en Segovia a principios del siglo XX, a pesar de que los médicos antioqueños formados desde finales del siglo XIX habían tenido influencia en el mejoramiento de las condiciones higiénicas de la población del centro del departamento y, desde entonces, se había asumido que la intervención a este tipo de espacios beneficiaba los intereses generales de la sociedad. Por tanto, las políticas sanitarias se enfocaban en controlar o erradicar las viviendas tipo tugurios, ejerciendo medidas de higienización o desinfección cuando era necesario⁸³.

De acuerdo con el censo de 1938, en la cabecera urbana del municipio de Segovia existían 1.166 viviendas efectivamente habitadas por una población urbana de 1.973 personas, de ellas 636 casas estaban ocupadas por sus dueños (54,5%) y en 530 vivían inquilinos (45,5%). En la parte rural había 484 viviendas ocupadas por una población rural de 4.972 habitantes.

⁸² Tobón, Estudio médico social..., 1.048.

⁸³ Georges Vigarello, *Lo sano y lo Malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días* (Madrid: Abad, 2006) 343.

En 81 de las casas vivían sus propietarios (16,7%), mientras que las otras 403 viviendas estaban arrendadas (83,3%)⁸⁴.

La mayoría de los ocupantes de esas viviendas eran obreros, a quienes el jornal devengado apenas les alcanzaba para arrendar esas repugnantes moradas, cuyos dueños –quizás los habitantes más prestantes de Segovia– no se preocupaban por volverlos lugares más vivibles sino que solamente estaban interesados en lucrarse con sus arriendos. Por esta razón, el concejo de Segovia, mediante la resolución 1 de enero de 1933, quiso dictar una medida que mejorara la situación de estos arrendatarios. En dicho documento el Inspector de Higiene y Sanidad del municipio regulaba las condiciones físicas que las casas de alquiler debían cumplir, para ello advertía que:

Ningún propietario podría de forma alguna suministrar a los obreros, ni dar en calidad de arrendamiento o alquilar casas que no reunieran las **condiciones de higiene y salubridad pública** que consistían en capacidad solar suficiente, **aire y luz**; ni en dichas casas podrían habitar mayor número de personas que su capacidad pudiera contener, se ordenaría cerrar las que no reunieran dichas **condiciones higiénicas** y no podrían volver a abrirse para alquilarlas nuevamente, sin hacerles las reparaciones necesarias que indicara el suscrito inspector de sanidad⁸⁵.

Es probable que dicha resolución no surtiera los efectos esperados, pues la masa obrera era flotante y siempre vendría alguna familia a ocupar ese sitio inmundo. Sin embargo, como documento tiene el valor de mostrarnos que los organismos del Estado a nivel local tenían interés en el mejoramiento de las condiciones de higiene de la población. Algún tiempo después, Samuel Álvarez, inspector de sanidad, volvía a alertar sobre esta misma situación, recalcando que las casas de habitación arrendadas a los obreros eran el monopolio de unos cuantos ricos que las explotaban sin consideración alguna, según sus palabras eran: “construcciones viejas donde **el microbio** salía a recibir a todo nuevo inquilino”. Álvarez se dirigió en abril de 1935 a la *Dirección Departamental de Higiene y Asistencia Pública* describiendo de manera cruda esta problemática:

⁸⁴ *Censo de Antioquia*, 1938.

⁸⁵ AHA, DDH, tomo 9534, f. 327r-328r. 1933.04.10.

A los señores propietarios no les interesa sino llenar sus arcas sacrificando a sus víctimas que por necesidad y falta de apoyo tienen que someterse a vivir en estos **focos de infección** que paulatinamente van minando la existencia. Pero lo que más siento y me preocupa [...], es la infancia esas criaturas inocentes que deberían ser nuestra esperanza y el exponente más demostrativo de la raza, sufro verlos arrojados a esos tierreros porque ni siquiera un piso de tablas le construyen a esas **inmundicias** que llaman casa de habitación en Segovia.⁸⁶

La documentación nos muestra que las autoridades se habían apropiado de conceptos relacionados con la salud pública, es decir las políticas estatales de salud, como “condiciones de higiene y salubridad”, “focos de infección”, es decir, la sanidad de los objetos inanimados y construcciones que influían directamente en la salud poblacional. Por ello, se preocupaban de que las casas no albergaran inmundicias, que existiera suministro de agua, que el aire circulara y que los rayos del sol entraran a las habitaciones⁸⁷. De lo contrario sus habitantes, en especial niños, estarían expuestos al contagio de diversas enfermedades. Este tipo de viviendas eran la manifestación de la marginación económica y social de sus habitantes, en ellas se reunía la pobreza, la delincuencia, el alcoholismo y la prostitución, aspectos que se habían aceptado como algo cotidiano en el pueblo. Al respecto, el médico Tobón denunciaba en 1934:

En la mayoría de ellas se encuentra el ventorrillo alcohólico, la mujer pálida y desmedrada, la noctámbula de todos los días, aguardando las fechas de pago de la mina en el cuartocho esmirriado y en el camastro único, donde los hijos habidos al azar abren las pupilas sorprendidas ante el hombre que enloquece en el ímpetu alcohólico, que hipa en el momento sexual y que estruja convulsivo las formas flácidas de estas mujeres⁸⁸.

Como vemos las incipientes autoridades sanitarias existentes en Segovia se interesaban en mejorar las condiciones de vida en el interior de las viviendas del pueblo. Era comprensible, la economía estaba basada en la minería del oro y las personas que habitaban esas viviendas llenas de inmundicias eran precisamente los obreros de las minas. Así que, esta intervención de los espacios privados y moradas, era un intento por regular las costumbres, los desórdenes y la promiscuidad, con el fin de lograr mantener una mano de obra productiva y garantizar una masa obrera sana a futuro.

⁸⁶ AHA, DDH, tomo 9538, f. 391r-392r. 1935.04.26.

⁸⁷ Según Vigarello, “una habitación sin agua, sucia y húmeda favorecía en alto grado el contagio, en contraposición el sol, el viento, la luz, alejaban el mal y aumentan las defensas”. Lo sano y lo Malsano, 346.

⁸⁸ Tobón, Estudio médico social..., 1046.

Las autoridades sanitarias llamaban la atención sobre la salud infantil, que representaba la fuerza productiva del porvenir, pero en tales condiciones crecía débil y enferma. El médico Zapata Jaramillo, en 1941, resaltaba la necesidad de contrarrestar las patologías infecciosas que imperaban en la zona, para ello proponía fortalecer los organismos de los segovianos, lo cual se lograría mediante una vida higiénica, de hábitos honestos, en habitaciones aireadas y bajo alimentación equilibrada y nutritiva, es decir, se necesitaba cambiar los hábitos de los obreros y enseñarles otros nuevos⁸⁹.

Los intentos por mejorar las condiciones sanitarias de las viviendas y por cambiar las formas de ocupar los espacios privados, tuvieron apenas unas pequeñas transformaciones a mediados del siglo XX. En 1954, el médico Miguel Zapata describió que las casas de habitación de la cabecera municipal habían tenido mejoras, ya no se trataba en su mayoría de casas de una sola pieza, sino que encontró que, en promedio, las casas contaban con tres habitaciones, aunque su mayoría continuaban siendo construidas con materiales menos duraderos como bahareque, tapia y madera⁹⁰.

Unos años después, en 1958, el médico Arango describía que continuaban las condiciones de hacinamiento, en especial en las casas de los obreros; en promedio, una casa de tres piezas era habitada aproximadamente por 7.4 personas, y en las familias menos favorecidas podían morar más de siete personas. Pese a todo, de acuerdo con Arango, las mejoras en la infraestructura de las viviendas no habían influido en las prácticas de higiene. Aseguraba que no habían calado hábitos de aseo y limpieza, como prueba de ello, el médico había comprobado que las casas seguían infestadas de alimañas y parásitos. En las visitas a las viviendas constató la presencia de cucarachas, chinches, mosca doméstica y ratas en proporciones alarmantes. Las casas seguían siendo, en su mayoría, sucias y mal ventiladas,

⁸⁹ Zapata J., *Contribución...*, 15.

⁹⁰ Zapata L. *Tuberculosis pulmonar y silicosis...*, 20.

igual que veinticinco años atrás. Llamaban la atención que persistía la existencia de ciertos tipos de viviendas comunales o “inquilinos” que eran verdaderos tugurios infectos⁹¹.

La defectuosa alimentación del obrero

El médico Tobón Betancourt ya en 1934 se había percatado de la desidia de los habitantes de Segovia hacia la compra de ropa, zapatos o elementos de aseo, por lo cual su jornal quedaba libre para gastar en las principales aficiones del pueblo: alcohol, bailes, “mujeres de vida alegre” y cantinas. Así describía este médico al obrero segoviano:

El segoviano lleva hoy el campeonato de resistencia alcohólica en el departamento; sus borracheras no son periódicas, a los días de pago o por dominicas, se siguen por muchos vesperalmente, a la longitud de la semana; son alegres, titubeantes, de estridencia verbal⁹².

Los médicos de aquellos años consideraban que prácticas sociales como estas, conllevaban a la degradación física y moral de la especie y al desgaste energético, como lo creía el médico Tobón. Según lo indica su estudio, Tobón tenía la concepción de que el cuerpo era como una máquina transformadora de energía que necesitaba reparación física. Su principal combustible era una alimentación adecuada que contribuyera a la generación de 4.400 calorías diarias, además de contar con un descanso reparador. Los alimentos estaban destinados a reparar las pérdidas del organismo y a proveer combustible para la producción de energía⁹³.

A partir de la unidad energética de las calorías, los alimentos se tradujeron en la cantidad de combustible que necesitaba consumir el *cuerpo-máquina* para su óptimo desempeño de acuerdo al trabajo realizado y las condiciones ambientales⁹⁴. La energía aportada por los alimentos era la que movía la máquina. Por otra parte, el alcohol, aunque contenía valor

⁹¹ Arango, Estudio higiénico social..., 37.

⁹² Tobón, Estudio médico social..., 1.068.

⁹³ Tobón, Estudio médico social ..., 1.064

⁹⁴ Stephan Pohl-Valero, “La raza entra por la boca: energy, diet, and eugenics in Colombia, 1890-1940”, En: *Hispanic American Historical Review* 94. 3 (2014): 455.

energético, era perjudicial al ser consumido durante la inactividad del cuerpo, pues forzaba a los órganos detoxificantes, como el hígado, a trabajar más:

Sin entrar en disquisiciones, ya gastadas en libros, sobre el valor energético del alcohol a la luz de la fisiología, es indudable que las 7 calorías suministradas por gramo de alcohol, que se ingiere en condiciones inocupación y de ocio, no las aprovecha el organismo para sus gastos efectivos de trabajo, se queman *ipso facto* en la impaciencia muscular improductiva, en la pirotecnia verbal inocua, forzando sin razón el conjunto de los órganos eliminadores con el consiguiente desequilibrio nitrogenado que sostiene la vida de la célula⁹⁵.

Tobón proponía el concepto de “alimentación racional” para mejorar la integridad física del obrero, con la cual se favorecía la producción de glucógenos, que se acumulaban en el hígado y eran repartidos adecuadamente según las necesidades del trabajo. En su estudio médico examinó a 500 obreros de *Frontino Gold Mines*, determinando que de ellos casi la totalidad presentaban un hígado que trabajaba con anormalidad, pues no solo estaba infestado por parásitos del género *Plasmodium* (paludismo o malaria), sino que era obligado a metabolizar cantidades de alcohol y sometido a un régimen alimenticio basado en carne (proteínas). Todo lo cual exigía que el hígado se esforzara por encima de su capacidad, llegando a ser insuficiente en sus funciones depuradoras pues estaba sobrecargado (enfermedad, licor, alimentación)⁹⁶.

Este médico comprendía que el alto consumo de licor formaba parte de la cultura de la región; sin embargo, proponía una dieta acorde con el régimen calórico requerido para el trabajo tan agotador del minero. Asimismo, recomendaba incluir dentro del consumo diario bebidas estimulantes, tales como el café, el cual proporcionaba 36,69 calorías por taza y, en algunos momentos, podía ser un sustitutivo del alcohol:

Es inconducente arrebatar en un todo al pueblo sus bebidas estimulantes, pero fuera deseable procurárselas más higiénicas y menos perjudiciales; el uso del café en esa región es ínfimo, no se ha enseñado por esos contornos los beneficios de esta bebida⁹⁷.

⁹⁵ Tobón, Estudio médico social..., 1.064-1.065.

⁹⁶ Tobón, Estudio médico social ..., 1.065

⁹⁷ Tobón, Estudio médico social..., 1065.

Los médicos de la época recomendaban este tipo de “alimentación racional” que garantizara la optimización energética y una buena salud. A todas vistas, los obreros de Segovia y sus familias consumían una dieta inadecuada. El médico Laurentino Muñoz había descrito aquello como una “tragedia biológica”, pues con esa mala nutrición no se lograría “vigorizar la raza”, dado que no existía un equilibrio nutricional entre lo que se ingería y los requerimientos para el trabajo y/o las actividades recreativas. Esto conllevaba a debilitar el organismo, lo cual abría la puerta al de diversas enfermedades⁹⁸.

El médico Zapata Jaramillo expresaba que el consumo de alcohol se daba a causa de un “mal principio” vinculado, según él, a formas deshonestas de vivir:

El uso excesivo de los licores, en los hábitos antihigiénicos que el vicio lleva consigo, en la falta de alimentación en largos y frecuentes periodos de embriaguez y el trabajo excesivo que han de soportar después de estos períodos⁹⁹.

Frente a una dieta poco balanceada y los excesos etílicos, no extraña que con frecuencia los obreros de *Frontino Gold Mines* desarrollaran enfermedades originadas por carencias vitamínicas, entre ellas el Beriberi (carencia de vitamina B1 o tiamina); estados de hipovitaminosis (carencia de varias vitaminas) y avitaminosis (carencia total). Zapata Jaramillo estudió los registros médicos de un brote epidémico sucedido en septiembre de 1937. Se trataba de la enfermedad llamada *Beriberi* la cual afectó a 400 trabajadores de la mina San Nicolás, estos pacientes tenían en común estar sometidos a un aporte inadecuado e insuficiente de alimentos. La “ración” de comida suministrada por la empresa se componía en su mayor parte de carbohidratos. Alimentos como leche, huevos, frutas y legumbres, eran artículos de lujo en la región, sobre todo por su alto costo. Por tanto, la comida suministrada no aportaba los requerimientos corporales de vitamina B1¹⁰⁰.

⁹⁸ Laurentino Muñoz, *La tragedia biológica del pueblo colombiano. Estudio de observación y de vulgarización* (Bogotá: Antena; 1936) 22.

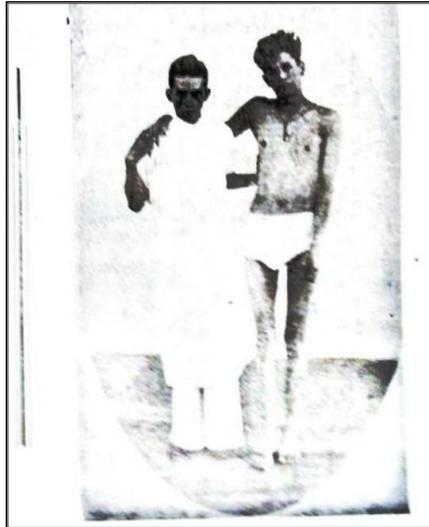
⁹⁹ Zapata J., *Contribución...*, 15.

¹⁰⁰ Zapata J., *Contribución...*, 87.

Zapata Jaramillo describió los síntomas más frecuentes en los “beribéricos”, especialmente en sus casos extremos, el 80% de los afectados presentaban edemas en el rostro, párpados y miembros inferiores. Otro síntoma era la polineuritis, afección del sistema nervioso que originaba trastornos motores, llegando a causar parálisis, hormigueos, calambres, entumecimientos, sensación de pesantez y algias (dolores). También, ocasionaban trastornos psíquicos, los pacientes se encontraban en estado de depresión y tristeza. Por último, se presentaban síntomas cardiovasculares, taquicardia, disnea de esfuerzo, inestabilidad cardíaca e irritabilidad¹⁰¹.

En la siguiente imagen se aprecia la fotografía de un enfermo de beriberi al lado del médico. Fue descrito como un hombre mestizo de 20 años, que se desempeñaba como ripiero en la mina El Silencio. Al ingreso al hospital La Salada, había sido diagnosticado con fiebre recurrente, pero a la semana de estar allí desarrolló súbitamente síntomas de beriberi. Este padecimiento se inició con dolores musculares en sus miembros inferiores, sensación de apretamiento en la zona epigástrica y torácica, entumecimientos, calambres, y trastornos motores que se traducían en parálisis completa de miembros inferiores y superiores.

Imagen N° 2
Enfermo Beriberi, 6 de marzo de 1940



Fuente: Zapata Jaramillo, “Contribución al estudio de la patología regional de Segovia”..., 117.

¹⁰¹ Zapata J., Contribución..., 91-92.

En 1958, el médico Arango se encontró con que la alimentación de aproximadamente 1.490 familias segovianas dependía de las raciones proporcionadas por *Frontino Gold Mines*. Los obreros recibían una ración diaria por un costo de setenta centavos que se descontaba del salario devengado. Según Arango, la ración aportaba 5.195 calorías y contenía: 125 gramos de arroz, una bolsa de café, media libra de carne de res, 23 gramos de chocolate, 125 gramos de frijol, 475 gramos de maíz, 375 gramos de panela, 62 gramos de manteca, 250 gramos de papas, un plátano y una libra de yuca. Los familiares recibían una ración igual la cual costaba cincuenta centavos y cubrían a cuatro personas. Esta dieta cumplía con el contenido calórico exigido para la época, que era de mínimo 5.000 calorías; sin embargo, carecía de artículos como verduras, frutas y leche, necesarios para suplir las falencias nutricionales de proteínas y vitaminas¹⁰². Pero como sabemos, la prioridad del obrero no estaba en su nutrición:

Las proteínas completas no son adquiridas por el obrero ya que al tener asegurada la manutención del hogar, no invierte su salario en la adquisición de ellas, siendo las cantinas y prostíbulos los que casi siempre reciben el producto del trabajo obrero¹⁰³.

Letrinas y dispersión de enfermedades parasitarias

Un elemento que puede ser indicador de las condiciones higiénicas de los hogares e instituciones educativas es la presencia de las letrinas o retretes. El médico Tobón, determinó que a principios de la década de 1930 el municipio contaba con 300 letrinas, es decir, una por cada 12 habitantes. La mayoría de las casas carecía de ellas. Consistían en simples huecos de madera ubicados a una distancia prudente de las habitaciones en donde se depositaban las materias fecales y debía esperarse a que cayera la lluvia para que su contenido fuera arrastrado¹⁰⁴. Para entonces no se había generalizado el uso del cloro para mitigar los olores, pese a que el saneamiento de los suelos era higiénicamente necesario, pues, con frecuencia, los excrementos se depositaban a cielo abierto cerca de las viviendas¹⁰⁵.

¹⁰² Arango, Estudio higiénico social..., 45-46.

¹⁰³ Arango, Estudio higiénico social..., 46.

¹⁰⁴ Tobón, Estudio médico social..., 1.046.

¹⁰⁵ Vigarello, *Lo limpio y lo sucio* 222.

Tobón visitó la escuela de niños del municipio y allí solamente encontró cinco inodoros de agua corriente para ser usados por 160 estudiantes (un inodoro por cada 32 niños)¹⁰⁶. Para empeorar las cosas, iniciando la década de 1930 un inspector de sanidad resolvió declarar las letrinas como perjudiciales, así que fueron destruidas¹⁰⁷. Esta decisión tuvo una consecuencia fatal: la ausencia de letrinas en una población en donde los suelos de la vivienda eran de tierra apisonada propiciaba la diseminación de una enfermedad llamada anquilostomiasis (anemia tropical o uncinariasis) causada por parásitos cuyas larvas salen de las heces humanas y penetran en el torrente sanguíneo por las manos descubiertas y los pies descalzos, dando origen a lesiones permanentes, ampollas y llagas junto con la hinchazón de las piernas¹⁰⁸.

Las normas con respecto a letrinas, excusados y baños higiénicos habían sido establecidas en la Resolución 214 de 1939 del *Ministerio de trabajo, higiene y prevención social*; sin embargo, casi veinte años después de la expedición de dicha legislación, el médico Arango encontró que en Segovia no se disponía de sanitarios higiénicos y que sus habitantes acostumbraban realizar sus deposiciones en los patios y prados cercanos a sus casas, solo a finales de esta década se comenzó a suplir esta carencia, aunque cabe aclarar que de manera deficiente, pues las viviendas en su mayoría no tenían instalaciones sanitarias adecuadas. Apenas 23 viviendas en todo el pueblo poseían letrinas en funcionamiento, de las de tipo “hoyo ciego” pero no existían tanques sépticos en la población, también se habían instalado 91 “inodoros higiénicos” para las 9.308 personas que habitaban Segovia, es decir, un inodoro o letrina para por cada 85 personas¹⁰⁹.

El escaso uso de letrinas en la población responde a varios factores, entre ellos la casi inexistente presencia estatal, las ya mencionadas costumbres antihigiénicas de sus habitantes, la brecha económica y social, resultado de la inexistente inversión en el municipio a pesar de ser el principal productor de oro de Colombia. Todo ello llevaba a afirmar a los médicos que visitaron Segovia durante estos años que se trataba de una crisis sanitaria. Tobón Betancourt

¹⁰⁶ Tobón, Estudio médico social..., 1.040.

¹⁰⁷ Tobón, Estudio médico social..., 1.049.

¹⁰⁸ Abel, Ensayos de historia de la Salud..., 21.

¹⁰⁹ Arango, Estudio higiénico social..., 40.

años atrás ya había llamado la atención sobre el saneamiento del suelo, por medio de letrinas higiénicas, con lo cual se rompería el ciclo del parásito y su contacto con humanos. En resumen, las deposiciones de las excretas en la superficie húmeda y cálida del municipio, brindaban el ambiente propicio para la propagación de enfermedades parasitarias, cuyo tratamiento eran “los purgantes”, aunque estos eran inútiles mientras no se saneara el suelo y se educara a la pobladores¹¹⁰.

Algo similar sugería el médico Arango en 1958, se requería un cambio en los hábitos de los pobladores y sabemos que esto puede ser un proceso a largo plazo. Arango estaba convencido de que mientras en Segovia no se dispusieran medidas adecuadas con respecto a la eliminación de las excretas, era utópico e inútil seguir suministrando vermífugos o purgantes a la población. Según Arango, el éxito en las campañas de desparasitación de forma masiva de la población, podría lograrse, siempre y cuando fueran precedidas por una adecuada educación sanitaria, con lo cual se lograría el mejoramiento de las condiciones higiénicas del ambiente segoviano¹¹¹.

La decepción e impotencia que encierran las palabras del médico Arango acerca de la situación higiénica de Segovia nos pueden servir de conclusión a este capítulo. Lo que encontramos sobre la revisión de la implantación de una medicina de Estado en el municipio entre 1930 y 1960 es que las autoridades no pudieron (o no quisieron) cambiar las prácticas antihigiénicas de la población y que las incipientes entidades sanitarias oficiales tuvieron un campo de acción muy restringido frente a la desidia de los políticos y a la indiferencia de una población de obreros móvil, en una tierra de donde brotaba oro pero la condiciones de salubridad de la población eran denigrantes.

¹¹⁰ Tobón, Estudio médico social..., 2.014.

¹¹¹ Arango, Estudio higiénico social..., 72-73.

Capítulo II: la calle y la noche: profilaxis social de obreros, ebrios y prostitutas

“No hay en la vida ocupación más agradable que el laboreo de una mina”. Afirmó el poeta antioqueño Federico Velásquez en su obra “Un veraneo en el Porce” publicada en 1868. En el poema describía las ventajas de la actividad minera, las cuales se veían reflejadas en el cuerpo y el espíritu del minero. Según Velásquez “El minero vive halagado por las más risueñas esperanzas. Goza, por lo regular, de muy buena salud, lo que le hace vivir contento sin que eche de menos la sociedad ni esos goces de las grandes ciudades de que por rareza oye hablar”. El autor al describir los mineros que laboraban en los aluviones del río Porce, aseguraba que la vida de estos no se podía separar del satisfactorio ejercicio de buscar oro: “Para el minero no hay otra cosa en el mundo que su mina y su hogar. No le habléis otro lenguaje porque no os entenderá”¹¹².

En el cuento “Un demonio anfibio”, escrito por Tulio Ospina en 1898, se describe la conformación de una cuadrilla de mineros de treinta hombres y la considerable inversión económica que implicaba este emprendimiento capitalista. En un pasaje se relata el momento de descanso y sueño de los mineros en su campamento, mientras añoran lo que harían al terminar el verano, en su tiempo libre o en su habitual labor fuera de la minería, con los pesos devengados en su aventura minera:

Los cigarros que brillaban por todas partes como grandes cocuyos, y las palmadas que se daban los mineros en sus cuerpos desnudos, para aplastar los mosquitos que les picaban, mostraban a las claras que todos ellos **velaban en silencio, y soñaban despiertos**: éste, con algunas semanas de bacanal en Zea o en Anorí, al terminarse el veraneo; aquel, con pagar las deudas contraídas en el mal verano anterior; el de más allá, con agregar un pedazo de tierra a su pequeña heredad¹¹³.

Las descripciones de Velásquez¹¹⁴ y Ospina¹¹⁵ muestran la cotidianidad de la minería antioqueña previa a su industrialización, en especial con la llegada de compañías extranjeras. Las cuadrillas de mineros, desperdigadas por los ríos del nordeste antioqueño, estaban

¹¹² Federico Velásquez, “Un veraneo en el Porce”, *El Oasis. Periódico literario* 41 (1868): 321.

¹¹³ Tulio Ospina, “Un demonio anfibio”, *El Montañés. Revista de literatura, artes y ciencias* 1. 11 (1898): 431.

¹¹⁴ **Federico Velásquez Caballero** (Sonsón 1819 – Medellín 1884) poeta, maestro de escuela en su juventud, soldado en algunas guerras civiles del siglo XIX.

¹¹⁵ **Tulio Ospina Vásquez** (Medellín 1857 – Panamá 1921), ingeniero de minas, historiador y científico.

integradas por hombres que combinaban otras actividades económicas de trabajo independiente a las que regresaban al cumplir su cometido en los lavaderos de oro. El trabajo como minero era estacional, igual de imprevisible que la continuidad de las vetas o la posibilidad de hallar un rico yacimiento, por ello, la principal característica del minero era su itinerancia.

Esta forma tradicional de trabajo conocida por los mineros del nordeste antioqueño quedaría atrás con la instauración de la economía de enclave. En el caso de Segovia, las empresas extranjeras implantaron sus propias dinámicas. El modelo industrial de trabajo estableció una división laboral a través de lugares de extracción y transformación del mineral aurífero, así que los mineros, ahora denominados “obreros” entrarían a desempeñar labores específicas en la empresa, una parte de ellos trabajaría en los socavones extrayendo el mineral, otros estarían en la superficie repartidos en talleres, en la planta de beneficio del mineral y en la fundición, etapa final del proceso.

A través de los conceptos de “trabajo enajenado” y de “profilaxis social”, en este capítulo se estudian los hábitos de evasión a su pesada carga laboral del obrero de *Frontino Gold Mines* durante sus momentos de ocio, así como la reacción del Estado para controlar esas conductas desviadas. La costumbre del obrero para ocupar su tiempo libre era dedicarse al consumo exagerado de bebidas alcohólicas y al trato con prostitutas; frente a esta problemática social los organismos estatales tomaron medidas para lograr la asepsia de obreros, ebrios y prostitutas, como grupos bajos de la población que requerían formas de control social.

De acuerdo con la obra del sociólogo y economista Carlos Marx, una consecuencia del trabajo para el ser humano, es que el sujeto entra en un proceso de degradación. Marx definió esta situación como “trabajo enajenado”, mediante el cual el hombre es convertido en una mercancía, es decir, el obrero es cosificado. Aunque se trata de un trabajador en teoría “libre”, su nueva relación con trabajo desmiente dicha libertad¹¹⁶.

¹¹⁶ Carlos Marx, *Manuscritos de Economía y Filosofía* (Madrid: Alianza, 2003) 54.

En el sistema de minería industrial, el minero, ahora llamado “obrero” (Del latín *operarius*. Trabajador manual retribuido. DRAE), está imprimiendo su fuerza de trabajo en la producción de un “algo” que es extraño o ajeno para él. Pues, aunque él lo está elaborando, no responde a la materialización de sus propias ideas, sino que se concretiza una idea surgida de otro. Así mismo, el objeto final es extraño para el obrero dado que él no será quien goce de su usufructo. La producción de objetos significa la *enajenación* para el obrero, porque lo que produjo no nació de su imaginación y porque el objeto ya materializado tampoco le pertenece¹¹⁷.

En el momento en que el hombre ingresa en esta estructura laboral industrial, las relaciones allí establecidas pasan a estar mediadas por el trabajo, lo cual compromete su existencia como humano en casi todas sus esferas, puesto que dentro del capitalismo las relaciones son pensadas desde categorías (trabajador, cliente, usuario, patrón) y no, como relaciones esencialmente humanas. Es decir, no se considera que el obrero, antes que ser eso, es un ser humano. Dicha enajenación del hombre es una negación del hombre mismo. Al respecto Marx afirma:

De esto resulta que el hombre (el trabajador) solo se siente libre en sus funciones animales, en el comer, beber engendrar, y todo lo más en aquello que toca a la habitación y al atavío, y en cambio en sus funciones humanas se siente como animal. Lo animal se convierte en lo humano y lo humano en animal¹¹⁸.

Con esta inserción del minero en la empresa minera capitalista e industrial su percepción del trabajo cambió. En el capitalismo el trabajo ya no forma parte del ser humano, sino que es algo externo a él que ya no le pertenece, y por lo tanto lo degrada en vez de complementar su existencia. El obrero no logra su plenitud y satisfacción cuando está trabajando, sino cuando no lo está haciendo, por ello, el trabajo rutinario, solo cobra sentido mediante su pago. El obrero es consciente de que las ganancias no son para él, sino para su patrón y que a pesar de su esfuerzo apenas cobrará un salario que escasamente le alcanza para sobrevivir. Como

¹¹⁷ Marx, *Manuscritos* ... 106

¹¹⁸ Marx, *Manuscritos*... 110.

consecuencia, el obrero vive insatisfecho y angustiado; su libertad está coaccionada durante sus horas de trabajo, pues no lo ejerce voluntariamente, sino porque necesita devengar su sustento. Así, mientras el obrero trabaja no se siente él mismo, su propia vida le resulta ajena.

