

Remedios secretos y drogas heroicas
Historia de los medicamentos
en Antioquia 1900-1940

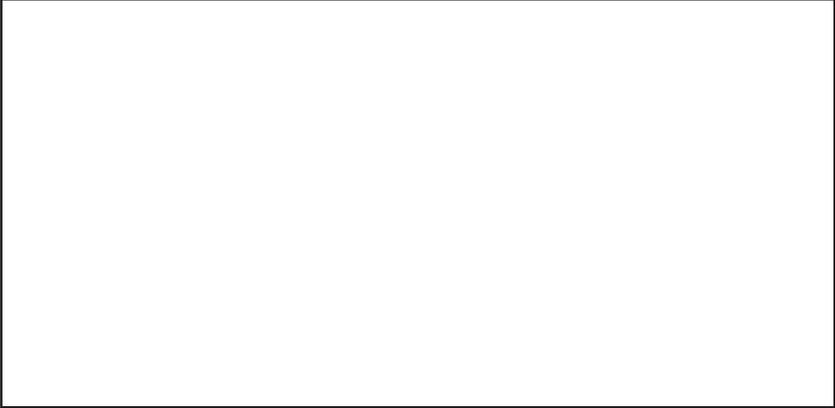
Víctor Manuel García García

Remedios secretos y drogas heroicas
Historia de los medicamentos
en Antioquia 1900-1940



Colección Humanidades

2008



ISBN: 978-958

© 2008 Víctor Manuel García García

© 2008 Facultad de Ciencias Humanas y Económicas,
Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín

La Carreta Editores E.U.

Editor: César A. Hurtado Orozco

E-mail: lacarreta@une.net.co

Teléfono: 250 06 84.

Medellín, Colombia.

Primera edición: abril de 2008

Carátula de Álvaro Vélez

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia
por Madaly López G.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas las lecturas universitarias, la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler público.

*A mis padres
Clara Elena y Octavio*

Contenido

Agradecimientos	11
Introducción	15
De las aduanas a la medicalización del remedio	15
Capítulo 1	
Los higienistas antioqueños y los albores de la medicalización del remedio	27
La ciudad desprotegida	32
El surgimiento de la Comisión Sanitaria Municipal	35
Una epidemia bajo control	38
Agentes terapéuticos escasos o ineficaces	39
Acciones y discursos contra la mortalidad	41
Capítulo 2	
Campaña contra el comercio de remedios ilegales (1914-1929) .	51
Remedios secretos y específicos	51
El análisis químico de los remedios: un examen imposible ...	56
Comienza a consolidarse el control del medicamento	57
El laboratorio químico como dispositivo de control	60
Remedios de fórmula incierta	65
La resistencia de los vendedores de específicos	71
«El redentor del cuerpo humano»	75
Fragmentación de la solidaridad institucional	81
Una afrenta a la medicina nacional	83
Capítulo 3	
La inspección de farmacias y la regulación de los medicamentos	93
Discontinuidad de las fuentes	94
Venta de especialidades farmacéuticas	96
El oficio de farmaceuta: una profesión subalterna	98
Vigilancia al despacho de fórmulas	102
Los libros copiadores de fórmulas y la regulación de la prescripción médica	106

Capítulo 4

El estatuto legal del medicamento en Colombia	113
El examen de los medicamentos antes de la «revolución terapéutica»	113
La Comisión de Especialidades Farmacéuticas, durante los años 1930: una década movida y belicosa	125
Una resolución muy sonada	127
La industria farmacéutica nacional y las medicinas de patente ..	135
La publicidad «científica» de las «experiencias» industriales	140
La denuncia a los medicamentos de patente	144
El Estado ante las medicinas de patente	149
Contra el «hábito pernicioso»	150
Medicalización de la enseñanza de la farmacia	152
La legislación farmacéutica colombiana: un campo jurídico en evolución	156

Capítulo 5

Las drogas heroicas y la inserción de Colombia en la lucha mundial contra el tráfico de estupefacientes 1913-1942	169
Tres grandes remedios-prisiones: morfina, cocaína y heroína	173
Juan Carlos Llano: avisos tempranos sobre el hábito pernicioso	176
La primera campaña de control a las drogas heroicas en Antioquia	179
El abuso de las drogas hipnóticas**	185
Fiscalización y coordinación	188
Abuso de los monopolios	191
6. Conclusiones y perspectivas	199
7. Glosario	203
8. Anexos	207
Anexo 1	209
Anexo 2:	213
Bibliografía	215
Fuentes publicadas	220
Archivos y bibliotecas consultados	225
Abreviaturas usadas	225

Índice de ilustraciones

1. Droguería Antioqueña (Medellín).	30
2 Interior de la droguería de Pedro P Restrepo en 1908.	37
3. Doctor Jesús María Duque.	61
4. Enrique Ehresnperger.	69
5. Jarabe antisifilítico.	77
6. Acta de visita a farmacia.	103
7. Tratamientos Zendejas.	124
8. Laboratorios Uribe Ángel.	129
9. Socios fundadores de Laboratorios Uribe Ángel.	138
10. <i>Curarina</i> , Laboratorios Román de Cartagena.	142

Agradecimientos

El profesor Jorge Márquez Valderrama, como director de tesis, acompañó desde un comienzo el planteamiento del problema y cada uno de los momentos de la investigación, su lectura crítica y cuidadosa fue fundamental para evitar los desvíos innecesarios y la disolución del hilo conductor del texto.

También estoy en deuda con el profesorado de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, en especial con el profesor Luís Alfonso Paláu, quien con sus preguntas siempre pertinentes y sus útiles traducciones me permitió situar el problema de la materialidad del medicamento en el contexto general de la preocupación por la historia de la medicina y su relación con los sistemas de salud en el mundo contemporáneo.

Asimismo, hubiera sido muy difícil dedicarme a estudiar la historia de los medicamentos si no hubiera contado con una beca de investigación otorgada por la Universidad Nacional de Colombia.

Durante mis visitas a la biblioteca de Historia de la Medicina recibí el apoyo del historiador Fredy Valderrama. En la sala de patrimonio de la biblioteca de la Universidad de Antioquia, María Isabel Duarte cooperó amablemente con mi tarea. La amistad y el intercambio de información con otros investigadores interesados en el tema de la historia de los medicamentos y la salud en Colombia ha sido también muy importante, por ello debo agradecer al comunicador Leonidas Arango Loboguerrero quien me facilitó algunos de sus textos, y autorizó la reproducción de algunas de las ilustraciones de su archivo personal y del Museo de Historia de la Farmacia. Los miembros del grupo de investigación Producción, Circulación y Apropiación de Saberes (Prosiricas) y los del grupo Historia de la Salud me han dado un espacio de apoyo y discusión. La historiadora Paola Morales colaboró oportunamente en la organización de algunas ilustraciones y la búsqueda de documentos en los archivos de la ciudad. Mis amigos los historiadores Juan David Montoya Guzmán, Ana María Pérez, Juliana Álvarez Olivares y Chepe Londoño estuvieron siempre atentos al desarrollo del trabajo.

Finalmente, debo agradecer a Laura Cifuentes, quien leyó varias versiones del trabajo, y durante muchas noches escuchó con consideración los diversos momentos de esta historia.

Podríamos discutir hasta el día del Juicio si los hombres eran o no más felices en los siglos pasados; podríamos comentar la desaparición de los cultos, la dificultad del sentimiento amoroso, debatir sus inconvenientes y ventajas; recordar la aparición de la democracia, la pérdida del sentido sagrado, el desmoronamiento del vínculo social [...]. Incluso podríamos poner en tela de juicio el progreso científico y tecnológico, por ejemplo tener la impresión de que la mejora de las técnicas médicas se paga con un aumento del control social y una disminución global de la alegría de vivir. Pero el hecho es que, en el terreno del consumo la preeminencia del siglo XX sigue siendo indiscutible.

Michel Houellebecq, *La posibilidad de una isla*.

Introducción

De las aduanas a la medicalización del remedioⁱ

En 1912 el comerciante antioqueño Ricardo Restrepo Callejas publicó un proyecto de reforma a la tarifa de aduanas que presentaría al Congreso de la República en 1913 y se convertiría a fines de ese año en Ley de la República. Como otras leyes de aduana para actualizar y reorganizar la «tarifa», ésta también clasificaba los artículos susceptibles de pagar algún impuesto a su ingreso al país. La agrupación número 7 correspondía al conjunto de las drogas. Restrepo Callejas la presenta como un ramo rico y variado:

... Para tomar un promedio de esta inmensa sección de nuestro comercio, sería preciso computar el porcentaje de unos 300 artículos, por lo menos. No teniendo esos cálculos a mi disposición, tengo que limitarme a suministrar un dato apenas vagamente aproximado. Entre los 47 artículos computados por la Comisión de Manizales, figuran sustancias simples y preparaciones de patente generalmente conocidas y usadas, cuyos gravámenes varían del 7 al 213 por 100. Haciendo abstracción de la cocaína y del antimonio que pagan 4 por 100, y de la Sal Glauber, gravada con 478 por 100. Los 44 restantes dan un promedio de 60 por 100 [...]¹.

Más adelante, en el apartado referente a las modificaciones de la tarifa anterior, el autor nos introduce en el debate sobre las «medicinas de patente» enunciado desde el siglo XIX, pero que sólo a comienzos del siglo XX comienza a volverse un problema de comercio, de responsabilidad profesional y de autoridad médica y política. Es necesario citar aquí de manera extensa a Restrepo Callejas:

i. En esta investigación se usa el concepto de medicalización siguiendo a Michel Foucault, quien plantea que a partir de la época moderna la medicina extiende sus dominios a través de la normalización de los individuos y las poblaciones. Una adecuada definición del concepto la presenta Edgardo Castro: En el proceso de normalización «... la medicina ha desempeñado un papel fundamental en la formación de esta modalidad de ejercicio del poder. A partir del siglo XVIII las conductas, los comportamientos y el cuerpo humano se integran a un sistema de funcionamiento de la medicina que es cada vez más vasto y que va mucho más allá de la cuestión de las enfermedades. El término 'medicalización' hace referencia a este proceso que se caracteriza por la función pública de la medicina y por la extensión indefinida y sin límites del saber médico». Véase: Edgardo Castro, *El vocabulario de Michel Foucault*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes, 2004, p. 242. Véase también Michel Foucault, *Estrategias de poder*, Barcelona, Paidós, 1999.

... Grupo 7: Drogas

En esta agrupación he hecho muy pequeñas alteraciones, especialmente para reducir el impuesto de ciertos productos químicos muy usuales en la industria, alteraciones que no alcanzan a producir influencia apreciable. Debo sí hacer una explicación, que es probable me sea pedida por quienes hayan leído el informe de la Comisión de Manizales. Aquella corporación fue del concepto que las drogas de patente (especialidades) se gravaran con un impuesto del 100% y tal fue también mi opinión, sostenida con la convicción de estar en lo cierto. Pero algunas personas muy entendidas en asuntos de droguería me han hecho cambiar de opinión con las dos observaciones siguientes:

1. Es natural que un fabricante que prepara una droga con todos los elementos necesarios para llevarla a la perfección hasta donde es posible, y que tiene inmenso interés en acreditarla y popularizarla, confecciona tal fórmula en condiciones muy superiores a las que pueden trabajar nuestras farmacias y boticas. Uno de esos medicamentos en cuya propagación se gasta tanto dinero en avisos y en agentes, no puede resistir la exposición si es una simple farsa y no tiene serias propiedades curativas. Por consiguiente, conviene dejarlo entrar al país, como cualquier medicina, quedando libre el campo a las academias del ramo para rehusarle su apoyo, y aún para condenarlo y rechazarlo.

2. Las drogas de patente están destinadas, sobre todo, a prestar sus servicios en los campos y en las pequeñas poblaciones aisladas ó retiradas de los centros civilizados, particularmente en climas malsanos. Allí no hay médicos, sino curanderos, y un medicamento conocido y aprobado por la experiencia prestará siempre mayores servicios que las recetas de ignorantes, cuya ciencia se reduce á unas cuantas preocupaciones. Ya, desde que se produjo en algún periódico de esta ciudad, el informe de la Comisión de Manizales, esta parte de él fue objeto de acres censuras, venidas de distintos lugares de la República, en donde ciertas medicinas de patente gozan de gran favor [...]².

El texto deja ver que el problema de las medicinas de patente compete directamente a comerciantes, farmacéutas y médicos, a todos en sus intereses económicos; a los dos últimos sectores, además, en sus competencias profesionales.

En tanto defensor de los intereses de los comerciantes, Ricardo Restrepo sostiene que las medicinas de patente deben contar con más libertad fiscal para entrar y circular en el país. Confía, pues, en la autorregulación del mercado. Sólo lo que es bueno prospera. Y si un producto lo ha logrado no es gratuito ni falso.

La permisión y el fomento de ese comercio son considerados por Ricardo Restrepo como una empresa laudable: las medicinas de patente reemplazan al médico en poblaciones apartadas donde sólo hay «charlatanes ignorantes». Estamos ante una visión más que liberal de la mercancía, pues incluso el gobierno liberal de José Hilario López

eliminó el requisito de contar con un título universitario para el ejercicio de todas las profesiones, excepto el de la farmacia³.

La visión liberal del medicamento de patente presente desde el siglo XIX, periodo durante el cual el mercado colombiano se vio inundado por esa oferta, comenzará a debilitarse cuando la institución médica colombiana comience a adquirir las herramientas necesarias para proyectar un proceso de medicalización nacional.