El distrito de Segovia, enclave minero alejado del poder central, conformado por la migración de las personas más variopintas y donde el dinero fluía a borbotones, brindaba las condiciones para que el grupo social más numeroso del municipio, los obreros, se viera inmerso en el círculo vicioso de buscar regocijos para mitigar el trabajo extenuante, que eran encontrados en el consumo exagerado de alcohol y la prostitución. La calle y la noche ofrecían al obrero la diversión que necesitaba. Frente al control de los excesos en la vida pública de los obreros las instituciones estatales emprendieron métodos de “profilaxis social”, consistente en acciones encaminadas a controlar grupos bajos o problemáticos de la población, en este caso obreros, alcohólicos y prostitutas. Según el sociólogo Mauricio Achila, el grupo de obreros del sector extractivo acudían durante su tiempo de ocio y tras exhaustivas horas de trabajo – propias del laboreo minero– al alcohol y al sexo¹¹⁹.

Estas formas de sociabilidad –relacionadas con la cantina y el prostíbulo–, junto con las desgastantes condiciones laborales de los obreros, ayudaron a configurar un modelo de sociedad propio de las zonas mineras y de frontera, en donde no contaban con prevalencia ni la moral ni el orden. Dichos patrones de vida conllevaron al surgimiento de las denominadas “enfermedades sociales”, las cuales, según Gallo y Márquez, se caracterizan por tener mayor incidencia en el colectivo y en la familia, que en el mismo individuo, entre ellas se destacan el alcoholismo, las enfermedades venéreas y las enfermedades originadas por deficiencias alimentarias¹²⁰.

¹¹⁹ Mauricio Archila, “El uso del tiempo libre de los obreros 1910-1945”, En: *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 18 (1991): 148.

¹²⁰ Oscar Gallo y Jorge Márquez, “Alcoholismo, enfermedad social y trabajo en Colombia 1861-1969”, En: *Alcohol y trabajo en América Latina (siglos XVII-XX). Experiencias económicas, políticas y socioeconómicas*, Patricio Herrera, coordinador (Valparaíso: Universidad de Valparaíso, 2017) 11.

En este capítulo se hará énfasis en el estudio de los dispositivos higiénicos que pretendían intervenir en la moral y en la mentalidad de la masa obrera, con el fin de instaurar hábitos higiénicos y disciplinados en una población conflictiva. Así lo manifestaba Aníbal Botero, presidente del Consejo Municipal, a Francisco Cardona Santa, Gobernador de Antioquia, en 1936:

Bien conoce el Sr. Gobernador de la moral y orden ciudadano de un pueblo que es en síntesis una colonia minera; a torrente gentes de todas partes, atrevidas, sin más obligación que las que les sugiere el deseo, ni más conciencia que sus apetitos de ambición desordenada e inútil¹²¹.

Algo similar sugería el cura párroco de Segovia, Alberto Yepes en 1942, dado que la región era centro de atracción de individuos indisciplinados y a la vez era el lugar de la perdición de quienes no podían resistirse a ese modo de vida.

Durante años Segovia ha sido el centro a donde han confluído todos los desechos del Departamento y en donde se han pervertido centenares y millares de buenos ciudadanos que quizá hubieran podido prestar utilidad a la patria¹²².

Las palabras del concejal y el cura indican que las autoridades políticas y religiosas tenían en común una preocupación por la conservación de la moral y el orden entre los habitantes de Segovia, a quienes calificaban como desordenados y pervertidos, sobre los cuales convenía ejercer estricta vigilancia. La imposición de prácticas de higiene se constituye como un dispositivo de poder, es decir, una serie de elementos que tiene como fin el control social. Se aprecia que los aspectos higiénicos y médicos están puestos al servicio de la política y los intereses económicos del capitalismo, que buscan el disciplinamiento de una parte específica de la sociedad, en este caso: los obreros¹²³.

¹²¹ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 449, f. 319r. 1936.08.31.

¹²² AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 102r. 1942.12.18.

¹²³ Pohl-Valero, *La raza...*, 458.

Tiempo libre del obrero: legislación de esa idea de libertad

Al terminar su jornada laboral el obrero ‘recupera’ su condición humana y recobra su libertad. La legislación laboral lo denominó “tiempo libre” y corresponde al tiempo del que podía disponer el obrero de manera autónoma, fuera de la jornada laboral y diferente al tiempo utilizado para dormir¹²⁴.

En Colombia, durante la primera mitad del siglo XX fueron dictadas dos normas que garantizaban a los obreros el disfrute de este beneficio. La primera fue la **Ley 57 de 1926** sancionada por el *Congreso de la República*, que garantizaba el descanso dominical obligatorio después de seis días de trabajo o cada seis días¹²⁵. Esta no incluía algunas actividades como puestos de vigilancia, labores agrícolas y oficios domésticos, en estos casos la ley mandaba que se compensara al trabajador con un día libre entre semana¹²⁶.

En la década siguiente, la *Oficina General del Trabajo* como parte del *Ministerio de Industrias*, expidió la Resolución 1° de 1934, sancionada por el decreto presidencial 895 el 26 de abril del mismo año, que determinó que la jornada laboral no podía superar las ocho horas diarias (48 horas semanales)¹²⁷. En sectores donde los obreros trabajaban sus jornadas por turnos sin requerir continuidad, se autorizaba que se extendieran a más horas de la disposición inicial, de manera que el promedio de horas de trabajo calculadas para un período de tres semanas, no podía exceder ocho horas diarias, ni de cuarenta y ocho semanales¹²⁸.

En 1940 el 97% de los habitantes de Segovia estaban dedicados al trabajo minero, gran parte de ellos vinculados con *Frontino Gold Mines*. En esta compañía todos los obreros laboraban

¹²⁴ Mabir Reyes, “480 minutos de trabajo por 15 minutos de ocio”, En: *Cuerpo, Cultura y Movimiento* 5. 1 (2015): 102.

¹²⁵ *Ley 57 de noviembre 16 de 1926*. “Por la cual se establece el descanso dominical y se dictan otras disposiciones sobre legislación obrera”. Consultado el 15 de octubre de 2018. Artículo 1°. En línea: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13028>.

¹²⁶ *Ley 57 de noviembre 16 de 1926*. Artículo 2°

¹²⁷ *Decreto 895 de abril 26 de 1934*. “Por el cual se aprueba una resolución de la oficina general del trabajo”. Artículo 2° En línea: [http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1690031?fn=document-frame.htm&f=templates\\$3.0](http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1690031?fn=document-frame.htm&f=templates$3.0)

¹²⁸ *Decreto 895 de abril 26 de 1934*. Artículo 2°.

bajo contrato y devengaban un jornal de un peso con setenta y cinco centavos (\$1.75) por día. Este era el pago más alto del nordeste antioqueño, en comparación con lo recibían las cuadrillas mineras de los ríos; por ejemplo, los mineros o barequeros que sacaban oro de aluvión de las vegas del río Bagre, del río Cuturú o del río Pocuné, tenían un jornal que no pasaba de un peso diario (\$1.00)¹²⁹.

Pese a los buenos salarios, para el obrero era difícil cumplir con la obligación de abastecer de alimento la familia a cargo. Segovia se había consolidado como una región exclusivamente minera, en donde era inexistente la producción agrícola, por ello los víveres debían traerse de otros lugares por caminos intransitables. Según el médico Arango, en 1958 un huevo de gallina costaba de 50 a 60 centavos, una botella de leche valía un peso¹³⁰.

Frente a esta brecha entre salarios insuficientes y bastimentos costosos, el sindicato de trabajadores logró, en 1956, mediante la firma de una convención colectiva con *Frontino Gold Mines* que los trabajadores obtuvieran el beneficio de las “raciones”, alimentos a bajo precio para obreros y empleados. La “pensión alimenticia” era proporcional a los integrantes de cada familia. La empresa la vendía a un precio simbólico a sus trabajadores –a 70 centavos la ración del trabajador y a 50 las de sus familiares–, deducido del salario mensual. Las “ración” vendida al trabajador contenía: carne, manteca, panela, maíz, arroz, frijol, chocolate, café, papa, plátano y yuca. Esta venta de productos a un precio irrisorio ayudaba a fortalecer el carácter paternalista de la empresa sin aumentar las cargas prestacionales de sus trabajadores, quienes consideraban las “raciones” como una gran ayuda que los liberaba, en gran medida, de los exorbitantes costos de la compra de alimentos¹³¹.

La jornada laboral de los obreros de *Frontino Gold Mines* iba de ocho a diez horas diarias continuas, en ocasiones debían trabajar en un horario doblado durante una o dos semanas. Esta práctica no era ocasionada por desconocer lo ordenado por la legislación laboral sobre

¹²⁹ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 483, f. 107r. 1940.01.20

¹³⁰ Arango, *Estudio higiénico social...*, 42.

¹³¹ Arango, *Estudio higiénico social...*, 44.

el descanso, sino por tres motivos relacionados con las características del medio local. La primera causa era el aislamiento del distrito de Segovia con respecto a centros administrativos como Medellín, lo que impidió la vigilancia directa del Estado del cumplimiento de las políticas laborales en favor de los obreros y empleados colombianos. La segunda razón era que el *Decreto 895 de 1934* permitía exenciones a las empresas mineras dado que sus tiempos de explotación eran distintos al resto de las industrias, con lo que se normalizaba el desempeño de largas y extenuantes jornadas de trabajo en los socavones. Por último, los obreros se sometían voluntariamente a períodos de trabajo extendidos para mejorar su remuneración económica¹³².

¹³² Tobón, Estudio médico social..., 1.062.

Embriaguez: entre el problema social y el lucro del tesoro público

El consumo de alcohol fue una de las mayores preocupaciones médicas a principios del siglo XX en Colombia. La embriaguez o alcoholismo como problema involucraba lo biológico, lo social y lo moral. Para entonces se creía que era un vicio hereditario y que facilitaba el contagio de enfermedades como la tuberculosis y la tisis. En especial, se consideraba que la ingesta de alcohol perjudicaba la consolidación de la clase obrera, pues en los hombres alcohólicos se minaba su capacidad para engendrar hijos, por ende, la escasa prole nacida sería una generación infeliz, resultado del malogro del capital humano requerido para el progreso¹³³.

Así, el alcoholismo además de perjudicar la reproducción, degeneraba la “raza”, afectando sobre todo la clase baja, integrada por obreros de los sectores industriales, artesanales y agrícolas. La percepción sobre el consumo de alcohol era ambigua, pese a ser una práctica cultural común dentro de los obreros, las élites colombianas lo consideraban como un mal que aquejaba la fisiología del pueblo. La paradoja era que de este mal hábito provenían los ingresos de las rentas del Estado, por tanto, no era viable ejercer acciones estatales prohibitivas¹³⁴.

En 1918 durante el *Tercer Congreso Médico Colombiano* el médico Eliseo Montaña llamaba la atención al gobierno nacional acerca de la necesidad de dictar medidas en contra del alcoholismo e instruir a los ciudadanos sobre los efectos fisiológicos y patológicos del consumo de alcohol. Años después, el Congreso de la República acogió este tipo de iniciativas en la ***Ley 88 de 1923*** denominada “Ley Seca o antialcohólica”¹³⁵. En su primer artículo se facultaba a los departamentos para que eliminara la renta de licores:

¹³³ José Jácome, “Esquema de nuestra raza” En: *Heraldo Médico* (marzo 1941): 14. Cita tomada de: Gallo y Márquez, *Alcoholismo, enfermedad social* ..., 5.

¹³⁴ Alejandro Salazar Bermúdez, “Visiones sobre el alcohol y la prohibición en los debates médicos y la prensa en Colombia 1918-1923”, En: *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 9 (2017): 94.

¹³⁵ Salazar, *Visiones sobre el alcohol*..., 80.

Los departamentos que eliminen la renta de licores y supriman o prohíban la producción y el consumo de estos, quedan ampliamente facultados para prohibir la introducción de bebidas alcohólicas a su territorio y para dictar las disposiciones que estimen convenientes para establecer tan saludable reforma¹³⁶.

Sin duda, la Ley 88 contenía elementos bastante osados teniendo en cuenta la importancia económica que la recaudación de las rentas de licores representaba para los departamentos. Es posible que se tratara de una estrategia retórica para agradar a quienes se oponían al consumo libre de alcohol. Menos contundente que el primer artículo de dicha ley, es el artículo octavo en donde se proveen las disposiciones para reglamentar aspectos del expendio de licores, entre ellos, el máximo grado de alcohol permitido por bebida, el volumen contenido por botella y el surtido de licores autorizado por estanco. Medidas tendientes a regular las ventas y controlar la calidad con el fin de proteger la salud de los consumidores. Posiblemente el artículo octavo era el principal de esta ley: el máximo grado de alcohol de las bebidas comercializadas como gaseosas o cervezas era de 4°; se limitó la instalación de establecimientos de ventas al por menor; sus existencias se limitaban a una botella por cada mil habitantes; los horarios para el expendio eran de lunes a sábado de seis de la mañana a seis de la tarde, y estaba prohibida la venta y el consumo los domingos, los días de mercado, los días de fiestas religiosas o de fiestas nacionales¹³⁷.

Años después se realizó una adición a esta ley mediante la **Ley 88 de 1928**. Su propósito era fijar el precio de la producción de alcoholes consumibles e industriales. También estaba orientada a gravar el consumo de licores, y dado que la ley de 1923 no había hecho mella en la ingesta de alcohol, era preferible sacarle provecho a esta práctica, abandonando la idea de la prohibición y más bien reglamentar el consumo controlado de estas bebidas e imponer las cargas fiscales que favorecieran el erario departamental¹³⁸.

La adición de 1928 gravó a cada botella de 720 mililitros de aguardiente y ron blanco nacional con un impuesto al consumo de un peso con cincuenta centavos (\$1.50 cts.). Los demás

¹³⁶ Ley 88 de 1923. Sobre lucha antialcohólica. Artículo 1°. Consultado el 15 de julio de 2018. En línea: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2749>.

¹³⁷ Ley 88 de 1923. Artículo 8°.

¹³⁸ Salazar, Visiones sobre el alcohol..., 61.

licores nacionales tendrían un impuesto de un peso setenta y cinco centavos (\$1.75 ctvs.). Cada año el impuesto aumentaría un 25% hasta que el impuesto llegara a ser tres pesos con sesenta centavos (\$3.60 ctvs.)¹³⁹. Con respecto a los licores extranjeros, estos se gravaban igual que el impuesto a los aguardientes, así que el whisky, brandy, coñac, ginebra, pousse-café, cremas y ron anisado, se gravaría en un peso con cincuenta centavos (\$1.50 ctvs.). Las champañas y vinos espumosos con dos pesos (\$2.00); las cervezas extranjeras con veinte centavos (0.20 ctvs.)¹⁴⁰. Según el artículo 21° se eximía de impuestos a la producción cervecera nacional¹⁴¹.

La Nación, además, le concedió al departamento el 50 por ciento de los impuestos recaudados y les reconocía a modo de indemnización el 50 por ciento del monto calculado por los perjuicios ocasionados a raíz de esta ley¹⁴². Dos años después, mediante la **Ley 47 de 1930** (que reformaba las leyes de 1923 y 1928), se responsabilizaba a los departamentos de la lucha antialcohólica y se les retiró el reconocimiento de la indemnización que otorgaba la ley de 1928: “La Nación dejará de pagar a los Departamentos las indemnizaciones establecidas en la Ley 88 de 1928 para compensar los perjuicios que la lucha antialcohólica les ocasione”¹⁴³.

Como vemos, en apenas siete años cambió la consideración hacia las bebidas alcohólicas. De proponer su prohibición se pasó a la regulación de su consumo. De la creencia de que las bebidas embriagantes eran la causa de la degeneración de la “raza colombiana” se llegó a la convicción de que se trataba simplemente un problema de índole social, por tanto, no se requería la prohibición sino ejercer control por medio de la policía y la higiene. Las autoridades civiles municipales debían poner bajo control y constante observación la población, para garantizar la paz, la moralidad y la salud pública. La herramienta para lograrlo fueron los códigos de policía.

¹³⁹ *Ley 88 de 1928*. “Por la cual se adiciona y complementa la 88 de 1923, sobre lucha antialcohólica”. Consultado: 15 de julio de 2018. Artículo 1°. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1630048>.

¹⁴⁰ *Ley 88 de 1928*. Artículo 17°.

¹⁴¹ *Ley 88 de 1928*. Artículo 21°.

¹⁴² *Ley 88 de 1928*. Artículo 5°.

¹⁴³ *Ley 88 de 1923*. Artículo 2°.

El Código de Policía de 1941 determinaba las causales por las cuales los individuos en estado de embriaguez debían ser sancionados. En primer lugar, se aplicaba el código por reincidencia en la embriaguez pública o escándalos en la vía pública. En el capítulo doce del artículo 189° se estipulaba que toda persona que se presentara ebria en público debía ser conducida por las autoridades a la cárcel y permanecer allí por un día, la primera vez; por la segunda vez, tres días; por la tercera vez, cinco días; y si el individuo acumulaba más de tres reincidencias debía ser conducido a un hospital mental, manicomio o casa de beneficencia para atender su curación, claro está, esta última sanción debía ser solicitada por sus familiares, quienes asumirían los costos¹⁴⁴.

A mediados del siglo XX, alcaldes y jefes de policía procuraron disminuir la criminalidad en el municipio de Segovia, no solo mediante el desarme de los ciudadanos, sino, sobre todo, controlando la embriaguez. En cumplimiento de lo que se mandaba en el artículo 204° del Código de Policía de Antioquia de 1941, los alcaldes llevaban libros donde registraban a los nombres de los infractores, sus antecedentes y faltas “contra la moral y el bien público”¹⁴⁵. Los registros tenían por objetivo controlar la embriaguez y la venta de licores, y que mediante estas reconvenciones, los individuos no reincidieran en sus faltas. En un libro de 1941 quedó consignado:

Cincuenta y ocho (58) armas decomisadas. Veinticinco (25) providencias por reincidencias de embriaguez; cuarenta y tres por ultraje de particulares a la policía; diez por palabras obscenas y otras distintas diligencias por venta de licores a menores, bailes públicos, apertura de cantinas después de las doce de la noche cuando no figuran como permanentes o clubes.¹⁴⁶

¹⁴⁴ *Código de Policía 1941*. Art. 189°-190°, (Medellín: Imprenta Departamental, 1941) 54.

¹⁴⁵ *Código de Policía 1941*. Art. 204°. “Tanto los jefes de policía como los alcaldes de las cárceles llevarán un registro especial de los que sean conducidos a la cárcel por embriaguez”.

¹⁴⁶ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 488, doc-C6, f. 114r-115r. 1941.09.09.

Diversión, escándalo y criminalidad: los “bailes de negocio”

Existían diversos lugares de diversión para los obreros segovianos pasar su tiempo de ocio: cantinas, estancos, prostíbulos y casas de juego; locales que se perfilaban como centros generadores de desorden social e indisciplina. En ellos se realizaban los tradicionales “bailes de negocio”, actividades que relajaban las costumbres de los asistentes e incitaban a la embriaguez. Este tipo eventos, a los cuales eran aficionados los pobladores del municipio de Segovia, más allá de favorecer un sano esparcimiento, se promovía el desarrollo de acciones contra la “moral” y las “buenas costumbres”, allí los que departían exclamaban palabras obscenas, se involucraban en peleas y se formaban algarabías en vías públicas, todo lo cual arrebatava la tranquilidad al pueblo¹⁴⁷.

Por lo general, los bailes de negocio terminaban en disturbios, a causa de las descomunales borracheras que los asistentes alcanzaban. Estos eventos constituyen un buen ejemplo para representar una sociabilidad conflictiva, pues involucraban todos los elementos aquí trabajados: tiempo libre, alcohol, obreros y prostitución. No extraña que con todos esos ingredientes explosivos, aquellas juntas produjeran acciones violentas que ponían en peligro la integridad de los individuos y dejaban en entredicho la autoridad policial del pueblo.

Una de estas reuniones se realizó en Segovia el sábado 28 de mayo de 1935, aquel día se bailaba “sin permiso” en un barrio no muy alejado del parque municipal llamado “Borbollón”. Mientras los asistentes departían sus tragos animados, ingresó el cuerpo de policía al lugar para impartir el orden y dar por finalizado el baile. En esas, algunos de los hombres, por supuesto, bastante ebrios, lanzaron expresiones groseras contra los policías que entraban a acabar con su diversión. Los civiles, embriagados y violentos, se opusieron a las órdenes de los oficiales y se negaron a acatar a la autoridad. Mientras se daba el agarrón entre civiles y policías se presentaron algunos disparos, dando como resultado que un civil salió herido:

¹⁴⁷ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 434, f. 232r. 1935.09.07.

Frente la actitud hostil que estaban asumiendo desde un principio, tuvieron que hacer [los oficiales] uso de sus yataganes, formándose entonces la trifulca y resultando un particular gravemente herido a bala pues tiene roto un pulmón¹⁴⁸.

En reuniones como la descrita, las autoridades relacionaban la embriaguez y las formas tradicionales de sociabilidad con la criminalidad. Según las ideas que predominaban en la época, influenciadas por el pensamiento lombrosiano (Cesare Lombroso, 1835-1909), la criminalidad aumentaba o disminuía en proporción directa con el mayor o menor consumo de bebidas alcohólicas¹⁴⁹. Acorde con estos preceptos, el alcalde de Segovia, Fernando Morales, indicaba en 1935 que el control policial de las actividades cotidianas y, en especial, sobre la ingesta de bebidas embriagantes, se promovía la vida en armonía de la población:

Una de las labores que verdaderamente, en mi humilde concepto, constituyen una disminución alarmante en la criminalidad, es la del desarme y castigo de las reincidencias por embriaguez¹⁵⁰.

De acuerdo con los registros estadísticos, la ingestión de alcohol por habitante en Segovia en los años 1930 y 1931, era de más de un litro por cabeza al año –indicativo bastante discreto dado los hábitos de los obreros segovianos–, ocupando el segundo puesto de consumo en el departamento de Antioquia, apenas superado por el vecino Zaragoza¹⁵¹. Durante el año 1930 en Segovia fueron detenidos por embriaguez 80 individuos y solo dos de ellos había cometido delitos de sangre a causa de su borrachera, lo cual cuestiona la relación entre embriaguez y criminalidad. En los tres primeros meses de 1931 habían sido detenido 39 individuos por el delito de embriaguez, es decir, 13 personas por mes, así que se había producido un incremento considerable en esta infracción, lo que indica que las formas de control policial habían estado más estrictas¹⁵².

Asimismo, para sofocar los constantes disturbios y procurar mantener alejados a los obreros del alcohol y las cantinas, se habían tomado algunas medidas. Por ejemplo, a finales de 1930,

¹⁴⁸ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 434, f. 232r. 1935.09.07.

¹⁴⁹ Gallo y Márquez, *Alcoholismo, enfermedad social...*, 5.

¹⁵⁰ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 488, doc.-C6, f. 102r. 1941.08.30.

¹⁵¹ Tobón, *Estudio médico social...*, 1.064.

¹⁵² AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 381, f. 114r. 1931.03.09.

el alcalde Juan J. Zapata decidió suspender los permisos concedidos para efectuar bailes de negocio en la localidad:

Durante este mes [octubre de 1930] he dado permiso para verificar 3 bailes, de negocio, y en virtud a que dichos bailes de negocio, en las formas que en esta tierra los acostumbra, es el centro de cada baile de la más grande inmoralidad, pues en ninguna forma pueden organizar con decencia; motivo por el cual y para el bien de la sociedad, esta Alcaldía ha creído correcto no dar más permisos para baile, por la razón expresada¹⁵³.

Cinco años después los permisos seguían suspendidos, lo que había afectado las economías alternas, aquellas que habían surgido alrededor de la economía extractiva. Así que las cantinas, clubes, casas de juegos permitidos y prostíbulos de Segovia se veían afectados por dichas prohibiciones. Esta situación causaba inconformidad entre el grupo de propietarios de estos establecimientos, quienes ejercían presión sobre los alcaldes mediante visitas diarias a la alcaldía con el fin de insistir en la concesión de permisos para ejecutar dicha actividad en sus locales, alegando que ellos eran cumplidos al pagar sus respectivos impuestos. Al respecto escribía el alcalde Luis Cárcamo:

Propietarios de clubs se presentan constantemente en este despacho, con el fin de solicitar permiso para efectuar bailes de negocio en sus establecimientos para lo cual presentan sus recibos de haber pagado el impuesto municipal, que en este municipio son de CUARENTA PESOS¹⁵⁴.

De esta forma, el alcalde Cárcamo, presionado por los comerciantes, estimaba que no había inconveniente ni peligro alguno en caso de volver a permitir dichas actividades. Lo atractivo del asunto serían los ingresos que representaría para el municipio por la renta de licores. Por ello, consideraba que tales actividades podían reanudarse poniendo algunas condiciones bien difíciles de cumplir en ese tipo de establecimientos, entre ellas, que no hubiera ebrios, que no ingresaran personas armadas y, que los bailes se acabaran a las doce de la noche.¹⁵⁵

Luis Cárcamo proponía ofrecer otros tipos de actividades para mantener entretenidos y reunidos bajo control y orden al crecido número de obreros. Esto evidenciaba la dificultad de

¹⁵³ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 367, f. 347r. 1930.10.20.

¹⁵⁴ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 434, f. 232r. 1935.09.07.

¹⁵⁵ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 434, f. 232r. 1935.09.07.

mantener controlada la población obrera durante el tiempo libre, pues era necesario que estos obreros se alejaran del vicio del alcohol y de los placeres sexuales¹⁵⁶. Otra tarea bien difícil de realizar, pues implicaba cambiar los hábitos de diversión acostumbrados por un sano esparcimiento, quizás fomentando el deporte.

Juzgo, que tal permisión sea corriente ya que el crecido número de obreros no tiene más que las tabernas y el juego para entretener las horas libres, y de esta manera se le evita quizá, mayores perjuicios a los trabajadores y se les tiene reunidos para atender con mejor éxito el orden¹⁵⁷.

Ya hemos visto las percepciones que se tenían en la época con respecto a la embriaguez, por una parte las implicaciones morales y biológicas del consumo de alcohol y, de otro lado, la relación que se establecía entre licor y criminalidad. El alcoholismo provocaba desórdenes en la vida en civilidad de Segovia y era especialmente perjudicial para el grupo social que aquí nos ocupa, los obreros. En este caso, se contemplaba un interés productivo y económico, pues el consumo de bebidas embriagantes afectaba directamente el rendimiento laboral de los obreros (inasistencias, debilidad corporal, falta de concentración) perjudicando la productividad de la empresa minera¹⁵⁸.

A pesar del control policial y el registro de infracciones, era difícil aplicar tales amonestaciones debido a la falta de oficiales de policía, la incapacidad de las cárceles y, sobre todo, a lo extendido del consumo de licor entre los pobladores. Lo que solía hacerse era imponer sanciones tolerantes ante dicho hábito. Por reincidencia se exigía una fianza de buena conducta, buscando, según las intenciones del alcalde, el incremento del erario municipal. En muchos casos estas multas no eran pagadas, debido a las penurias económicas de los individuos, en vez de ello se les asignaba una detención de treinta días de cárcel, lo malo es que esto perjudicaba a los individuos que terminaban siendo despedidos de sus trabajos a causa de la inasistencia¹⁵⁹. En cuanto a esto, en el Código de Trabajo se contemplaba como causa justificada para la terminación del contrato con aviso anticipado de

¹⁵⁶ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 434, f. 232r. 1935.09.07.

¹⁵⁷ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 434, f. 232r. 1935.09.07.

¹⁵⁸ Jana Congote, "Las enfermedades sociales en los obreros de Medellín", Tesis Historiadora (Medellín: Universidad de Antioquia, 2007) 62.

¹⁵⁹ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 488, doc-C6, f. 114r. 1941.09.30.

siete días a todo vicio que perturbaba habitualmente la disciplina de la empresa o incapacitara al trabajador para cumplir de forma satisfactoria con sus obligaciones¹⁶⁰.

“La Cruzada”: infractores en tierra de nadie

El despido de los obreros, daba origen a un nuevo problema pues se incrementaba el grupo de desocupados, quienes poco a poco se fueron estableciendo “La Cruzada”. Se trataba de un caserío que se había ido conformando en una zona aledaña a la empresa, pero que pertenecía a la jurisdicción del vecino municipio de Remedios. Con el endurecimiento de las acciones para castigar la embriaguez en Segovia, los obreros se habían trasladado a consumir alcohol y realizar otras las actividades vinculadas con la embriaguez a un lugar con menor – o ninguna– vigilancia policial, y el sitio ideal para ello era La Cruzada –donde para entonces ya pululaban las casas de prostitución–. El sitio tenía ventajas, estaba ubicado en el límite de los dos municipios, así que quedaba muy cercano a la mina y a la vez estaba muy alejado de la cabecera municipal de Remedios (6 kilómetros)¹⁶¹. Al presidente del Concejo de Segovia en 1941, le preocupaba esta situación, en especial porque la fuga de bebedores iba en detrimento de las finanzas del municipio:

Que tales individuos sean despedidos de la empresa donde se ocupan y vengán a sumarse al número de los sin trabajo, y además ayuda con esto a acrecentar las rentas del Municipio de Remedios, porque los trabajadores van a las cantinas del vecino corregimiento de La Cruzada¹⁶².

El surgimiento espontáneo de La Cruzada, denota que en Segovia se habían realizado campañas severas para controlar el expendio y consumo de licores, los malos comportamientos de los ciudadanos embriagados y los desórdenes públicos originados por las sociabilidades del consumo de licor. Todo ello dirigido a controlar la masa obrera, principal recurso humano del pueblo que, por lo regular, estaba involucrado en tales actividades. La Cruzada fue el lugar que los individuos desordenados encontraron para escabullirse del control administrativo y policivo, a pesar de estar a unos pocos metros de

¹⁶⁰ Gallo y Márquez, *Alcoholismo, enfermedad social...*, 18.

¹⁶¹ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 488, doc-C6, f. 59r. 1941.01.07.

¹⁶² AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 488, doc-C6, f. 114r. 1941.09.30.