La creciente oferta de todo tipo de medicamentos, aumentó también la competencia entre médicos, empíricos y farmacéutas por el dominio de ese campo en expansión, lo que provocó que la desconfianza frente a los medicamentos de patente, se fortaleciera, y ya en la década de 1930 las reservas del cuerpo médico colombiano se transformaron en una crítica abierta hacia la circulación indiscriminada de esas medicinas. A los médicos les preocupaba la venta de medicamentos de patente sin fórmula médica, el desconocimiento de los componentes y sus formas de preparación, y una publicidad inescrupulosa que sin tener en cuenta los múltiples efectos de las sustancias fomentaban el consumo y la automedicación al vulgarizar las afecciones para las cuales estaban indicadas. Así lo manifestaba en 1939 el médico Laurentino Muñoz:

Sigue propagándose en forma singularmente grave y perjudicial para la salud de los colombianos, el uso de las drogas patentadas. Porque se ha llegado a la costumbre de que no son solamente los médicos los que atienden a los enfermos, sino que, valiéndose del estado de depresión espiritual en que se encuentran sometidos los enfermos, los industriales y negociantes se han dedicado a la fabricación de preparados que ampara con la autorización legal la lenidad de la Comisión de Especialidades Farmacéuticas.

En esa entidad, por lo que aparece en el mercado farmacéutico, se tiene el principio de aceptar todo producto que presente una fórmula química elástica y aparentemente inofensiva para la salud. De modo que la preparación bien puede ser una mezcla de agua y de bicarbonato de soda o una mezcla de casi todos los vermífugos, por ejemplo, para que sea aceptada sin dilación alguna. No se considera que el dueño de la patente hará una propaganda escandalosa por la prensa, la radio, en hojas volantes, ni la concentración de la droga, ni la mezcla inaudita de productos que así como pueden dejar graves afecciones hepáticas, renales o intestinales, pueden provocar una intoxicación aguda y muchas veces la muerte, como ocurre con el sinnúmero de vermífugos administrados a los niños; esos vermífugos, como lo comprueban los médicos, son una de las causas de la crecida mortalidad infantil en Colombia⁴.

Aunque los textos de Ricardo Restrepo y de Laurentino Muñoz se distancian en el tiempo y en sus condiciones de enunciación, pues no es lo mismo el texto de un comerciante de comienzos de siglo que el

de un médico promotor de la salud pública de los años 1930, resulta interesante encontrar en un periodo más bien corto dos posiciones contrarias sobre un mismo tipo de mercancías. ¿Por qué esas posiciones divergentes frente al medicamento de patente? Tal es una de las cuestiones analizadas en esta investigación. Durante las primeras décadas del siglo xx el medicamento dejará de ser visto sólo como un producto salvador cuya importancia obligaba a adquirirlo a cualquier precio y sin importar su procedencia. A partir de entonces se buscará garantizar la calidad de los productos importados y fomentar la producción local con miras a desarrollar una industria farmacéutica. Ya no sería un producto novedoso que, para llegar a los enfermos, debía competir con los menjurjes preparados por curanderos y comadronas. Desde ahora, producido en laboratorios locales o importado por ricos comerciantes, comenzaba a volverse el más cotidiano de todos los objetos de consumo, el que mitigaría los dolores y padecimientos de la gente desde el nacimiento hasta la muerte. Pero al margen de una posible oposición entre los intereses de comerciantes y los de los médicos, lo cierto es que había surgido una nueva política del remedio. La medicalización de los remedios fue una preocupación de las autoridades médicas desde comienzos del siglo xx, y ya al final de los años 30 los médicos detentaban de forma exclusiva la responsabilidad y el poder de enunciar la verdad del medicamento. El medicamento como objeto y la farmacia como profesión fueron vistos por el público con cierta desconfianza pues ahí concurrían intereses económicos, que utilizaron la propaganda, el engaño, los trucos dispuestos para el incauto paciente o para el ingenuo que se automedicaba.

A la par de esa nueva práctica consumidora de medicamentos, aparece una práctica reguladora de su calidad. La sustancia del remedio comienza a pasar de forma perentoria por el laboratorio de análisis químico para controlar su fórmula, evitar el fraude y la posible intoxicación de los consumidores. Después de décadas de libertad, el medicamento ahora es puesto en la mira de una autoridad que nos revela una nueva sensibilidad: la de la salud pública. Se trata de un sistema político-médico desde el cual los médicos comienzan a reclamar como propio, exclusivo y hasta «natural» el derecho de prescribir el remedio y enunciar su verdad. Introducir al medicamento en un sistema de derecho y de responsabilidad, fue un proceso en el cual las nuevas autoridades sanitarias actuaron a pesar y por encima de los intereses de importadores, droguistas, y boticarios cuyo sentido moral era demasiado afín.

El contraste entre estas dos posiciones sugiere la necesidad de estudiar el proceso mediante el cual la visión liberal del comercio del medicamento es abordada y transformada por la práctica médica y convertida en un dominio regulado. Ese es el objeto de este trabajo.

La historia de los medicamentos en Colombia ha sido un tema poco desarrollado en la historiografía nacional. Sin embargo, uno de los trabajos pioneros en el campo de la historia del medicamento en Colombia ha sido el libro *El medicamento en la historia de Colombia*⁵. Los autores realizan un estudio amplio del medicamento, y evitan caer en la simple historia de la legislación farmacéutica, las proezas científicas o la importación de descubrimientos. De esa manera, articulan su estudio a la historia más general de las prácticas y las representaciones de la salud y la enfermedad desde la época precolombina hasta el siglo xx. Desde esta perspectiva, sumada a la historia de la institución médica y farmacéutica, los autores ubican la importancia de los medicamentos en una historia conjunta que integra el papel del saber médico y las prácticas terapéuticas en la historia de Colombia.

El libro, además de los capítulos sobre el medicamento indígena, los conceptos terapéuticos en el Nuevo Reino de Granada y la farmacia ilustrada, estos dos últimos escritos por la historiadora Estela Restrepo, contiene dos estudios importantes para esta investigación, escritos por el médico Hugo Sotomayor Tribín. El primero de ellos, llamado «Encrucijada de la botánica a la química. Los últimos 30 años del siglo xix», muestra la delgada línea que dividía la profesión médica y la de farmaceuta, pues por una parte la institucionalización era aún muy precaria y la ausencia de personal médico en muchos lugares del país provocaba que habitualmente muchos boticarios se desempeñaban en la práctica médica. Por otra parte, el autor explica que muchos médicos poseían boticas donde formaban mediante tutorías a los farmacéutas, modelo que será dominante hasta años después de la fundación de la Escuela de Farmacia de la Universidad Nacional en Bogotá, en 1927. Sotomayor Tribín estudia también cómo los médicos colombianos de finales del siglo xix y comienzos del xx estuvieron al frente de la difusión de los descubrimientos más importantes de la farmacia de la época, como los alcaloides y antisépticos. Las nuevas sustancias descubiertas en otros países fueron rápidamente utilizadas en Colombia, y algunos médicos no dudaron en estudiar y experimentar sus efectos.

En el capítulo titulado «El tránsito hacia los medicamentos modernos. Los primeros 45 años del siglo xx», Sotomayor realiza un ba-

lance de la rápida recepción de los nuevos descubrimientos de la terapéutica, como el uso de los derivados del mercurio, los yoduros, los arsenicales, la opoterapia, las vitaminas y las sulfamidas, utilizados con frecuencia por los médicos colombianos. Igualmente estudia «la popularización de fórmulas magistrales de médicos exitosos en sus regiones de trabajo», quienes supieron producir y comercializar sus propias fórmulas.

Rebasando el esquema temporal de la presente investigación debe mencionarse la contribución del médico Mauricio Pérez Gil al libro colectivo sobre el medicamento en la historia de Colombia. Pérez Gil realiza la historia institucional de la Corporación Schering-Plough, y establece los hitos más importantes de la empresa, sobre todo en lo que tiene que ver con la promoción de cada uno de sus productos farmacéuticos. Según Pérez Gil, Schering-Plough inició labores en Colombia en 1947 por medio de Laboratorios UNDRRA (Unión de Farmaceutas Americanos), encargados de importar y distribuir a las farmacias diversos medicamentos de Schering-Plough. Sin embargo, Schering (antes de aliarse con Plough), vendía sus productos en el mercado colombiano desde la década de 1930 a través de Laboratorios Picot de Barranquilla, su distribuidor⁶.

Otra referencia obligada es la obra colectiva editada por Mauricio Pérez Gil, *El arte de curar, un viaje a través de la enfermedad en Colombia 1898-1998*. En esta contribución historiadores y médicos trabajan conjuntamente para estudiar la historia de las diferentes alternativas terapéuticas de las que disponían los médicos y la población para enfrentar las enfermedades más importantes en Colombia. Luisa Fernanda Ponce de León y Alfonso Rodríguez Hernández, estudian la historia de las boticas desde comienzos del siglo xx, y describe con claridad el funcionamiento de las farmacias, la organización física de los locales, la transmisión de los conocimientos, y el papel de los farmaceutas en la fundación de los primeros laboratorios farmacéuticos, así como en la invención de algunos medicamentos muy consumidos durante la primera mitad del siglo xx en Colombia. El tráfico de remedios secretos tuvo como consecuencia la creación hacia finales de la década de 1920 de una comisión de especialidades farmacéuticas que debía regular la seguridad de la composición de los medicamentos vendidos en el país. Arango menciona también la instalación de laboratorios extranjeros hacia la década de 1930 tales como Bayer, Schering y Knoll A.G, Parke-Davis, los cuales «trajeron equipos, materias primas, técnicos y sus formulaciones para elaborarlas localmente. Los productos

que fabricaban, correspondían fundamentalmente a artículos biológicos y a otros elaborados a partir de extractos vegetales de materias primas nacionales e importadas»⁷. Queda por investigar cómo se instalaron esas empresas en nuestro país. Otros autores de ese libro colectivo estudian la evolución de las diferentes alternativas terapéuticas empleadas en la tuberculosis, el cáncer, y las enfermedades virales. Leonidas Arango Loboguerrero, contribuye con un estudio sobre la organización de las boticas a comienzos del siglo xx. En el 2006 ese mismo autor publica un artículo en el que relata con humor y estilo la forma cómo a comienzos del siglo xx eran publicitadas las especialidades farmacéuticas en la prensa y la radio colombianas⁸.

Desde la perspectiva de la historia empresarial colombiana hay muy buenas pistas para nuestro problema de estudio. La investigación de la historiadora Maryelis Riveño Señá, sobre la historia de los Laboratorios Román de Cartagena entre 1835 y 1900, muestra cómo la familia Román innovó de modo permanente en la forma de asumir la invención, producción y venta de productos farmacéuticos. Los Román supieron conjugar sus conocimientos en farmacia con las habilidades comerciales para dar un paso adelante en la elaboración de medicamentos a escala industrial. Frente a la escasez de medicamentos, de personal médico, y el alto costo de las medicinas de patente importadas, Laboratorios Román produjo a bajo costo casi 50 especialidades diferentes que surtían los mercados del Caribe colombiano, estrategia comercial que emplearon posteriormente Laboratorios Uribe Ángel y los droguistas antioqueños. Las especialidades locales podrían venderse a precios más competitivos que las extranjeras y su producción industrial parecían contar con mejores estándares de calidad que las elaboradas artesanalmente por otros boticarios. De esa manera, aspiraban a cubrir la demanda en tiempos de escasez para las diferentes poblaciones y a monopolizar el mercado de medicamentos en la región⁹. Así lo pone de presente un aviso publicado en el periódico *El Porvenir*, de Cartagena el 18 de agosto de 1890, citado por la autora:

Los medicamentos de la farmacia están preparados según arte de apariencia y envases exactamente iguales a sus análogas extranjeras. Podemos ofrecerlos a los boticarios de la república en la cantidad que deseen a precios mucho más bajos, que a como les salgan los que se encargan al exterior. Se hace constar que ellos han sido sometidos al examen de todos los médicos de Cartagena y de dos notables profesores de Barranquilla que han dado un voto favorable¹⁰.

¿Qué tan idénticos eran sus productos con respecto a los extranjeros? ¿Respetaban o no las patentes de privilegio de esas especialida-

des? Son preguntas que la investigación en historia de los medicamentos en Colombia deberá responder en algún momento. Asimismo, se evidencia allí la importancia que pudo tener la producción de envases para esas nuevas industrias, lo que también fue un hecho significativo para los empresarios de las droguerías más importantes de Medellín, quienes a comienzos del siglo xx invirtieron capital en la vidriera de Caldas para producir allí los envases con los que comercializarían sus productos en las ventas al detal¹¹. Por lo demás, la historiadora reúne datos significativos, elaborados por historiadores de la economía nacional y de las empresas del Caribe colombiano, sobre la importancia del renglón de importaciones de productos químicos desde el siglo xix hasta comienzos del xx, lo que aporta buenas pistas para profundizar en el problema.

Así mismo la obra del historiador Víctor Álvarez Morales sobre el empresario y político antioqueño Gonzalo Restrepo Jaramillo aporta elementos de análisis para comprender algunos aspectos de la historia de los droguistas antioqueños de comienzos del siglo xx y la formación de Laboratorios Uribe Ángel, que junto con Laboratorios Román hizo las primeras experiencias significativas de la producción industrial farmacéutica en Colombia¹².

Aunque las investigaciones históricas realizadas hasta ahora en otras latitudes señalan bien el crecimiento del comercio mundial de medicamentos desde el siglo xix¹³ aún carecemos para el caso colombiano de una historia que permita evaluar con precisión cuantitativa la realidad de la circulación del remedio en las vidas cotidianas. Sin embargo, los trabajos recientes de los historiadores Jorge Márquez y Felipe Gutiérrez han podido dar cuenta de las dimensiones de ese campo comercial atendiendo a la permanencia de la publicidad hecha en la prensa colombiana, tanto comercial como especializada entre 1850 y 1930. A partir de los resultados de los trabajos mencionados y los que arroja esta investigación se puede afirmar que el crecimiento de ese comercio en los primeros años del siglo xx y sobre todo hacia 1940 fue muy importante para la sociedad y sin duda constituye un acontecimiento mayor de la historia de las terapéuticas en Colombia¹⁴.

Sin pretender desestimar la importancia de las contribuciones citadas ni otras del campo de la historia de la salud en Colombia, puede decirse que el problema de la historia de la regulación de los medicamentos en Colombia, no ha sido abordado con suficiente detenimiento y mucho menos en el departamento de Antioquia¹⁵. El proceso mediante el cual un conjunto de productos dominado por la libertad del

mercado comienza a ser objeto de coerción y normalización por parte del Estado, pero sobre todo por parte de la medicina oficial, ha estado completamente ausente de nuestra historiografía. Tal es la necesidad historiográfica de emprender esta investigación.

En el primer capítulo de esta investigación se estudia cómo la Junta Departamental de Higiene, y la Comisión Sanitaria Municipal de Medellín desarrollaron a partir de 1914 una nueva política de higiene que tuvo como una de sus prioridades el control de la circulación de los medicamentos¹⁶. Pone de manifiesto la forma de articulación de ese control con el proyecto de instauración de un sistema de sanidad, cuyo dispositivo de medicalización sería efectivo y ejemplar para otras ciudades del país en el transcurso del siglo XX¹⁷.

El segundo capítulo estudia, a partir del análisis de diferentes casos de control a los vendedores de remedios en Medellín, las primeras medidas dirigidas a regular la circulación de los medicamentos, las resistencias que para aplicarlas encontraron los nuevos funcionarios de higiene entre los beneficiarios del estado de cosas anterior: comerciantes, farmacéutas, droguistas y médicos. En este proceso desarrollado desde 1914 se destaca el papel del Laboratorio Químico Departamental y el trabajo minucioso de su jefe, el químico suizo Enrique Ehrensperger.

El tercer capítulo se ocupa de las tensiones que se dieron entre médicos y farmacéutas por efecto de la puesta en marcha de uno de los dispositivos empleados para regular el tráfico de medicamentos y el ejercicio de la farmacia: *La Inspección de droguerías y farmacias*. La subordinación del gremio farmacéutico al de la medicina provocó una reacción de los boticarios en defensa de sus intereses.

En el capítulo cuarto se aborda el tema de la legislación farmacéutica que en definiciones sucesivas establece el estatuto legal del medicamento, en apariencia un campo árido, pero que recoge la dinámica de la lucha de los intereses de los actores implicados en la manufactura, tráfico y prescripción de medicamentos no solo por el proyecto regulador de la medicina, sino por una nueva definición del medicamento, la cual al instaurar las condiciones de su cientificidad, modificó también el modo de promocionarlo. La publicidad debía dejar de ser un espacio indeterminado donde la libertad de anunciar dominaba la imagen del producto para convertirse en un campo donde la ética de la publicidad (lo cual significó ante todos la moderación de las promesas terapéuticas anunciadas), sería uno más de los elementos que definirían su legalidad. Además, la expedición de li-

cencias de circulación para las especialidades farmacéuticas, fue motivo de tensiones entre los intereses de la naciente industria farmacéutica colombiana y los emporios internacionales.

En el capítulo quinto se hace una aproximación a la historia de la lucha contra el tráfico de estupefacientes, cuya primera campaña se desarrolló en Antioquia entre 1928 y 1942. Para las autoridades, la regulación de los medicamentos no podía lograrse sin un control permanente de las drogas heroicas, pues sus traficantes y consumidores estaban dispuestos a evadir la legalidad para procurárselas.

Esta investigación se propone pues realizar una primera aproximación en el dominio de la historia de los medicamentos en Antioquia y pretende aportar algunas líneas de trabajo pertinentes para investigaciones posteriores.

Notas

1. Ricardo Restrepo Callejas, *Proyecto de ley de tarifa de aduanas y exposición de motivos*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1912, p. 89. «Ricardo Restrepo Callejas (1847-1932) estudió Derecho y Ciencias Políticas, pero se consagró al comercio, como socio de la agrupación de su padre Fernando Restrepo e Hijos. Trabajó también en la organización de la empresa molinera 'La Cascada' en Sonsón, para la preparación de harina de trigo, así como en el molino de San Carlos en Salamina, Caldas», Véase: Academia Antioqueña de Historia, *Varones Ilustres de Antioquia, Biografías de los Académicos de Número fallecidos, 1903-1978*, Medellín, 1979, p. 275.
2. Ricardo Restrepo Callejas, *op. cit.*, pp. 102-103.
3. Me refiero a la Ley 2ª del 15 de mayo de 1850 que implantó la libertad de enseñanza: «Es libre en la república la enseñanza de todos los ramos de las ciencias, de las letras y de las artes. El grado o título científico no será necesario para ejercer las profesiones científicas; pero podrán obtenerlo las personas que quieran. Para ejercer la profesión de farmaceuta [sic] se necesita obtener la aprobación de los exámenes. Suprímese el grado de bachiller. Suprímense las universidades... Para optar grados no es necesario haber estudiado en los colegios nacionales o provinciales, o en los seminarios». Citado en Álvaro Tirado Mejía, «El Estado y la política en el siglo XIX», Jaime Jaramillo Uribe (director), *Manual de Historia de Colombia*, Bogotá, Instituto Colombiano de Cultura, 1978. t. II, p. 363.
4. Laurentino Muñoz, «El negocio con la salud», *El Médico colombiano*, marzo de 1939, (12).
5. Hugo Sotomayor, Estela Restrepo, Augusto Gómez y Mauricio Pérez, *El medicamento en la historia de Colombia*, Bogotá, Schering-Plough, 1997.
6. Mauricio Pérez Gil, «Creciendo a través de la investigación. Historia de la Corporación Schering-Plough», Hugo Sotomayor, Estela Restrepo, Augusto Gómez y Mauricio Pérez, *op. cit.* pp. 190-225.
7. Luisa Fernanda Ponce de León & Alfonso Rodríguez Hernández, «De la botica al medicamento de síntesis», Mauricio Pérez Gil, (editor), *El arte de curar, Un viaje a través de la enfermedad en Colombia 1898-1998*, Bogotá, Afidro, 1998, p. 43.
8. Leonidas Arango Loboguerrero, «Los específicos: un prodigio en cada frasco», Jorge Márquez y Víctor García, (directores de edición), *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2006, pp. 99-126.
9. Maryelis Riveño Seña, *Laboratorios Román: origen de la Industria Farmacéutica en Colombia, 1835-1900*, Cartagena, Universidad Tecnológica de Bolívar, 2005.
10. *Ibid.*, p. 73.
11. Víctor Álvarez Morales, «De las sociedades de negocios al «Sindicato Antioqueño». Un camino centenario.» Carlos Dávila L. de Guevara, (compilador), *Empresas y empresarios en la historia de Colombia. Siglos XIX y XX*, Bogotá, Norma-Uniandes, 2003, p. 229.
12. Víctor Álvarez Morales, *Gonzalo Restrepo Jaramillo. Familia, empresa y política en Antioquia 1895-1966*, Medellín, Faes, 1999.

13. James Harvey Young, *The Toadstool Millionaires: A Social History of Patent Medicines in America before Federal Regulation*, Princeton University Press, 1961. Olivier Faure, *Les Français et leur Médecine au XIXe Siècle*, Belin, 1993; Sophie Chaveau, *L'invention pharmaceutique, La pharmacie française entre l'État et la société au XXe siècle*, Les Émpecheurs du penser en rond, París, 1999; François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, París, La Découverte, 2002; Anne Rasmussen, «La résistible ascension du comprimé. Pharmaciens Médecins et publics face aux nouvelles formes pharmaceutiques», Patrice Bourdelais, *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII-XX siècles)*, París, Belin, 2005; François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, París, La Découverte, 2002; Christian Bonah et Anne Rasmussen, (dir) *Histoire et Médicament aux XIXe et XXe siècles*, París, Gliphe, 2005; Philippe Pignarre, *El Gran secreto de la industria farmacéutica*, Barcelona, Gedisa, 2005.
14. Sobre evidencias no cuantitativas de la importancia del comercio de medicamentos en Colombia desde el siglo XIX véase: Felipe Gutiérrez y Jorge Márquez, *La publicidad del remedio en Colombia, 1850-1930*, CD-ROM, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2005; Víctor García y Jorge Márquez, «Estrategias publicitarias del medicamento en Colombia 1850-1930», Jorge Márquez, Álvaro Casas y Victoria Estrada, (directores de edición), *Higienizar, medicar, gobernar: Historia, medicina y sociedad en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2004, pp. 111-126; Jorge Márquez Valderrama, «Medicamentos, médicos y boticarios en el siglo XIX en Colombia», Jorge Márquez y Víctor García *op. cit.*, 2006, pp. 127-153.
15. Un trabajo que contiene importantes aportes al problema en Antioquia es la investigación del historiador Jorge Montoya Santamaría quien estudió con detalle las primeras campañas contra las enfermedades venéreas y la sífilis a comienzos del siglo XX. Los médicos antioqueños organizados en el dispensario de enfermedades venéreas usaron los arsenobenzoles, últimos descubrimientos en quimioterapia de la época, logrando así enfrentar la creciente expansión de esas enfermedades que incapacitaban a un sector importante de la población. Véase de ese autor, «Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886-1935», trabajo de grado para optar al título de magíster en Historia, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 1998.
16. Con la noción de «circulación de los medicamentos» se pretende agrupar las actividades de invención, producción, prescripción, comercio y consumo de medicamentos.
17. Otros aspectos del proceso de medicalización desarrollado por parte de la Comisión Sanitaria Municipal son estudiados actualmente por el historiador Jorge Márquez Valderrama, en la investigación «La ciudad deletérea: medicalización de la vida, el espacio y los elementos ambiente en Medellín 1900-1950», financiada por la Dirección de Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2006-2007.

Capítulo 1

Los higienistas antioqueños y los albores de la medicalización del remedio

Los primeros años del siglo xx fueron especialmente movidos en cuanto a la reorganización de la higiene pública en Colombia. La reestructuración de la higiene pública impulsada por la Ley 33 de 1913, dio pie a la creación del Consejo Superior de Sanidad (el cual reemplazaba a la Junta Central de Higiene, creada en 1887), de las Juntas Departamentales de Higiene y las Comisiones Sanitarias Municipales, y fue una de las condiciones para el surgimiento del control de la circulación de los medicamentos a comienzos del siglo xx, ya que el Consejo contó con un poder más definido que la anterior Junta Central de Higiene y con presupuesto propio. A partir de entonces se inaugura una nueva sensibilidad hacia la salud y la higiene por parte de las municipalidades de las principales ciudades del país¹.

En los principales centros urbanos, la nueva sensibilidad hacia la higiene, el cuidado del cuerpo, el temor a las epidemias, el repudio a la enfermedad y a las elevadas tasas de mortalidad se expresó sobre todo en el protagonismo conseguido por los cuerpos médicos locales. En la ciudad de Medellín, desde los cargos públicos y la práctica de la asistencia, los médicos tomaron iniciativas de regulación y organización sanitaria de la ciudad en muy diversos aspectos. La preocupación médica de entonces contó con el apoyo, al comienzo vacilante pero finalmente decidido, del Concejo municipal en asuntos tan diversos como la calidad y cuidado de las aguas, la construcción de excusados y alcantarillas, la limpieza de predios, el aislamiento de enfermos infecciosos, el examen médico permanente de la población, las campañas de vacunación y antiparasitarias y el control de medicamentos, lo cual dice de la nueva sensibilidad: por una parte, para las autoridades sanitarias la higiene y la salud públicas constitúan un eje del gobierno de la ciudad que englobaba casi todos los aspectos de la vida urbana, y por otra, los aspectos sanitarios de la vida cotidiana debían dejar de ser un asunto atendido esporádicamente por particulares para convertirse en problema colectivo de atención permanente, cuya dirección debía estar en manos de profesionales al servicio del Estado. Para el caso antioqueño, la nación financió el pago de los médicos que conformaban la Junta Departamental de Higiene, y la gobernación

departamental cubrió los gastos de instalación de esa oficina en un local adecuado, una biblioteca con «24 obras en 44 volúmenes muy notables de higiene» así como «el material completo para un gabinete bacteriológico» y un laboratorio de análisis químico². El municipio, por su parte, se hizo cargo de la instalación de la Comisión Sanitaria Municipal y del pago de los funcionarios.

Sin embargo, puede decirse que el Estado respaldaba y regulaba a su vez todas las acciones de estas nuevas entidades de control higiénico y sanitario en la medida en que sus resoluciones tenían carácter de decretos, los cuales no necesitaban, al menos en teoría, autorización expresa de la administración municipal. El Estado colombiano, con el objeto de mejorar las condiciones sanitarias de la población, autorizó a esas instituciones regionales a intervenir por medio de nuevas normas de sanidad la esfera del derecho privado de los ciudadanos. Organizadas como parte de un proyecto de medicalización nacional, las oficinas de higiene locales estaban supeditadas al control y vigilancia de las instancias superiores de decisión de carácter nacional y estatal como la Junta Central de Higiene (luego Dirección Nacional de Higiene). Las tensiones entre diferentes instancias también hicieron parte de esa gestión gubernamental³. En este sentido, es importante retener que a principios del siglo xx el control de la circulación de medicamentos se convierte en uno más de los asuntos de salud pública encargados a las direcciones departamentales de higiene y a las comisiones sanitarias municipales. Antes de ese periodo, los medicamentos no eran objeto de control de las autoridades sanitarias y la emergencia de esta nueva responsabilidad constituye una discontinuidad en la historia de los medicamentos en Colombia.

Como lo muestran algunos estudios y proyectos de ley publicados entre 1908 y 1912 con el objeto de reformar la política arancelaria del país, durante las primeras dos décadas del siglo xx, la política del tráfico de medicamentos inquietaba especialmente a los comerciantes y a los funcionarios del poder legislativo, interesados en el diseño de una política de impuestos justa con los comerciantes y viable para el crecimiento de la industria nacional. Incluso algunos droguistas que actuaban como agentes de casas comerciales extranjeras e importadores mayoristas fueron consultados sobre una reforma de tarifas de aduana propuesta por Ricardo Restrepo Callejas⁴ representante por Antioquia al Congreso de la República en 1912.