Frontino Gold Mines. Allí ya existía un grupo de habitantes considerable al tiempo que habían surgido numerosas cantinas y prostíbulos, convirtiéndose en un nuevo foco de conflicto:

[...] especialmente en los días feriados, se ocurren frecuentes delitos de sangre y otras clases infracciones [...] los habitantes de ese lugar son de índole agresiva y pendencieros¹⁶³.

Por estar al margen de su jurisdicción, las autoridades de Segovia estaban impedidas para ejecutar sus acciones en dicho corregimiento. Así que el lugar se convirtió en un obstáculo para controlar a los pobladores de Segovia en su tiempo de ocio. Los obreros asistían en gran número y con asiduidad a las cantinas y bailes de La Cruzada, que se consolidaba como un nuevo centro de diversión y de consumo de bebidas embriagantes. Las autoridades de Remedios, a quienes les correspondía ejercer el control en el caserío, también estaban maniatadas pues no tenían recursos para desplazarse hasta allí a contener los excesos que surgían¹⁶⁴.

Una noche de enero de 1949, el alcalde de Segovia, Luis Cárcamo Jaramillo, enterado de las borracheras, bailes y prostitución que proliferaban en La Cruzada, procedió a traspasar la frontera de su municipio para ver cuál era el atractivo que allí encontraban los obreros de Segovia y realizar apenas una “visita de inspección” –por tratarse de un lugar fuera su jurisdicción–, entre las doce de la noche y la una de la madrugada. Según Cárcamo, encontró gran cantidad de personas en estado de embriaguez, entre los cuales había al menos quince niños segovianos, cuyas edades iban de los diez a los catorce años. Los menores estaban en un evidente estado de embriaguez, bailando con mujeres “de la vida licenciosa”, mientras presenciaban el juego de dados, un juego prohibido en la época¹⁶⁵.

Las circunstancias descritas por Cárcamo violaban varias disposiciones establecidas en el Código de Policía de 1941. Una de ellas era la responsabilidad de los propietarios de locales

¹⁶³ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 483, doc-C4, f. 91r. 1940.03.25.

¹⁶⁴ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 488, doc-C6, f. 59r. 1941.01.07.

¹⁶⁵ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 556, soc-C1, f.9r. 1949.01.19

frente al cuidado de la infancia. En el artículo 193° se exigía que los expendedores de licores *impidieran* que los menores consumieran en sus establecimientos bebidas embriagantes. En el artículo 194° se obligaba a los dueños de establecimientos como cantinas y prostíbulos, que mantuviera una *vigilancia* constante para que los menores de dieciocho años no permanecieran en los locales¹⁶⁶. Como vimos, el cuerpo de policía de Remedios estaba bastante alejado de La Cruzada para cumplir al pie de la letra lo ordenado en el artículo 195°:

Los agentes de Policía harán retirar de las cantinas a los menores que permanezcan en ellas sin objeto lícito determinado; si desobedecieren los conducirán ante sus padres o guardadores, y sino las tuvieren o no fueren conocidos, ante el jefe de policía, que podrá detenerlos en un lugar de prevención, por el tiempo que estime conveniente y que no podrá exceder de tres horas¹⁶⁷.

La aparición de La Cruzada como nuevo lugar de juerga de los obreros segovianos, no significa que en Segovia las cantinas y prostíbulos hubieran llegado a su fin. Todo lo contrario. Al parecer las medidas policivas no eran capaces de contener las actividades de los obreros en sus momentos de ocio. Los locales de diversión aumentaban constantemente, a medida que la población crecía en este pueblo de migrantes en búsqueda de fortuna. En 1946, el cura párroco Abel Yepes, como años atrás, volvía a quejarse del desorden de la población, pues sus habitantes continuaban con las mismas prácticas de embriaguez y escándalos públicos, a lo que se agregaba la presencia de niños en casas de juegos y expendios de licor.

Los sábados y domingos no se duerme en Segovia por la gritería de hombres y mujeres que durante toda la noche pasean en carro por todas partes y por el ruido de los parlantes a todo volumen en cantinas centrales¹⁶⁸.

Las estadísticas departamentales de 1959 indican que en el municipio de Segovia durante ese año se consumieron 10.000 litros de bebidas nacionales, 669 litros licores extranjeros y 43.778 litros de cerveza. Realizando un promedio de este consumo con la población mayor de 18 años del municipio, que para entonces era de 4.575 adultos, tenemos que cada uno de ellos consumiría aproximadamente 11.90 litros¹⁶⁹. La cifra resulta todavía muy modesta dado

¹⁶⁶ *Código de Policía 1941*, Art. 193°-194°.

¹⁶⁷ *Código de Policía 1941*, Art. 196°.

¹⁶⁸ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 523, doc-C4, f. 98r. 1946.08.27.

¹⁶⁹ *Anuario Estadístico de Antioquia*, 1959.

el registro de las prácticas de consumo del pueblo. Al respecto, el médico Arango Rico tenía su explicación para dar cuenta de ese número tan bajo, a nuestro parecer:

El hecho de que la zona de lenocinio que tiene mayor consumo, pertenece al Municipio de Remedios y está muy cerca al área urbana de la población, también influye la preparación clandestina de bebidas alcohólicas¹⁷⁰.

Queda claro que era difícil erradicar las costumbres de esparcimiento del minero del nordeste antioqueño y que un trabajo tan extenuante como el de las minas requería de momentos de diversión desaforada, como para animarse a volver al socavón. Haría falta inculcar hábitos de vida saludables que involucraran toda la familia, para ello deberían pasar algunos años. Por el momento, las formas policivas de control de vicios y vida desordenada, no solo no lograba regular los comportamientos, sino que los habitantes de Segovia terminaron buscando nuevos lugares al margen del control para replicar esos locales de licor y lenocinio que habían marcado la vida del minero.

¹⁷⁰ Arango, Estudio higiénico social..., 48.

Prostitución: mujeres de vida aireada y corrupción de varones

El ejercicio de la prostitución ha sido a lo largo de la historia un lucrativo monopolio, cuyo objeto social es el comercio sexual. La prostituta, era aquella mujer que practicaba coito con varios hombres indistintamente y vivía en prostíbulos o casas de lenocinio, o los frecuentaba¹⁷¹. De acuerdo con el *Código de Policía de Antioquia* de 1936, las mujeres que practicaban esa labor iban en contra de la moral y de las buenas costumbres, por ello no podían habitar en casas o locales que estuvieran situados a menos de dos cuadras de templos, plazas de mercado, planteles educativos o establecimientos industriales en los que se ocuparan jóvenes honestas¹⁷².

En Segovia el ejercicio de la prostitución presentaba dos características particulares. Por una parte, la economía de la sexualidad y los negocios como cantinas y prostíbulos estaban diseminados por todo el poblado, es decir, no existía una zona de tolerancia y, mucho menos, se cumplía la restricción del código de policía sobre la distancia de lugares de religiosidad, trabajo y estudio. Por otro lado, este tipo de comercio fomentaba las prácticas sexuales desordenadas, propias del género masculino, en una región de zona minera a donde, en su mayoría, migraban hombres solteros. Según los discursos de la época la prostitución degradaba la fisiología y la moral del hombre de procedencia humilde, del obrero, del campesino, del ignorante, dando como resultado enfermedades contagiosas como sífilis y blenorragia¹⁷³.

Durante la primera mitad del siglo XX en Colombia se establecieron dispositivos higiénicos para el saneamiento de sectores pobres de las poblaciones y su reubicación en las urbes. Esta readecuación del espacio urbano incluía la organización de nuevos escenarios como parques, escuelas y barrios obreros. Se fomentaban programas como lucha antialcohólica y

¹⁷¹ Daniela Arturo, “El papel de las asociaciones de trabajadores sexuales y de las entidades privadas que trabajan con población dedicada a la prostitución en la regulación del trabajo sexual en Colombia, (1991-2016)”, Tesis Politóloga (Bogotá: Universidad del Rosario, 2016) 15.

¹⁷² *Código de Policía de Antioquia 1936* (Medellín: Imprenta Oficial, 1936). Art 216°.

¹⁷³ Dora Vergara y Nora Úsuga, “La degeneración y la eugenesia en Colombia en textos de Laurentino Muñoz Trujillo 1930-1965”, Tesis Historiadoras (Medellín: Universidad de Antioquia, 2015) 134.

antivenérea, incentivando la rehabilitación de una población obrera viciada y enferma, en una especie de profilaxis social¹⁷⁴.

“Fundungo” y “Bataclán”: buscando el lugar ideal para los transgresores

Podría afirmarse que el pueblo de Segovia tenía cierta tolerancia hacia la prostitución o que, quizás, esta actividad estaba incluida dentro de sus pintorescas costumbres; como fuera, el nacimiento del pueblo había visto primero llegar las cantinas y prostíbulos al lado de las minas y más adelante había llegado la civilidad. Avanzando el siglo XX las autoridades estaban interesadas en mejorar la calidad de vida de los habitantes, fomentar una mano de obra sana y educar con el ejemplo a los futuros obreros.

Las trabajadoras sexuales de Segovia, a mediados de la década de 1930, se encontraban diseminadas por todo el pueblo. Como lo ordenaban los preceptos higiénicos y policiales, era urgente reunir las en un solo lugar. Ya se había establecido un padrón que recopiló cerca de cuatrocientas mujeres públicas, descritas como “trabajadoras sexuales legales”. Aunque no se tenían datos de cuántas más existían que ejercían su oficio de forma clandestina¹⁷⁵.

Debido a la topografía quebrada y al tipo de asentamiento espontáneo, el municipio de Segovia no contaba con una distribución espacial organizada y el comercio de las mujeres públicas se encontraba disperso por todo el poblado asociado a cantinas, bares y, por supuesto, prostíbulos. En 1936, obedeciendo las disposiciones del código de policía, el alcalde Jorge Liévano R. se hacía cargo de la norma que autorizaba a la administración pública a ejercer controles sobre este tipo de oficios y que facultaba a los concejos y alcaldes para que, según la conveniencia de cada municipio, se señalara un barrio específico para las mujeres públicas¹⁷⁶. Un primer intento de reubicación fue la elección un barrio especial para ello, se trataba del denominado “Fundungo”, con lo cual pretendían centralizar los vicios y

¹⁷⁴ Carlos Noguera, “La Higiene como política. Barrios obreros y dispositivo higiénicos: Bogotá y Medellín a comienzos del siglo XX”, En: *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 25 (1998): 188-189.

¹⁷⁵ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 449, f. 320r -321r. 1936.08.31.

¹⁷⁶ *Código de policía de Antioquia 1936*. Artículo 216.

dar tranquilidad a las familias del pueblo, quienes a diario asentaban sus quejas ante la alcaldía sobre los continuos escándalos que debían soportar¹⁷⁷.

Con la reubicación no cambió mucho la situación, pues el barrio elegido, “Fundungo”, estaba ubicado apenas a 70 metros del templo parroquial y a 191.6 metros del hospital¹⁷⁸. Por tanto, el llamado “problema” siguió a la vista de todo el pueblo, pues las denominadas “mujeres de mala vida” seguían deambulando libremente por las calles céntricas del pueblo, causando constante bullicio y escándalos, lo que ponía en entredicho lo acertado de la decisión y el accionar policivo, pues la fuerza pública debía impedir que dichas mujeres continuaran haciendo escándalos y perturbando la tranquilidad¹⁷⁹.

El prostíbulo está situado en plena zona urbana y representa un verdadero foco de inmoralidad, sus condiciones higiénicas son lamentables. Existe además otra zona de tolerancia en el sitio “La Cruzada”, cuyo control está a cargo de las autoridades sanitarias del municipio de Remedios¹⁸⁰.

El “barrio de tolerancia” había sido ubicado a unos pocos pasos del parque central y se extendía hasta cerca del hospital de beneficencia. Como se trataba de una vía principal, por allí transitaban familias “de bien” y niños. En materia de higiene el lugar era inadecuado por las conductas insalubres de aquellas mujeres, por la falta de agua potable y por estar ubicadas frente a las ruinas de un antiguo cementerio¹⁸¹. Estas condiciones obligaban a que de nuevo se buscara un lugar más adecuado para ubicar a las trabajadoras sexuales, y con ellas, cantinas y prostíbulos: “no hay en Segovia nada más mal situado que el barrio de mujeres públicas, colocado en un lugar de forzoso tránsito para niños y familias honorables de otros barrios”¹⁸².

Cuatro años después de la primera reubicación de este sector de la población segoviana, la apreciación del cura párroco del municipio Alberto María Yepes, era la siguiente:

¹⁷⁷ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 449, f. 320r -321r. 1936.08.31.

¹⁷⁸ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 87r. 1942.10.14.

¹⁷⁹ *Código de policía de Antioquia 1936*. Artículo 208.

¹⁸⁰ Arango, *Estudio higiénico social...*, 64.

¹⁸¹ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 88r-89r. 1942.10.14.

¹⁸² AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 70r. 1942.09.06.

Este pueblo se está echando a pique por la inmoralidad y los escándalos públicos; las **mujeres de mala vida** transitan por todas partes con sus amantes; aunque se ha señalado un barrio especial para las **mujeres de vida aireada**, no hay calle en donde no se encuentren varios amancebados y prostíbulos de negocio; jovencitos de corta edad y aun niños están presenciando cosas espantosas y no se hace nada para retirarlos de los lugares nefandos; a los pocos metros del templo parroquial empiezan los lenocinios y también muy cerca de las escuelas públicas¹⁸³.

Debido a la insistencia de la sociedad segoviana, el Concejo Municipal comenzó un nuevo proceso de traslado del barrio de mujeres públicas a un lugar más apartado del centro del poblado. Al respecto, el 1° de marzo de 1942 la corporación dictó el Acuerdo No. 55 mediante el cual se disponía su traslado al paraje llamado “Bataclán”¹⁸⁴.

En un principio el proceso de traslado fue lento, pues se pedía que antes de la mudanza se construyeran en aquel lugar casas adecuadas para instalar los mencionados negocios. Al efecto se lograron edificar algunas viviendas. Sin embargo, estas no contaban con adecuaciones para la higiene, pues en este pueblo, como ya lo hemos descrito aquí, no existía ni agua potable, ni alcantarillado y las prácticas higiénicas de sus habitantes eran precarias¹⁸⁵.

El nuevo barrio de las mujeres públicas contaba con una ventaja con respecto al antiguo: estaba mejor situado. Se ubicaba en un lugar alto y muy ventilado, en donde aquellas mujeres podían vivir con más amplitud. “Bataclán” se localizaba entre las calles de “Cocohondo” y el “Tajo-abierto”¹⁸⁶. Con las especificaciones del nuevo lugar se cumplía con la Ordenanza No. 39 de julio 1940, expedida por la Asamblea Departamental de Antioquia, según la cual: “los barrios destinados para la residencia de **mujeres públicas** distantes de las iglesias, planteles, deben situarse a los 400 metros distantes de las iglesias, planteles de educación, casas de Beneficencia y Hospitales”¹⁸⁷.

El barrio “Bataclán” distaba a doscientos tres metros con ochenta centímetros (203m 80cmt) de la escuela de niños y estaba ubicado a una distancia aproximada de 400 metros de la iglesia

¹⁸³ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 483, doc-C4, f. 99r. 1940.04.15.

¹⁸⁴ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 108r. 1942.12.21.

¹⁸⁵ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 69r. 1942.09.06.

¹⁸⁶ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 65v. 1942.09.11.

¹⁸⁷ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 87r. 1942.10.14.

parroquial, así que cumplía con los requisitos exigidos en cuanto a distancia¹⁸⁸. Estaba alinderado de la siguiente manera: “de la esquina de la calle de los “Pomos” por la calle de “Tajo-abierto” hasta llegar a la entrada de “Briceño”, de ahí torciendo por la derecha pasando por el alto de “Cogote” hasta la terminación del camino carreteable, que va a dar a la carretera de “Marmajito”¹⁸⁹.

A la administración municipal le interesaba que “Bataclán” prosperara, por ello puede considerarse que su ubicación fue bien pensada. Recordemos que con el surgimiento de La Cruzada había aparecido un lugar alejado de los controles de Segovia y Remedios para la población que buscaba una diversión desmedida. En sus cantinas y prostíbulos quedaban depositados los jornales ganados con tanto esfuerzo por los obreros que frecuentaban asiduamente el lugar porque tenía la ventaja de estar cerca de la mina y lejos de toda represión. Esta situación, por supuesto, constituía un detrimento para las rentas del municipio de Segovia, por la pérdida de clientes y de ingresos para los dueños de los locales comerciales. Por ello, el nuevo barrio fue ubicado estratégicamente en camino que conducía a la mina Marmajito, lugar que como advierte el párroco Alberto María Yepes era “la única entrada carreteable y paso obligado de los obreros de las minas”¹⁹⁰.

Es así como la prostitución fue un problema de orden social, de tal dimensión que se convirtió en el objeto generador de un discurso higiénico moralizante, por tanto se hizo necesaria la vigilancia y el control a este oficio, buscando marcar una distancia con “la gente de bien”. También era importante ubicar esta actividad en un lugar idóneo, para ello se conformaron los denominados “barrios de tolerancia”, con el fin de concentrar allí todo lo que la sociedad despreciaba: las malas costumbres y comportamientos inadecuados. Para el fisco municipal significaba acaparar unas buenas rentas que ingresaban por la venta de licores y por diversas licencias, fondos que irían a los bolsillos de los corruptos, pues en el municipio no se

¹⁸⁸ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 88r-89r. 1942.10.14.

¹⁸⁹ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 89r. 1942.10.14.

¹⁹⁰ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 492, doc-C7, f. 102r. 1942.12.18.

realizaban obras como acueductos, alcantarillado, arreglo de vías, inversión social, ni un largo etc.

Enfermedades venéreas: contagio, ostentación social y curación

A principios del siglo XX tuvo repercusión en la comunidad médica el trabajo Laurentino Muñoz. Según este médico la prostitución era una expresión del crecimiento urbano, que iba de la mano con problemas sociales como el alcoholismo, el juego y el delito, por lo regular, asociados con las clases bajas, entre ellas, los obreros. Asegura Muñoz, además, que el comercio sexual conllevaba a la miseria, el deterioro familiar y era uno foco de infecciones¹⁹¹. Sobre esta problemática en Segovia, el médico Arango Rico afirmaba en 1958: “Es necesario repetir que mientras las sociedades acepten la legalidad de la prostitución, no serán evitados los problemas sanitarios que ella trae consigo”¹⁹².

Los médicos que trabajaron en Segovia por entonces, señalaban el alto riesgo de contraer enfermedades venéreas, dada la descuidada conducta sexual de sus pobladores. El médico Zapata Jaramillo registró con desconcierto, en 1941, que los hombres contagiados con estas patologías estimaban su enfermedad de forma positiva. Según Zapata, para los obreros segovianos padecer sífilis o blenorragia, representaba ostentar un certificado de virilidad. Por lo cual, exhibían las marcas de la infección venérea con orgullo. Zapata catalogaba con el término de “benevolencia irresponsable” el menosprecio de los obreros hacia aquellas enfermedades. Según este médico “el sifilítico y blenorragico son todavía unas especies degradantes de héroes populares, aureolados por la gloria repúgnate de sus travesuras sexuales”¹⁹³.

Los obreros consideraban que la sífilis era un mal benigno, una enfermedad pasajera de la sangre que podía curarse con aguas milagrosas o con yerbas bienhechoras. Aunque era

¹⁹¹ Zarama, El papel de las asociaciones..., 15.

¹⁹² Arango, Estudio higiénico social..., 64.

¹⁹³ Zapata J., Contribución..., 14-15.

curable debía tratarse con cuidado. Esta enfermedad microbiana tiene tres periodos. Un periodo primario o periodo anterior, en las dos a tres semanas del contagio, cuando se manifiesta con llaga (chancro), generalmente superficial, indoloro y de pronta curación. La enfermedad era engañosa, pues en poco tiempo los signos exteriores desaparecían, así que el afectado creía que el mal se había ido sin dejar secuelas¹⁹⁴.

El padecimiento abundaba entre los obreros de *Frontino Gold Mines*. El médico Zapata Jaramillo en 1941 realizó 500 reacciones de Khan, resultando que el 20% dieron positivo, es decir, 100 obreros tenían en su cuerpo la bacteria *Treponema pallidu*¹⁹⁵. La sífilis se presentaba en diversas formas clínicas. En su forma secundaria, la “sífilis pulmonar”, afectaba la laringe, tráquea, bronquios y pulmones, así que podía pasar como síntomas de una simple gripa o catarro, y se atribuía al ambiente cálido y húmedo de los socavones, o a cambios bruscos de temperatura al pasar de la profundidad de la mina a la superficie. En su forma terciaria, la “sífilis de altas vías respiratorias”, constaba de infecciones en la nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senos paranasales, a veces se presentaban juntas ambas enfermedades¹⁹⁶.

Según Laurentino Muñoz la sífilis afectaba la esfera social al individuo y la hacía propensa a otros padecimientos. Los hijos de padres sifilíticos tendían a portar la enfermedad, ocasionando generaciones enfermas¹⁹⁷. En cuanto a la familia del obrero infectado, sucedió que en una inspección a los niños de las escuelas de Segovia realizada por el médico Tobón Betancourt en 1934, este encontró un alto porcentaje de *adenitis cervicales*, consistente en la inflamación de los ganglios linfáticos cervicales que se encuentran alrededor de la cabeza y el cuello de los niños, muchas de ellas crónicas, que podían obedecer a un *tubérculo de sífilis*¹⁹⁸.

¹⁹⁴ Emmanuel Giraldo, “Entre putas y enfermedades: Una mirada a las patologías relacionadas con el oficio sexual público, Medellín (1914-1936)”, Tesis Historiador (Medellín: Universidad de Antioquia, 2013) 75.

¹⁹⁵ Zapata J., Contribución..., 131.

¹⁹⁶ Zapata J., Contribución..., 14.

¹⁹⁷ Vergara y Úsuga, La degeneración y la eugenesia, 133.

¹⁹⁸ Tobón, Estudio médico social..., 2.021.

Según Tobón, los infectados por sífilis eran propensos a contraer otras enfermedades, pues su organismo estaba debilitado, lo que favorecía, por ejemplo, el contagio tuberculoso:

La sífilis, no sólo de particularización pulmonar, sino también en términos generales, por la inferioridad relativa que inflige al organismo, hace posible la prontitud tuberculosa, con especialidad para una enfermedad latente como ella, es el esclerolato de sífilis de que habla Ricord, no propiamente como entidades superpuestas, sino evolucionando lado a lado, tal se ha visto en autopsias junto a la esclerosis blanca sifilítica, la corona rubicunda de tuberculosos bacilares¹⁹⁹.

En cuanto a la *blenorragia*, según Tobón Betancourt, durante la década de 1930, presentaba manifestaciones crueles y numerosas, que en poco tiempo dejaban inútiles para el trabajo a los obreros pues sus complicaciones articulares los dejaba en estado de invalidez, pues los enfermos no acudían a solicitar el tratamiento adecuado²⁰⁰. De acuerdo con Zapata Jaramillo, en 1941 esta enfermedad aun contaba con alta morbilidad, situación que se mantenía con el pasar de los años, pues en 1958 el médico Arango Rico había diagnosticado 131 casos de esta enfermedad mientras de sífilis solo fueron 16²⁰¹.

Los altos niveles de contagio indican la ligereza con respecto a la enfermedad y la tardanza de la acción curativa, unido a ello, los médicos de la época resaltaban las deficiencias morales de la población como un factor de riesgo. Según Zapata Jaramillo: “No existe una conciencia de los valores humanos, no hay responsabilidad social que contenga un poco este instinto desenfrenado hacia la corrupción espiritual y física”²⁰².

Con respecto a la lucha antivenérea, se contaban con ciertos protocolos para el tratamiento de tales enfermedades. Entre ellos, mantener bajo vigilancia médica a las mujeres públicas, sus principales transmisoras. A este respecto, en Segovia existía desde la década de 1920 el *Instituto Profiláctico Municipal*, encargado de realizar, con modestos recursos, campañas para fomentar la salud sexual de los habitantes del pueblo y el control médico de mujeres

¹⁹⁹ Tobón, Estudio médico social..., 2.020.

²⁰⁰ Tobón, Estudio médico social..., 2.016.

²⁰¹ Arango, Estudio higiénico social..., 62.

²⁰² Zapata J., Contribución..., 14.

dedicadas a la prostitución. Las condiciones que reducían la efectividad de las acciones preventivas eran ejercicio clandestino de la prostitución y la movilidad de estas mujeres, quienes, en su mayoría, provenían de otros pueblos como Puerto Berrio, Amalfi y Yolombó²⁰³.

La prevalencia de las enfermedades venéreas en la población Segoviana era alta según los datos registrados por el *Anuario Estadístico en Antioquia* en algunos años (Tabla N° 3). En 1938 fueron ingresados al hospital del municipio 292 personas con afecciones venéreas, de ellas el 48,6% estaban infectados por **sífilis** (142 pacientes). Le seguía en prevalencia la **blenorragia**, que ese año infectó a 86 pacientes (29,5%) de los enfermos por venéreas. En esta fuente la lucha antivenérea en Segovia apenas fue registrada algunos años, por lo cual no es posible establecer tendencias en un largo período, pues se observan altas fluctuaciones entre pacientes afectados y las enfermedades, posiblemente por la inconstancia de la lucha antivenérea, por ocultación de la enfermedad o por el vaivén de la población. De esta forma, se aprecia una reducción de la prevalencia de la sífilis y, a su vez, un incremento. En cuanto a la blenorragia, los datos dejan ver un impactante incremento de los afectados de un 29.5% en 1938 a un 83.2% en 1943. Otras enfermedades también muestran grandes fluctuaciones. El **chancro blando** tiene su mayor prevalencia en 1938 (16.4%) y la menor en 1943 (2.7%). El **Bubón climático** tuvo su mayor presencia en 1942 (21.7%) y la menor tan solo al año siguiente de 1943 (1.4%). Estos amplios rangos no permiten llegar a conclusiones certeras.

Tabla N° 5.
Internos en Hospital de Segovia por enfermedades venéreas (1938-1943)

Año	Sífilis	%	Blenorragia	%	Chancro Blando	%	Bubón climático	%	Total
1938	142	48,6	86	29,5	48	16,4	16	5,5	292
1939	48	47,5	32	31,7	10	9,9	11	10,9	101
1940	36	40,0	38	42,2	11	12,2	2	2,2	90
1942	4	3,4	59	51,3	16	13,9	25	21,7	115
1943	11	14,9	60	81,1	2	2,7	1	1,4	74

Fuente: *Anuario Estadístico de Antioquia*. 1938 a 1943.

²⁰³ Guillermo Soto L., “*Silicosis. Los problemas de la patología pulmonar entre los mineros*”, Tesis Doctor en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia. 1941) 85.

Observaciones: En la categoría “Otras” se incluyeron pacientes que padecían enfermedades venéreas sin identificar. En 1940 fueron 3 enfermos y en 1942 fueron 11.

La **sífilis** es producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*.

La **blenorragia** provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo.

El **chancroide o chancro blando** es causado por una bacteria llamada *Haemophilus ducreyi*.

El **bubón climático o linfogranuloma venéreo** es producida por la bacteria *Chlamydia trachomatis*.

Las trabajadoras sexuales de Segovia se inscribían para ser examinadas en el “profiláctico” con periodicidad. En el local, por lo regular, permanecían hospitalizados seis mujeres y cuatro hombres afectados de estos tipos de enfermedades. Las casas de estas mujeres eran visitadas cada semana por policías, quienes verificaban que contaran con los elementos sanitarios requeridos para su oficio²⁰⁴. De acuerdo con el médico Arango, en los tratamientos se inyectaba sistemáticamente 2.400.000 Unidades Internacionales (U. I.) de penicilina bencetozínica, con fines profilácticos. Este tratamiento se hacía mensualmente desde junio de 1959, y, para entonces, había dado buenos resultados en las mujeres que lo recibían, dado que era notable la disminución de hombres infectados en los últimos meses de ese año²⁰⁵.

Más importante que la curación era la prevención. Para ello a finales de la década de 1950, se estaba tratando de educar a las mujeres dedicadas a la prostitución y, a los hombres, asiduos a sus servicios, mediante charlas semanales, en las cuales recibían instrucción sobre higiene sexual. Esta intervención en la vida sexual de las personas era uno de los objetivos que buscaba el Estado con las campañas de educación sexual con el fin de llevar la sociedad a la civilización²⁰⁶.

Fueron varias las condiciones que propiciaron el particular sentido que el obrero de *Frontino Gold Mines* le dio a su tiempo de ocio, entre ellas la ubicación del pueblo en una zona de frontera minera lejana del directo control estatal, la diversidad de la población humana

²⁰⁴ AHA, *Gobierno-Municipios*, tomo 449, f. 319r. 1936.08.31.

²⁰⁵ Arango, *Estudio higiénico social...*, 64.

²⁰⁶ Vergara y Úsuga, *La degeneración y la eugenesia*, 137.

migrante que allí confluyó con el fin de ganarse la vida en un lugar donde todo lo que brillaba sí era oro. Un pueblo conformado en su mayoría de hombres mineros a donde llegaron mujeres dedicadas a la prostitución, fue modelando la vida de campamento minero, donde el tiempo se repartía entre el extenuante trabajo en las minas y el tiempo libre dedicado a la diversión sin límites entre el consumo exagerado de alcohol y el disfrute de la prostitución, como únicas diversiones a las que se destinaba casi todo el dinero devengado en el trabajo.