1914 constituye de forma notoria un punto de ruptura en esta historia, pues a pesar de las deficiencias propias del sistema organizado

por la DDH y la Comisión Sanitaria Municipal entre 1914-1942, sus labores se inscriben en un conjunto de prácticas y saberes que se pueden reunir hoy bajo el concepto de «procesos de medicalización» dirigidos a la construcción de una «medicina social». La lectura aquí presentada no pretende dejar de lado el carácter político de tal proceso, pero interesa al mismo tiempo evaluar cómo este conjunto de prácticas y saberes contribuyó a evitar la enfermedad y a aumentar la esperanza de vida en una sociedad en la cual el Estado acostumbraba dejar los problemas de salud en manos de particulares, quienes muchas veces se guiaban sólo por intereses comerciales.

La labor de los higienistas con respecto al tráfico de sustancias y el consumo de medicamentos consistió sobre todo en regular y controlar, en beneficio de la salud de la población, la libertad de un mercado que incorporaba ya a la sociedad colombiana como una sociedad de consumo moderna. Entre las condiciones de posibilidad de las nuevas formas de consumo habría que mencionar el crecimiento de la población en los centros urbanos⁵, el aumento significativo del comercio de importación en parte gracias a la extensión de vías férreas⁶, el crecimiento de la producción local de bienes manufacturados y también la emergencia de una oferta farmacéutica mundializada⁷.

Las labores de la Comisión muestran el surgimiento de un proceso medicalizador de los remedios en Colombia. Que estos fueran producidos para una misión salvadora y que fueran –aunque no siempre– recetados por médicos y manufacturados por farmaceutas, son hechos que no implican necesariamente su normalización y mucho menos su control por parte de autoridades médicas.

El crecimiento del comercio de los medicamentos durante la primera mitad del siglo XX parece haber sido constante. Ya en 1912, Nicanor Restrepo Restrepo, administrador de la Droguería Antioqueña, tenía que escribir a uno de sus proveedores franceses, Lucien Fourquez, para explicarle que a pesar del bienestar general producto del repunte económico del departamento de Antioquia, sus negocios tenían que resistir los embates de la competencia. Según Restrepo, aunque el comercio local se comportaba de excelente manera, pues las cosechas de café eran abundantes y pagadas a los mejores precios, la difícil competencia podría obligar a alargar los plazos de pago o a rebajar los precios. Advertía a su amigo y proveedor que si se veían obligados a lo primero

... es probable que tengamos que hacer uso de mayores plazos con Ustedes, pues al alargarlos aquí la cartera pendiente puede duplicarse; el surtido tiene que ser mayor, porque el mayor plazo hace que los clientes compren mayor



Parque de Berrío, costado sur, 1902.

Droguería Antioqueña (Medellín) tomada de: Melitón Rodríguez, Melitón Rodríguez fotógrafo: momentos, espacios y personajes: Medellín 1892-1922, Biblioteca Pública Piloro de Medellín, 1995.

número de veces antes de pagar, y todo esto da como resultado que haya que aumentar el capital invertido de una manera rápida y cuantiosa⁸.

Asimismo, Purl Lord Bell un perspicaz diplomático del *Bureau of Foreign and domestic commerce* de EE. UU. indicó en 1921, que en un año normal de preguerra como 1911, los ítems más destacados de la importación colombiana fueron los alimentos y víveres, los metales, las locomotoras y equipos para vías férreas, y finalmente, las drogas y medicinas compradas principalmente a EE. UU., Francia, Alemania y Gran Bretaña. En su *Colombia: a Commercial and Industrial Handbook*, describe las condiciones, estructura y funcionamiento del comercio en Colombia, ubicando al país como un interesante centro para la inversión extranjera porque además de sus recursos, su población aumentaba al mismo ritmo de su capacidad de importación, sobre todo gracias al repunte de la economía cafetera que proporcionaba una mayor capacidad de compra a la población⁹. La producción local de medicamentos era vista como un sector con probabilidades de progreso: en 1917, a pesar de que la exportación de quina había caído por completo, el Dr. Henry H. Rusby decano del Colegio de Farmacia de Nueva York, visitó el país acompañado de un grupo de asistentes con el objeto principal de realizar una expedición en búsqueda de plantas medicinales, particularmente diversas variedades de quina, con la idea de descubrir especies que librasen mayor cantidad del valorado alcaloide que las conocidas hasta entonces¹⁰.

En 1936 el médico Jorge Bejarano mencionaba en una conferencia no haber podido conseguir los datos sobre la importación de medicamentos en años anteriores a 1935, pero reportaba para ese año una suma importante:

... y así tenemos que para la importación de productos biológicos y opoterápicos hemos pagado en ese año \$591.048, importados así: de Alemania \$252.000; de Francia \$197.000; especialidades farmacéuticas en forma de píldoras, y tabletas, obleas, y cápsulas \$1.112, 807; en soluciones y emulsiones, \$307.000; en vinos medicinales, \$7.629; en ungüentos y pomadas, \$110.833; en arsenobenzoles, salvarsanes y neosalvarsanes, \$366.106. Total: dos millones cuatrocientos noventa y cinco mil novecientos veinticuatro pesos (\$2.495.924) por concepto solamente de medicinas de patente¹¹.

En febrero de 1939 Néstor Botero de la Calle reportó que en mayo del año anterior el país importó «en drogas de patente la no despreciable suma de \$356.095,00, lo que equivale por año a \$4.273.140,00»¹². Hacia 1940 la Comisión de Especialidades Farmacéuticas había otorgado licencia a 4.430 medicamentos para su venta legal en todo el

país. En cuanto al resto del mundo se puede afirmar que entre 1918 y 1938 el mercado de medicamentos estaba creciendo en forma sorprendente, pues se estima que había entonces cerca de 500.000 productos diferentes¹³.

Se trataba pues de un comercio en pleno crecimiento en el cual, además de los negocios lícitos y de las medicinas importadas que al menos daban la impresión de estar preparadas bajo normas de calidad e higiene, campeaba la informalidad de ventas callejeras de drogas y todas las formas del fraude, como la falsificación de remedios y la venta de engañifas, tal y como lo veremos más adelante.

¿Cómo regular ese boyante campo comercial para proteger la salud pública, sin perjudicar al tiempo los intereses comerciales? Tal sería la tarea de las autoridades médico sanitarias a comienzos del siglo xx.

La ciudad desprotegida

Todavía en 1912 la ciudad de Medellín estaba desprovista de una Junta de higiene, por la indiferencia de la administración con el ramo, según la opinión de los higienistas de la época. Esta se defendía por no asumir sus obligaciones afirmando que no contaba con los recursos para crear y sostener ese tipo de instituciones. Aunque el clima económico general era bueno, las finanzas del distrito se encontraban en un estado de postración tal que, de hecho, las rentas municipales no producían lo necesario para atender el servicio ordinario de la ciudad y el presupuesto de ese año arrojaba un déficit de \$978.731. Los impuestos a los establecimientos industriales y las rentas del matadero, tabaco, licores y degüello, no alcanzaban siquiera para atender la deuda pública y los gastos de funcionamiento de la administración. Incluso los arriendos y auxilios quedaban sin ser cubiertos por el presupuesto de dicho año¹⁴.

A falta de una Junta de higiene, el médico municipal Jorge Sáenz y el practicante Enrique Posada Cano, eran los únicos encargados del problema de la salud y la higiene pública de la ciudad. Por lo demás, no contaban siquiera con una oficina adecuada para realizar las autopsias y los exámenes médico-legales, pues el anfiteatro municipal era usado para las clases de los estudiantes de medicina¹⁵.

A pesar de las dificultades, estos funcionarios ejecutaban ya labores de importancia. Sus actividades iban desde prestar servicios a los heridos, atender y suministrar medicamentos a los enfermos «pobres

de solemnidad», realizar jornadas de vacunación, dictar numerosas conferencias sobre higiene en las escuelas, hasta realizar visitas y estudios de control de sanidad a todos los establecimientos de la ciudad¹⁶. Por otra parte, para realizar análisis de aguas y exámenes médico-legales en los casos de homicidio y envenenamiento, debían recurrir a laboratorios privados, por lo que solicitaron al Concejo que votara una partida adicional con el objeto de conseguir los instrumentos necesarios para un laboratorio químico¹⁷.

Las autoridades eran vacilantes en lo concerniente a destinar recursos para la higiene pública, por ejemplo en el informe de actividades, publicado el 2 de abril de 1912, el doctor Jorge Sáenz se dirigía al Concejo de la ciudad y les recriminaba no haber contratado a un químico reconocido:

El Dr. P. Zúcher, sabio químico, que se sabe á conciencia su oficio, ofreció al Distrito sus servicios para hacer a precio moderado todos los análisis precisos, que a cada paso ocurren, y vosotros, por razones de economía, no accedisteis a arreglar con él. Poderosas son en verdad las razones que alegáis, pero tanto que venzan a la muy poderosa de que la mayor parte de los casos en que ocurre un análisis químico cualquiera, es éste de imprescindible necesidad para la buena marcha de la justicia y la correcta guarda de la salubridad pública¹⁸.

La importancia y la diversidad de funciones del médico y el practicante municipales nos permiten afirmar que constituyen propiamente el comienzo institucional de la Comisión Sanitaria de Medellín. En el desarrollo de su función pública y a través de sus actividades e informes mensuales persuadieron y presionaron al Concejo para que asignara pronto los recursos necesarios para mejorar las condiciones de salubridad de la ciudad¹⁹. Los ámbitos que ellos incluyen en ese ramo del gobierno de la ciudad constituyen lo que puede llamarse un sistema de sanidad, que para el caso de Medellín funcionará de modo más efectivo hacia finales de la década de 1920, gracias a acciones y medidas como la planta pasteurizadora, el incremento del número de los agentes de policía sanitaria, la creación del cargo de médico visitador de farmacias y la construcción del hospital de tuberculosos, entre otras.

Los informes muestran la precariedad de la situación de salubridad de la ciudad, en especial en colegios y escuelas. A pesar de los problemas denunciados por las autoridades médicas, la administración local aún veía con apatía el ejercicio de las funciones sanitarias y seguía otorgando simples partidas adicionales expedidas cuando amenazaba alguna epidemia, mientras que los higienistas revelaban pro-

blemas sanitarios estructurales en la ciudad y solicitaban el establecimiento de un presupuesto permanente para solucionarlos.

En tiempos de escasez había que recortar gastos, y como la higiene era considerada un renglón adicional para la administración de la ciudad, se pensó que allí se podía economizar. En virtud de ese razonamiento, la Inspección 5ª Municipal, la cual había sido creada en 1912 para ejercer las funciones de policía sanitaria, aseo y ornato de la ciudad, fue suprimida por el Acuerdo N° 4 del 18 de enero de 1913. Los concejales esperaban que «el Alcalde sin consideración ni miramiento de ninguna clase» hiciera cumplir las resoluciones sobre higiene de la ciudad, reemplazando así las funciones de dicha Inspección²⁰.

Sin embargo, los problemas de higiene y salubridad no daban espera. La mejora de las condiciones higiénicas y sus repercusiones en la salud de los ciudadanos daban también un sello distintivo de *moderna* a cualquier ciudad con esas aspiraciones. Como el alcalde y su reducido personal no pudieron resolver las numerosas tareas asignadas, la prensa y la sociedad en general reclamaron la atención de la administración local en el ramo de policía sanitaria. Por ese motivo, el 28 de junio de 1913 el concejo de la ciudad tuvo que restablecer el funcionamiento de la Inspección 5ª municipal²¹. Por otra parte, el Estado pensaba poner al orden del día los asuntos de higiene pública. A través de la Ley 33 de 1913, el Consejo Superior de Sanidad, debía articularse con las oficinas locales como las juntas departamentales de higiene, las juntas de salubridad y las comisiones municipales de higiene. Existían pues el marco legal, el proyecto correspondiente a esa necesidad, sólo faltaba sumar voluntad política y medios de ejecución²².

Las preocupaciones de los higienistas estaban fundadas en problemas reales y por eso el acicate para desencadenar la institucionalización de la salud pública tenía que venir de los acontecimientos y no de las leyes. Es evidente que fue la presencia constante de epidemias como el tifo, la fiebre tifoidea, la viruela y la disentería lo que permitió valorar de otra manera la organización de la higiene de la ciudad. Dos ejemplos lo ilustran con precisión: en 1913 una epidemia de tifo atendida por el médico y el practicante municipal dio cuenta de la importancia de contar con una junta de higiene permanente; por otra parte, en 1915, pocos meses después de haber comenzado labores la nueva oficina de higiene, otra epidemia, esta vez de disentería, vendría a confirmar su importancia, lo que posicionó a la Comisión Sanitaria Municipal como institución con capacidad de decisión sobre los asuntos del ramo en la ciudad.

El surgimiento de la Comisión Sanitaria Municipal

En septiembre de 1913 una epidemia de tifo se expandía en las zonas más pobres de la ciudad. La administración local se vio obligada a tomar medidas para evitar su difusión y el 12 de septiembre el Concejo Municipal firmó un acuerdo que aumentaba la partida de gastos imprevistos para comprar vacunas y repartirlas gratuitamente «entre las gentes pobres y menesterosas»²³, labor confiada al médico y al practicante municipal. Con esa partida, fueron comprados a la conocida Droguería Antioqueña, administrada en ese momento por Nicanor Restrepo, 215 frascos de vacuna antitífica, por valor de \$203,20²⁴.

Algunos meses después, la Dirección Departamental de Higiene, formada por los médicos Juan B. Montoya y Flórez, Jorge Tobón C., Emilio Quevedo, Francisco A. Arango, Gabriel Toro Villa, Nicanor González U. y Juan Bautista Londoño²⁵, «en vista del malísimo estado sanitario y la ausencia total de empleados y elementos necesarios para su saneamiento», publicó la resolución N^o 1, la cual demandaba al Concejo de Medellín la creación pronta de una Junta municipal de higiene²⁶. Tal resolución fue confirmada por el Acuerdo 68 del 20 de mayo de 1914. Mientras este proceso oficial se llevaba a cabo, en el informe del mes de mayo el doctor Jorge Sáenz solicitó al Concejo un local y un presupuesto de 8.740 pesos para cubrir los salarios del médico director de la nueva comisión, el practicante municipal, el director de un gabinete de bacteriología y un químico analista, durante el periodo comprendido entre junio y diciembre de ese año²⁷.