***SEGUNDA PARTE: El campamento de Frontino Gold Mines
Salubridad obrera en un enclave económico***

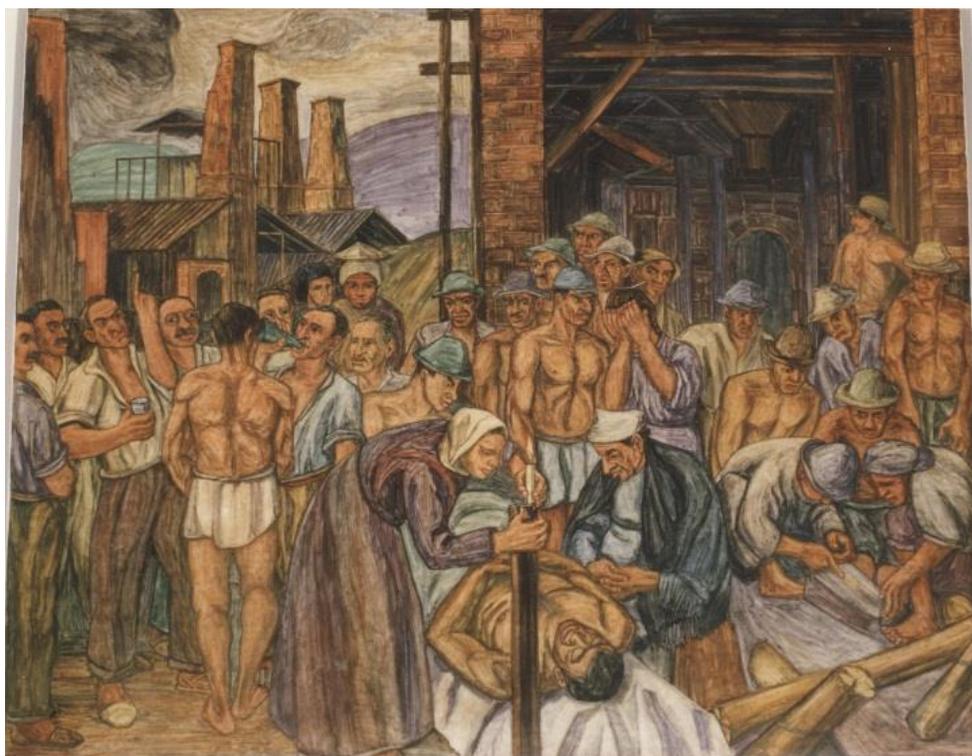


Imagen N° 4. *Minero muerto*. Obra del pintor antioqueño Pedro Nel Gómez (1899-1984), realizada en 1936. Pintura mural al fresco (2.70 x 3.30 m.) ubicada en el antiguo Palacio Municipal, hoy Museo de Antioquia.

Nota introductoria: El enclave económico y la medicina obrera

La empresa minera de capital inglés *The Frontino and Bolivia (South America) Gold Mining Company Limited* estableció en un territorio comprendido entre los municipios de Segovia y Remedios sus actividades económicas en un enclave llamado *Campamento La Salada*. Este campamento albergaba las minas de la empresa, talleres, oficinas administrativas, hospital, escuelas, clubes recreativos y barrios diferenciados para obreros, oficinistas y *staff*.

Desde mediados del siglo XIX llegaron al país empresas extranjeras dedicadas a la explotación aurífera. Para entonces Colombia se integraba a la economía mundial por medio de la exportación de productos agrícolas. En el caso de la minería, debido a la necesidad de incorporar avances tecnológicos, se incentivaba la inversión extranjera otorgando grandes beneficios a las empresas transnacionales. El modelo económico adoptado por estas empresas se denominó “economía de enclave”, el cual se instaló, por lo regular, en regiones apartadas, en donde el Estado colombiano contaba con escasa presencia.

El enclave se define como “una parte del territorio de un Estado separada de él y situada dentro de las fronteras de otro Estado. Visto desde el estado dentro del cual está situado, es un *enclave*, visto desde el estado al que pertenece, es un *exclave*”. Ejemplos de esto son Hong Kong que se considera como una colonia de Gran Bretaña en Asia oriental, aunque desde el punto de vista chino se le describe como un enclave británico rodeado, por el lado de tierra, de territorio chino. Igualmente, Gibraltar puede considerarse como una colonia británica en el continente europeo y como un enclave dentro de España²⁰⁷.

La anterior definición responde a un tipo de enclave geopolítico en donde el Estado colonizador goza de soberanía y poder político sobre el pedazo de territorio del país donde se inserta su enclave. En el caso de la economía de enclave se trata de una colonización económica, en donde las empresas transnacionales crean filiales en el exterior de sus países de

²⁰⁷ *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. David L. Sills, director (Madrid: Aguilar, 1974). Entrada: “Enclaves y exclaves”. 218-220.

origen en donde tienen posesión de un territorio, pero el Estado al cual pertenecen no ostenta soberanía sobre la región. Una importante característica es que la producción del enclave no está dirigida a satisfacer la demanda de los países donde se establecen, sino que su objetivo es el mercado exterior dominado por las empresas transnacionales.

La compañía *Frontino Gold Mines* se constituyó como un enclave “socio-económico”; por una parte, se conformó como una zona con una economía diferente al de la región en donde estaba ubicada. Además, estableció formas culturales distintas, dada la comunidad del enclave, compuesta por inmigrantes extranjeros.

Este enclave económico minero gozó de gran prosperidad económica pues se dedicó a explotar las minas de oro más ricas de Colombia. Su impacto en la economía que lo rodeaba podría considerarse, en ciertos aspectos, como benéfico, debido a que jalonó una gran migración a lo que se constituyó como un importante polo de desarrollo en el nordeste antioqueño, a través del cual se conformó un mercado consumidor de productos de la región que lo circundaba y aun de lugares más lejanos.

Entre los aspectos que caracterizan los enclaves económicos que se cumplen en *Frontino Gold Mines*, están:

- Mayor capacidad de empleo que el resto de economías
- Superior pago de salarios
- Modernización tecnológica
- Empleo de mano de obra altamente calificada
- Fuerte inversión de capital
- Las remesas producidas van a parar al extranjero

Cualidades que garantizaban su éxito económico; en tanto que las economías circundantes al enclave –entre ellas la pequeña minería–, contaban con recursos más precarios. Todo ello causa que las “economías de enclave” no se integren con el resto de la economía por diversos motivos, produciendo un efecto de desplazamiento hacia él de diversos insumos, lo cual perjudica al resto de la economía (apropiación de mano de obra y materia prima), con lo que

se aumentan los costos de estos elementos. Sumando a ello, el hecho de que las ganancias fueran envidadas a los países inversores, atenta contra la economía del país explotado.

El historiador colombiano Renán Vega Cantor propone la acepción de “sociedad de enclave” para explicar las dinámicas sociales surgidas a partir de la instalación de una empresa con capital extranjero. Esta nueva sociabilidad se compone de las relaciones que involucran a la empresa, a su personal administrativo, a su monopolio sobre lo legal, a un gran número de colonos y mineros, y a una gran cantidad de obreros organizados en sindicato, –algo excepcional para la época y el territorio selvático–. Además, la existencia de espacios de exclusión por fuera de los campamentos, compuestos por una amplia zona comercial y de trabajo sexual²⁰⁸.

Según el sociólogo uruguayo Alfredo Falero son necesarias una serie de “excepcionalidades” para que estos enclaves económicos se inserten en un territorio dado, que por lo general se ubican en regiones periféricas –de Asia, África y Latinoamérica– para transferir a las regiones centrales e industrializadas –Europa y Norteamérica– metales preciosos y de materias primas. De acuerdo con este autor, en este modelo de explotación de carácter político y económico, de concentración localizada, se disfruta de una “excepcionalidad territorial” lo que significa que las compañías extranjeras se ubican en territorios, especialmente de frontera, y se establecen en una zona delimitada, en la cual se instalan tecnologías sociales para el control territorial, cierres visibles o separación física con el resto de la región²⁰⁹.

El enclave económico también presenta “excepcionalidades legislativas”, es decir, que los estados nacionales admitían que, en su funcionamiento la empresa, no se rigiera por determinados códigos, particularmente económicos, sino que tuviera sus propias reglas. Este tipo de excepcionalidades dieron como resultado una desconexión nacional, puesto que el

²⁰⁸ Renán Vega Cantor, “Extractivismo, enclaves y destrucción ambiental”, *Revista Cepa* 19 (2014).

²⁰⁹ Alfredo Walter Falero Cirigliano, “La expansión de la economía de enclaves en América Latina y la ficción del desarrollo: Siguiendo una vieja discusión en nuevos moldes,” En: *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas* 1 (2015): 153.

modelo económico del enclave estaba separada de la realidad de la economía nacional del país donde estaba establecido. Así que el Estado-Nación receptor perdía la capacidad de intervenir en los enclaves económicos²¹⁰.

Con el enclave también se instaura una excepcionalidad cultural que rompe con las prácticas tradicionales del entorno, trayendo costumbres, viviendas, deportes, manejo del tiempo y léxico, aspectos nuevos y modernizantes en una región alejada y selvática. Luego del establecimiento territorial y de la demarcación clara de la frontera estatal, en el enclave se crean nuevas formas culturales, que separan a los individuos que allí laboran de las realidades sociales en las cuales se encontraban insertos. Es decir, la economía de enclave arranca a ciudadanos de su Estado-Nación para incrustarlos en las realidades culturales de un Estado extranjero, a este tipo de individuos se les denomina “mano de obra local”, o sea, aquel personal que proviene, por lo general, de la zona cercana, de nivel socioeconómico bajo y que no muestra ninguna perspectiva negativa hacia el enclave²¹¹.

En esta segunda parte de la monografía se estudiará el enclave económico de *Frontino Gold Mines* a partir de las prácticas de salubridad dirigidas a mejorar la salud de los obreros, es decir, la implantación de la medicina obrera en el *Campamento La Salada*. De esta forma, se dará una visión particular a los estudios sobre enclaves que, por lo regular, se han enfocado en la incorporación de estas empresas a partir de estudios económicos, políticos y literarios, sin tener en cuenta las repercusiones que estas empresas han ejercido en las regiones donde se implantan. La historización de los aspectos médico-sociales, permitirá apreciar a través del establecimiento de prácticas sanitarias, los cambios acarreados con la fundación de esta “sociedad de enclave” y su influencia en la población circundante, dado que en ocasiones las relaciones sociales pudieron ser fluidas, y se conforma un tipo especial de sociabilidad en las que se fundan y estructuran alrededor de este tipo de empresas.

²¹⁰ Falero, La expansión de la economía de enclaves..., 150.

²¹¹ Falero, La expansión de la economía de enclaves..., 151.

Dentro del campamento se facilitaba la aplicación de la *medicina de la fuerza laboral*, la cual estaba interesada en el cuerpo del proletario; es decir, en el cuerpo humano como instrumento laboral. De acuerdo con Michel Foucault, este tipo de medicina se origina en las políticas de medicalización de la industrialización inglesa, cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos.

La medicina laboral permitía vincular tres aspectos: la asistencia médica de los pobres, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública. Con ello se protegía a los grupos sociales altos de los peligros a raíz del contacto con pobres, dado que se establecían formas de separación social. Por otra parte, permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales –como la vacunación, las epidemias, etc.–, y una medicina privada que beneficiaba a quienes tenían recursos económicos para pagarla²¹².

²¹² Michel Foucault, “Historia de la medicalización”, *Educación médica y salud* Vol. 11, No. 1 (1977): 23.

Capítulo III: Paternalismo, mineros higienizados y familia obrera coaccionada

En su viaje por el nordeste antioqueño en 1880 el médico e historiador antioqueño Manuel Uribe Ángel visitó el campamento donde vivían los ingenieros ingleses de las minas de Segovia. El médico Eduardo Zuleta Gaviria registró la experiencia del viajero de la siguiente manera:

En las casas que habitaban el superintendente y los ingenieros, era de notarse algo como si fuese un rincón de Inglaterra, trasladado a la zona tórrida. Los retratos de la reina Victoria y de los príncipes, los de los estadistas de esa época, las revistas y diarios de Londres y hasta el tradicional *five o'clock tea*, sin que faltaran en las comidas de la noche el *roast beef*, el *mashed potato*, el *Porto wine* y la cerveza Bass. El orden en los trabajos, la corrección hasta en los detalles más insignificantes, el don de mando, sin impulsos groseros para con los trabajadores criollos, que por otra parte no eran para ser manejados a gritos, en todo eso vio Uribe Ángel la fuerza de penetración de esa raza inteligente, seria y tenaz en sus empresas²¹³.

La descripción idílica de la vida del grupo de dirigente extranjero de la empresa minera, podría considerarse también como la forma de vida a la que los obreros debían aspirar, o por lo menos imitar al ingresar a vivir, con sus familias, a aquel estratificado campamento.

Ya en el siglo XX, la empresa *Frontino Gold Mines* procedió a extraer de su entorno tradicional –vida en el campo o en el pueblo– a los individuos que contaban con un vínculo laboral con la empresa, para llevarlos a vivir al campamento, en donde la vida del obrero sufriría una transformación, allí estaría sometido a diversas formas de control social, entre ellas, su tiempo libre, familia, instrucción, higiene, comportamientos; es decir, el trabajador y su familia entrarían a vivir un proceso de disciplinamiento en diversas esferas.

Mediante la disciplina se producen cuerpos útiles y dóciles. El objetivo de la disciplina es aumentar la fuerza económica del cuerpo y reducir su fuerza política. El poder disciplinario se vale de técnicas para lograrlo, entre ellas la repartición de los cuerpos en el espacio, mediante la clausura, la cuadrícula (cada cuerpo en su lugar), ubicaciones funcionales (procesos de producción). También se vale del control de actividades mediante los horarios

²¹³ Eduardo Zuleta, “Manuel Uribe Ángel y los literatos antioqueños de su época”. En: *Literatura Antioqueña 1880-1930*, Augusto Escobar Mesa, prologuista (Medellín: Imprenta Departamental de Antioquia, 2000) 49.

y la utilización exhaustiva del tiempo. Para generar la individualidad disciplinada, esta técnica de poder se sirve de instrumentos simples: a) La vigilancia jerárquica. Una serie de técnicas ligadas con la distribución del espacio. b) La sanción normalizadora. En lo disciplinario hay formas específicas de castigar (expiación, represión) sino que se comparan las conductas, se diferencian individuos, se miden capacidades, marcando una frontera entre lo normal y lo anormal. c) El examen. El individuo ingresa en un campo documental y se convierte en un caso. El examen es la forma ritual de la disciplina²¹⁴.

En apariencia, la vida en el nuevo contexto traía al obrero y a su familia una serie de beneficios, que buscaban darle una situación “bienestar”, entre ellos complementar su salario con alimentación para su grupo familiar a bajo precio, gozar de vivienda en un entorno salubre, disponer de servicio médico, enviar a sus hijos a estudiar a la escuela y disfrutar de sano esparcimiento en clubes recreativos. Todo ello respondía a una especie de “ingeniería laboral” que tenía como único objetivo el éxito contundente de la explotación aurífera, a través del control de diversos aspectos de la vida de los obreros, en especial de unas condiciones de salud idóneas para desempeñarse en el trabajo.

Al mismo tiempo, el campamento como dispositivo para disciplinar, ayudaba a aprender la demarcación de las diferencias jerárquicas entre la sociedad que trabajaba para la empresa. En la capa más alta se encontraba el *Estado Mayor o Staff* integrado por ingenieros extranjeros que actuaban como representantes de los directivos domiciliados en Londres. Los *empleados u oficinistas*, ciudadanos colombianos, conformaban un grupo intermedio. Los *obreros* estaban en el escalón más bajo pero eran los más numerosos, llamados a ser sujetos obedientes y productivos, que vivían con la sensación de disfrutar del bienestar que les daban sus patronos.

Todo ello contribuyó a que entre el patrono (*Frontino Gold Mines*) y el obrero, se estableciera ficticiamente un vínculo de lealtad, que se inscribe bajo el concepto de *paternalismo*

²¹⁴ Edgardo Castro, *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores* (Buenos Aires: Prometeo/Universidad Nacional de Quilmes, 2004) 131-132. Entrada: Disciplina.

industrial. El paternalismo se define como un régimen de relaciones entre el patrono y el obrero que, asimilándolas a las familiares, atribuye al patrono una especie de protección tutelar sobre sus trabajadores²¹⁵.

De acuerdo con la investigación del historiador chileno Milton Godoy, sobre la ciudad carbonífera de Lota, el paternalismo consiste en un conjunto de dispositivos de control destinados a cubrir una serie de demandas sociales de los trabajadores, entre ellas vivienda, salud, educación de los infantes, diversión y algunos aspectos de la sociabilidad. Todos ellos utilizados por las empresas para adaptar a sus obreros a las reglas que se exigían en el interior. Las viviendas estaban diseñadas para fomentar la permanencia del obrero en la empresa, para ello se ubicaban en las cercanías de las labores fabriles o extractivas, así se aseguraba la existencia de mano de obra altamente adiestrada²¹⁶.

En el campamento todo estaba dispuesto para que los directivos de la empresa controlaran y moldearan, en menor o mayor grado, las costumbres, las relaciones de género y familiares, los hábitos alimenticios y de consumo de sus empleados y obreros, creando un complejo entramado entre los espacios de trabajo y los destinados a la vida familiar y social, restringiendo así los límites entre lo laboral y lo privado²¹⁷.

Ya vimos en los dos capítulos de la primera parte la vida íntima y pública del obrero que habitaba en el casco urbano de Segovia, con las prácticas cotidianas que atentaban contra su salud y la resistencia a la aplicación de la medicina estatal y urbana. La vida en el pueblo con sus costumbres antihigiénicas y las toscas formas de sociabilidad tradicionales, no propiciaban la existencia de una población sana y productiva. Los habitantes del pueblo, en su mayoría de origen migrante con nulo arraigo, la mayor parte hombres solos, no tenían la

²¹⁵ *Enciclopedia Universal Ilustrada* tomo 42(Madrid: Espasa-Calpe, 1966). Entrada: Paternalismo.

²¹⁶ Milton Godoy, “Las casas de la empresa: Paternalismo industrial y construcción de espacio urbano en Chile. Lota 1900-1950”, En: *Universum* (Universidad de Talca) 30. 1 (2015): 119.

²¹⁷ Ángela Vergara, “Paternalismo industrial, empresa extranjera y campamentos mineros en América Latina: un esfuerzo de historia laboral y trasnacional”, En: *Avances del Cesor* 10. 10 (2013): 120.

concepción de una familia estable, sino que su vida se dividía entre el trabajo arduo y la diversión desaforada, lo que hacía de ellos una población enferma e indisciplinada.

Con tales antecedentes, sus malos hábitos como las borracheras, el ausentismo y la pereza en el trabajo, afectaban su desempeño como obreros y, por ende, la productividad de la empresa. Frente a ello se proponía la ordenada vida del campamento. Este capítulo trata el *Campamento La Salada de Frontino Gold Mines*, como dispositivo ideado para disciplinar el obrero y su núcleo familiar, influyendo en los tiempos de descanso, desempeño laboral, crianza de los hijos y el adecuado comportamiento en sociedad dentro del campamento y fuera de él. De acuerdo con Foucault, “dispositivo” consiste en una red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos como discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho. El dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre dichos elementos²¹⁸.

Cuarteles para obreros: disciplina del cuerpo y prácticas higiénicas

En los primeros años de funcionamiento de la empresa, el campamento estaba destinado a servir de habitación a los directivos y sus familias, tengamos en cuenta que el municipio de Segovia se había consolidado poblacionalmente por ser el “campamento” donde vivían los obreros de las empresas extranjeras existentes en la región. Con el crecimiento de la productividad y la explotación de oro en varias minas, los patronos consideraron conveniente que los obreros se alojaran en “cuarteles” contiguos a las minas. Los cuarteles mineros consistían en lugares señalados como habitación de hombres que no tenían familia o que vivían lejos del lugar de trabajo y se trasladaban a vivir allí solos para optimizar el tiempo de trabajo y el de descanso. Esta puede considerarse la primera manifestación del paternalismo de la compañía. El médico Tobón en la década de 1930 valoró que la empresa hubiera instaurado, cerca de las minas más importantes de la compañía, este tipo de campamentos – llamados “cuarteles”– que tenían como fin albergar a los obreros que no disponían de un

²¹⁸ Castro, *El vocabulario de Foucault*, 25. Entrada: Dispositivo.

lugar para dormir higiénico y cercano a la mina tras los extenuantes turnos de trabajo, en especial cuando se cumplía la jornada laboral en horario nocturno. Según esto, algunos utilizaban el cuartel solo para pernoctar, en tanto que para muchos otros se constituyó como una vivienda de mayor estadía²¹⁹.

Dentro de los preceptos básicos para la optimización de la producción minera, afirma Milton Godoy, estaba la adecuada instalación y distribución espacial de los campamentos mineros con respecto a los lugares de trabajo. Los dueños de las empresas extractivas consideraron que los trabajadores y obreros debían vivir cerca de la explotación, con lo que se reducían los tiempos destinados al traslado, permitiendo optimizar la ecuación hombres/horas de trabajo. Así que al mejorar la calidad de vida de los trabajadores se aumentaba el rendimiento laboral y los resultados económicos de la empresa serían mayores²²⁰.

En la década de 1930 Segovia todavía era un pueblo compuesto por una mayoría de hombres. De acuerdo con el censo de 1938, en el municipio vivían 6.945 personas, de los cuales 4.122 eran hombres (59,2%) y 2.833 eran mujeres (40,8%). Lo que da a entender que muchos hombres llegaron solos a buscar trabajo en la empresa. Esta afirmación se puede comprobar con la cifra de la población de hombres de edades entre 15 y 44 años, es decir en edades de mayor productividad, en este rango de edades se registró la existencia en Segovia de 2.672 hombres, mientras que para las mismas edades solo habitaban 1.427 mujeres. Así que los obreros, probablemente en gran parte migrantes, alteraban la paridad de géneros que es la característica común de todas las poblaciones humanas (Ver anexos 1 y 3)²²¹.

De acuerdo con el Inspector de Sanidad de Segovia, los cuarteles establecidos para este fin, llegaban a ser insuficientes para la densidad del personal obrero, por ejemplo, la mina “Marmajito” tenía alrededor de 200 a 300 trabajadores y la estructura de sus cuarteles era inaceptable en su totalidad²²². Los cuarteles allí eran apenas 30 casuchas húmedas, estrechas

²¹⁹ Tobón, Estudio médico social..., 1.077.

²²⁰ Godoy, Las casas de la empresa..., 122.

²²¹ *Censo de Antioquia*, 1938.

²²² Tobón, Estudio médico social..., 1.077.

y sin ventilación²²³. Poseían nada más que tres excusados del tipo “hoyo ciego”. Debido a que no se disponía de agua corriente, el sistema de descontaminación utilizado consistía en verter en ellos petróleo crudo dos veces por semana²²⁴.

El reposo de los mineros en el cuartel de “Marmajito” se desarrollaba en un estado de hacinamiento, puesto que muchos de los obreros no solo dormían tras la jornada laboral nocturna, sino que vivían de forma permanente allí. Así describió el cuartel el médico Emilio Robledo, Inspector Sanidad en 1934, tras efectuar una visita a “Marmajito”:

En cada una de las piezas del mencionado campamento duermen dos obreros, con catres individuales, el piso es de cemento. Pero en la parte alta del mismo edificio (zarzo), duerme a vivir o a dormir cuando su trabajo es en jornadas nocturnas, lo cual muestra la insuficiencia de cuarteles²²⁵.

Con respecto a la preparación de los alimentos en los cuarteles, las condiciones no eran las más adecuadas, en “Marmajito” se habían dispuesto varias cocinas que estaban encerradas en macana parada, de una dimensión de unos tres metros cuadrados y sin desagües, las aguas albañales iban a dar a un patio central, que coincidía con el lugar en donde el personal consumía sus alimentos, pues no tenían un espacio dispuesto para el comedor. La empresa no proporcionaba la alimentación preparada a los obreros, por tanto, en las cocinas trabajaban cocineras contratadas por algunos obreros para hacerles de comer²²⁶.

Los baños y excusados de la mina “Marmajito” eran antihigiénicos. Las duchas, ubicadas en una casa de mal aspecto, consistían en un tubo que botaba agua por tres orificios taladrados en su extremo. Apenas había tres excusados y estaban contruidos sobre la cañería por donde circulaba el agua de la mina, y aunque estaban bien situados y tenían buen caudal de agua, se requería la instalación de otros tantos, dada la cantidad de personal que allí trabajaba. Al respecto sugería el inspector de sanidad:

²²³ AHA, DDH, tomo 9539, f. 513r. 1934.10.04.

²²⁴ AHA, DDH, tomo 9538, f. 10r. 1935.12.4.

²²⁵ AHA, DDH, tomo 9539, f. 515r. 1934.10.04

²²⁶ AHA, DDH, tomo 9538, f. 9r. 1935.12.4.

Es necesario que se construyan duchas suficientes para el baño de los obreros [...] el agua es abundante, pero se necesita que se construyan más [excusados] sobre la misma cañería, lo menos tres o cuatro más, pues el personal es de 300 obreros más o menos²²⁷.

Las instalaciones para el descanso de los obreros en la mina de “San Nicolás” eran diferentes, allí tenían por cuarteles dos grandes secciones, con ventanas protegidas contra los insectos con angeo, las camas eran tandas de cajones hechos de tablas sostenidas de forma horizontal por columnas de madera que iban desde el piso hasta el techo y entre uno y otro nivel había un espacio aproximado de un metro. A este cuartel también le faltaba agua, además los excusados estaban a una distancia considerable, lo que impedía que los obreros depositaran sus evacuaciones de forma higiénica²²⁸.

En la mina “El Silencio”, la más antigua y profunda de la empresa, se desarrollaban jornadas nocturnas, hasta casi la media noche, pero contrario a las minas “Marmajito” y “San Nicolás”, allí existía un campamento común, higiénicamente instaurado para proveer el descanso adecuado al obrero. Antes de 1930 existió un campamento en malas condiciones, pero este fue destruido para satisfacer la ampliación de los talleres mecánicos²²⁹.

El antiguo cuartel fue reemplazado por un local de dos pisos hecho de ladrillo, con suelos en cemento. En el primer piso se instalaron una serie de duchas, en donde se proporcionaba agua tibia, con el fin de que los obreros incorporaran en su rutina el baño diario y así lograr eliminar sus tradiciones poco higiénicas. En el segundo piso se tenía un salón grande con 300 compartimentos separados y numerados, designados para los vestuarios de los trabajadores²³⁰.

“El Silencio” era la mina con mayor número de obreros, allí trabajaban de 300 a 400 mineros. En la década de 1930 tenía abiertos 25 túneles, el más profundo se encontraba aproximadamente a 380 metros. Las excavaciones realizadas en esta mina eran de roca

²²⁷ AHA, DDH, tomo 9539, f. 515r. 1934.10.04

²²⁸ AHA, DDH, tomo 9538 f. 7r. 1935.12.3.

²²⁹ Tobón, Estudio médico social..., 1.077.

²³⁰ Tobón, Estudio médico social..., 1.076.

compacta y cerrada, lo que reducía ostensiblemente la posibilidad de algún hecho desafortunado causado por algún derrumbe²³¹.

Los socavones de “El Silencio” tenían una magnífica ventilación, lograda por las obras de ingeniería allí efectuadas, dentro de la mina las bocas y guías eran perpendiculares y se comunicaban con las galerías, allí estaban instaladas máquinas de aire comprimido que trabajaban en frentes no explotados, proporcionando así una saturación de oxígeno favorable para los trabajadores que trabajaban a profundidad²³². Así describió el médico Tobón Betancourt la ventilación dentro de la mina tras su experiencia al recorrer estos túneles:

[los obreros] disfrutaban así cada cual, treinta metros cúbicos de aire necesarios. Recorrimos por horas, diferentes galerías, y a pesar de haber con nosotros la preocupación de los socavones, no sentimos la menor angustia respiratoria²³³.

En las guías se presentaban limitaciones en el suministro de agua para el consumo de los mineros. En algunos de los socavones existió la posibilidad de acceder al servicio de agua potable, pues esta se filtraba por la roca, aunque este tipo de permeabilidades no se presentaban en todas partes. Algunos grupos de mineros trabajaban en frentes bastante distantes en donde no llegaba la distribución de agua, por lo cual obreros terminaban deshidratados, pues no ingerían el agua suficiente para las extenuantes faenas laborales de más de ocho horas diarias que allí desarrollaban, sumado a ello debían soportar las altas temperaturas que aumentaban con la profundidad de los socavones²³⁴. Tobón proponía para ello una solución urgente:

La compañía debe proveer esta necesidad, pues los trabajadores una deshidratación excesiva, por la índole del esfuerzo y por la temperatura molesta que en los túneles sube por metros de hondura²³⁵.

²³¹ Tobón, Estudio médico social..., 1.075.

²³² Tobón, Estudio médico social..., 1.076.

²³³ Tobón, Estudio médico social..., 1.076.

²³⁴ Tobón, Estudio médico social..., 1.075.

²³⁵ Tobón, Estudio médico social..., 1.075-1.076.

En cuanto a las letrinas existentes dentro de la mina, su uso, material y disponibilidad era otra limitante, al igual que en el resto de la empresa. Estas eran insuficientes para la cantidad de obreros que allí ingresaban. A la salida de la mina estaban instalados cuatro excusados, dotados de agua corriente, pero escasos para el número de trabajadores, pues además de los grupos de obreros que entraban y salían por turnos del socavón, en las labores de superficie laboraban aproximadamente 150 obreros más (en diversos talleres), quienes también hacían uso de tales servicios sanitarios²³⁶.

La higiene con respecto a las letrinas requería un cuidado más frecuente. En las “guías” o socavones se tenían dispuestos baldes que hacían las veces de letrinas portátiles, estos tenían una capacidad limitada, estaban distantes unas de otras y cuando se llenaban de excrementos los mineros preferían hacer sus necesidades en cualquier lugar; por lo cual, la población obrera bajo tierra, además de soportar los olores fétidos, se exponía a contagiarse de parásitos. Los recipientes no tenían cierre hermético e higiénico, y eran retirados de las guías cada 24 horas y llevadas al exterior, sin ninguna preocupación por la salubridad:

Un empleado especial está encargado de este género de limpieza: los baldes necesitan una capacidad mayor y una presentación más decorosa, sacándolos herméticamente obturados de modo a no dar un espectáculo de repugnancia, así como también es indispensable el reglamento de higiene a los infractores que no sepan acomodarse a esta decencia de higiene fundamental²³⁷.

El médico Arango también ingresó a los socavones de “El Silencio” en 1958, y en su informe médico llamó la atención sobre las mediocres condiciones de higiene en el interior de la mina, además de la falta de protección personal para el desempeño de sus labores, quizás en un tiempo donde se empezaba a pensar en la seguridad industrial. Según Arango, los obreros segovianos trabajaban a 660 metros de profundidad, sin contar con medidas adecuadas para su protección personal y en un ambiente hostil:

Los recintos & “pisos” son mal ventilados, el aire enrarecido, el índice de humedad elevado, expuestos a cambios bruscos de temperatura y al ruido, sin protección contra gases y partículas

²³⁶ Tobón, Estudio médico social..., 1.076-1.077.

²³⁷ Tobón, Estudio médico social..., 1.076.

minerales, ya que el equipo de protección contra estos últimos es insuficiente y los pocos que pueden tenerlo no saben su correcto manejo o lo desechan por incómodos”.²³⁸

Es claro que por entonces la prevención de accidentes de trabajo y el desarrollo de la seguridad industrial no eran prioridad dentro de la compañía, más preocupada por los rendimientos productivos (Ver en el Anexo 4 la producción de oro por aquellos años). Escasamente en las bocas de los túneles y en la profundidad de la mina se practicaba una incipiente medicina industrial. Por lo anterior era, necesario la creación de dependencias de protección y seguridad en el trabajo dentro del enclave, con lo cual se avanzaría mucho más allá del patrono benefactor y se introducirían en las nuevas figuras laborales que se establecían paulatinamente en el entorno laboral colombiano²³⁹.

El cuartel es el primer dispositivo disciplinario sobre el obrero, en este caso un hombre joven y soltero, quizás extraído de una realidad campesina preindustrial. Mediante la dinámica de “dormir y trabajar”, es insertado en un mundo capitalista donde los tiempos se miden de acuerdo obrero vende su fuerza laboral a cambio de un salario. El cuartel está encaminado a conducir sus hábitos higiénicos y mostrarle la vida de campamento.

Campamento La Salada: obrero y familia hechos a la medida

La empresa *Frontino Gold Mines* estableció para su funcionamiento un modelo paternalista. Según las historiadoras Silvia Simonassi y Laura Blandón, en su conceptualización sobre los campamentos industriales en Latinoamérica, este paternalismo concuerda con las tradiciones originadas desde el siglo XIX, y consistía en una especie de “*Company Welfarism*” o “*Empresas de Bienestar*”, que concebían a los empleados como sujetos débiles, necesitados de control, los cuales eran expropiados de toda racionalidad. Sin embargo, la realidad era otra, pues los obreros no eran meros sujetos pasivos, receptores de políticas frente a las cuales su comportamiento no importaba, sino que, por el contrario, las tradiciones de los obreros

²³⁸ Arango, Estudio higiénico social..., 56.

²³⁹ Arango, Estudio higiénico social..., 85.

dificultaban el despliegue de dichas prácticas, oponiéndose a las ideas de modernización y civilidad que se pretendían instaurar en el enclave minero²⁴⁰.

De acuerdo con la historiadora chilena Ángela Vergara, el campamento paternalista del siglo XX en Latinoamérica se diferencia de los antiguos poblados mineros por su cuidadoso diseño y trazado, la existencia de departamentos de bienestar, las formas de control y demostraciones de poder de la empresa y, la entrega, no solo del mínimo para la subsistencia, sino de un paquete de atractivos sociales²⁴¹. Simonassi y Blandón afirman que la “*Company welfarism*” se transformó en el “*Company-town*”, estos se basaban en la estructura familiar, que según la voluntad patronal se organizaron alrededor de los centros de producción de la empresa. En ese espacio social construido ya no existían muros sino una tipo de barreras más simbólicas pero igualmente infranqueables. Los beneficios laborales que recibían sus obreros, serían una especie de barrera con respecto a quienes no laboraban en la empresa²⁴².

En común con los campamentos mineros del continente, la compañía *Frontino Gold Mines*, contaba con un costoso montaje para la explotación de minerales auríferos, compuesto por minas, talleres, planta de beneficio, laboratorios, vías de acceso, parque automotor; lugares de trabajo y sitios explotación en donde se desenvolvía la relación capital-trabajo, pero también era el lugar en donde se presentaba la interacción entre las clases (obreros y patronos), un sitio de conflicto por excelencia²⁴³. Desde finales del siglo XIX, se explotaban varias minas importantes, entre ellas “El Silencio”, “Bolivia”, “El Manzanillo”, “Marmajito”, “Cogote”, “Córdoba”, “San Nicolás”, “Tres y Media” y “La Italia”; además tenía dos minas de aluvión: “Hilo Este” y “Cecilia”. A mediados de la década de 1930 se había concentrado la explotación en las principales minas que eran “El Silencio”, “Marmajito” y “San Nicolás”,

²⁴⁰ Silvia Simonassi y Laura Blandón, “Trabajadores, empresas y comunidades urbanas: reflexiones introductorias”, En: *Avances del Cesor* 10. 10 (2013): 106.

²⁴¹ Vergara, *Paternalismo industrial...*, 123.

²⁴² Simonassi y Blandón, *Trabajadores, empresas...*, 105.

²⁴³ Simonassi y Blandón, *Trabajadores, empresas...*, 102.

en las cuales se establecieron campamentos para los obreros y molinos para el beneficio del mineral²⁴⁴.

Al lado de la infraestructura industrial y de oficinas de dirigentes, se habían construido otras estructuras destinadas a ser habitaciones de empleados y obreros –denominados propiamente “campamentos”–, conformados por, los ya vistos, “cuarteles” –destinados a hombres solteros– y, más adelante se establecieron los barrios con viviendas para empleados y obreros con familia. Con estas construcciones se introdujo una nueva concepción: la del urbanismo, que siendo considerado como la “disciplina de la distribución espacial” fue uno de los elementos privilegiados del paternalismo industrial, controlando tanto su distribución, el diseño de las habitaciones, su asignación y uso, como la estética de las construcciones²⁴⁵.

La vivienda obrera más que un llamativo incentivo, constituyó una especie de dispositivo de bienestar empresarial, que se desplegó como un mecanismo para promover la estabilidad laboral y el disciplinamiento productivo de empleados y obreros. Esta tenía atributos como el espacio, la ventilación y la iluminación, que contribuirían a modificar las formas de vida de los obreros, una especie de determinismo geográfico que exaltaba el medio y el espacio para la transformación de los hábitos y la creación de nuevas formas de actuar, pensar y sentir²⁴⁶.

El historiador español Ricardo Campos Marín, asegura que para que la vivienda obrera tuviera eficacia debía ir acompañada de una profunda reforma de las costumbres y de la moral de sus ocupantes. Para ello se insistió en la necesidad de que la casa obrera fuera algo más que una simple construcción agradable; había que propiciar la interiorización de los valores familiares propios de la burguesía, y comprometer al obrero con la construcción del concepto

²⁴⁴ Michael Hill Davey, *Oro y Selva. Relatos del Nordeste* (Medellín: Fondo Editorial Biblioteca Pública Piloto, 1998) 24.

²⁴⁵ Godoy, *Las casas de la empresa...*, 122.

²⁴⁶ Noguera, *La Higiene...*, 191.

de hogar. El objetivo era que la casa fuera un molde o dispositivo donde se perfeccionara al obrero y su familia. Asimismo, debía fortalecerse el papel de la mujer dentro del hogar²⁴⁷.

El ingeniero segoviano Michael Hill Davey, quien había nacido en “Marmajito”, menciona en su obra *Oro y selva. Relatos del Nordeste*, que en la distribución espacial del *Campamento La Salada* quedaba claramente expresado el ordenamiento territorial. La casa del Superintendente General, cabeza del Estado Mayor o *Staff*, estaba ubicada en la parte más elevada del campamento –una gran carga simbólica–, llevaba el nombre de *Bella Vista* y estaba rodeada de jardines con variedad de flores, a donde llegaban aves, mariposas y otros insectos. Allí todos los domingos iban los empleados ingleses puntualmente a las cinco de la tarde a tomar el té, con galletas, panecillos y tortas, en un salón grande decorado con la imagen del Rey Jorge VI. Así como los ingleses que conoció Manuel Uribe Ángel sesenta años antes, en el siglo XX, estos también disfrutaban de la tradicional hora del té inglés²⁴⁸.

En la década de 1930, *Frontino Gold Mines* en Segovia y *Pato Gold Mines* en Zaragoza, eran las dos empresas mineras más importantes en Antioquia. Hasta 1950 explotaban entre ambas, las tres cuartas partes del oro que se producía en el departamento²⁴⁹. Para entonces la presencia de extranjeros vinculados a la actividad minera en Segovia no era muy alta. Según Hill Davey, en 1940, los ingleses radicados en los campamentos de *Frontino Gold Mines* en “La Salada”, “Marmajito” y “San Nicolás” no sobrepasaban las 80 personas, incluyendo sus familias²⁵⁰. De acuerdo con los censos de la época, en el año 1938 vivían en Segovia 75 extranjeros. En los años siguientes su número fue disminuyendo, pues en 1951 se registraron 63 y en el año 1964 apenas quedaban 48 nacidos en otros países²⁵¹. Puede deducirse que, aunque su número fue siempre reducido, lograron imponer dentro del campamento la cultura inglesa de colonización en la forma de los tipos construcciones, en las prácticas y en las costumbres sociales.

²⁴⁷ Ricardo Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España, 1876-1923* (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1997) 254.

²⁴⁸ Hill, *Oro y selva*, 31-32.

²⁴⁹ Jhon Jairo Patiño Suárez, *Compañías mineras y fiebre de oro en Zaragoza, 1880-1952* (Medellín: IDEA, 1998) 29.

²⁵⁰ Hill, *Oro y selva*, 24.

²⁵¹ *Censos de Antioquia* 1938, 1951 y 1964.

El médico Tobón Betancourt en su visita médico-social al *Campamento La Salada* en 1934 describió que los empleados extranjeros vivían con sus familias en 24 casas distribuidas en las pequeñas colinas del campamento. Todas ellas dotadas de energía eléctrica y con una buena estética exterior. Lastimosamente, para Tobón la apariencia externa no se condecía con la realidad que había hallado en sus interiores. Las casas no tenían unas adecuadas condiciones de higiene, ni siquiera la casa del más alto empleado que en ellas habitara. Tobón argumentaba que los desagües estaban mal conducidos, los patios estaban llenos de latas descubiertas que, cuando llovía, se convertían en depósitos de agua, además los techos de zinc corrugados tocados con pintura negra y pisos de color oscuro atrapaban mucho más el calor. Estas condiciones proporcionaban el ambiente cálido necesario y los lugares ideales para la reproducción del mosquito *Anopheles*, trasmisor del paludismo²⁵².

Mientras que los empleados extranjeros disfrutaban de la vivienda como garantía de contratación, los trabajadores locales recibían este beneficio tras un proceso de selección entre muchas solicitudes al verificarse el cumplimiento de unas estrictas condiciones. Los elegidos, dentro del grupo de obreros, para habitar en el campamento, debían reunir ciertas características, en especial acreditar una forma de comportamiento acorde con las normas sociales. Los beneficiados eran quienes tenían modos de vida más estables y organizados, es decir, aquellos con mayor orden moral, quienes vivían alejados de la promiscuidad, del consumo de alcohol y del ejercicio de la sexualidad por fuera del matrimonio²⁵³.

Como se aprecia, la casa familiar era un premio para los *obreros ideales*, pero principalmente este modelo fue una propuesta del paternalismo, en donde ese ser protector “el patrono” dueño de los terrenos, destinó a discreción de sus propios intereses espacios controlados para el asentamiento de sus obreros²⁵⁴. Según el médico Tobón, en “La Salada” en la década de 1930 existían 196 casas destinadas a ser la habitación de familias de obreros; las cuales

²⁵² Tobón, Estudio médico social..., 1.078.

²⁵³ Tobón, Estudio médico social..., 1.091.

²⁵⁴ Godoy, Las casas de la empresa ..., Pp. 129

estaban localizadas en series (o por conjuntos de casas) sobre los pequeños cerros del campamento. Los barrios o sectores llevaban los nombres de La Patera, Bella Luz, Peñitas, Ratón Pelado, El Manzanillo, Buenos Aires, Doñana, María Dama y San Joaquín. El costo de alquiler mensual de estas viviendas tenía un valor de un peso (\$1.00), tarifa que era muy baja –más bien simbólica– si se comparaba con lo que cobraban los arrendatarios en la cabecera urbana de Segovia, cuyos arriendos oscilaban entre diez y doce pesos mensuales²⁵⁵.

Esta estrategia patronal buscaba el disciplinamiento productivo, reproductivo y social; por lo tanto, se procuraba intervenir sobre todos los aspectos de la vida de los trabajadores, en especial los externos a sus espacios laborales, con la intención de reproducir un obrero modelo: “*más fuerte*” –en el trabajo, en sus relaciones con la materia– y “*más débil*” –en el mercado, en sus relaciones con el patrón–²⁵⁶.

La arquitectura y fachada de estas viviendas era pintoresca y agradable, lo que creaba un ambiente acogedor para retener al obrero en su casa²⁵⁷. Las casas del campamento eran más favorables al bienestar del obrero que las que se encontraban en la cabecera municipal. Esto afirmaba el médico Tobón al respecto:

El beneficio de que los trabajadores estuvieran colocados en casas a toda limpieza y sanidad, era porque la vivienda constituía más del 50% de la vida eugénica del hombre de labor²⁵⁸.

La importancia de una habitación higiénica y ventilada tenía como fin el perfeccionamiento de la raza trabajadora. La vivienda tradicional urbana con su desaseo, su promiscuidad, su oscuridad, su estrechez, formaba individuos perezosos, débiles, atrapados en el alcohol e ineptos para el trabajo. Por el contrario, el tipo de vivienda existente en el campamento propiciaba la cimentación del modelo ideal de obrero, aquel que construía un hogar, de

²⁵⁵ Tobón, Estudio médico social..., 1.079.

²⁵⁶ Simonassi y Blandón, Trabajadores, empresas..., 104.

²⁵⁷ Noguera, La Higiene..., 192.

²⁵⁸ Tobón, Estudio médico social..., 1.084.

comportamiento decoroso, alejado de los vicios y, especialmente, un trabajador productivo²⁵⁹.

Las casas obreras construidas en el enclave minero de la compañía *Frontino Gold Mines*, habían tenido un proceso de mejoramiento; en un principio, en su mayoría estaban construidas con techos de paja y pasaron con el transcurrir del tiempo a ser de tapia de gran espesor (muros de barro), con techos metálicos de zinc pintados de color rojo, estas constaban de dos habitaciones con suelo en cemento y las cocinas estaban separadas del cuerpo principal de la propiedad²⁶⁰.

Con respecto a la higiene, según Tobón, no cumplían a cabalidad con los parámetros de higiene nacional, la altura de las habitaciones era muy baja, carecían de cielo raso y la circulación del aire no era provechosa, para la época se recomendaba que por cada 36 metros cúbicos de una habitación la altura fuera aproximadamente de 3 metros. Al igual que en la zona urbana, las casas de los obreros no poseían letrinas, ni excusados sanitarios, agravando la salubridad, a esto se sumaba que los obreros carecían de asepsia en los momentos de arrojar las excreciones, favoreciendo que estas familias consumieran de forma disuelta en las aguas sus propios excrementos. Así lo describía Tobón:

Hoy las casas de los obreros no tienen excusados, las materias fecales ruedan por cortos trayectos a pequeñas hondadas, lugares donde ellos mismos recogen el agua para el abastecimiento domiciliar, de modo que ingieren de forma diluida sus propias materias excrementales²⁶¹.

Otro penoso problema, que afectaba el campamento de igual manera que a la zona urbana, era la escasez de agua potable. El consumo de este líquido en condiciones y cantidades adecuadas fue un lujo del que apenas unos cuantos podían disfrutar. La empresa minera no poseía aguas en cantidades suficiente para suministrar a sus empleados. La mayoría de los habitantes del campamento tomaban el agua de las depresiones del terreno, allí mismo a donde iban a parar las materias fecales, solo a unas pocas casas que eran habitadas por

²⁵⁹ Noguera, *La Higiene...*, 191.

²⁶⁰ Tobón, *Estudio médico social...*, 1.079.

²⁶¹ Tobón, *Estudio médico social...*, 1.081.

algunos empleados de alto rango de la compañía llegaba el agua potable, esta era de excelente calidad y era suministrada por medio de bombas de agua²⁶².

De acuerdo con el análisis hecho por Tobón Betancourt, el agua consumida por los altos mandos del *Staff* arrojaba resultados satisfactorios: estaban limpias de nitratos, amoníacos y cloruros. El examen bacteriológico determinó la presencia de 60 bacterias por centímetro cúbico, cuyo límite admisible era 100 bacterias. La colorimetría determinó que este líquido estaba limpio de la bacteria *Escherichia coli*, causante de las diarreas, en ocasiones acompañadas con sangre, dichos resultados indicaban que el agua era apta para el consumo humano²⁶³.

En el campamento mediante las diversas formas de crear en el obrero y su familia una sensación de bienestar, esto lo conduce a formar un sentido de pertenencia y un compromiso arraigado que lleva al obrero a retribuir con su trabajo, agradecimiento, fidelidad, disponibilidad –cualidades ofrecidas de manera incondicional–, todos los beneficios recibidos.

Hospital La Salada: curación médico-científica del obrero

Según el médico Tobón Betancourt el hospital obrero de la empresa *Frontino Gold Mines* fue construido en la década de 1870. Su estructura física no se hizo atendiendo a alguna clase de cientificidad, para la década de 1930 constaba de un humilde local que apenas tenía un consultorio pequeño e insignificante y dos habitaciones para hospitalización con espacio para doce camas. La institución no cumplía con las más mínimas normas de asepsia, pues ni siquiera contaba con servicio de agua corriente²⁶⁴.

²⁶² Tobón, Estudio médico social..., 1.082.

²⁶³ Tobón, Estudio médico social ..., 1.083

²⁶⁴ Tobón, Estudio médico social..., 1.092.

El hecho de que el hospital fuera tan modesto, se debía, de acuerdo con el médico Arango Rico, a que se había creado nada más con la intención de atender los casos eventuales de accidentes laborales de los obreros en las minas. Sin embargo, al avanzar el siglo XX, a medida que el Estado colombiano ponía en práctica las primeras reivindicaciones sociales, el “Hospital La Salada” llegó a ser en una herramienta útil, que además de garantizar la atención inmediata a los trabajadores lesionados, llevaba a cabo la intervención en aspectos médicos para mantener la salud de los obreros de la compañía²⁶⁵.

En los primeros pasos que se dieron en Colombia sobre legislación laboral del siglo XX, tuvo un lugar destacado la responsabilidad del patrono frente a la atención médica del trabajador. Así que en cumplimiento de las exigencias nacionales, la compañía instauró el servicio de enfermería en sus diversos puntos de explotación. Por ejemplo, en la mina de “San Nicolás” prestaba este servicio, allí se brindaba la atención básica de primeros auxilios; en casos de accidentes graves y de enfermedades que requirieran el internamiento del paciente, estos eran trasladados al “Hospital La Salada”²⁶⁶. El inspector de salubridad de Segovia, señor Samuel Álvarez describió en 1935 las condiciones de la enfermería de la mina de “San Nicolás”:

Para este servicio hay un local ventilado, favorecido contra el zancudo por medio de mallas de anejo fino, excusado, baño y droga para atender a los enfermos en los primeros casos y un boticario graduado. El salón tiene cupo nada más que para cuatro catres, el servicio médico se hace dos veces por semana²⁶⁷.

En las minas que se encontraban más cercanas al “Hospital La Salada”, no se prestaba el servicio de enfermería, pues se podía remitir directamente el paciente al hospital. Era el caso del campamento de la mina “Marmajito”:

Esta empresa está situada a muy poca distancia del Hospital general, y por esa razón no tiene este servicio ahí mismo; los accidentes de trabajo ó de cualquier naturaleza son atendidos en el Hospital General [Hospital de la Salada] cuando se trata de un caso grave el Médico és llamado por teléfono y en menos de quince minutos éste está prestando sus servicios al lado del paciente²⁶⁸.

²⁶⁵ Arango, Estudio higiénico social..., 85.

²⁶⁶ AHA, DDH, tomo 9538 f. 7r. 1935.12.3.

²⁶⁷ AHA, DDH, tomo 9538, f. 7r. 1935.12.3.

²⁶⁸ AHA, DDH, tomo 9538, f. 9r. 1935.12.4.

En la década de 1930, el médico Tobón llamó la atención sobre la insuficiente capacidad de atención del hospital, pues para aquellos años la empresa contaba con una fuerza laboral de 1.400 obreros y apenas podía atender al 1.2% de ellos. De acuerdo con la legislación, el hospital debía tener capacidad para albergar al menos un cinco por ciento del personal a cargo, es decir, tener 70 camas, pero la realidad era que apenas eran recluidos 17 pacientes al mes²⁶⁹. Años después el hospital tuvo mejoras, según el médico Arango en 1958 el hospital contaba con 38 camas y tenía un porcentaje ocupación del 44.1%. La mayoría de los pacientes eran atendidos por accidentes de trabajo así que no era necesario que se quedaran hospitalizados²⁷⁰.

El personal médico del hospital también se incrementó. En la década de 1930 a su servicio apenas existía un médico, un boticario, un aseador y un portero²⁷¹. En 1958 ya contaba con tres médicos, un bacteriólogo y doce enfermeras. También había sido provisto con equipos apropiados para rayos X, anestesia y contaba con un laboratorio clínico²⁷².

Los obreros que eran atendidos en el servicio médico debían pagar por la alimentación que se les ofrecía y por los medicamentos que allí se les suministraban; nada más estaban exentos de pagar por esos insumos los pacientes que habían ingresado por causa de accidentes de trabajo²⁷³. Por tal motivo, aquellos empleados que estaban enfermos y no tenían recursos para pagar su alimentación preferían no asistir al servicio médico, esto lo observó y reportó el Inspector de Higiene, Samuel Álvarez, en su visita en 1935 al cuartel de la mina “San Nicolás”:

Se encontró también que habían dos enfermos, uno de ellos se quejaba ante el mismo médico de no haber comido porque no les daban la alimentación sino estaban hospitalizados; el otro pasaba un acceso de vomito sobre el pavimento²⁷⁴.

²⁶⁹ Tobón, Estudio médico social..., 1.092.

²⁷⁰ Arango, Estudio higiénico social..., 85.

²⁷¹ Tobón, Estudio médico social..., 1.091.

²⁷² Arango, Estudio higiénico social..., 85.

²⁷³ Tobón, Estudio médico social..., 1.091.

²⁷⁴ AHA, DDH, tomo 9538, f. 7r. 1935.12.3.

El hospital logra crear en el obrero una conciencia de la importancia de mantener un estado saludable para un mejor rendimiento laboral. Aunque era difícil que abandonaran prácticas de curación tradicionales (curandero, sobandero), el hecho que de no tenga que pagar costos de curación por enfermedades laborales, ayuda a que no consulte curanderos y así, por medio del hospital, se crea un vínculo entre trabajo y salud.

Escuela La Salada: instrucción y coerción infantil

Para las familias de los obreros llegar a vivir en el campamento, no solo otorgaba la posibilidad de residir en una casa medianamente higiénica, sino que también permitía que los hijos de los obreros se educaran en la escuela de la empresa sin que sus padres pagaran ningún costo. Algo más determinante que el beneficio económico, según lo afirma Carlos Noguera, era que, en la escuela, la infancia obrera encontraría el ambiente propicio para un cultivo adecuado. La escuela era pensada como un sanatorio que buscaba la redención fisiológica infantil, quienes ya tendrían una mejor formación que sus padres²⁷⁵.

La “Escuela La Salada”, según la describió el médico Tobón, constaba para la década de 1930 de un único salón de aproximadamente 36.41 m², medidas que se ajustaban a lo establecido por la norma colombiana. En esta área se debían alojar durante la jornada escolar un máximo de treinta estudiantes, y a cada uno ellos suministrarles un espacio de un metro y medio para su desenvolvimiento. Sin embargo, estos requerimientos no se cumplían pues allí llegaban a estudiar hasta setenta alumnos²⁷⁶.

Los muros del salón de clases eran de poca altura, constaban de dos metros y medio (2.50 m), y el material empleado para su elaboración era la tapia, el techo era de paja, y el piso de cemento, tenía dos puertas y carecía en su diseño de ventanas, por lo tanto, la ventilación

²⁷⁵ Noguera, La Higiene..., 190-191.

²⁷⁶ Tobón, Estudio médico social..., 1.088.

para los setenta estudiantes era insuficiente²⁷⁷. A modo único, se había realizado una modificación en la estructura del salón de clases consistente en perforaciones en la parte superior de los muros con el fin de proveerle ventilación y así suplir la falta de ventanas. Como lo relataba el médico Tobón:

En la porción más superior de los muros contra el alero circuyendo todo el edificio, se dejó una faja de medio metro como experimento sui-generis de proveer la ventilación en un aula escolar (sabido es que, en las partes superiores de un edificio, el aire no se renueva o lo hace de manera mezquina)²⁷⁸

Otro aspecto importante para observar en la “Escuela La Salada” era la disposición de las excreciones de los alumnos, allí trataban de imitar un artefacto similar a una letrina, para ello disponían de dos cajas de madera, sin agua corriente, por tanto las excreciones rodaban por un desnivel en el terreno y nada más, muy a pesar de que a menos de seis metros pasaba la tubería que llevaba el agua a las casas de los altos mandos de la compañía²⁷⁹.

Mientras que el campamento estaba enfocado a diseñar hábitos responsables en el obrero, ayudar a conformar las familias y dotar al ama de casa de un papel protagónico en el interior del hogar, la escuela se constituía como una estructura que tenía por fin salvar a la infancia. Esos niños, a fin de cuentas, serían los futuros obreros de la empresa; por tanto, era necesario inculcarles los valores del trabajo y de una vida disciplinada, marcando una diferencia con la juventud que crecía en las condiciones de desorden, vicios y enfermedades, a pocos pasos de allí en casco urbano de Segovia. El médico Tobón en 1934 avalaba estas condiciones de vida saludable, pues argumentaba que ambientes salubres, como la escuela, influían sustancialmente en la vigorosidad de los cuerpos. En especial, defendía las prácticas de profilaxis infantil, el mantenimiento de casas higiénicas y ventiladas, con lo cual se promovía una vida apartada de los vicios; es decir, si la niñez estaba expuesta ambientes higiénicos y sanos, el resultado sería obtener una infancia libre de enfermedades como la sífilis o la tuberculosis.

²⁷⁷ Tobón, Estudio médico social..., 1.088.

²⁷⁸ Tobón, Estudio médico social..., 1.088.

²⁷⁹ Tobón, Estudio médico social..., 1.088.

Para comprobar que existían diferencias en la salubridad entre los niños que estudiaban en la “Escuela La Salada” del campamento y los que asistían a las escuelas urbanas de Segovia, el médico Tobón Betancourt llevó a cabo un análisis comparativo mediante pruebas de “*Reacción de Pirquet*” destinadas a observar la reacción producida en la piel al inocularse una dosis de tuberculina.

Dicha prueba se practicó a 46 niñas y 9 niños entre los 6 y 14 años matriculados en la “Escuela La Salada”, todos ellos hijos de obreros colombianos y pertenecientes al Campamento²⁸⁰. Este método de reacción a la tuberculina se utilizaba especialmente en la etapa infantil, y fue desarrollado por el médico pediatra austriaco Clemens Von Pirquet (1874-1929). La prueba consistía en practicar una pequeña escarificación (cauterización) en la piel, previamente desinfectada con alcohol o éter y, luego depositar sobre ella una pequeña porción de tuberculina (extracto proteico obtenido de *Mycobacterium tuberculosis*). En caso de que la reacción resultara positiva, se formaría, entre la doce y veinticuatro horas después del procedimiento, una pápula rojiza. En tal caso, los individuos positivos estarían en estado alérgico, es decir, serían portadores de bacilos vivos²⁸¹.

La prueba practicada a los 55 niños y niñas de la “Escuela La Salada”, dio como resultado que apenas tres niñas reaccionaron positivamente al procedimiento. Se trataba de tres hermanas de seis, siete y ocho años de edad, quienes habían llegado hacía poco de Amalfi, municipio vecino, también minero. Las niñas habían estado expuestas a la enfermedad, pues su padre había muerto por causa de la tuberculosis²⁸². Por el contrario, los resultados de la prueba en los niños de las escuelas del pueblo fueron bastante preocupantes. En las escuelas de Segovia se practicaron 256 pruebas a niños y niñas, de los cuales 129 casos (es decir, el 50,4%) fueron positivos y 30 tuvieron un resultado dudoso (el 11,7%)²⁸³.

²⁸⁰ Tobón, Estudio médico social..., 1.090.

²⁸¹ Vicente Sáenz, “*La cuti-reacción de Von Pirquet y los alumnos de las escuelas públicas de Bogotá*”, En: *Revista de la Facultad de Medicina* 1. 8 (1933): 614.

²⁸² Tobón, Estudio médico social..., 1.091.

²⁸³ Tobón, Estudio médico social..., 1.043-1.044.

El análisis de la prueba por reacción a la tuberculina para comparar el estado sanitario entre los niños estudiantes en dos entornos con tantos contrastes, permitió que el médico Tobón Betancourt concluyera que, pese a que aún existían irregularidades higiénicas en el campamento, no cabía duda de los modos de vida salubres instaurados en los territorios de la empresa resultaban favorables para los obreros y sus familias. Los beneficios, según el médico, eran evidentes a la vista, al apreciar el estado fisiológico de este grupo poblacional y compararlos con aquellos que vivían en la zona urbana, quienes vivían expuestos a todo tipo de prácticas antihigiénicas y desordenadas.

En tal caso, la Escuela La Salada estaba cumpliendo con su función con respecto a la higiene y el saneamiento de la población de niños escolares. Frente a la alta prevalencia de la tuberculosis en la población adulta en general, en especial de los habitantes del casco urbano de Segovia, en la escuela de la empresa se promovían hábitos de asepsia y una vida sana.

En el campamento establece una dinámica de segregación social donde cada quién sabe a cuál grupo corresponde. Existe una hegemonía de una clase dirigente sobre una clase obrera inferior; sin embargo, es tan efectivo el funcionamiento del dispositivo que, en lugar de surgir un descontento social en los menos favorecidos, el paternalismo de la empresa propicia sentimientos aspiracionales del obrero por emular la forma de vida de la élite, que es su modelo a seguir.

Sobre la familia del obrero se impone un “deber ser” mediante formas de control específicas. En el caso de la mujer, cuya figura estaba desdibujada en los desordenados hogares del pueblo y, su referente más cercano era el de la prostituta, se posiciona en su papel de “ama de casa”, administradora del hogar y pilar de la crianza de los hijos –que deben ser numerosos–, sobre ella existe un control horizontal, ejercido por otras mujeres que cumplen

el mismo papel. En la escuela se educan los futuros obreros. La instrucción en valores y en formas de vida saludable, está encaminada a fortalecer el rendimiento de la empresa.

Capítulo IV: Obreros bajo tierra: perdiendo la fuerza y la juventud

Por los carreteros andan como sesenta peones, llevando mineral en carretas que se deslizan suavemente por maderos labrados. Cuando regresan con las carretas vacías, van cantando las canciones que de niños aprendieron en sus pueblos, porque ellos han venido de Sopetrán unos, de Girardota otros, de Rionegro éstos y de La Ceja aquéllos. Los de tierra fría ya están pálidos, y llevan las manchas del paludismo en la cara y las cicatrices de las picaduras del pito, en la piel desnuda.