A pesar de su gran interés, el doctor Sáenz, quien hasta ese momento había sido el protagonista en los asuntos de la higiene y salubridad pública de la ciudad, no podía hacerse muchas ilusiones, pues a mediados de junio, el doctor Jesús María Duque²⁸, recién llegado de realizar estudios en Francia y conocido en el medio como un experto en materia de higiene, fue nombrado director de lo que iba a llamarse desde entonces la Comisión Sanitaria Municipal²⁹. La distribución del presupuesto fue repartida entre las administraciones de tal modo que los gastos de la nueva Comisión fueron asumidos por el municipio, y los de los laboratorios estuvieron a cargo del departamento³⁰. El doctor Sáenz tuvo que contentarse con el puesto de secretario de la CSM y luego se puso al frente de la oficina de medicina legal de la ciudad. Se formaba así la primera institución profesional que, en el siglo XX, se ocupó de manera sistemática y permanente de los problemas sanitarios de la ciudad. Antes de esa fecha, los médicos se quejaban perma-

nentemente de la desatención de las autoridades en materia de higiene y salud pública. Según el médico, concejal y director departamental de Higiene, Juan B. Londoño, «desde 1904 hasta 1914 la preocupación de las autoridades por la salud y la higiene de la población antioqueña prácticamente no existió»³¹.

El nombramiento de Jesús María Duque en un cargo que sería tan decisivo para el futuro de la ciudad no fue gratuito. El médico nacido en Abejorral se había interesado por la relación entre las enfermedades infecciosas, su profilaxis y la higiene de la ciudad, así como el entorno social de los enfermos, desde su época de formación, cuando escribió su tesis de grado «Contribución al estudio de la tuberculosis en Antioquia» en 1899 bajo la tutoría del prestigioso médico antioqueño Andrés Posada Arango. En ella, el autor realiza un minucioso examen de las condiciones higiénicas de la ciudad y plantea algunas estrategias profilácticas para evitar el contagio de la tuberculosis, tales como el mejoramiento de los uniformes para la policía, la adecuación sanitaria de las cárceles, la creación de un hospital de tuberculosos y el examen médico a los sirvientes y peluqueros. Propuestas todas que algunos años después serían desarrolladas desde la dirección de la CSM³².

Como lo manifiestan los informes del médico y el practicante municipales, a principios del siglo xx la ciudad de Medellín tenía en materia de higiene y salud pública muchos problemas por resolver. La labor de la Comisión Sanitaria estuvo dirigida a reordenar la ciudad controlando diversas prácticas como no arrojar basuras en las calles, construir excusados, vender solamente bebidas alcohólicas registradas, visitar al médico, ir al dispensario, hacerse vacunar, comprar drogas en la farmacia y no en las ventas ambulantes. En años anteriores, los esfuerzos dirigidos a realizar controles precisos de la higiene de la ciudad fueron casi siempre inútiles, pues aún no se había desarrollado una legislación que otorgara poderes autónomos a las instituciones dedicadas a ello, ni tampoco existían los elementos materiales (presupuesto, laboratorios, agentes de policía) para una organización y coordinación permanente entre las diferentes autoridades del ramo³³.

Cierta parte de la reforma sanitaria fue muy rápida. En septiembre de 1914 ya habían llegado, provenientes de Europa, los instrumentos, reactivos y demás enseres pedidos por la Junta Departamental de Higiene, para formar los laboratorios de química y bacteriología de la ciudad; sin embargo, la administración municipal aún no les había asignado un local adecuado para su funcionamiento³⁴. El arribo de ese material es un acontecimiento tan importante como la creación mis-



Droguería Pedro P. Restrepo. 1908.

Interior de la droguería de Pedro P. Restrepo en 1908, tomada de: Melitón Rodríguez, *Melitón Rodríguez, fotógrafo: momentos, espacios y personajes: Medellín 1892-1922*, Biblioteca Pública Piloto de Medellín, 1995.

ma de la Comisión. En realidad, sin un laboratorio adecuado era básicamente imposible efectuar un control sanitario verdaderamente riguroso, pues sólo era posible atender los problemas que saltaban a la vista, y los peligros invisibles, como los microbios, no dejaban de aumentar. Poco tiempo después de entregado el primer informe de la Comisión Sanitaria Municipal, el Gobierno departamental les asignó una casa ubicada en la calle Calibío, en el centro de la ciudad, donde funcionaría la Dirección Departamental de Higiene, la Comisión y, contigua a éstas, las dos oficinas de los Laboratorios.

Una epidemia bajo control

Si bien la Comisión ya había sido establecida, una segunda epidemia, esta vez de disentería³⁵, vino a confirmar la necesidad de un presupuesto adecuado para esta oficina. El 12 de julio de 1915, los doctores Juan B. Londoño y Jesús María Duque, enviaron informes al Concejo en los que señalaban que la ciudad estaba amenazada por la propagación de la disentería infecciosa, pues ya se presentaban 31 casos. Según los médicos, el carácter infeccioso de la enfermedad lo confirmaba el hecho de haber sido aislado en el laboratorio municipal «el bacilo de Shiga (...) lo que hacía más terrible la epidemia, tanto por la gravedad del pronóstico, como por la contagiosidad que caracteriza dicha enfermedad»³⁶. Los médicos solicitaron entonces una partida para comprar suero anti-disentérico³⁷ y emetina³⁸, ya que no había ninguna de estas sustancias en la ciudad.

Las tempranas labores de los higienistas rindieron frutos. El 20 de julio el Concejo destinó una partida para comprar suero, emetina, desinfectantes, vestidos, ropa de cama y enseres para tratar en el Hospital San Juan de Dios a los enfermos hasta por 3.000 pesos³⁹. Para atender esa emergencia, fue contratada la droguería de Pastor Restrepo y Cía., (en ese momento propiedad de la sociedad Hijo de Pastor Restrepo) para que suministrara las drogas necesarias para atender la epidemia⁴⁰. El Superintendente del Ferrocarril de Antioquia fue contratado también para que comprara a la compañía Merck & Cia. de Nueva York 400 dosis de suero antidisentérico por un valor de 556 pesos⁴¹.

Al mismo tiempo, las autoridades sanitarias publicaron normas e instrucciones para evitar la propagación de la enfermedad y exigieron su cumplimiento por parte de toda la población. En los instructivos publicados, se informaba la necesidad de aislamiento del enfermo, la lim-

pieza, desinfección y restricción de quienes lo asistían, así como la obligación de los familiares o el jefe de familia del enfermo de realizar una correcta desinfección de los excusados y habitaciones contaminadas. El instructivo enseñaba también a preparar diferentes soluciones desinfectantes y su modo de aplicación y recordaba, por otra parte, la importancia de consumir agua hervida y las legumbres bien cocidas⁴².

El 22 de julio se registraban ya 81 casos de disentería en las zonas más pobres de la ciudad y 19 defunciones. Los casos más numerosos se registraron en los barrios de Quebrada Arriba, Barrio de Majalc, y por la Carrera Carabobo al Norte⁴³. Por su parte, «los médicos y practicantes municipales vigilaban constantemente el cumplimiento de las medidas higiénicas tomadas desde un principio y daban asistencia y tratamiento a los enfermos»⁴⁴. De esta manera, durante la epidemia fueron visitados 458 enfermos, de los cuales se curaron 440, se desinfectaron 104 casas, se aplicaron 2.135 inyecciones de emetina y 595 inyecciones de suero antidisentérico⁴⁵.

A pesar de los decesos, la opinión de los protagonistas fue que la campaña se manejó de un modo adecuado y exitoso, pues la tasa de mortalidad no superó el 3.5%. El 28 de agosto de 1915 el doctor Nicolás Buendía, director de la Junta Central de Higiene, con sede en Bogotá, felicitó al Concejo de la ciudad por «la manera como deben proceder las autoridades cuando alguna epidemia amenaza a los habitantes de la respectiva circunscripción»⁴⁶.

Estos acontecimientos, la actuación enérgica del personal de la Comisión y sus resultados, demostraron a la ciudad y a su cuerpo administrativo la importancia de las labores de la nueva oficina de sanidad.

Agentes terapéuticos escasos o ineficaces

Durante la epidemia de disentería fue evidente la escasez en la ciudad de agentes terapéuticos básicos como la emetina y el suero antidisentérico, mientras que, como ampliaremos más adelante, algunos remedios secretos cuyo valor terapéutico era intangible, o quizás nulo, se vendían de modo habitual en las boticas. En este sentido, se puede comprender la desconfianza del cuerpo médico hacia los farmacéutas y en general hacia la venta de específicos: tales productos no eran una solución eficaz para las enfermedades más importantes, pero muchas veces los droguistas y boticarios, en su afán de incrementar sus ganancias, preferían mantener en existencias medicamentos secretos muy publicitados

por la prensa, en lugar de contar con los agentes terapéuticos más importantes para solucionar ese tipo de eventualidades.

En años posteriores la desconfianza no dejará de aumentar. Los medicamentos extranjeros, muchos de ellos especialidades farmacéuticas, no daban siempre los mejores resultados, y el fraude era algo habitual en los específicos locales. Por otra parte, los clasificados como productos biológicos, grupo de agentes terapéuticos entre los más vendidos en ese periodo y que se pretendían preparados con todo cuidado por reputados laboratorios extranjeros, tampoco eran de fiar.

Tal fue el caso de la compra en 1917 a los Laboratorios Parke Davis & Cia. de Estados Unidos, de más de 12.000 unidades de vacuna para una epidemia de viruela que había comenzado en 1916. El doctor Jesús María Duque, quien además servía en ese momento la cátedra de Higiene en la Facultad de Medicina, incorporó a sus estudiantes en las labores de vacunación, en los barrios alejados y en las facciones de la ciudad, como Santa Elena, San Cristóbal, Poblado y Robledo. En algunos de esos lugares, que eran además los más atacados por la epidemia, la gente demostró gran resistencia al proceso medicalizador y a la campaña de vacunación. A la llegada de los médicos avisaban a los vecinos y se escondían. Otras veces a los médicos les quitaban los niños de los brazos y los amenazaban porque pensaban que la vacuna además de la viruela traía males peores⁴⁷.

A finales del mes de abril de 1917, el arribo de las vacunas solicitadas a Parke Davis & Cia. sólo dio falsas esperanzas a quienes esperaban que los productos biológicos importados podían vencer la epidemia. Cerca de 12.000 vacunaciones fueron realizadas, pero sólo 400 o 500 resultaron positivas⁴⁸. El fracaso del agente preservativo esperado por meses obligó a seguir dependiendo de las vacunas y productos biológicos producidos en Bogotá por el laboratorio privado del doctor Martínez Santamaría. Sus vacunas y sueros, aunque insuficientes pues llegaban siempre a cuentagotas, fueron en la práctica más confiables que los extranjeros. En el informe de la Comisión del mes de febrero de 1918, el doctor Jesús María Duque señaló que el laboratorio del doctor Martínez Santamaría era «el mejor del país» y que «en los primeros meses de este año estará en capacidad de producir todos los productos biológicos que nos vienen del exterior»⁴⁹.

El doctor Duque se refería al recién fundado (1916) Laboratorio Samper y Martínez creado por los doctores Bernardo Samper Sordo y Jorge Martínez Santamaría. Los fracasos con los productos extranjeros y su alto costo, sumados a los trámites con intermediarios, las dificul-

tades de transporte y, por supuesto, el talento de los médicos colombianos, fueron determinantes para que la Comisión Sanitaria de Medellín solicitara a Bogotá, durante toda la década de 1920, el abastecimiento permanente de productos biológicos como vacuna contra viruela, suero contra la fiebre paratifoidea, vacunas antirrábicas y autovacunas⁵⁰.

Acciones y discursos contra la mortalidad

Como puede observarse en los trabajos de la Comisión, el proyecto de los médicos antioqueños consistió en modernizar la ciudad en sus aspectos sanitarios y en las prácticas higiénicas de los habitantes. A comienzos del siglo xx Medellín comenzaba a aumentar su población; casi toda la gente pobre se establecía en condiciones insalubres de habitabilidad; las enfermedades cobraban muchas vidas.

Un estudio realizado por Jorge Rodríguez señalaba que en 1915 Medellín exhibía una tasa de mortalidad de 24 por cada mil habitantes. Mortalidad en ascenso, pues en 1912 era de 17 por cada mil. Esto también era verificable si se comparaba a Medellín con otras ciudades del mundo (Buenos Aires, Londres, Manchester, Lyon, Berlín, Roma o Petrogrado). Jorge Rodríguez señalaba que «la higienización era un asunto primordial por la creciente mortalidad de una ciudad con buen clima y que se pretende de civilizada»⁵¹. La mortalidad infantil con respecto a la tasa de natalidad era todavía más preocupante, porque en 1914 nacieron 2.395 niños y en 1915 murieron 520 niños menores de un año, es decir un 21.71%. Comparada con otras ciudades, Medellín duplicaba sus tasas de mortalidad, la cual según Rodríguez obedecía «principalmente a causas higiénicas y en menor grado a causas económicas»⁵². Este estudio llamó la atención de las autoridades médicas quienes instaron a alcaldes y médicos municipales a llevar estadísticas precisas de las enfermedades y defunciones con el fin de desarrollar trabajos más puntuales. Por otra parte, la posibilidad de aparición y propagación de enfermedades desde los lugares insalubres hacia el centro de la ciudad provocó que los habitantes de los barrios más acomodados miraran a los pobres y recién llegados como un peligro inminente para el cual ni la ciudad ni el cuerpo médico estaban preparados⁵³.

El proyecto de medicalización de la ciudad, si bien se fraguó durante las últimas décadas del siglo xix a partir de la creación de un

cuerpo médico de la ciudad con carácter consultivo para la administración pública, comenzó a materializarse solamente a partir de la segunda década del siglo xx⁵⁴. Sin embargo, es evidente que se trata de un proceso histórico complejo y lento, pues para esta ciudad, cien años después, no parece haber concluido.