Eduardo Zuleta, *Tierra Virgen*²⁸⁴.

En 1946 se constituyó la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), la cual definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con lo cual esta entidad le atribuyó un carácter político al estado de salud y bienestar de los seres humanos y posicionó la salud como un derecho fundamental que, en adelante, debía ser garantizado con los gobiernos: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”²⁸⁵.

Estos preceptos son la base de una medicina social, orientada a proteger los individuos productivos de las causas directas o indirectas de enfermedad en relación con el medio. Los objetivos de la medicina social van desde la investigación de factores sociales que afectan la salud, hasta la conexión con instituciones y organismos que se ocupan de la terapéutica social²⁸⁶.

Este capítulo final estudia la medicina laboral impartida sobre los mineros obreros de *Frontino Gold Mines*, para ello se parte por la legislación nacional sobre el trabajo obrero y la salud de los trabajadores; luego se aborda el tema de la higiene y salubridad industrial y, por último, las principales enfermedades profesionales padecidas por los obreros segovianos.

²⁸⁴ Eduardo Zuleta, *Tierra virgen* (Bogotá: Carlos Valencia Editores, 1996) 129.

²⁸⁵ La Constitución fue adoptada por la *Conferencia Sanitaria Internacional*, celebrada en Nueva York. Fue firmada el 22 de julio de 1946 por representantes de 61 estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Consultado el 15 de octubre de 2018. En línea: <http://www.who.int/about/mission/es/>.

²⁸⁶ Martínez y Tarifa, *Medicina social...*, 168.

Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

En Colombia la primera ley con respecto a la salud laboral llevó el título “Sobre reparaciones por accidentes de trabajo”, se trata de la **Ley 57 de 1915**, la cual regiría las relaciones laborales en nuestro país durante gran parte del siglo XX. Dicha ley estuvo vigente por 78 años, hasta la promulgación de la Ley 100 de 1993²⁸⁷.

En principio, una relación laboral vinculaba dos figuras principales: “el patrón”, es decir, el dueño de los medios de producción y “el empleado”, quien aportaba el trabajo manual. Entre los dos se encontraba el Estado, que fue ganando presencia como ente regulador.

En 1915, el Estado colombiano definió como **empleador o patrono** a “toda persona, natural o jurídica, dueña de las industrias, obras o empresas en que por sí o por interpuesta persona, se esté verificando un trabajo”; y, como **obrero** “a toda persona cuyo salario no excediera de seis pesos oro semanales y que ejecutará trabajo por cuenta del patrono”²⁸⁸.

La norma colombiana precisó que un accidente de trabajo era un suceso involuntario e imprevisto que afectaba al individuo subordinado y que tenía origen en el ejercicio de la labor para la que había sido contratado:

Para los efectos de la presente Ley, entiéndase por accidente de trabajo un *suceso imprevisto* y repentino sobrevenido por causa y con ocasión del trabajo, y que produce en el organismo de quien ejecuta un trabajo por cuenta ajena una lesión o una perturbación funcional permanente o pasajera, todo sin culpa del obrero²⁸⁹.

El patrono era el responsable del bienestar del trabajador, pues dicho suceso se presentaba en el momento en que el obrero desarrollaba las funciones para las que fue contratado. El patrono no era responsable en caso de que el accidente sucediera por

²⁸⁷ Ley 57 de noviembre 15 de 1915. “Sobre reparaciones por accidentes de trabajo”. Consultado el 15 de junio de 2018. En línea: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12998>.

²⁸⁸ Este concepto fue modificado por la ley la ley 32 de 1922 en su artículo 5º, que entendía por obrero a toda persona cuyo salario no excediera de tres pesos (\$ 3) diarios y que ejecutara el trabajo por cuenta del patrono.

²⁸⁹ Ley 57 de noviembre 15 de 1915. “Sobre reparaciones por accidentes de trabajo”. Art. 1º.

imprudencia o descuido del trabajador²⁹⁰. Entre las conductas que responsabilizaban a los obreros de los accidentes y que eximían de toda responsabilidad al patrono se encontraba:

Se considera como culpa, imprudencia o descuido, el arrojamiento innecesario, la embriaguez, la desobediencia a órdenes expresas de los superiores o a los reglamentos de la empresa o fábrica, y en general, todo acto u omisión que produzca consecuencias desgraciadas y en que resulte culpable el trabajador²⁹¹.

La ley obligaba al patrono a dar asistencia médica y farmacéutica de manera inmediata. Contaba con libertad de elegir las personas naturales o jurídicas que prestarían el servicio médico, pero en caso de que la atención se retardara, debía pagar una multa por cada día de demora:

En caso de que, con peligro para la vida del lesionado y por culpa del patrono o empresario, se retarde la consecución del facultativo que haya de encargarse de la asistencia médica o quirúrgica de la víctima, aquél pagará a favor del lesionado, mientras dure su estado de peligro, una multa de cinco pesos (\$5.00) por cada día de retardo en el suministro del médico²⁹².

Existían categorías según el grado de perjuicio causado al obrero. La primera conocida como *accidentes menores*, es decir, aquellos que ocasionaban una incapacidad temporal y cuya lesión o perturbación era pasajera, concluyendo con la curación completa. Para este tipo de lesiones se pagaría durante el tiempo de la incapacidad para trabajar, la asistencia médica y las dos terceras partes del jornal que ganaba en el momento del accidente²⁹³.

El segundo nivel, agrupaba aquellos sucesos que ocasionaba una incapacidad *permanente y parcial*, en la que la “víctima” quedaba con una disminución definitiva de la capacidad de trabajo y que no la tenía al momento del accidente, entre las que se clasificaban tanto accidentes como enfermedades:

La pérdida anatómica de un miembro o de un segmento de miembro; la pérdida funcional (por lesión orgánica) o la disminución de validez (funcional) de un miembro o de un segmento de

²⁹⁰ Ley 57 de 1915. Art. 2°.

²⁹¹ Ley 57 de 1915. Art. 3°.

²⁹² Ley 57 de 1915. Art. 9°.

²⁹³ Ley 57 de 1915. Art. 5° Inciso “a”. Art 6° inciso “a”.

miembro; la pérdida de un ojo; la pérdida de la audición, bien sea completa o incompleta; una enfermedad traumática que no condene a la inacción total, etc.²⁹⁴

Para estos casos la norma obligaba al patrono a cubrir la asistencia médica del lesionado. El pago del jornal entero entre noventa y ciento cuarenta días. El patrono evaluaría el tiempo que se pagaría dependiendo del grado de incapacidad parcial que el obrero hubiera sufrido²⁹⁵.

Los criterios establecidos para el pago de esta indemnización fueron modificados por el artículo 8 de la *Ley 133 de 1931*, en donde se regulaba que la indemnización se calcularía desde un mínimo de dos meses de salario hasta un máximo de un año. En caso de que el cálculo establecido por el patrono generara discordia, el arbitrio estaría a cargo de los médicos legistas del respectivo municipio o del departamento²⁹⁶.

La *incapacidad permanente total*, consistía en que el obrero había quedado definitivamente incapacitado para el trabajo industrial²⁹⁷. Se incluía dentro de esta clase a:

Las perturbaciones mentales incurables; la pérdida de dos miembros por parálisis o amputaciones; la pérdida de ambos ojos, de ambas manos o de ambos pies; las enfermedades traumáticas graves de las vísceras abdominales o torácicas.²⁹⁸

La indemnización por este tipo de consecuencias era el pago de la asistencia médica necesaria y el salario de un año, cuya base sería el último salario semanal devengado en el momento del accidente, el monto a pagar fue modificado posteriormente por el artículo 8° de la *Ley 133 de 1931*, donde se imponía una indemnización por una suma equivalente al salario de dos años²⁹⁹.

²⁹⁴ *Ley 57 de 1915*. Art. 5°.

²⁹⁵ *Ley 57 de 1915*. Art. 5° Inciso “b”.

²⁹⁶ *Ley 133 de diciembre 9 de 1931*. “Por la cual se adicionan y reforman algunas disposiciones sobre seguro de vida obligatorio y accidentes de trabajo y se dictan otras sobre protección a los trabajadores”. Artículo 8° Consultado el 15 de junio de 2018. En línea: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1648348>.

²⁹⁷ *Ley 57 de 1915*. Art. 5° Inciso “c”.

²⁹⁸ *Ley 57 de 1915*. Art. 5° Inciso “c”.

²⁹⁹ *Ley 133 de 1931*. Art. 8°.

La cuarta categoría se refería a aquel suceso imprevisto que causaba la muerte del trabajador. Se contemplaba que el deceso ocurriera al instante del accidente o en los sesenta días siguientes al incidente. La indemnización para esta fatídica situación consistía en pagar a los herederos el salario de un año. La viuda e hijos legítimos recibirían la indemnización; a falta de estos, la indemnización correspondería a los padres; si estos ya no vivían, iría a los hijos naturales y, por último, para el padre o madre natural (solo para uno de ellos). La ley añadía que si el patrono podía emplear a un heredero en las mismas funciones desempeñadas por el finado, el patrono quedaría absuelto del pago de la indemnización³⁰⁰.

En Colombia a partir de 1930 hubo un segundo momento de la legislación laboral, en donde sobresale un mayor intervencionismo estatal y la consolidación del Estado como árbitro de las relaciones obrero–patronales³⁰¹. En 1938 se expidió la Ley 96 a través de la cual se creó un nuevo ministerio que “fusionaba los Ministerios de Industria y Trabajo y Agricultura y Comercio”, denominado *Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y de la Economía Nacional*³⁰².

En 1944 se promulgó el Decreto 2350, en el cual se reglamentaba el contrato individual de trabajo y se señalaba los campos en que el gobierno nacional intervendría. Por ejemplo, en la designación del salario mínimo y los porcentajes para calcular los recargos por horas extras y trabajos nocturnos. Además, las indemnizaciones por accidentes y enfermedades laborales y no laborales³⁰³.

Este decreto ratificó la definición de accidente laboral como: “Toda lesión orgánica o perturbación funcional que afecte al trabajador en forma transitoria, permanente o definitiva,

³⁰⁰ Ley 57 de 1915. Parágrafo Art. 5°.

³⁰¹ Luz Ángela Núñez, “El derecho laboral en Colombia: surgimiento de una perspectiva socialista local (1930-1945)”, En: *Revista Opinión Jurídica Universidad de Medellín* 15. 30 (2016): 110.

³⁰² Ley 96 de 1938. “Por la cual se crean los Ministerios de Trabajo, Higiene y Previsión Social y de la Economía Nacional”. Consultado el 15 de junio de 2018. En línea: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73115>.

³⁰³ Decreto 2350 de 1944. “Por el cual se dictan lagunas disposiciones sobre Convenciones de Trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo”. Consultado el 1° de octubre de 2018. En línea: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1872277>.

motivada por un hecho imprevisto y repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo”³⁰⁴.

Lo que trae de nuevo es que, define, por primera vez, en qué consiste una “enfermedad de origen laboral” y qué es una “enfermedad de origen endémico o epidémico”. Con norma se excluía del mundo laboral afecciones comunes en los obreros como el paludismo y tuberculosis:

Se entiende por enfermedad profesional a la adquirida por razón y con motivo del trabajo, con excepción de las enfermedades endémicas en la respectiva región o de las epidemias, que provoque en el organismo una lesión o perturbación funcional, transitoria, permanente o definitiva, originada por agentes físicos, químicos o biológicos³⁰⁵.

También se establece una diferencia para las indemnizaciones. Para las enfermedades profesionales, las indemnizaciones serían calculadas en proporción directa con el daño sufrido y hasta por el equivalente del salario en dos años, además el empleador proporcionaría la asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria³⁰⁶. Para las enfermedades no laborales, se otorgaría el auxilio por enfermedad, el cual cubriría hasta por ciento veinte días. Durante los primeros dos meses el obrero recibiría las dos terceras partes del salario, en el tercer mes la mitad del salario y en el cuarto mes la tercera parte³⁰⁷.

De acuerdo con el historiador Óscar Gallo, antes de la expedición de este decreto, la diferenciación entre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales era ambigua. Las enfermedades laborales podían sobrevenir a causa de circunstancias exógenas (infecciones) y endógenas (accidentes de trabajo). Sin embargo, con este decreto no se resolvió la ambigüedad. En la medicina laboral continuó debatiéndose si algunas enfermedades deberían pertenecer o no al grupo de afecciones originadas por el trabajo³⁰⁸.

³⁰⁴ Decreto 2350 de 1944. Art. 8º, Inciso “a”.

³⁰⁵ Decreto 2350 de 1944. Art. 8º, Inciso “b”.

³⁰⁶ Decreto 2350 de 1944. Art. 8º, Inciso “b”.

³⁰⁷ Decreto 2350 de 1944. Art. 8º, Inciso “d”.

³⁰⁸ Gallo, Modelos sanitarios, prácticas médicas..., 90.

Era el caso de la *malaria* o *paludismo*. Según Gallo, se considera una enfermedad profesional transmitida por un organismo vivo. Pese a ello, según la legislación colombiana este tipo de afecciones no entraba entre la clasificación de la norma laboral (antes de 1944), dado que era una enfermedad endémica en territorios cálidos. Esta apreciación permite debatir la objetivación de la enfermedad profesional puesto que la “confluencia de factores pueden llevar a la aparición de un determinado agente patógeno”³⁰⁹.

Lo anterior puede entenderse, según lo refieren José Martínez y Adela Tarifa para la minería en España, que a diferencia de los accidentes de trabajo, las patologías generadas o agudizadas en el ámbito minero, muchas veces quedaban enmascaradas bajo síntomas de enfermedades comunes. Unido a ello, la patogenia de la enfermedad profesional tiene una evolución lenta y difícil de establecer. Su causa patológica tampoco ataca por igual a todos los individuos expuestos a ella, y la muerte llega lentamente. Por tanto, muchas afecciones eran asociadas a accidentes propios del progresivo desgaste del individuo³¹⁰.

Peligros y suciedades del trabajo en los socavones

En la década de 1930 los obreros, en su trabajo bajo tierra, debían soportar condiciones extremas que desafiaban su salud, entre ellas ausencia de luz, temperaturas superiores a treinta grados, escasez de oxígeno y saturación del aire con monóxido de carbono. Para entonces, en *Frontino Gold Mines* se establecieron labores de alto rendimiento en los socavones, para ello los obreros debían trabajar 16 horas o más, la mayoría de las veces en condiciones antihigiénicas, con lo cual el obrero tendía a llegar a un estado de fatiga. Esto lo describía en 1934 el médico Julio Tobón Betancourt:

En la Frontino Gold Mines, la actividad obrera cotidiana en los socavones era de 16 horas por equipos que se rotaban; pero la realidad fue que muchos de los individuos doblan la jornada por días consecutivos para multiplicar sus otros de juerga y de alcohol, por lo cual resulta de oportunidad benéfica, la disposición exigente de las ocho horas de trabajo que instalado la Oficina general del Ramo del ministerio de Industria cuyo cumplimiento estricto debe ser aquí vigilado,

³⁰⁹ Gallo, Modelos sanitarios, prácticas médicas..., 91.

³¹⁰ Martínez y Tarifa, *Medicina social, demografía y enfermedad...*, 187.

porque las condiciones expuestas de insalubridad prologadas se hacen más inofensivas a la visita obrera³¹¹.

En el socavón trabajaban los “machineros”, obreros encargados del manejo de los martillos. En 1931 habían entrado en funcionamiento 30 martillos perforadores para abrir socavones, galerías y apiques, los cuales funcionaba accionados por agua y aire comprimido³¹². Este tipo de tecnología había reemplazado el martillo y el pico del obrero, aumentando la eficiencia de operario. Según Tobón Betancourt:

Dichos artefactos poseen dos mangueras, una para el agua y otra para la circulación de aire comprimido que llegan al taladro hueco actuante y el polvo del material desplazado corre en una solución líquida, sin la aspersion molecular de los antiguos y dañosos aparatos de horadación seca; y sin el esfuerzo particular y fatigante del obrero manual a golpe cernido de músculo y martillo sobre el conglomerado silíceo³¹³.

Como se aprecia la máquina había sido diseñada para no desperdigar partículas de polvo. Una vez que el machinero taladraba los orificios se ponía en ellos la dinamita y, a determinadas horas del día se hacían las explosiones o “quemadas explosivas” en lugares diferentes. Dado que se trabajaba al contrato, este tipo de actividades se efectuaban repetidamente, normalmente sin esperar un tiempo suficiente para que se ventilaran los socavones. De esta forma, con el aire denso cargado de gases y partículas de pólvora mineral, sin que el ambiente se limpiara antes de continuar con el proceso, las “quemadas” se ejecutaban en la misma guía, en ocasiones asfixiando a los practicantes de la labor³¹⁴.

Entre otros oficios ejecutados en el socavón que presentaban riesgo para la salud se encontraban los “paleros”, quienes levantaban el material del suelo y lo vaciaban en las vagonetas que se movían sobre los rieles arrastrados por individuos llamados “cocheros”, los cuales se encargaban de llevar el material al exterior, para continuar con las faenas complementarias hasta la extracción del oro³¹⁵.

³¹¹ Tobón, *Estudio médico social...*, 2016-2017.

³¹² Óscar Gallo y Jorge Márquez, “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia, 1910-1960”, En: *Salud Colectiva* 7. 1 (2011): 38.

³¹³ Tobón, “*Estudio médico social...*”, 2019.

³¹⁴ Tobón, “*Estudio médico social...*”, 2019-2020.

³¹⁵ Tobón, “*Estudio médico social...*”, 2020.

En la década de 1950, según el médico Emilio Jaramillo García, las condiciones de higiene y seguridad en el desarrollo de la labor habían cambiado de forma satisfactoria. Para entonces el oxígeno era distribuido por sistemas de tuberías con válvulas de escape, lo que evitaba la concentración de monóxido de carbono y la asfixia. El agua de los túneles, era extraída por medio de bombas aspirantes que conducían el agua a la superficie y esta, a su vez, era utilizada como fuerza hidráulica evitando las inundaciones y deslizamientos y así reduciendo las posibilidades de accidentes fatídicos³¹⁶.

El machinero operaba ahora una maquinaria más moderna que funcionaba impulsada por energía eléctrica. Esta nueva tecnología también conducía el polvo de sílice a recipientes donde era tratado con calor húmedo, pretendiendo así reducir las afecciones por silicosis³¹⁷.

Dos años después en 1958, en su visita a la empresa el médico Marco A. Arango Rico tuvo apreciaciones diferentes de las de Jaramillo García acerca de las condiciones en las que los obreros desempeñaban sus labores. Según Arango, la seguridad industrial en *Frontino Gold Mines* era deficiente, los obreros descendían hasta 600 metros bajo tierra sin contar con medidas adecuadas para su protección personal. Describía el mal estado de los socavones de la siguiente manera: “Los recintos y pisos son mal ventilados, el índice de humedad elevado, expuestos a cambios bruscos de temperatura y al ruido, sin protección contra gases y partículas minerales”³¹⁸.

En cuanto a la protección personal del obrero, el médico Jaramillo García describía los implementos con que estos hombres estaban equipados: “Casco de acero para proteger el cráneo de los posibles traumas, botines de caucho que protegen contra la humedad y de la picadura de alimañas etc. etc. una pequeña pampanilla que apenas cubre los genitales”³¹⁹.

³¹⁶ Emilio Jaramillo García, “Algunas consideraciones médico sociales sobre el municipio de Segovia”. Tesis Doctor en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1956) 52.

³¹⁷ Jaramillo García, “Algunas consideraciones médico sociales...”, 52-53.

³¹⁸ Arango, Estudio higiénico social..., 56.

³¹⁹ Jaramillo García, “Algunas consideraciones médico sociales...”, 53.

Por el contrario, el médico Arango cuestionó la despreocupación por parte de la empresa en este aspecto; según él, el inventario de equipos para la protección era insuficiente y los pocos que podían tenerlo no estaban capacitados para su correcto manejo, por lo cual muchos de ellos los desechaban por considerarlos incómodos³²⁰.

Como vemos las condiciones en que los obreros desarrollaban la actividad extractiva a finales de la década de 1950 propiciaban el desarrollo de diversas enfermedades profesionales. Para contrarrestar esta situación la empresa necesitaba adecuar los lugares de trabajo, además se debía educar a los obreros en el uso de implementos de protección. Todo ello para disminuir los factores de riesgo por accidentes y enfermedades laborales. Aun así, las condiciones del trabajo minero continuarían siendo de alto riesgo, al estar expuestos a enfermedades como la silicosis, padecer asfixia por vapores amoníacos o sulfurosos, intoxicación por plomo (blumbismo o saturnismo), propensión a sufrir caídas y exponerse al ruido constante del martillo neumático. Por tanto, la empresa estaba llamada a establecer políticas de seguridad industrial.

La máquina cansada: fatiga física y psicológica

Mientras que para los obreros segovianos la realidad era el padecimiento de un arduo trabajo, para la sociedad el trabajo era considerado como fuente de salud y un renovador de fuerzas. Como hemos visto a principios del siglo XX, surgió la idea de establecer la higiene del trabajo; para entonces comenzó a discutirse la pertinencia de las prácticas de salubridad industrial. En la cotidianidad las rutinas laborales causaban agotamiento debido al esfuerzo prolongado y continuo, que llevaba a producir un estado de fatiga o sufrimiento a diferentes niveles en el organismo del obrero (muscular, nervioso o intelectual)³²¹.

³²⁰ Arango, “Estudio higiénico social...”, 56.

³²¹ Óscar Gallo, “Luz sobre el fenómeno de un corazón aparentemente infatigable. La fatiga de la clase obrera en Colombia 1898-1946”, En: *La salud laboral en el siglo XX y XXI. De la negación del derecho a la salud y la enfermedad* (Medellín: Ediciones Escuela Nacional Sindical, 2016) 226.

Según Max Weber, la “fatiga” es lo opuesto al “descanso”. La fatiga consiste en la disminución o a la imposibilidad de recuperar la capacidad de rendimiento en el trabajo industrial, lo que supone que toda reducción de capacidad de rendimiento es denotada como fatiga³²².

El organismo del trabajador, en teoría, debía tener horas limitadas para ejercer actividades físicas y, además, requería determinada cantidad de horas de reposo para la reparación orgánica y psíquica. Pero, buena parte de los obreros segovianos, tras largas jornadas laborales, invertían el resto de su energía en el consumo de alcohol y en prostitución:

Sale entonces menguado por el agobio de energía canalizada, acude al estímulo del alcohol cuyas calorías gasta, por manera desordenada, tumultuosa y la ilusión del beneficio obtenido, se va en la locura de otros tantos días de alcohol y de orgía, como tentativa inválida, por cierto, para levantar su fisiología atropellada³²³.

La fatiga es un fenómeno subjetivo, multicausal, cuyo origen está en los aspectos físicos, cognitivos y emocionales³²⁴. La *Oficina General del Trabajo* (OGT) se manifestó sobre el tema a partir de 1929, argumentado que la fatiga física o psicológica predisponía a los organismos a ciertos riesgos como enfermedades laborales y accidentes de trabajo, y que adicionalmente el trabajador se deprimía y era inducido al alcohol y a la búsqueda de estímulos vitales que eliminaran esa sensación³²⁵.

El médico Julio Tobón Betancourt, en su visita en comisión especial al municipio de Segovia y a la *Frontino Gold Mines*, abordó el tema de la fatiga en el obrero segoviano bajo la analogía “hombre-máquina” que como obrero debía tener un rendimiento. Afirmaba que la máquina humana daba un rendimiento normal de 25 por ciento. Cuando se sometía a presión podía alcanzar un 35 o 37 por ciento, esto en condiciones especializadas de trabajo y añadiéndoles una alimentación adecuada. Pero esto no se aplicaba en el obrero segoviano

³²² Max Weber, “*Fatiga y descanso*”, En: *Sociología del trabajo industrial* (Madrid: Trotta. 1994) 81.

³²³ Tobón, “Estudio médico social...”, 1062.

³²⁴ Diana Duarte, “La fatiga desde una perspectiva conceptual”, En: *Revista de la Sociedad de Medicina del Trabajo* 12. 2 (2009): 107.

³²⁵ Gallo, Luz sobre el fenómeno..., 226.

pues este no medía su esfuerzo, no lo hacía rítmico, ni organizado, además no se alimentaba razonablemente³²⁶.

El médico José Miguel Restrepo en la década de 1940 dividió en tres niveles el proceso de agotamiento celular. El primer grado correspondía a los trastornos patológicos repentinos de carácter muscular sin repercusiones. El segundo nivel lo constituían las afecciones derivadas de la fatiga, de carácter localizado y que concluía con la afección prolongada de un parte del organismo en particular, como el *nistagamus*; afección ocular en la que se presenta un movimiento involuntario de los ojos y el *blefarospasmo de los mineros*, afección de carácter neurológico que consiste en la contracción continua de los párpados. El tercer nivel fue descrito por el médico Restrepo como agobio o “sumernage”, fatigas accesorias que contribuían a completar el agotamiento orgánico³²⁷.

En 1941 el médico Jorge Zapata Jaramillo tras cuatro años de trabajo en *Frontino Gold Mines*, afirmaba que el origen de todos los males de la población obrera segoviana era el hábito antihigiénico de la embriaguez y el excesivo trabajo que estos hombres debían soportar³²⁸. Al respecto, Eugenio Castaño afirma que el obrero es una unidad que reúne aspectos físicos y mentales, los cuales se ven afectados por el agotamiento. La fatiga durante un largo periodo terminaba por manifestarse en rasgos morales y sociales, tales como la falta de entusiasmo de los trabajadores, nerviosidad, pérdida de tiempo en el trabajo y deterioro del sentido moral³²⁹.

El trabajo corporal fuerte produce fatiga; cuando la fatiga se experimenta en periodos largos en actividades desgastantes, afecta varias partes del organismo³³⁰. Lo que permite pensar que la fatiga física extrema conlleva a una fatiga psicológica. El trabajo en el enclave minero, el

³²⁶ Tobón, “Estudio médico social...”, 1062.

³²⁷ José Miguel Restrepo, “Algunos apuntes sobre medicina del trabajo”, En: *Boletín Clínico* VIII, n° 4 (88) (julio y agosto 1942): 161-199. Citado por Gallo, Modelos sanitarios, prácticas médicas..., 91.

³²⁸ Zapata J., Contribución..., 15.

³²⁹ Eugenio Castaño, “Reposar para trabajar: de la fatiga psicológica al universo del estrés. Colombia 1937-1991”, En: *Historia y Sociedad* 30 (2017) 58.

³³⁰ Weber, *Fatiga...*, 84.

desarrollo de actividades repetitivas que alienaban al individuo y terminaban por desencadenar afecciones psicológicas, llevaban a algunos obreros a realizar acciones impensables para liberarse de esa dura labor, como se verá a continuación.

‘Astucia’ obrera: autolesiones y accidentes simulados

Entre las patologías mencionadas por los médicos que prestaron su servicio en la empresa, se hallaba una muy tradicional en los obreros segovianos: la simulación de accidentes de trabajo. El médico Tobón en 1934 analizaba este fenómeno desde una perspectiva psicológica y catalogaba dicha acción como un acto de ociosidad que importunaba la estructura moral y física del obrero. Tobón concluía que todo ello era el resultado de un pensamiento psicótico que llevaba al obrero a planificar dicha desventura atentando contra su cuerpo³³¹.

En cambio, el médico Justo Montoya en 1938, describió dichas acciones como una patología de la región atribuida a la conciencia relajada de los individuos, con el fin de explotar las leyes sobre accidentes de trabajo que estaban en boga en aquella época³³². En 1941 el médico Guillermo Soto explicaba que este tipo de acciones dejaba en evidencia el bajo nivel ético de los obreros, quienes demostraban con ello la pérdida de conciencia de los más altos valores humanos³³³.

En 1938 el médico Montoya relató las afecciones sufridas por varios obreros por causa, aparentemente, de la conjuntivitis, enfermedad que se presentó de manera epidémica en un grupo de obreros. Durante un largo tiempo los pacientes consultaron específicamente por dolor en los ojos a causa de distintas circunstancias. Por ejemplo, un obrero cuyas iniciales eran J.A.B. de 20 años de edad, acudió por “un dolor en el ojo derecho, debido a un cuerpo extraño que se le ha introducido en él”. Otro obrero de iniciales C.V. de 18 años, consultó por “un pedacito de piedra que se le introdujo en él cuando trabajaba en la mina”. Y el obrero

³³¹ Arango, “Estudio higiénico social...”, 77.

³³² Montoya, Introducción al estudio..., 2.

³³³ Guillermo Soto L. “*Silicosis. Los problemas de la patología pulmonar entre los mineros*”, Tesis Doctor en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia. 1941) 18.

G.M. de 28 años, de profesión arriero, dijo que había recibido “un golpe en el ojo derecho con la punta de un lazo, estando en su oficio”³³⁴.

Estas historias clínicas registradas por el médico Montoya, tienen en común que en el momento de la inspección para los tres se determinó el mismo diagnóstico: “conjuntivitis”. En los dos primeros pacientes efectivamente hallaron objetos como arena y una pequeña piedra en los ojos, lo que ratificaba la historia, pese a que la afección persistía tras la administración del tratamiento. El tercer paciente presentó “una conjuntivitis generalizada en el ojo derecho, ligeramente inflamada, el edema crece en los días siguientes. Acusa ligero dolor”. A pesar de los tratamientos administrados, algunos pacientes no presentaban mejoría. En estos casos eran remitidos a Medellín; sin embargo, a muchos de ellos se les diagnosticó la pérdida de la visión en diferentes grados. La empresa cumplía con pagarles los cinco meses de incapacidad exigidos por la ley. Lo común era que muchos de estos obreros diagnosticados por conjuntivitis desaparecieran una vez finalizara su tratamiento y, por supuesto, de recibir su indemnización. La enfermedad había sido un fraude³³⁵.

Este tipo de lesión estaba clasificada en la segunda categoría de accidentes de trabajo y, como ya se mencionó, era remunerada con el pago de noventa a ciento cuarenta días, valor que se pagaba según el último jornal devengado. Después de haber establecido estricta vigilancia y curaciones oclusivas, muchos de los enfermos salieron mejorados de su afección.