Por otra parte, conviene anotar que la creación de la Comisión en 1914 y su posterior transformación en Junta de Asistencia y Salubridad Pública a partir de 1926, hace parte de un conjunto de preocupaciones de la elite de la ciudad, interesada en modernizar el espacio público y la vida de Medellín. La tarea principal era organizar definitivamente el espacio público urbano y modificar las costumbres y comportamientos de los 76 mil habitantes que conformaban la población de la cabecera municipal y sus fracciones⁵⁵. En la DDH y en la Comisión Sanitaria concurren los médicos que hacen parte del grupo de ciudadanos detentadores del saber y del poder. Los médicos no sólo están presentes en la dirección de este proyecto junto con los ingenieros, químicos y veterinarios a su cargo; además algunos de ellos, como Juan B. Montoya y Flórez, Gil J. Gil, Gabriel Toro Villa, Jesús María Duque, Juan Uribe Williamson, Carlos Fernández Quevedo y Emilio Quevedo, participan abiertamente en la política y ocupan cargos en el Concejo de la ciudad, haciendo valer de esa manera su autoridad y prestigio como hombres de ciencia⁵⁶. Su presencia en la administración municipal explica también la celeridad con que fueron resueltos los asuntos de higiene en la ciudad, ya que sin su presencia en el campo local de decisión es probable que las intenciones de los higienistas hubiesen quedado en ciernes, como había pasado desde finales del siglo XIX.

Por esto, a comienzos del siglo xx en Medellín las instituciones sanitarias comenzaron a limitar la libertad de los intereses privados y comerciales en beneficio de la salud pública. Para lograrlo se propuso cambiar las prácticas con respecto a la salud y la higiene, los comportamientos, los usos del espacio y el espacio mismo de la ciudad, lo que por lo demás pudo hacerlo en cierta medida. No se trató pues de los simples devaneos higienistas de unos médicos conservadores. El proyecto medicalizador fue mucho más allá de una simple ideología basada en la limpieza y la pureza de los cuerpos, se trató ante todo de la irrupción de una práctica transformadora de la sociedad que puede denominarse medicina social y en la que hoy nos reconocemos como sujetos y ciudadanos. Quizás se esté aún lejos de establecer completamente las dimensiones del problema estudiado, pero se vislumbra la

emergencia de una forma de medicina social, en la medida en que la intervención de las autoridades médicas en el campo que ellas mismas llamaron «la salud pública» se estableció como práctica permanente, con fines expansivos, y fue concebida como algo inherente al gobierno de una ciudad y de una población que pocos años atrás casi nada podía esperar del conocimiento médico. Para reconocer las magnitudes concretas de ese problema habría que tener en cuenta no sólo los miles de actos terapéuticos ejercidos sobre miles de pacientes atendidos en jornadas de vacunación, en el hospital de tuberculosos, en el dispensario municipal o en cualquiera de las oficinas de la Comisión Sanitaria, también habría que considerar los efectos de esa actividad sobre la seguridad en la circulación de agentes terapéuticos.

Dentro de la razón medicalizadora aquí estudiada hay que observar esas otras actividades, ya no del orden de lo policial y subjetivo (la vigilancia y el control), sino también en el orden del fomento colectivo de la vida (la prevención y la preservación de la salud). Los aspectos coercitivos del proyecto medicalizador van de la mano de otros procesos de alcance históricos, culturales, sociales, biológicos y políticos, ejemplo de ello es el caso de los pacientes que por lo menos podían ya arriesgarse a cambiar los padecimientos de la enfermedad por los riesgos asociados al tratamiento médico. Aunque en su mayoría católicos ultramontanos, los higienistas contaban con un proyecto que iba más allá de las simples ideas moralistas. Su proyecto no estaba hecho sólo de discursos. Fue una práctica que involucró la vida entera de la ciudad.

De esta manera, las urgencias provocadas por la presencia de constantes epidemias otorgaron protagonismo no solo a los médicos sino también a los agentes terapéuticos. En cuanto a la historia de los medicamentos en Colombia, la reforma sanitaria de 1913 y la creación de las comisiones sanitarias municipales constituye un acontecimiento significativo porque da inicio a un proceso de medicalización de los remedios.

Notas

1. Para comprender mejor los cambios en la dependencia de la higiene en Colombia desde 1887 hasta 1975 ver el anexo número 2. La Ley 84 de 1914 que derogaba la Ley 33 de 1913 restablece la Junta Central de Higiene. Si bien los historiadores no le han dado mayor importancia al tema de la legislación sobre higiene, los higienistas de comienzos de siglo afirmaban con encomio que la Ley 84 había vuelto viable su empresa. Subrayo aquí la importancia de la Ley 33 de 1913 porque a mi juicio contiene los antecedentes de la Ley 84: una nueva división de la administración sanitaria por departamentos, y el espíritu centralista de un Consejo Superior de Sanidad con sede en Bogotá. Posteriormente, la Ley 32 de 1918 crea la Dirección Nacional de Higiene en reemplazo de la Junta Central de Higiene y declara que «las disposiciones tomadas por el director no estaban sujetas a la aprobación de ninguna otra autoridad y tenían fuerza de ley». Néstor Miranda, Emilio Quevedo y Mario Hernández, *Historia social de la ciencia en Colombia*, Bogotá, Colciencias, t. VII, p. 102. La legislación era compleja y por eso se publicaron varias compilaciones: Emilio Coni, *La higiene pública y la organización sanitaria en Colombia*, Bogotá, Minerva, 1921; Carlos Arturo Jaramillo, *Higiene y asistencia pública*, Manizales, Imprenta Departamental, 1929; Carlos Martín Leyes, *Higiene: obra de estudios y de consulta, útil para médicos, farmacéuticos, higienistas, abogados, viajeros, comerciantes en general, droguistas en particular, oficinas públicas, especialmente sanitarias, alcaldías, inspecciones de policía, centros escolares, etc., etc.*, Barranquilla, Talleres Mogollón, 1936.
2. El pedido del gabinete de bacteriología se hizo por conducto de la casa Fourquez, Toutin & Azam y sería despachado bajo la dirección e inspección de los doctores Jorge Tobón y Juan B. Montoya y Flórez. El material para el análisis químico fue pedido a la casa Simon, Israel & Cia. de Hamburgo, por conducto del señor Harold Meyerheim. «Informe que el Presidente de la Junta Departamental de Higiene rinde al Gobernador, relativo a los trabajos ejecutados por ella el presente año», *Gaceta Departamental*, Medellín, 8 de junio de 1914 (724), pp. 4.771-4.773.
3. Sobre este aspecto véase el capítulo 2 del presente trabajo.
4. Ricardo Restrepo Callejas, *Proyecto de ley de Tarifa de Aduanas y exposición de motivos*, Bogotá, Imprenta nacional, 1912. Tal proyecto se convirtió, con algunas modificaciones, en la Ley 117 de 1913, *Sobre aduanas*. Véase: *Diario Oficial*, (15064), año XLIX, 6 de diciembre de 1913.
5. Medellín contaba con 29.765 habitantes en 1870; 54.946, en 1905; 71.094 en 1912; y en 1928 con 120.044. Así mismo Bogotá pasa de tener 100.000 habitantes en 1905; 121.257 en 1912; 143.994 en 1918 a 285.421 en 1928. Véase: Bernardo Tovar Zambrano, «La economía colombiana (1886-1922)», Álvaro Tirado Mejía, (director) *Nueva historia de Colombia*, Bogotá, Planeta, 1989, t. v, (cuadro 4), p. 18.
6. En 1914 ya funcionaban 214 kilómetros de vías férreas del Ferrocarril de Antioquia; 242 en 1922; 307 en 1929 y 439 en 1934. Véase: Jesús Antonio Bejarano, «La economía colombiana entre 1922 y 1929», Álvaro Tirado Mejía, (director) *Nueva historia de Colombia*, Bogotá, Planeta, 1989, t. v, (cuadro 3) p. 59.

7. Véase: Michel Molnoy, «Une multinationale pharmaceutique au début du xxeme siècle : stratégie-marketing la mondialisation déjà...», 2003, (manuscrito); José Gomes Temporão, *A propaganda de medicamentos o mito da saúde*, Rio de Janeiro, Graal, 1986.
8. Archivo personal de Nicanor Restrepo Restrepo, Colección Patrimonial Biblioteca Universidad de Antioquia, NRR/4/1-557, f. 99, D112, carta a Mr. Lucien Fourquez, Medellín, 13 de mayo de 1912.
9. P. L. Bell, *Colombia: a Commercial and Industrial Handbook*, Washington, Government Printing Office, 1921, p. 314. A partir de su experiencia como viajero y diplomático el autor también realiza una detallada descripción del país, teniendo en cuenta fundamentalmente su geografía física y humana, los distintos distritos comerciales y su volumen de importación y de producción, la educación de los habitantes, la acomodación para los viajeros, las vías de comunicación, el repunte económico, y las empresas más prosperas. El autor se interesa en las nuevas empresas en las que podrían invertir los estadounidenses, cuáles eran las condiciones legales para realizar negocios y envío de mercancías, la legislación de aduanas y patentes, y si existían o se estaban creando las condiciones para que capas más amplias de la población estuvieran dispuestas a consumir los productos estadounidenses.
10. *Ibid.*, p. 77. Sobre la experiencia suramericana de H. H. Rugby, «el Theodore Roosevelt del bioimperialismo», como lo llama David Courtwright, en relación con los intereses de laboratorios como Parke Davis y Merck para la búsqueda de mejores alcaloides, ver: David Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno*, Barcelona, Paidós, 2002, pp. 80-88.
11. Jorge Bejarano, *El Estado y las medicinas de patente, ante la Federación Médica Colombiana, Bogotá, Imprenta nacional, 1936, pp. 38-39.*
12. Néstor Botero de la Calle, «Por una industria nacional», *Progreso farmacéutico*, Bogotá, febrero de 1939, (60), pp. 21-22.
13. Philippe Pignarre, *op. cit.*, p. 50.
14. *Crónica Municipal*, Medellín, 4 de marzo de 1912, (1), p. 4
15. Jorge Sáenz, «Informe del médico y practicante municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 2 de junio de 1912, (3).
16. *Ibid.* Véase también del mismo autor: «Informe sobre la chicha y el chichismo», *Crónica Municipal*, Medellín, 12 de septiembre 1912, (13 y 14), p. 109; «Conferencias dictadas por el médico jefe municipal en las escuelas públicas: El agua como bebida», *Crónica Municipal*, Medellín, 25 de septiembre 1912, (15), p. 115 y su continuación en los números 17, y 18; «Conferencias dictadas por el médico jefe municipal en las escuelas públicas: Bebidas», *Crónica Municipal*, Medellín, 15 de marzo de 1913, (21), p. 134-135; y su continuación en los números 21, 23, 24 25; «Conferencias de higiene: Bebidas alcohólicas», *Crónica Municipal*, Medellín, 26 de julio 1913, (26), p. 199; y continuación en el número 28 de noviembre de 1913.
17. Jorge Sáenz, «Informe del médico y practicante municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 25 de septiembre 1912, (15), p. 114.
18. Jorge Sáenz, «Informe médico municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 2 de abril de 1912, (3).
19. *Crónica Municipal*, Medellín, 2 de abril de 1913, (3).
20. «Acuerdo N^o 4, junio 1913», *Crónica Municipal*, Medellín, 23 de junio 1913, (25), pp. 186-187.

21. *Crónica Municipal*, Medellín, 7 de abril de 1914, (36), p 271.
22. En este sentido, cabe recordar que en la historia de Colombia la atención a los problemas sanitarios ha sido casi siempre una preocupación en casos de emergencia. La amenaza y la presencia constante de epidemias es lo que más ha movilizad los intereses estatales para la organización de medidas adecuadas para resolver los problemas de higiene y salubridad. En la época colonial por ejemplo, fue la presencia de las epidemias de viruela de 1801 y 1802, lo que permitió a los funcionarios de la corona española realizar una campaña de inoculación para prevenir la propagación del mal. Véase: Renán Silva, *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada*, Medellín, La Carreta, 2007; asimismo las juntas de sanidad creadas a finales del siglo XIX, eran creadas en casos de emergencia, incluso a comienzos del siglo XX, así lo muestra Jorge Márquez Valderrama en «¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa Atlántica de Colombia», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. VIII, (1), may-jun-2001, pp. 133-171.
23. «Acuerdo 101 de 1913», *Crónica Municipal*, Medellín, 22 de junio de 1914, (39 y 40).
24. *Crónica Municipal*, Medellín, 15 de julio de 1914, (45 y 46), p. 349. Nicanor Restrepo también suministró las drogas para el Botiquín de la casa de Mendigos por 484,39 pesos. Véase: Acuerdo 104 de 1919, *Crónica municipal*, 2 de noviembre de 1914, (51), p. 456. Sobre la vida de este importante droguista antioqueño Véase: Carlos E. Trujillo, «In Memoriam», *Labor*, Medellín, noviembre de 1925, (26), pp. 811-826; y el bien documentado libro del historiador Víctor Álvarez Morales, *Gonzalo Restrepo Jaramillo. Familia, empresa y política en Antioquia 1895-1966*, Medellín, Faes, 1999.
25. Juan Bautista Londoño Isaza (1860-1951), nació en Sonsón. Su padre Alejandro Londoño Mejía fue médico y director del hospital de esa localidad. Juan Bautista estudió en Bogotá y se graduó como médico en 1884. Ejerció sus primeras labores profesionales en Salamina y allí se interesó por la Botánica, estudio que le permitiría posteriormente publicar un libro sobre las «Plantas medicinales de Antioquia». Este interés por la botánica lo llevará a dirigir en 1897 la tesis de grado de Jesús María Viera Isaza «Sobre la ipeca o raicilla de Antioquia», donde se promueve el uso de esa planta en la terapéutica local. Luego viaja a Europa y regresa en 1889 a Medellín, donde se casa con Beatriz Greiffenstein Vélez. En 1899 es nombrado presidente de la Academia de Medicina de Medellín. Fue elegido como diputado a la Asamblea Departamental y Representante a la Cámara. A comienzos del siglo XX, fue cofundador del periódico *El Colombiano*, y fundador del manicomio departamental. Desde 1914 hasta 1918 estuvo al frente de la Dirección Departamental de Higiene, y realizó allí una esmerada labor en la implantación de la reforma sanitaria. En septiembre de 1918 fue nombrado Director General de Instrucción Pública. Se desempeñó como decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia hasta 1927. Murió en 1951 en Medellín a la edad de 91 años. Información tomada de Juan Botero Restrepo, *La Academia de Medicina de Medellín, Fundadores y presidentes*, Medellín, 1988, pp. 46-48.
26. Resolución N° 1 de la JDH: «En vista del malísimo estado sanitario y la ausencia total de empleados y elementos necesarios para su saneamiento, Resuelve:
1º Crear para la ciudad de Medellín una comisión sanitaria permanente formada por el siguiente personal:
· Un médico higienista, que será el jefe o Director de la comisión. [\$100]

- Un secretario del director, encargado de la estadística demográfica en la ciudad. [\$40]
 - Un médico encargado de la oficina de accidentes, de la vacunación y de los reconocimientos periciales médico-legales. [\$80]
 - Dos practicantes para esta oficina. [\$30]
 - Un microbiologista y parasitologista que manejará el Laboratorio de bacteriología de la JDH. [\$50]
 - Un químico analista, que tendría a su cargo el laboratorio de análisis químico de las aguas potables y minerales, sustancias alimenticias, etc, etc... [\$100]
 - Un veterinario idóneo. [\$100]
 - Un inspector de policía sanitaria que será el inspector 5º municipal. [\$70]
 - Un secretario inspector. [\$40]
 - Un cuerpo de policía sanitaria formado por 12 vigilantes, 12 encargados de la desinfección, etc. [vigilantes \$25 y policías \$15]
 - Un instructor del Cuerpo de policía sanitaria el cual lo contratará en el Exterior el Concejo municipal. [\$100]
- La JDH propondrá al Concejo candidatos para los empleos de médicos, practicantes y químicos que por esta resolución se crea. *Gaceta Departamental*, Medellín 24 de marzo de 1914 (658), pp. 4.189-4.191.
27. «Acuerdo 68 de 1914», *Crónica Municipal*, Medellín, 8 de octubre de 1914, (55 y 56), p. 427.
 28. El doctor Jesús María Duque Duque nació en Abejorral el 17 de enero de 1878. Estudió medicina en la Universidad de Antioquia y se graduó con la tesis *Contribución al estudio de la tuberculosis en Antioquia*, Medellín, Imprenta del Departamento, 1899, cuando tenía solo 21 años. Ejerció la medicina en el norte de Antioquia, sobre todo en Yarumal. Participó en la guerra de los Mil Días de lado de las fuerzas del gobierno bajo las órdenes del General Carlos Albán destacado en Panamá. Posteriormente hizo estudios en las clínicas de París. En 1908 regresó a Europa donde hizo estudios de urología, principalmente en el Servicio del profesor Marion y en el de Albarrán. A su regreso en 1913 se radicó definitivamente en Medellín donde se distinguió por sus labores como higienista. Desde su cargo como Jefe de la Comisión Sanitaria Municipal, impulsó la construcción del hospital de tuberculosos La María y estuvo al frente de las cátedras de Terapéutica, Patología interna y de Higiene en la Facultad de Medicina. Fue elegido senador por el partido Conservador entre 1943 y 1946. Murió en Medellín el 1º de junio de 1947. Información tomada de: Óscar Duque Hernández, «Biografía de J. M. Duque» (manuscrito); Véase también: Gil J. Gil, «Dr. Jesús María Duque», *Boletín Clínico*, septiembre de 1935, (15), año II, pp. 99-100.
 29. «Acuerdo 68 de 1914, Por el cual se da cumplimiento a la Resolución 1 de la Junta Departamental de Higiene del 14 de marzo», *Crónica Municipal*, 8 de octubre de 1914, (55 y 56); sobre el cargo de Jorge Sáenz, véase: «Informe que el Presidente de la JDH rinde al Gobernador, relativo a los trabajos ejecutados por ella el presente año», *Gaceta Departamental*, Medellín, 8 de junio de 1914 (724), pp. 4771-4773.
 30. AHM, Fondo Alcaldía, JASP, t. 196, f. 35, carta de Juan B. Londoño, director departamental de Higiene al doctor Jesús María Duque, Medellín, 22 de octubre de 1914.
 31. «Durante diez años, de 1904 a 1914, nada, absolutamente nada se hizo de importancia en el ramo de la higiene en Antioquia. En este lapso Antioquia luchó por reparar

- las pérdidas de oro: el de sus bancos; de vida, las de sus hijos en la guerra y de prestigios y preponderancia que le habían hábilmente sustraído de fuera los colombianos durante la guerra y después de ella, el gobierno del quinquenio». Juan B. Londoño, «Datos para la historia de la fundación del dispensario llamado hoy Instituto Profiláctico», *Boletín Clínico*, Medellín, II (1), junio, 1935, p. 10. Citado también en Libia Restrepo, *Médicos y Comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930*, Medellín, IDEA, 2004, p. 201 (Hay edición reciente, La Carreta, 2006).
32. Jesús María Duque, *Contribución al estudio de la tuberculosis en Antioquia*, Medellín, Imprenta del Departamento, 1899.
 33. Como señalan Quevedo, Miranda y Hernández, sólo a partir de 1918 las disposiciones tomadas por el Director Nacional de Higiene no estarían sujetas a ninguna autoridad y tenían fuerza de ley. Véase: Néstor Miranda, Emilio Quevedo, Mario Hernández, *Historia social de la ciencia en Colombia*, t. VIII, Medicina, Bogotá, Colciencias, 1993, p. 102.
 34. «Informe de la Comisión Sanitaria de agosto y septiembre de 1914», *Crónica Municipal*, Medellín, 28 de junio de 1915, (80, 81, 82 y 83), pp. 622-623.
 35. «Hay cuatro especies de organismos bacteriales que causan la disentería y cada bacteria tiene una gran variedad de serotipos, pero la Shigella es el más importante. La Shigella tipo 1 ó Sd1 es la más virulenta y es la única que puede causar una epidemia. Además de la diarrea con sangre, la enfermedad causa dolor rectal, espasmos abdominales, retortijones, vómitos y fiebre. También produce fallas renales y uremia. En un 5-15% de los casos es fatal en tiempos de paz, pero en tiempos de guerra cuando no hay a la mano las medicinas adecuadas en cantidad y variedad, la mortalidad puede ser infinitamente mayor. La enfermedad es muy virulenta, sólo 10 bacterias son suficientes para enfermar a una persona.
El contagio se realiza de persona a persona y por la ingestión de alimentos y agua contaminados. Afecta a todas las edades, siendo mayor la incidencia en adultos y los casos fatales mayores en los niños. El mayor problema con esta enfermedad es que el bacilo se hace cada vez más resistente a los antibióticos y se hace muy virulenta en casos de desnutrición.
El tratamiento exige la hidratación del paciente con compuestos salinos. Cuando la enfermedad es correctamente tratada puede durar 4 semanas». Tomado de: <http://www.exordio.com/1939-1945/militaris/medicine/disenteria.html>, visitada el 1º de junio de 2006.
 36. Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad», *Crónica Municipal*, Medellín, 8 de abril de 1916, (117).
 37. Este suero es antitóxico y antimicrobiano y cura únicamente la disentería bacilar (bacilo de Shiga), forma habitual en los países templados, y disminuye su eficacia en la disentería amibiana de los países cálidos. Puede ser empleado preventivamente en dosis de 10 centímetros cúbicos y da una inmunidad pasajera (alrededor de 10 a 12 días) contra la disentería. Este suero, inyectado en cantidad suficiente, detiene y cura la infección que determina las lesiones del intestino grueso y la intoxicación que puede resultar del cultivo microbiano en el foco de las lesiones. Véase: Augustin-Nicolas Gilbert et Charles Michel, *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie*, París, Octave Doin, 1925, p. 407.
 38. La emetina (Clorhidrato), uno de los alcaloides de la ipeca, es un polvo blanco que se torna amarillo al alterarse con la luz. El clorhidrato es una sal pura microcristalina

- exenta de cefalina (otro alcaloide de la ipeca), muy soluble en el agua. La emetina es menos vomitiva y más expectorante que la cefalina. Según A. Gilbert y Charles Michel, la emetina había sido preconizada como medio de diagnóstico y como remedio cuasi-específico de la disentería amibiana y de sus complicaciones amibianas del hígado. Los autores franceses agregan: «En efecto, la disentería amibiana es considerablemente modificada (en 3 o 4 días) e incluso vencida por las *inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de emetina*, mientras que la disentería bacilar no da respuesta alguna a ese tratamiento, para la cual es efectivo el *suero antidisentérico bacilar*. Bajo los efectos del clorhidrato de emetina el número de deposiciones disminuye rápidamente al mismo tiempo que se vuelven menos sanguinolentas y más consistentes». Además el agente infeccioso de la enfermedad, la *entameba disentérica*, desaparece poco a poco del hígado, del intestino y de las heces, mientras que el estado general se mejora». Augustin-Nicolas Gilbert et Charles Michel, *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, Octave Doin, 1925, p. 205. Es importante señalar que si bien los médicos hablaban de una epidemia de disentería infecciosa también había presencia de disentería amibiana en el mismo momento de la epidemia. Según los informes para el 22 de julio se registraban 81 casos de enfermos y 7 defunciones por disentería amibiana y 12 por disentería infecciosa.
39. Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad», *Crónica Municipal*, Medellín, 8 de abril de 1916, (117), p. 672.
 40. *Ibid.*, p. 680.
 41. Acuerdo N^o 96 de 1915 a favor del superintendente del Ferrocarril de Antioquia, *Crónica Municipal*, Medellín, 2 de septiembre de 1915, (89); *Ibid.*, 30 de septiembre de 1915, (92), p. 720.
 42. «Documentos relativos a la epidemia de disentería», *Crónica Municipal*, Medellín, 24 de julio de 1915, (86), pp. 669-676.
 43. *Ibid.* En informes posteriores la Comisión sólo hablará de 18 muertos.
 44. Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad», *Crónica Municipal*, Medellín, 8 de abril de 1916, (117).
 45. *Ibid.*
 46. *Crónica Municipal*, Medellín, 22 de septiembre de 1915, (90 y 91), p. 715.
 47. Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad, correspondiente al mes de mayo de 1917», *Crónica Municipal*, Medellín, 10 de septiembre de 1917, (171), pp. 1.344-1.352.
 48. *Ibid.*
 49. Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad, correspondiente al mes de febrero de 1918», *Crónica Municipal*, Medellín, 31 de mayo de 1918, (207 y 208), p. 1.642. En los meses siguientes los problemas de suministro de vacuna no cambiarían: «... A pesar de los frecuentes telegramas que el señor director departamental de Higiene envía a la Junta Central, jamás llega ésta [vacuna para la viruela] en cantidad suficiente para inmunizar siquiera los establecimientos públicos. Me permito recordar al H. Concejo que el laboratorio Samper y Martínez está suministrando una buena linfa, que tanta falta está haciendo a la Comisión, para practicar una vacunación general». Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal correspondiente al mes de septiembre de 1918», *Crónica Municipal*, Medellín, 26 de marzo de 1919, (235), p. 1866.
 50. Según Quevedo, Miranda y Hernández, el Laboratorio Samper y Martínez se convirtió «en un importante eslabón de la investigación médico-clínica y de salud pública en Colombia», *op. cit.*, pp. 95-96. Lo anterior se confirma por el hecho de que en

- 1926 ese Laboratorio pasó a manos del Estado y se transformó en una dependencia efectiva de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública. A partir de entonces, toma el nombre de Laboratorio Nacional de Higiene Samper Martínez. Véase: Colombia. Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. *Laboratorio Nacional de Higiene Samper Martínez*, Bogotá, Cromos, 1940.
51. Jorge Rodríguez, «Apuntes estadísticos: Mortalidad en Medellín», *Crónica Municipal*, Medellín, 13 de septiembre de 1916, (137), p. 1.082.
 52. *Ibíd.*
 53. Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad», *Crónica Municipal*, Medellín, 8 de abril de 1916, (117), p. 672; Véase también: Fernando Botero Herrera, *Medellín 1890-1950. Historia urbana y juego de intereses*, Medellín, Universidad de Antioquia, 1996, capítulo III.
 54. Para estudiar la institucionalización de los médicos antioqueños véase: Jorge Márquez Valderrama, *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*, Medellín, Universidad de Antioquia / Universidad Nacional de Colombia, 2005; y sobre algunas discusiones en cuanto a los proyectos realizados por las autoridades médicas, como el de la campaña antituberculosa, véase: Álvaro Cardona, *Problemática médica antioqueña y su marco sociopolítico en la primera mitad del siglo xx*, Medellín, Universidad de Antioquia, 1984.
 55. Anuario estadístico de Medellín, nº VII, Oficina de Estadística Municipal, Tipografía Bedout, 1922.
 56. Gabriel Toro Villa, Juan B. Montoya y Flórez, Juan Uribe Williamson y Emilio Quevedo, fueron concejales en el periodo de 1913 a 1915; por otra parte, en una de las actas del Concejo, fechada el día 5 de julio de 1915, se menciona que el «H. concejal Montoya y Flórez, disertó largamente sobre lo pernicioso de la cal como alimento y por consiguiente, de lo defectuoso de las sales que la contienen. Esto motivó la siguiente proposición que el concejo aprobó: dígase al Sr. Médico Jefe de la Comisión Sanitaria que vea si es el caso prohibir la venta de ciertas sales que, por contener un grande exceso de sulfato de calcio, son nocivas para la salud, y por consiguiente impropias para usos domésticos». Se evidencia allí el ejercicio de los médicos como hombres de ciencia y administradores públicos. AHM, Alcaldía, JASP, t. 196, f. 71. Para Ricardo Olano, por ejemplo, el Concejo debía «estar compuesto de ingenieros, médicos, hombres de negocios, abogados, arquitectos, industriales. No se ve qué papel pueda hacer un político en un Concejo Municipal», Ricardo Olano, «Propaganda Cívica», Medellín, Bedout, 1930, p. 70, citado en Fernando Botero Herrera, *Medellín 1890-1950. Historia urbana y juego de intereses*, Medellín, Universidad de Antioquia, 1996, p. 32-34.