Después de algunas investigaciones, se encontró que los obreros se causaban estas lesiones empleando el fruto del ricino o higuera, el cual podía causar pérdida parcial de visión³³⁶. La forma en que el médico Montoya descubrió el engaño fue descrita así en su tesis de grado de 1938:

³³⁴ Montoya, Introducción al estudio..., 3-5.

³³⁵ Montoya, Introducción al estudio..., 6.

³³⁶ Montoya, Introducción al estudio..., 4.

En la cama de dichos enfermos unos frascos que contenían semillas de *Ricinus communis* o higuierilla de la especie llamada vulgarmente “pajarito”. Después de haber experimentado en perros en los cuales produce la misma lesión, pudimos sacar la conclusión del engaño que nos estaban haciendo³³⁷.

Los accidentes simulados, se convirtieron en hechos alarmantes dentro de la compañía, tanto los causados por la higuierilla, así como las heridas hechas premeditadamente en los miembros superiores y laceraciones en la cara causadas adrede con máquinas de la empresa. En 1939 el cincuenta y dos por ciento (52%) del personal había sufrido accidentes. De muchos de ellos se pudo constatar que habían sido accidentes voluntarios, que se producían en series, con las mismas características. El médico Jorge Jaramillo relató un caso bastante escabroso que involucró a un grupo de obreros:

Una cuadrilla de trece trabajadores, todos se mutilaron los dedos de forma rotatoria y se sirvieron recíprocamente de testigos. El engranaje no desapareció hasta que el último de los obreros se mutiló cuatro dedos de la mano derecha³³⁸.

La amputación de las falanges fue una práctica más común de lo que se cree dentro de los obreros. En 1932 seis obreros se amputaron alguno de sus dedos. En 1937 la cifra de mutilados llegó a 132. El ochenta por ciento (80%) de estos accidentes fueron producidos utilizando armas cortopunzantes, que en el trabajo minero no debían existir. Según el médico Montoya la causa de estas mutilaciones era que por la pérdida de cada falange de un dedo de la mano derecha o izquierda, con excepción de los pulgares, se pagaba dos meses de indemnización, aparte del tiempo que durara el tratamiento³³⁹.

El médico Zapata Jaramillo en 1941 llegaba a la conclusión de que los accidentes simulados en ocasiones se relacionaban con condiciones psicológicas desviadas, otras veces eran el resultado de deficiencia moral, lo que se materializaba en una artimaña muy bien planeada que tenía como fin el usufructo y el abuso hacia el empleador. Según Zapata, este tipo de defraudadores tenía un “ingenio perverso”³⁴⁰.

³³⁷ Montoya, Introducción al estudio..., 5.

³³⁸ Zapata J., Contribución..., 19.

³³⁹ Montoya, Introducción al estudio..., 6.

³⁴⁰ Zapata J., Contribución al estudio... 19.

Otro tipo de defraudadores eran aquellos que simulaban una “hernia-accidente”. Estos casos consistían en que aquellos obreros que ya tenían hernias al ingresar a trabajar, durante su ingreso evitaban el examen superficial. Más adelante cuando estaban en sus labores simulaban el accidente aprovechando cualquier ocasión. El médico Tobón lo describió así: “al momento de un pequeño esfuerzo, resultaba dramáticamente titulado, accidente de trabajo”. En ocasiones utilizaban prácticas de suplantación en los exámenes médicos o en las reclamaciones, lo que la empresa intentó frenar con la cedulación gratuita³⁴¹. La puesta en práctica de la estratagema era la siguiente:

Un procedimiento socorrido por los trotamundos para la simulación de la hernia-accidente, es como sigue: el herniado busca su payaso que preste la persona, naturalmente indemne, al examen médico que imparte el certificado de sanidad con nombre y apellido del vividor de oficio, y a los días se tiene la reclamación en las oficinas de la compañía³⁴².

En 1931 se presentaron tres (3) casos de hernia por accidente; lo cual aumentó en 1933 en donde se indicaron dieciséis (16); en 1934 fueron ocho (8) y aún quedaban por resolver otros catorce (14) casos. Al parecer, la compañía al ver el crecimiento de este mal y los costos, no solo de las retribuciones pagadas, sino también de los litigios, pasó a exigir la intervención quirúrgica obligatoria, así en estas circunstancias solo pagaría la incapacidad y únicamente después de la extirpación se aceptarían los reclamos³⁴³.

Como vemos la introducción de la medicina obrera provocó en algunos individuos el uso fraudulento de las políticas de protección de la vida del trabajador. Haría falta promover en el obrero prácticas de cuidado personal y apropiación de esquemas de seguridad industrial para evitar los accidentes de trabajo y los fraudes.

³⁴¹ Tobón, “Estudio médico social...”, 2001.

³⁴² Tobón, “Estudio médico social...”, 2001.

³⁴³ Tobón, Estudio médico social..., 2004.

Tres enfermedades profesionales en Frontino Gold Mines

George Canguilhem define la enfermedad como una experiencia, una circunstancia que sobreviene al hombre, un desequilibrio orgánico, en el que se agrega o quita algo al organismo³⁴⁴. Podemos añadir que la pérdida de dicho equilibrio o la pérdida de la salud en los mineros es consustancial con la actividad laboral³⁴⁵.

Las enfermedades laborales se originan en el ambiente en el que se desempeñó la labor y a causa de la labor misma. Se clasifican entre aquellas la de origen exógeno, es decir, causadas por agentes inanimados, como el polvo, que al tener una acción prolongada en el ejercicio de una labor como la minería es causante de una enfermedad crónica del aparato respiratorio conocida como silicosis³⁴⁶. Las enfermedades causadas por agentes animados (microorganismos y parásitos) son transmitidas por agentes vivos esparcidos en los lugares de trabajo³⁴⁷.

Silicosis (polvo de sílice): afcción propia de mineros

En nuestro entender, este individuo presenta el cuadro típico descrito antiguamente con el nombre de “asma de los mineros”. Es también uno de los más antiguos obreros de la Cía. Frontino Gold Mines y su oficio ha sido el de machinero. El cual como sabemos, es el que más expone a la inhalación de polvo de sílice³⁴⁸.

Este fue el diagnóstico que determinó el médico Guillermo Soto L. en 1941, cuando examinó a un obrero de 50 años de edad, quien padecía “silicosis con infección”. Una asociación “silicosis-tuberculosis” resultado de la pérdida de resistencia del tejido pulmonar, sumada al debilitamiento general por las malas condiciones higiénicas en que vivía el obrero³⁴⁹. Este hombre, descrito como moreno de mediana estatura era natural de Titiribí y hacía 38 años que vivía en Segovia. En donde se había desempeñado durante 33 años en el oficio de

³⁴⁴ Georges Canguilhem, *Lo normal y lo patológico* (México: Siglo XXI, 2011), 17.

³⁴⁵ Menéndez Navarro, Trabajo, enfermedad y asistencia..., 96.

³⁴⁶ Gallo, Modelos sanitarios, prácticas médicas..., 90.

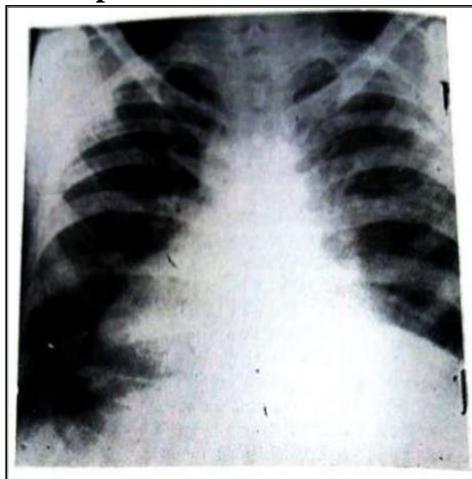
³⁴⁷ Gallo, Modelos sanitarios, prácticas médicas..., 90.

³⁴⁸ Soto, Silicosis..., 115.

³⁴⁹ Gallo y Márquez, “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia...”, 44.

machinero, teniendo como único antecedente patológico el ser “alcohólico”. En la siguiente imagen se aprecia la radiografía que se le tomó debido a que estaba un poco disneico y con expectoración “abundante y muy corpulenta”³⁵⁰.

Imagen N°. 5
Radiografía de paciente con silicosis con infección



Fuente: Guillermo Soto L. “Silicosis. Los problemas de la patología pulmonar entre los mineros”, 119.

A los padecimientos producidos en los pulmones por inhalación de partículas de polvo se les llama “neumoconiosis”. En caso de que el polvo inhalado sea el de sílice, entonces la enfermedad es conocida como “silicosis”³⁵¹. Este es un padecimiento netamente profesional, que fue incluido en 1934 en la lista de enfermedades profesionales por la Organización Internacional del Trabajo³⁵².

La silicosis es incurable, es decir, de carácter crónico y de tendencia evolutiva, que predispone el desarrollo de la tuberculosis pulmonar³⁵³. Se presenta, por lo regular, en obreros expuestos durante largos periodos a la acción del polvo. Se cuentan los que trabajan en minas, canteras, industrias cerámicas, construcción de túneles, fundiciones y sopladores

³⁵⁰ Soto, Silicosis..., 114.

³⁵¹ Martínez y Tarifa, *Medicina social, demografía y enfermedad...*, 189.

³⁵² Gallo y Márquez, “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia...”, 42.

³⁵³ Miguel A. Zapata L. “Tuberculosis pulmonar y silicosis en el Municipio de Segovia (Antioquia)”, Tesis Doctor en Medicina y Cirugía (Medellín: Universidad de Antioquia, 1954) 56.

de arena en la industria de vidrio. El individuo que padece silicosis presenta muy pocos síntomas en la fase primaria, en un estado más avanzado puede presentar disnea (dificultad respiratoria), tos seca, asfixia, perturbaciones digestivas, astenia (debilitamiento o fatiga general), calambres musculares e insomnio³⁵⁴.

En 1941 el médico Guillermo Soto practicó diversos exámenes, entre ellos auscultaciones físicas, exámenes radiográficos y revisiones periódicas, a 43 obreros de *Frontino Gold Mines*. De ellos, 20 habían trabajado por un periodo entre 10 a 20 años en la empresa; 14, de 21 a 30 años; y 6 llevaban más de 30 años de vinculación laboral con la compañía. Los resultados de estos estudios arrojaron que cuatro de los obreros padecían *silicosis moderada* y nueve *silicosis con infección*, probablemente tuberculosa. Es decir, el 30.23% de los examinados estaban afectados por neumoconiosis silíceas. Según el médico Soto, los primeros síntomas aparecían a partir de los diez años de estar trabajando, dado que la silicosis suele ser una enfermedad silenciosa, por ello practicó las pruebas en los empleados más antiguos³⁵⁵.

La silicosis era principal enfermedad ocupacional del minero en Segovia. Estos obreros estaban expuestos a cambios bruscos de temperatura, lo que predisponía la adquisición de corizas y resfriados, además el medio favorecía el paludismo y la hipovitaminosis; todas estas enfermedades coadyuvantes que incrementaban las probabilidades de infección³⁵⁶. Unido a ello, según lo explican Oscar Gallo y Jorge Márquez, la incorporación de nuevas tecnologías para aumentar la capacidad de perforación que se había iniciado en la década de 1930, hacía crecer la concentración del polvo de sílice y agudizaba el riesgo para los obreros de contraer neumoconiosis³⁵⁷.

En el estudio practicado por el médico Miguel A. Zapata en 1954, halló 73 casos positivos de silicosis, en su mayoría, se trataba de obreros que habían desempeñado funciones por más de diez años en *Frontino Gold Mines*. Zapata sugería que la empresa debía realizar una

³⁵⁴ Zapata L., “Tuberculosis pulmonar y silicosis...”, 53-54.

³⁵⁵ Soto, *Silicosis...*, 89.

³⁵⁶ Soto, *Silicosis...*, 90.

³⁵⁷ Gallo y Márquez, “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia...”, 38.

revisión de sus procedimientos de explotación y medios de trabajo dentro del socavón³⁵⁸. Para entonces, no existían tratamientos o una terapéutica conocida, por tanto, el único camino era la prevención³⁵⁹. Quedaba educar a los obreros acerca de qué era y cómo afectaba el cuerpo esta enfermedad. En 1958 médico Arango sugería:

Los mineros no conocen en realidad en qué consiste la enfermedad, de allí que sea lógico el que no sepan defenderse contra este riesgo, ni que exijan se les proteja. Sobre su etiología circulan entre los mineros falsas creencias, muchos la atribuyen a los humos de la dinamita, otros la consideran como enfermedad infecto contagiosa, otros la identifican con la TBC pulmonar³⁶⁰.

Situación extraña, puesto que Antonio J. Ospina, médico de *Frontino Gold Mines* había recomendado desde la década de 1930, que para los trabajadores que desempeñaban labores en apiques, socavones, galerías, guías, etc. y que por razón de su oficio debían absorber partículas de cualquier mineral, era obligatorio dotarlos de máscaras³⁶¹.

La aplicación de estas disposiciones preventivas quedaba a discreción de los patronos; sin embargo en los socavones de Segovia esta incipiente seguridad industrial no se aplicaba a cabalidad. De acuerdo con el médico Guillermo Soto en 1941, se intentaba realizar exámenes periódicos a los obreros, aunque se dificultaba movilizarlos para un seguimiento constante. Además, el equipo radiológico portátil *Sunic Jr.* tenía una capacidad muy limitada y las radiografías no eran nítidas, lo que en podía causar confusión o inducir a un diagnóstico erróneo³⁶².

Tuberculosis (bacilo de Koch): infectarse por respirar

Una enfermedad infecciosa se produce por la entrada, crecimiento y multiplicación de microorganismos patógenos en el organismo, es decir, por agentes infectantes. El interior de una mina es el campo más abonado para la mayor incidencia de enfermedades de este tipo,

³⁵⁸ Zapata L., “Tuberculosis pulmonar y silicosis...”, 84.

³⁵⁹ Gallo y Márquez, “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia...”, 45.

³⁶⁰ Arango, “Estudio higiénico social...”, 56.

³⁶¹ Gallo y Márquez, “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia...”, 45.

³⁶² Soto, Silicosis..., 87.

dado que este ámbito produce sus propios agentes patógenos y favorece la transmisión a los individuos que allí trabajan³⁶³.

Durante la primera mitad del siglo XX, se conocía ya que la tuberculosis era una enfermedad infecciosa causada por el *bacilo de Koch*, de características vitales resistentes, y susceptible de contagio a través de las mucosas de las vías respiratorias afectadas. Es decir, una enfermedad microbiana contagiosa, que no era de carácter hereditario sino transmisible, pero que para la época se creía que estaba relacionada casi exclusivamente con la pobreza y, que, además, degeneraba la raza y que los individuos viciosos estaban más propensos a contraerla³⁶⁴.

Apuntando a una concepción más científica y social de la enfermedad, el médico Miguel A. Zapata, estudió la tuberculosis profesional en los obreros del municipio de Segovia en 1954. Para ello pretendió indagar en la etiología de la enfermedad en la región, teniendo en cuenta diversas perspectivas, comprendiendo que se trataba de una infección de origen multifactorial y multicausal. Que tras el contagio por primera vez o después de la sobreinfección, existían condiciones higiénicas, sociales, económicas, laborales y culturales, que propiciaban la diseminación del bacilo.

De acuerdo con Zapata, el primer factor era de carácter higiénico y social, el cual preparaba el terreno para la propagación del bacilo tuberculoso. Las viviendas del municipio de Segovia se caracterizaban por el hacinamiento, la poca luz y la reducida ventilación; la higiene personal era lamentable; no existía ningún control sanitario, la higiene pública era deficiente y la población estaba revestida de una total miseria, no tenían alcantarillado, ni tampoco disfrutaban del beneficio básico de contar con agua potable³⁶⁵. Las prácticas tradicionales de la población como el consumo de aguas no potables sin hervir y la carencia de letrinas o

³⁶³ Martínez y Tarifa, *Medicina social, demografía y enfermedad...*, 187.

³⁶⁴ Jorge Márquez, “Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia”, En: *Estudios* N° Especial (2012): 106.

³⁶⁵ Zapata L. “Tuberculosis pulmonar y silicosis...”, 19.

sanitarios higiénicos, propiciaban la infección por parásitos, lo cual debilitaba el cuerpo y disminuía la resistencia ante el bacilo tuberculoso³⁶⁶.

La subalimentación del individuo aumentaba en la propensión al contagio de la tuberculosis pulmonar, pues la deficiencia alimenticia conllevaba al adelgazamiento y después a la inanición³⁶⁷. Según el médico Zapata:

La tuberculosis, es una enfermedad que ataca con predilección a los individuos mal alimentados, desnutridos, que viven en malas condiciones higiénicas, o cuyo organismo está debilitado por abusos de distinto orden o por otras enfermedades³⁶⁸.

El alcoholismo era una de las causas fisiológicas que contribuían a la predisposición a contraer la tuberculosis, pues el abuso del licor se catalogaba como una supuesta causa indirecta, que producía en los individuos la degradación orgánica que los hacía vulnerables. Entre otras enfermedades valoradas como *predisponentes* estaban cáncer, paludismo, bronquitis aguda, bronquitis crónica y viruela³⁶⁹.

Otro factor que inducía al desarrollo de la tuberculosis era el desempeño de ciertas actividades laborales. Para los médicos de la época, la tuberculosis era un problema social, resultado de varios factores análogos, entre ellos, el trabajo³⁷⁰. Aunque la actividad minera no representaba un riesgo directo de adquirir tuberculosis, algunas condiciones de trabajo podían favorecer su desarrollo, entre ellas factores coadyuvantes tales como el polvo de sílice:

El laboreo de las minas al cual se dedican la mayoría de los habitantes del municipio de Segovia, en socavones mal aireados, con humedad excesiva, calor sofocante, humo, absorción de polvos de contenido silícico en individuos desnutridos, alcohólicos, con sueño de pocas horas, palúdicos etc., favorece el desarrollo de la tuberculosis llamada “PROFESIONAL”³⁷¹.

³⁶⁶ Zapata L. “Tuberculosis pulmonar y silicosis...”, 5.

³⁶⁷ Zapata L. “Tuberculosis pulmonar y silicosis...”, 16.

³⁶⁸ Zapata L. “Tuberculosis pulmonar y silicosis...”, 22.

³⁶⁹ Márquez, Comienzos de la lucha antituberculosa..., 114.

³⁷⁰ Óscar Gallo y Jorge Márquez Valderrama, “Tuberculosis en el mundo laboral colombiano 1934-1946”, En. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* (2016): 7.

³⁷¹ Zapata L., Tuberculosis pulmonar y silicosis..., 20.

La tuberculosis pulmonar como enfermedad profesional parecía no existir para la época de estudio³⁷². Como se mencionó, se consideraba para entonces que una enfermedad profesional era aquella que se padecía como consecuencia directa y exclusiva de la profesión desempeñada. En el ámbito de la medicina laboral se discutía si la tuberculosis calificaba como enfermedad profesional. Para unos esta afección era de carácter social exclusivamente y no constituía la consecuencia obligada de una profesión u oficio, basándose en la predisposición tras ciertas condiciones socio–económicas y orgánicas. Si bien era cierto que la influencia del oficio ejercido por el sujeto –actividades laborales en el aire confinado en taller y mina; inhalación de polvos, gases, etc.– favorecía el contagio de la enfermedad, esta no era independiente de los demás factores, como la pobreza, la fatiga, las cuestiones de salubridad en la vida privada³⁷³.

No se podía negar que existían ocupaciones que representaban un riesgo indirecto o directo para adquirir la tuberculosis. Por riesgo indirecto, se consideran aquellas personas que trabajan en condiciones favorables para su aparición; por ejemplo, quienes estaban sometidos a cambios de temperatura, o aspiraban polvos o sustancias irritantes durante su jornada laboral. Bajo el riesgo directo se incluyen los empleados cuya su profesión se desarrolla en ambientes cargados de bacilos tuberculosos, como los trabajadores del sector salud³⁷⁴. De acuerdo con Gallo y Márquez, en el campo de la medicina laboral, la tuberculosis se inscribe en tres facetas: la primera, se refiere a la tuberculosis como factor de riesgo profesional; la segunda, la tuberculosis como acto incapacitante y; la tercera, considera la tuberculosis como un problema responsabilidad del empleador³⁷⁵.

En cuanto a estas tres esferas en *Frontino Gold Mines* y en el pueblo de Segovia, la tuberculosis pulmonar era la más común de todas, la cual afectaba a los obreros segovianos y a personas del común. Quienes la padecían, se suponía que tenían una incapacidad total

³⁷² Zapata L., Tuberculosis pulmonar y silicosis..., 20.

³⁷³ Zapata L., Tuberculosis pulmonar y silicosis..., 6.

³⁷⁴ Zapata L., Tuberculosis pulmonar y silicosis..., 22.

³⁷⁵ Gallo y Márquez, Tuberculosis en el mundo laboral colombiano..., 7.

para el trabajo. Pese a lo grave que podía ser, se puede afirmar que en el municipio no existió un control frente a los enfermos y la lucha antituberculosa no se aplicó. Lo que favorecía los altos índices de morbilidad dentro de la población. Esta precaria situación la describió la el médico Miguel A. Zapata en 1954:

Podemos decir con toda verdad que la lucha contra la tuberculosis pulmonar no existe en Segovia; tuberculosos que andan sin control por las calles, cantinas y demás lugares públicos en armoniosa camaradería con personas sanas, tomando en las mismas copas y pocillos que el cantinero lava en una ponchera común durante el día; mujeres enfermas que en el barrio de tolerancia conviven con personas sanas y enfermas, sembrando de esta forma y a cada paso el germen infectante³⁷⁶.

El médico Miguel Zapata entre 1952 y 1953 practicó 910 exámenes radiográficos a obreros de *Frontino Gold Mines*, mostrando que el 4.4% de ellos estaba contagiado de tuberculosis. Por otra parte, 58 exámenes practicados a pobladores sin vinculación laboral en los mismos periodos se observó un 46% de contagio. Varias circunstancias influyeron en esta marcada diferencia. La compañía minera en sus prácticas laborales realizaba exámenes semestrales a los obreros, para lo cual tenía un equipo de rayos X; mientras tanto, los habitantes del pueblo carecían de recursos económicos para pagar por dichos diagnósticos. Más aún, los pobladores de Segovia solo acudían a la consulta médica cuando la enfermedad se encontraba en sus estados finales, pues lo común era que primero consultaran teguas y curanderos, siendo el último recurso acudir al médico³⁷⁷.

En 1958, el médico Marco A. Arango Rico diagnosticaba clínicamente 22 casos de tuberculosis pulmonar cada mes, de los cuales con las pruebas de rayos X se confirmaban unos 15 casos. Estos pacientes eran inscritos en el dispensario antituberculoso. Sin embargo, este el número no se acercaba a la realidad, puesto en la población se consideraba la enfermedad como algo vergonzoso, así que trataban de ocultarla, rehuyendo al médico y a las campañas antituberculosas. Además, se tenía la idea de que la enfermedad era incurable, lo que reducía el diagnóstico temprano, el manejo correcto del tuberculoso y las medidas de protección de sus familiares³⁷⁸.

³⁷⁶ Zapata L., *Tuberculosis pulmonar y silicosis...*, 24.

³⁷⁷ Zapata L., *Tuberculosis pulmonar y silicosis...*, 26.

³⁷⁸ Arango, *Estudio higiénico social...*, 65.

Anquilostomiasis: (Necator –parásito–): enfermedad de los túneles

La anquilostomiasis o anemia tropical, es una enfermedad típica de los socavones, por ello es conocida con el nombre de enfermedad de los túneles³⁷⁹. En el siglo XIX, el italiano Angelo Dubini (1813-1902) observó la presencia de gusanos en las autopsias practicadas a enfermos anémicos, a los que dio por nombre *Ancylostoma duodenale*, este parásito generó la anemia en los mineros en Europa³⁸⁰.

En nuestro contexto la anemia de los mineros es producida por el parásito *Necator americanus*. Descubierta a comienzo del siglo XX por el norteamericano Stiles. El Necátor o “matador” es el causante de la anemia ferropriva grave tropical, es decir, anemia por deficiencia de hierro. Estos gusanos son los responsables de anemia crónica y retardo del crecimiento infantil; pero en los adultos induce a debilidad y cansancio, disminuyendo el rendimiento laboral y la capacidad de resistir otras infecciones³⁸¹.

En la década de 1930 los socavones y los solares de las viviendas formaban un foco infectante, pues la práctica de arrojar las excreciones humanas en lugares cercanos a las habitaciones, junto con el ambiente húmedo de la región favorecía el desarrollo del necátor. Este huésped se desarrolla durante un lapso de su vida, como parásito del intestino humano y el restante en el suelo, para una campaña efectiva contra la endemia minera, era preciso romper este ciclo de manera completa, en una de sus fases, para lo cual se aplicaba tres métodos: “Primero; tratamiento de todos los infectados hasta la esterilización integral. Segundo saneamiento completo del suelo. Tercero: método mixto o combinación de los anteriores”³⁸².

El tratamiento de los infectados debía tener como objetivo la sanidad de la nómina de trabajadores, para ello era necesario la desparasitación absoluta de los obreros y extenderla a

³⁷⁹ Tobón, Estudio médico social..., 2009.

³⁸⁰ Tobón, Estudio médico social..., 2009.

³⁸¹ Tobón, Estudio médico social..., 2009.

³⁸² Tobón, Estudio médico social..., 2011.

la totalidad del aglomerado minero, pretensión de alto costo, al cual apuntaba la empresa, aunque fuera solo al personal que ingresaba a los socavones. Por ejemplo, se suministró en el año de 1933 cerca de 1.116 purgantes evacuadores a los empleados, lo que muestra que la administración consideraba la infestación por el anquilostoma como un problema de índole productivo y de rentabilidad. Uno de los síntomas de la anemia tropical era la “pereza”. Los individuos infestados padecían dolores abdominales, diarrea, pérdida de apetito, pérdida de peso, fatigas y anemia; lo cual se traduce en un debilitamiento fisiológico que disminuía la productividad de los obreros.

Es a demasía, insinuarle a la compañía tan avisada, el interés particular de rendimiento en el trabajo desparasitado; la abulia e inatención del obrero, no son fenómenos simples de perspectiva psíquica, obedecen muy en parte al empobrecimiento orgánico succionado y a la capacidad, en quiebra, de la potencia electro-dinámica del musculo por la uncinariasis agotante³⁸³.

La purga era uno de los primeros pasos para combatir la enfermedad, pero era necesario que esta acción se aplicara en todas las familias obreras, aunque por el costo y por las obligaciones establecidas por el Estado, la responsabilidad del empleador recaía únicamente sobre el personal contratado, como lo exponía el doctor Tobón Betancourt:

Es laudable la actividad de proporcionar los vermífugos expulsos a obreros que van entrando a la mina, ya que en su mayoría están infestados, pero en sus labores propias de los socavones, terreno fértil a la opulencia parasitaria, donde adquieren con rapidez la numerosidad de gusanos que los hace enfermos, con hurto a sus capacidades de esfuerzo y a sus rendimientos de jornal³⁸⁴.

El Saneamiento del suelo, fue el segundo método necesario para combatir el parásito en la tierra, para ello se necesitaba construir letrinas higiénicas. Esta práctica debía fortalecerse mediante la educación de los obreros, quienes, además debían comenzar a usar zapatos para aislar el organismo del contacto directo con el suelo y el parásito. Según Tobón:

Sería deseable y de especial interés a la empresa, lograr que sus obreros de socavones, estuvieran calzados, si no se defiende así la totalidad de la anemia tropical, la cantidad de parásitos menguaría, hasta hacerlos simples portadores de gérmenes³⁸⁵.

³⁸³ Tobón, Estudio médico social..., 2012.

³⁸⁴ Tobón, Estudio médico social..., 2011.

³⁸⁵ Tobón, Estudio médico social..., 2014.

El tercer procedimiento consistía en la combinación de los dos primeros métodos. Así que era necesario desparasitar, atender de manera especial al saneamiento del suelo, condición completamente en descuido, en *Frontino Gold Mines*, y que hacían ineficaces los tratamientos impartidos a los obreros, puesto que el problema higiénico era tal que las materias fecales rodaban sin control y el germen parasitario se diseminaba³⁸⁶.

En 1938 el médico Justo Montoya practicó exámenes a 400 obreros y niños de 2 a 10 años, dando como resultado que el 4.25% de la probación examinada estaba infestada por anquilostomas, el 2,5% correspondía a adultos y el 2.2 % a niños³⁸⁷. Veinte años después en 1958, el médico Marco A. Arango Rico, informaba que la parasitación por *Necátor Americano*, no era tan elevada en la zona como en otras regiones del país, ello parecía obedecer a la poca agricultura que existía en la región, y especialmente a que entre el grupo de mineros en su mayoría ya utilizaban calzado³⁸⁸. Aunque era claro que la infestación por este parásito era una siniestralidad laboral que reducía la capacidad productiva de los obreros afectados.

Hemos visto los efectos que el trabajo de la minería causa en la salud del obrero, así como la incursión de la medicina obrera en la compañía *Frontino Gold Mines*. Las condiciones extenuantes en que se desarrollaban los trabajos extractivos propiciaban que el organismo de los obreros sufriera de fatiga y estuviera expuesto a contraer afecciones propias del trabajo en los socavones, lo que disminuía la fuerza laboral. Frente a ello, la empresa extranjera dotó el campamento con un hospital en donde los médicos brindaban atención a los trabajadores. Con esta incursión de una medicina científica se practicaban estrategias como consultas médicas, exámenes de laboratorio, rayos X, con lo cual se diagnosticaban enfermedades laborales o profesionales. Con el certero diagnóstico, se establecieron estrategias como

³⁸⁶ Tobón, Estudio médico social..., 2015.

³⁸⁷ Montoya, Introducción al estudio de la patología..., 29.

³⁸⁸ Arango, Estudio higiénico social..., 75.

instrucción de hábitos higiénicos, vermifugaciones, uso de equipos de seguridad industrial, con lo cual fue posible prevenir las enfermedades de los obreros.

Conclusiones

Por lo demás hay poco interesante [en Segovia] fuera de la gran cantidad de oro que sacan de toda la región, hay mucho entusiasmo por las minas y han montado algunas nuevas. Me despido diciéndole que la higiene ha progresado aun cuando con muchas dificultades, hay mejores viviendas y es más intensa la lucha antimalárica.

1° de septiembre de 1935
Informe sanitario del médico Juan Antonio Montoya
Dirigido al doctor Alfonso Castro³⁸⁹.

Los pueblos mineros en el mundo tienen en común que en cada uno de ellos la actividad minera determina todos los aspectos de la vida de esas comunidades, entre ellas, su devenir histórico, las relaciones socioeconómicas de sus habitantes y la cultura del lugar. En el nordeste de Antioquia, el municipio de Segovia, surgió como una periferia de la economía de enclave representada por la empresa de capital inglés *Frontino Gold Mines* en la segunda mitad del siglo XIX.

Con la implantación de este modelo económico en la minería antioqueña se propició el contacto entre culturas y formas de trabajo diferentes, conformándose un amplio mercado para el trabajo que jalonó un permanente flujo migratorio que transformó los organismos, el espacio y las relaciones sociales. Estos fenómenos sociales produjeron una especie de sincretismo en Segovia, donde se creó una forma particular de poblamiento y organización social, integrada por aventureros que llegaban en búsqueda de fortuna.

Tenemos entonces, la aparición y consolidación de un grupo social desconocido en aquella región: el obrero. Un hombre determinado por su actividad económica minera inscrita en un sistema de producción que controla todos los aspectos de su vida, su tiempo, su familia, su alimentación, su salud, sus hábitos, así que termina convertido en un elemento de control y disciplinamiento por parte de las directivas del sistema de producción burgués.

En esta investigación nos servimos de las políticas de salubridad impuestas por las instituciones que detentaban el poder político, social y económico como formas de intervenir

³⁸⁹ AHA, DDH, tomo 9538 f. 92r. 1935.09.01.

el medio social y el individuo (obrero), con el fin de ejercer control sobre la población subalterna e interiorizar en ella comportamientos disciplinados, todo ello encaminado a mejorar la higiene de la población y la salud de los cuerpos, para aumentar la capacidad de extracción y rentabilidad de la empresa capitalista. Frente a estas imposiciones se oponía la fuerza de las tradiciones inveteradas y la capacidad de cada individuo por luchar por su libertad.

El control social en ciertas ocasiones está encaminado a resolver conflictos; sin embargo, la mayoría de las veces opera mediante la aplicación de normas o la regulación de conductas. Lo que tiene en común, es que siempre se trata de grupos o personas que ejercen su influencia sobre otros. La solución del problema o la regulación del comportamiento se pueden obtener a través de la vigilancia, de la contención o del castigo de la conducta juzgada como inaceptable. El control social se compone de las relaciones entre los mecanismos que inducen a la gente a actuar de una manera conveniente, de acuerdo con determinado patrón. En todas las sociedades el control social constituye una clave importante para la comprensión de la violencia, los conflictos y los problemas relacionados con la formación y la aceptación de las normas sociales³⁹⁰.

Para alcanzar una alta productividad que se correspondiera con la fuerte inversión realizada por la economía de enclave en el país se requería que los obreros estuvieran sanos. Como vimos a lo largo de este trabajo los dispositivos de higiene y salubridad, mediante prácticas de clasificación, individuación y etiquetado, cobraron importancia como forma de ejercer el control social sobre la población. Así que, la sociedad segoviana, compuesta en gran parte de obreros mineros, requería, según los organismos de control, de un perfecto orden social. Como resultado se tendría una sociedad disciplinada en la cual, a través de las interacciones de las personas, surgiría una especie de mente colectiva con ideales de vida similares, convenciones sociales y comportamientos que propenderían por el bienestar colectivo, sin

³⁹⁰ Pieter Spierenburg, "Social Control and History: An Introduction", *Social Control in Europe: 1500-1800*. Vol. 1, eds. Herman Roodenburg y Pieter Spierenburg (Columbus: Ohio State University Press, 2004) 10.

cobijar egoísmos personales. De esta manera se reduciría al mínimo el papel del conflicto en las relaciones sociales.

La alianza entre medicina, economía y política por obtener el control del obrero para el lucro de la empresa capitalista y del Estado, era tan perfecta que apuntaba a la regulación de todos los aspectos de la vida del obrero. Inicialmente los médicos, influenciados por las teorías degeneracionistas, buscaron intervenir la población “mestiza e incivilizada” de Segovia en el ámbito privado, con la intención de higienizar las formas acostumbradas de la cotidianidad de la región.

Las intervenciones estatales y patronales no estuvieron exentas de tensiones entre la imposición de la medicina científica y las creencias tradicionales, todo ello registrado en la frustración de los médicos cuando su “misión civilizadora” se enfrentaba a los teguas, rezos y brebajes; bailes, juegos de azar, consumo de alcohol desahogado y predilección por las prostitutas, aspectos que lograban escabullirse del control en aquella región de frontera donde la convivencia de la diversidad era (y sigue siendo) lo común.

La consideración de fracaso o de éxito de la medicina científica no solo dependía de la resistencia de los pobladores, también de la escasa presencia del Estado, que tal vez descargando sus responsabilidades en el enclave económico, desatendió, entre otros aspectos, la instrucción educativa, lo cual fue una queja constante de los médicos que visitaron la región, quienes sabían del valor de la educación de los pueblos, pues el bajo nivel educativo de los segovianos impedía una transformación profunda de la sociedad.

Este trabajo es nuestra contribución a la historia de “los de abajo”, de los hombres y mujeres que aportaron su trabajo para el progreso de la minería aurífera antioqueña. El grupo social obrero de Segovia estudiado a través de sus condiciones sanitarias permitió conocer la otra cara de la minería antioqueña, en la cual la riqueza del subsuelo que conformó grandes capitales no se vio reflejada en quienes pusieron la fuerza de sus cuerpos, ni en las condiciones de vida del pueblo de donde se extrajeron millones de libras de oro.

Así que el análisis del control social obrero por medio de la medicina también nos deja ver la tensión entre la “historia social” frente a la historiografía tradicional de tipo político y económico.

La reconstrucción de la vida de nuestros antepasados mineros antioqueños desde lo social y cultural aún tiene mucho campo por abarcar; cuestiones como la enfermedad, el dolor, la cura, la muerte o las condiciones materiales de existencia, nos pueden enseñar una historia más humana y más cercana a nuestra cotidianidad, y nos puede dar respuesta de la precaria situación actual de nuestros pueblos mineros, de cuya explotación se formaron grandes capitales que se fueron a otros lados.

Este trabajo está dedicado a los mineros segovianos.

Fuentes y bibliografía

FUENTES PRIMARIAS

Archivo Histórico de Antioquia AHA, Medellín.

Fondo *Dirección Departamental de Higiene* (DDH). Informe de médicos oficiales de sanidad. Tomos 9534, 9535, 9538, 9539.

Fondo *Gobierno Municipios* (GM). Tomos 367, 381, 434, 449, 483, 488, 492, 523, 556.

Documentos de gobierno:

Anuario Estadístico de Antioquia (1938 a 1958)

Censos de Antioquia 1938, 1951 y 1964.

Código de Policía 1941. Medellín: Imprenta Departamental, 1941.

Código de Policía de Antioquia 1936. Medellín: Imprenta Oficial, 1936.

Fuentes periódicas oficiales:

Diario Oficial (año 1914).

Gaceta Departamental de Antioquia (años 1913, 1914, 1915, 1916).

Repertorio oficial (año 1887).

Revista de Instrucción Pública (año 1907).

Sala de Historia de la Medicina de la Universidad de Antioquia:

Arango Rico, Marco A. “Estudio higiénico social del Municipio de Segovia (Antioquia)”, Tesis Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, 1958.

Jaramillo García, Emilio. “Algunas consideraciones médico sociales sobre el municipio de Segovia”. Tesis Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, 1956.

Montoya D., Justo. “Introducción al estudio de la patología del municipio de Segovia Depto. de Antioquia”. Tesis Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, 1938.

Soto L., Guillermo. “*Silicosis. Los problemas de la patología pulmonar entre los mineros*”. Tesis Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia. 1941.

Tobón Betancourt, Julio A. “Estudio médico social sobre el municipio de Segovia y la Frontino Gold Mines”. En: *Anales de la academia de medicina* 2. 25-26 (1934): 1.036-1.126.

Zapata Jaramillo, Jorge. “Contribución al estudio de la patología regional de Segovia (Antioquia)”. Tesis Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, 1941.

Zapata L., Miguel A. “Tuberculosis pulmonar y silicosis en el Municipio de Segovia (Antioquia)”, Tesis Doctor en Medicina y Cirugía. Medellín: Universidad de Antioquia, 1954.

BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA

- Abel, Christopher. *Ensayos de historia de la Salud en Colombia 1920-1990*. Bogotá: CEREC, 1996.
- Archila Neira, Mauricio. “El uso del tiempo libre de los obreros 1910-1945”. En: *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 18 (1991): 145-184.
- Archila Neira, Mauricio. *Cultura e identidad obrera: Colombia 1910-1945*. Bogotá: CINEP, 1992.
- Arturo Zarama, Daniela. “El papel de las asociaciones de trabajadores sexuales y de las entidades privadas que trabajan con población dedicada a la prostitución en la regulación del trabajo sexual en Colombia, (1991-2016)”. Tesis de grado Politóloga. Bogotá: Universidad del Rosario, 2016.
- Calderón, Orlando. “Apuntes sobre el siglo XIX para una monografía del distrito de Segovia”. Tesis de grado Sociólogo. Medellín: Universidad de Antioquia, 1994.
- Camacho Bueno, Anagricel. “El trabajo mata: Los mineros metalúrgicos y sus enfermedades en el primer congreso nacional de higiene y medicina del trabajo, México, 1937”. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 7 (2016): 152-171.
- Campos Marín, Ricardo José. *Alcoholismo, medicina y sociedad en España, 1876-1923*. Madrid: CSIC, 1997.
- Canguilhem, Georges. *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI, 2011.
- Carola, Carlos Renato. *Dos subterranos de historia. As trabalhadoras das minas de carvão de Santa Catarina 1937-1964*. Florianópolis: UFSC, 2002.
- Castaño González, Eugenio. “Reposar para trabajar: de la fatiga psicológica al universo del estrés. Colombia 1937-1991”. En: *Historia y Sociedad* 30 (2017): 49-82.
- Castro, Edgardo. *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo/Universidad Nacional de Quilmes, 2004.
- Congote Durango, Jana Catalina. “Las enfermedades sociales en los obreros de Medellín”. Tesis Historiadora Medellín: Universidad de Antioquia, 2007.
- Del Corral, Pedro. “Atebrina. Medicamento heroico contra el paludismo”. *Revista de la Facultad de Medicina* 1. 11 (1933): 866-870.
- Duarte Hernández, Diana Carolina. “La fatiga desde una perspectiva conceptual”. En: *Revista de la Sociedad de Medicina del Trabajo* 12. 2 (2009): 107-113.
- Enciclopedia Universal Ilustrada*. Madrid: Espasa-Calpe, 1966.
- Falero Cirigliano, Alfredo Walter. “La expansión de la economía de enclaves en América Latina y la ficción del desarrollo: Siguiendo una vieja discusión en nuevos moldes”. En: *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas* 1 (2015): 145-157.
- Foucault, Michel. “Estructura y medicina social”. En: *Medicina y sociedad*. Santo Domingo: Alfa y Omega, 1977.
- Foucault, Michel. “Historia de la medicalización”. En: *Educación médica y salud*. Vol. 11, No. 1 (1977): 3-25.

- Foucault, Michel. “Historia de la medicalización”. En: *Medicina e historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Washington: OMS, 1978. 36-59
- Fuster Sánchez, Nicolás y Pedro Moscoso-Flores. “«Poder» en la época de la población. Foucault y la medicalización de la ciudad moderna”. En: *Athenea Digital* 16.3 (2016): 207-227.
- Fuster Sánchez, Nicolás. *El cuerpo cómo máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago: Ceibo, 2013.
- Gallo Vélez, Oscar Fernando y Jorge Márquez Valderrama, “Alcoholismo, enfermedad social y trabajo en Colombia 1861-1969”. En: *Alcohol y trabajo en América Latina (siglos XVII-XX). Experiencias económicas, políticas y socioeconómicas*, Patricio Herrera, coordinador. Valparaíso: Universidad de Valparaíso, 2017.
- Gallo Vélez, Óscar Fernando y Jorge Márquez Valderrama, “La silicosis o tisis de los mineros en Colombia, 1910-1960”. En: *Salud Colectiva* 7. 1 (2011): 35-51.
- Gallo Vélez, Óscar Fernando y Jorge Márquez Valderrama. “Tuberculosis en el mundo laboral colombiano 1934-1946”. En: *Questions du temps présent. Nuevo Mundo Mundos Nuevos* 16 (2016). <http://journals.openedition.org/nuevomundo>.
- Gallo Vélez, Óscar Fernando. “Luz sobre el fenómeno de un corazón aparentemente infatigable. La fatiga de la clase obrera en Colombia 1898-1946”. En: *La salud laboral en el siglo XX y XXI. De la negación del derecho a la salud y la enfermedad*. Medellín: Ediciones Escuela Nacional Sindical, 2016. 219-252.
- Gallo Vélez, Oscar Fernando. “Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña. El caso de la empresa minera El Zancudo 1865-1948”. Tesis Maestría en Historia. Medellín: Universidad nacional de Colombia, 2010.
- Giraldo, Emmanuel. “Entre putas y enfermedades: Una mirada a las patologías relacionadas con el oficio sexual público, Medellín (1914-1936)”. Tesis Historiador. Medellín: Universidad de Antioquia, 2013.
- Godoy Orellana, Milton. “Las casas de la empresa: Paternalismo industrial y construcción de espacio urbano en Chile. Lota 1900-1950”. En: *Universum* (Universidad de Talca) 30. 1 (2015): 115-136
- Hill Davey, Michael. *Oro y Selva. Relatos del Nordeste*. Medellín: Fondo Editorial Biblioteca Pública Piloto, 1998.
- Liemann G. Pablo. “Monografía de la mina “El Silencio” de la Compañía minera Frontino Gold Mines Ltd. Con especial referencia a su ventilación”. Tesis de grado Ingeniero. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, 1963.
- Lillo, Baldomero. *Subterra. Cuadros Mineros*. Santiago de Chile: Imprenta Moderna, 1904.
- Márquez Valderrama, Jorge y Víctor Manuel García, “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*, Jorge Márquez y Víctor García, editores. Medellín: Lealon, 2006. 17-46.
- Márquez Valderrama, Jorge y Victoria Estrada. “Culebrero, tegua, farmaceuta y dentista. El Indio Rondín y la profesionalización médica en Colombia”. En: *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 45. 1 (2018): 79-104.
- Márquez Valderrama, Jorge. “Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia”. En: *Estudios* Número Especial (2012): 103-118

- Márquez Valderrama, Jorge. *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia y Universidad Nacional de Colombia, 200.
- Martínez Ortiz, Juan José y Adela Tarifa Fernández. *Medicina social, demografía y enfermedad en l minería giennense contemporánea. El Centenillo: 1925-1964*. Jaén: Instituto de Estudios Gennienses, 1999.
- Marx, Carlos. *Manuscritos de Economía y Filosofía*. Madrid: Alianza, 2003.
- Menéndez Navarro, Alfredo. “Un trabajo médico sobre las condiciones de vida y trabajo de los mineros de Almadén en la segunda mitad del siglo XVIII: el prólogo del Catástrofe morbooso de las Minas Mercuriales de la Villa de Almadén del Azogue (1778) de José Parés y Franqués (+1798)”. En: *DYNAMIS. Acta Hispánica ad Medicinae scinetiarumque Historiam Illustradam*. 1.11 (1991): 147-196.
- Menéndez Navarro, Alfredo. *Hospitales de empresa. Los primeros pasos de la medicina del trabajo. Trabajo y salud: desde la protección a la prevención*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Fundación Francisco Largo Caballero, Mutua Fraternidad-Muprespa, 2010.
- Menéndez Navarro, Alfredo. “Trabajo, enfermedad y asistencia en las minas de Almadén (Ciudad Real), siglos xvi-xx”. En: *De Re Metallica*. 19 (2012): 95-102
- Merino Montoya, Jairo Eusebio. “The Frontino and Bolivia (South America) Gold Mining Company Limited (1884-1904)”. Tesis de grado Economista. Medellín: Universidad de Antioquía, 1984.
- Muñoz, Laurentino. *La tragedia biológica del pueblo colombiano. Estudio de observación y de vulgarización*. Bogotá: Antena; 1936.
- Noguera Ramírez, Carlos Ernesto. “La Higiene como política. Barrios obreros y dispositivo higiénicos: Bogotá y Medellín a comienzos del siglo XX”. En: *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 25 (1998): 188-215-
- Núñez Espinel, Luz Ángela. “El derecho laboral en Colombia: surgimiento de una perspectiva socialista local (1930-1945)”. En: *Revista Opinión Jurídica Universidad de Medellín* 15. 30 (2016): 109-126.
- Orueta Sánchez, Ramón y otros. “Medicalización de la vida (I)”. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4. 2 (2011): 150-161.
- Ospina, Tulio. “Un demonio anfibio”. *El Montañés. Revista de literatura, artes y ciencias* 1. 11 (1898).
- Patiño Suárez, Jhon Jairo. *Compañías mineras y fiebre de oro en Zaragoza, 1880-1952*. Medellín: IDEA, 1998.
- Piédrola Gil, Gonzalo y otros. *Higiene, Medicina preventiva y social Vol 1*. Madrid: s. d. 1963.
- Pohl-Valero, Stephan. “La raza entra por la boca: Energy, diet, and eugenics in Colombia, 1890-1940”. En: *Hispanic American Historical Review* 94. 3 (2014): 455-486.
- Reyes Rivera, Mabir Lubieth. “480 minutos de trabajo por 15 minutos de ocio”. En: *Cuerpo, Cultura y Movimiento* 5. 1 (2015): 117-132.
- Sáenz Caycedo, Vicente. “La cuti-reacción de Von Pirquet y los alumnos de las escuelas públicas de Bogotá”. En: *Revista de la Facultad de Medicina* 1. 8 (1933): 356-357.

- Salazar Bermúdez, Alejandro. “Visiones sobre el alcohol y la prohibición en los debates médicos y la prensa en Colombia 1918-1923”. En: *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 9 (2017): 78-97
- Sills, David L., Director. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar, 1974.
- Simonassi, Silvia y Laura Blandón. “Trabajadores, empresas y comunidades urbanas: reflexiones introductorias”. En: *Avances del Cesor* 10. 10 (2013): 101-111.
- Spierenburg, Pieter. “Social Control and History: An Introduction”. *Social Control in Europe: 1500-1800*. Vol. 1. Eds. Herman Roodenburg y Pieter Spierenburg. Columbus: Ohio State University Press, 2004. 1-21.
- Spillere Barchiski, Bruna. “A mortalidade infantil na capital nacional do carvão: memória, representações e ações profiláticas, 1940-1960”. En: *Memória e cultura do carvão em Santa Catarina*. Alcides Goularti Filho, organizador. Florianópolis: Cidade Futura, 2004). 147-177.
- Uribe Betancur, Leidy Diana. “El comercio en los epistolarios del siglo XIX. Acercamiento al Archivo de Mamerto García Montoya, 1843-1847”. En: *Historiela. Revista de Historia Regional y Local* 11. 21 (2019): 350-388.
- Vega Cantor, Renán. “Extractivismo, enclaves y destrucción ambiental”. *Revista Cepa* 19 (2014).
- Velásquez, Federico. “Un veraneo en el Porce”. En: *El Oasis. Periódico literario* 41 (1868).
- Vergara Suárez, Dora Margarita y Nora Beatriz Úsuga Gutiérrez. “La degeneración y la eugenesia en Colombia en textos de Laurentino Muñoz Trujillo 1930-1965”. Tesis Historiadoras. Medellín: Universidad de Antioquia, 2015.
- Vergara, Ángela. “Paternalismo industrial, empresa extranjera y campamentos mineros en América Latina: un esfuerzo de historia laboral y transnacional”. En: *Avances del Cesor* 10. 10 (2013): 113-128.
- Vigarello, Georges. *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza, 1991.
- Vigarello, Georges. *Lo sano y lo Malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abad, 2006.
- Weber, Max. “Fatiga y descanso” En: *Sociología del trabajo industrial*. Madrid: Trotta, 1994.
- Zuleta Gaviria, Eduardo. “Manuel Uribe Ángel y los literatos antioqueños de su época”. En: *Literatura Antioqueña 1880-1930*, Augusto Escobar Mesa, prologuista. Medellín: Imprenta Departamental de Antioquia, 2000. (39-107).
- Zuleta Gaviria, Eduardo. *Tierra virgen*. Bogotá: Carlos Valencia Editores, 1996.

Fuentes de Internet:

Decreto 2350 de 1944. “Por el cual se dictan lagunas disposiciones sobre Convenciones de Trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo”. Consultado el 1º de octubre de 2018. En línea: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1872277>.

Conferencia Sanitaria Internacional, 1946. Consultado el 15 de octubre de 2018. En línea: <http://www.who.int/about/mission/es/>.

- Ley 88 de 1923*. “Sobre lucha antialcohólica”. Consultado el 15 de julio de 2018. En línea: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2749>
- Ley 88 de 1928*. “Por la cual se adiciona y complementa la 88 de 1923, sobre lucha antialcohólica”. Consultado: 15 de julio de 2018. En línea: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1630048>
- Ley 96 de 1938*. “Por la cual se crean los Ministerios de Trabajo, Higiene y Previsión Social y de la Economía Nacional”. Consultado el 15 de junio de 2018. En línea: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73115>.
- Decreto 895 de abril 26 de 1934*: Por el cual se aprueba una resolución de la oficina general del trabajo. Artículo 2º En línea: [http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1690031?fn=document-frame.htm\\$f=templates\\$3.0](http://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1690031?fn=document-frame.htm$f=templates$3.0)
- Ley 57 de noviembre 15 de 1915*. “Sobre reparaciones por accidentes de trabajo”. Consultado el 15 de junio de 2018. En línea: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12998>.
- Ley 57 de noviembre 16 de 1926*. “Por la cual se establece el descanso dominical y se dictan otras disposiciones sobre legislación obrera”. Consultado el 15 de octubre de 2018. En línea: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13028>.
- Ley 133 de diciembre 9 de 1931*. “Por la cual se adicionan y reforman algunas disposiciones sobre seguro de vida obligatorio y accidentes de trabajo y se dictan otras sobre protección a los trabajadores”. Consultado el 15 de junio de 2018. En línea: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1648348>.
- Segovia. <http://conozcamos-a-segovia.blogspot.com/2009/07/historia-de-segovia.html>. Consultado el 3 de enero de 2019.

Anexos

Anexo 1: Poblacional de Segovia en 1938, 1951 y 1964

Rango de edad	Censo 1938			Censo 1951			Censo 1964		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Menos de 1 año	164	81	83	271	131	140	419	215	204
1 a 4 años	494	250	244	941	470	471	1534	741	793
4 a 9	547	289	258	891	426	465	1678	865	813
10 a 14	537	282	255	655	310	345	1332	675	657
15 a 19	764	474	290	548	242	306	923	433	490
20 a 24	1109	788	321	662	344	318	713	323	390
25 a 29	816	533	283	544	275	269	629	312	317
30 a 34	556	366	190	558	322	236	621	283	338
35 a 39	501	324	177	559	312	247	526	244	282
40 a 44	353	187	166	412	231	181	462	252	210
45 a 49	256	122	134	308	152	156	454	226	228
50 a 54	293	142	151	241	130	111	388	217	171
55 a 59	167	94	73	145	69	76	219	133	86
60 a 64	168	85	83	153	53	100	215	101	114
65 a 69	77	47	30	88	43	45	112	48	64
70 a 74	66	23	43	93	39	54	90	33	57
75 a 79	20	9	11	37	15	22	39	15	24
80 a 84	31	11	20	37	15	22	41	11	30
85 a 89	3	1	2	19	7	12	33	10	23
90 a 94	16	3	13	13	4	9	0	0	0
Más de 95 años	7	1	6	6	1	5	0	0	0
Total	6945	4112	2833	7181	3591	3590	10428	5137	5291
Porcentaje	100%	59.2%	40.8%	100%	50%	50%	100	49.3%	50.7%

Fuente: *Censos de Antioquia*. 1938, 1951 y 1964.

Esta tabla con los censos de Segovia de 1938, 1951 y 1964 muestra los rangos poblacionales por edad y el constante crecimiento de la población Segoviana en esos años. Se aprecia que el número de habitantes se incrementó un 50% en los 26 años que van entre 1938 y 1964. Algo particular es que la conformación de la sociedad también sufrió cambios determinantes en aquellos años. Se aprecia que de ser un “Pueblo de hombres” en 1938 cuando llegaron al conformar el 59.2% de la población, la relaciones entre los géneros masculino y femenino se equipararon en los años siguientes. Este fenómeno responde a que la migración de hombres en edades laborales se redujo y más bien el municipio llegó a ser un polo de atracción de familias constituidas con intenciones de establecerse definitivamente allí.

Anexo 2: Actividades económicas de la población de Segovia

Población de Segovia dedicada a la minería						
Año	1938	%	1951	%	1964	%
Total población	6.945		7.181		10.428	
Población económicamente activa						
Hombres	3.117	44,88	2.174	30,27	2.099	20,13
Mujeres	1.562	22,49	365	5,08	359	3,44
Total	4.679	67,37	2.539	35,32	2.458	23,57
Población no económicamente activa						
Hombres	995	14,32	1.417	19,73	3.088	29,61
Mujeres	1271	18,30	3.225	44,91	4.932	47,30
Total	2.266	32,62	4.642	64,64	7.970	76,43
Dedicados a la minería (de los económicamente activos)						
Hombres	2065	44,13	-	-	-	-
Mujeres	127	2,71	-	-	-	-
Total	2192	46,84	-	-	-	-
Peones y obreros (de los económicamente activos)						
Hombres	1.697	36,27	1.227	48,33	1.067	43,41
Mujeres	74	1,58	17	0,67	27	1,10
Total	1.771	46,85	1.244	49,00	1.094	44,51

Fuente: *Censos de Antioquia*. 1938, 1951 y 1964.

Entre los tres censos se aprecia un cambio en la composición de la población trabajadora de Segovia. La evolución poblacional de Segovia de pueblo campamento a pueblo familiar, se aprecia en el dramático decrecimiento de la población económicamente activa (era del 67,37% en 1938), lo cual puede deberse al cierre de minas, disminución de la producción minera, aumento de la población infantil por crecimiento vegetativo y aumento de mujeres dedicadas al cuidado de la familia. También podría atribuirse esta disminución de la población económicamente activa a una estabilidad en la producción y en las formas de extracción del mineral que posiblemente llegó a ser más tecnificada y más eficiente en la producción aurífera. Así que la población masculina flotante se hizo cada vez menor.

Anexo 3: Población de Segovia según su lugar de origen

	1938	%	1951	%	1964	%
Nacidos en Segovia (Antioquia)						
Hombres	-	-	1.512	21,06	2.702	21,91
Mujeres	-	-	1.760	24,51	2.910	27,91
Total	-	-	3.272	45,56	5.612	53,82
Nacidos en otro municipio de Antioquia						
Hombres	-	-	1.958	27,26	2.235	21,43
Mujeres	-	-	1.735	24,16	2.193	21,03
Total	-	-	3.693	51,43	4.428	42,46
Nacidos en otros departamentos						
Hombres	-	-	84	1,17	172	1,65
Mujeres	-	-	69	0,96	168	1,61
Total	-	-	153	2,13	340	3,26
Subtotal: Nacidos en Colombia						
Hombres	4.059	58,44	3.554	49,49	5.109	48,99
Mujeres	2.811	40,48	3.564	49,63	5.271	50,55
Total	6.870	98,92	7.118	99,12	10.380	99,54
Nacidos en el exterior						
Hombres	53	0,76	37	0,52	28	0,27
Mujeres	22	0,32	26	0,36	20	0,19
Total	75*	1,08	63	0,88	48	0,46
Total población	6945	100	7181	100	10428	100

Fuente: *Censos de Antioquia*. 1938, 1951 y 1964.

Observación: * Los 75 extranjeros que habitaban Segovia en 1938 tenían las siguientes procedencias: 6 eran peruanos, 2 centroamericanos o antillanos, 1 estadounidense, 64 europeos y 2 asiáticos.

La tabla nos muestra la importancia determinante de la migración en la conformación de la población segoviana, en especial la proveniente de otros municipios del departamento de Antioquia, llegando a ser más de la mitad (51,43%) en 1951, aunque para el censo de 1964 esta migración disminuye y cobra mayor importancia la población nacida en Segovia. Acerca de la población extranjera, estaba compuesta por los directivos de *Frontino Gold Mines* quienes cada vez fueron más pocos.

Anexo 4: Producción de oro en Segovia y en Antioquia en onzas troy, 1937-1958

Año	Producción de oro en Segovia (Onzas Troy)	% de la producción segoviana	Producción de oro en Antioquia (Onzas Troy)
1937	69.268	28,3	244.534
1938	76.036	24,4	311.791
1938	84.709	23,5	361.002
1940	87.820	21,1	417.072
1941	79.904	20	398.149
1942	71.994	21	350.409
1943	62.511	19	328.316
1944	57.257	17	329.009
1945	58.278	18	315.240
1946	57.440	22	256.064
1947	41.745	19	218.769
1948	44.861	26	172.089
1949	36.484	18	205.610
1950	49.104	22	224.799
1951	65.482	22	302.259
1952	63.933	22	285.630
1953		0	305.259
1954		0	285.630
1955	82.058	30	271.022
1956	86.550	26	332.707
1957	97.539	39	247.291
1958	87.197	32	270.868
Totales	1.360.170	21	6.433.519

Fuente: Anuario Estadístico de Antioquia. 1938 a 1958.

Observación: La ‘onza troy’ es la unidad de medida más utilizada para pesar los metales preciosos. Una onza troy equivale a 31,1 gramos. Un kilogramo está compuesto por 32.1507466 onzas troy.

La tabla muestra la importante participación de la producción de oro en las minas de Segovia con respecto a la producción de oro del departamento de Antioquia. Apreciamos que en el año 1957 la producción de oro de Segovia conformó el 39% del total de la producción antioqueña.

La producción de oro fue fluctuante durante el período estudiado, con un pico en 1940 (417.072 onzas troy) cuando se extrajeron 12.972,4 kilogramos de oro de toda Antioquia. Y con un punto más bajo en 1948 de 172.089 onzas troy equivalentes a 5.352,6 kilogramos de oro. Mientras tanto la producción de oro en Segovia se mantuvo estable con un año de mayor producción de en 1957 cuando se extrajeron 97.539 onzas troy, es decir, 3.033,8 kilogramos de oro del subsuelo segoviano.