Capítulo 2

Campaña contra el comercio de remedios ilegales (1914-1929)

En esta investigación se habla de campaña contra el comercio de remedios ilegales porque se trata de la conjunción de varios elementos en un proceso de medicalización: la declaración y asentimiento general de la existencia de un objeto, enemigo o mal que pone en riesgo la vida o estabilidad de la población; esto implica la toma de medidas legislativas y coercitivas (decretos y resoluciones) para impactar una población y un territorio determinado; demanda también el nombramiento de funcionarios, el gasto en dispositivos técnicos (hospitales, dispensarios, laboratorios), y el diseño de instrumentos de control (encuestas, planillas de solicitudes, informes). Como en una guerra, la duración de las operaciones de la campaña es indeterminada, se extiende hasta que el objeto haya sido sometido o al menos reducido en su peligrosidad.

En Antioquia y en especial en Medellín durante el periodo de existencia de la Comisión Sanitaria y de la Dirección Departamental de Higiene, los médicos trataron de regular el comercio de remedios. Con ese objetivo encabezaron una campaña para perseguir a los vendedores ilegales de medicamentos. Su éxito pudo ser variable, pero la persistencia fue ejemplar¹.

Remedios secretos y específicos

La historiografía tradicional sobre historia de la farmacia afirma que a partir finales del siglo XIX y comienzos del XX se presenta una ruptura con la antigua forma de preparaciones medicamentosas basada en la polifarmacia². En esa práctica farmacéutica era habitual la preparación de remedios complicados, extractos y tinturas de plantas cuyas diversas sustancias tendían en ocasiones a neutralizarse entre sí. Como lo señala la historiadora Nina Hinke para el caso mexicano:

Al mismo tiempo que construían una genealogía científica ligada a la tradición química, los farmacéuticos repudiaron su pasado gremial y a la terapéutica basada en medicamentos elaborados con varias sustancias medicinales. La Triaca que –con sus más de cien ingredientes y su elevada reputación– había consti-

tuido durante mucho tiempo uno de los privilegios del Colegio de Boticarios de Madrid, comenzó a ser vista a finales del siglo XIX como un medicamento oscuro e irracional³.

En Colombia, el estudiante de medicina Francisco Tovar reportó a finales del siglo XIX un preciso distanciamiento frente a las antiguas formas de preparación farmacéutica y una crítica a los imaginarios populares de la enfermedad y la curación:

... los enfermos contribuyen en gran manera al buen éxito de la polifarmacia, pues casi todos gustan de remedios complicados y se ve que es mayor la confianza cuando son más extravagantes los ingredientes, porque el estado en que pone una enfermedad al paciente, le hace aumentar la inclinación natural que existe en el hombre á buscar y admirar lo que no comprende, lo cual es difícil hacer desaparecer del ser humano, pues estas inclinaciones son hijas de la ignorancia y de la impotencia de la medicina, y que tarde que temprano desaparecerá [...] ⁴.

La institucionalidad médica comienza pues a adelantar posiciones críticas respecto a las prácticas e imaginarios populares de la salud y la enfermedad, pero el estudiante Tovar supo además vislumbrar cómo el apego a las antiguas formas terapéuticas era también un asunto antropológico, aunque producto de la «ignorancia y de la impotencia de la medicina». Lo que no sabía era que algunas décadas después, cuando la medicina pudo contar con un arsenal terapéutico más poderoso, proveniente de la generalización de los descubrimientos en el campo de la quimioterapia, no podría hacer mucho en contra «la inclinación natural que existe en el hombre a buscar y admirar lo que no comprende»⁵.

A comienzos del siglo XX la polifarmacia es vista por los médicos como un recurso de teguas y empíricos, quienes no sabían reconocer la diversidad de la terapéutica⁶. El médico Leonidas López López afirmaba que «el médico sabe más que el tegua porque al menos sabe más lo que ignora que lo que sabe», además se trata de un hombre de ciencia que «conoce el cuerpo humano como un relojero el mecanismo complicado del reloj en sus más diminutos engranajes, sabiendo que la más ligera influencia dinámica, química o física, intrínseca o extrínseca, apresura, retarda, desequilibra, rompe»⁷. López López señalaba que en algunos casos era más aconsejable practicar una medicina expectante, seguir el curso de la enfermedad, y saber reconocer cuándo no es posible salvar al enfermo que aplicarle múltiples medicamentos que «solo envenenan al cuerpo debilitado». Por eso, según

él, la hidroterapia era una alternativa terapéutica tan importante como la dieta equilibrada y el timol⁸.

Pero a partir del aislamiento de los principios activos de las plantas usadas en las viejas farmacopeas, muchos creyeron que a cada enfermedad correspondía un remedio determinado. Esa idea pudo ser explotada durante años por los vendedores de medicamentos llamados específicos, tan anunciados en la prensa desde el siglo XIX y en las ciudades colombianas de comienzos del siglo XX. Ciertos médicos, farmacéutas y empíricos con algún prestigio aprovechaban los tiempos de epidemia y las enfermedades más comunes para vender esas preparaciones particulares. La especificidad podía provenir de una supuesta eficacia –acción «específica»– contra determinada enfermedad. Podía ser especificidad para borrar un síntoma o un conjunto de síntomas. Pero también se la entendía como la singularidad de sus modos de fabricación: medicamento compuesto según una receta personal y no a partir de las fórmulas publicadas en los *Codex* o formularios más reconocidos⁹.

El estatuto legal de los específicos era incierto y se lo intentará definir en un capítulo posterior, pero conviene tener en cuenta que ante todo el comercio de específicos debía ser controlado por las autoridades debido al desconocimiento de la composición de esos remedios. Generalmente, sus creadores no publicaban la fórmula en la etiqueta, como mandaba la ley, pues pretendían así proteger de la competencia y las falsificaciones una fórmula de su invención. En lugar de ésta se colocaba un nombre sugestivo de fácil memoración, el cual casi siempre hacía referencia al nombre de su inventor, a un médico famoso, a la enfermedad para la que se le indicaba o al conjunto de síntomas que aliviaba.

Es difícil establecer una clara diferenciación semántica entre «remedio secreto» y «específico». Sólo se puede deducir que no todos los específicos eran remedios secretos, pero quizás casi todos los remedios secretos eran concebidos como específicos. Estas dos denominaciones eran usadas muchas veces como sinónimos, pero en ocasiones designaron ligeras variaciones que dependían del punto de vista de quien se refiere a los remedios en cuestión, bien sea a favor o en contra. Sin embargo, la mejor definición de remedio secreto fue realizada por el Director Departamental de Higiene, Juan B. Londoño quien en una circular dirigida a los alcaldes afirmaba: «Se entiende por remedio secreto aquel cuya composición se ignora. No está prohibida su venta de modo absoluto, pero nadie puede venderlo si no media prescrip-

ción de un médico, sea la medicina preparada con fórmula propia o ajena»¹⁰. El nuevo interés de las autoridades estaba dirigido a que cada médico supiera con exactitud y tino qué era lo que recetaba.

Sin embargo, para las autoridades médicas, si el remedio de fórmula desconocida era preparado por un individuo con un saber legítimo (médico o farmacéuta), la denominación de específico no conllevaba el valor negativo del remedio secreto. Si, por el contrario, el remedio era preparado por teguas, empíricos, farmacéutas, médicos no licenciados o de dudosa reputación, sus específicos eran mirados con sospecha, lo que los ubicaba en el grupo de los remedios secretos. Aunque la legislación restringía con dureza su comercio, los remedios de algunos médicos y boticarios cuya eficacia y seguridad habían sido probadas en la terapéutica local, no fueron percibidos —al menos antes de 1914— como un verdadero problema para la salud pública.

Siguiendo los hallazgos de la historiadora Sophie Chauveau para el caso francés, es posible sospechar que la diferencia entre remedios secretos y específicos no es tanto una diferencia sustantiva, sino más bien legislativa¹¹. Si el medicamento había sido patentado se hablaba de «específico», «especialidad», «medicamento de patente», aunque la patente no garantizaba la calidad o eficacia del producto. En caso contrario, se le denominaba «remedio secreto». La legislación farmacéutica francesa los prohibió desde el siglo XIX y en Antioquia el Código de Policía vigente en 1916 también estipulaba esa prohibición, pero de manera más ambigua, pues podía haber excepciones a los «remedios cuyo uso esté sancionado como inocente por larga experiencia o declarado tal por tres médicos a quienes se haya dado examinar la fórmula»¹².

En la medida en que los medicamentos patentados y no patentados se fueron volviendo cada vez más objetos habituales de consumo entre la población, la Dirección Departamental de Higiene emprendió la tarea de revisar por su cuenta las composiciones, no solo para determinar su legitimidad, sino también con el fin de vigilar la calidad y el estado de las sustancias usadas en su manufactura.

Para las autoridades médicas, las preparaciones particulares no dejaban de representar un problema, pues ¿cómo garantizar que las composiciones vendidas bajo esos nombres sugestivos estuvieran preparadas bajo estándares adecuados y no fueran peligrosas para la salud? La fama alcanzada por los específicos de nombres llamativos, que muchas veces se referían directamente a la enfermedad o al conjunto de síntomas, posibilitó la venta irresponsable de esas sustancias. Por lo

demás, *el específico* es, desde su definición misma, un problema para la medicina positiva. Al pretender que a una enfermedad le corresponde un remedio activo y una prescripción única se cae en una mitología terapéutica, puesta ya en evidencia por Claude Bernard desde el siglo XIX, cuando señaló que el remedio más activo puede convertirse en su contrario y agravar la enfermedad¹³.

En Colombia, el aumento de la oferta de estos productos, su sugestiva publicidad en la prensa y la generalización de su consumo pusieron en alerta a las autoridades sanitarias acerca de la calidad y seguridad de esas drogas. La pregunta puede plantearse en estos términos: ¿cómo comerciar con un medicamento de fórmula personal, sin estar en los límites de la ilegalidad? La legislación definía que si alguien realizaba una mejora o invención debía pedir una licencia para explotarla. Por esta pragmática, el remedio pasaba de ser un simple *específico* a convertirse en un *medicamento de patente*. Al ser registrado por el Ministerio de Comercio y Agricultura o por la Dirección Nacional de Higiene, se suponía que ya había sido analizado químicamente y demostrada la seguridad de su composición.

Sin embargo, eso era la legislación, el mundo de la lógica, por así decirlo. No todos se interesaban en realizar los trámites necesarios para obtener una patente, lo que incluía el envío de una solicitud formal de patente de privilegio al Ministerio de Industria y Comercio, acompañada de dos muestras del producto con su respectiva fórmula, el procedimiento de fabricación y, finalmente, el pago al fisco nacional de una suma que oscilaba entre \$10 y \$100, según el tiempo pedido para la explotación de la patente y el criterio del Ministerio¹⁴. Al parecer, no siempre se efectuaba este procedimiento, y los *específicos* se vendían muy bien en las ciudades donde el control de las autoridades era laxo o simplemente no existía. En las zonas rurales y los pueblos, la ausencia de médicos y boticarios fortalecía aun más el comercio de los *específicos* en la medida en que su automedicación reemplazaba al personal experto¹⁵. En esas circunstancias cualquier medicina podía ser vendida, a veces hasta el punto de agotar las existencias. A título de hipótesis, podríamos afirmar que durante el siglo XIX y comienzos del XX la motivación de patentar un medicamento, como cualquier otra invención, tenía que ver más con la posibilidad de proteger un producto de su copia por otros competidores que con el deseo mismo y la obligación ética de ceñirse a las normas estatales de invención y de comercio de productos relacionados con la salud pública.

El análisis químico de los remedios: un examen imposible

A finales del siglo XIX y comienzos del XX en Antioquia, los peritos médicos se quejaban de la falta de reactivos necesarios para realizar los análisis de las sustancias existentes en los órganos y tejidos de los cadáveres sometidos a autopsia. Esto da cuenta de la precariedad del sistema de salud pública, pero también pone en evidencia la ausencia de laboratorios para el análisis químico, lo que nos permite sustentar la hipótesis de la ausencia de examen previo a la entrega de patentes de medicamentos. Dos casos servirán para evidenciar este problema. El primer caso, un poco anterior al periodo que estudiamos, perfila el espacio de precariedad donde irrumpirán las nuevas prácticas.

El día 21 de agosto de 1890 el alcalde del municipio de La Estrella, «debido a la falta de reactivos y de personal competente en ese distrito», remitió el cadáver del señor Nicolás Mesa a la alcaldía de Medellín «para la práctica de las diligencias previas para averiguar si hubo o no envenenamiento»¹⁶. La autopsia fue realizada por el doctor Andrés Posada Arango, quien atendió sin mucho gusto su obligación y aprovechó para denunciar la inoperancia del Estado en el ramo de la medicina legal:

... Obligado por la autoridad a hacer la autopsia del cadáver de Nicolás Mesa, en momentos en que no tenía tiempo de que disponer, porque imperiosos deberes de otra clase me llamaban y eso por no haberse hallado ningún otro perito en la ciudad, no me era dado prestar, a este delicado asunto toda la atención que en tales casos se requiere. Culpa es ésta del abandono con que la administración pública ha mirado siempre, entre nosotros, todo lo que se refiere a la medicina legal. No obstante lo expuesto, diré que examiné la laringe, el encéfalo, las cavidades torácicas y abdominales con sus respectivas vísceras y no hallé lesión alguna patológica que explicara satisfactoriamente la muerte¹⁷.

El doctor Posada separó en frascos con alcohol el contenido del estómago, una parte del hígado y el duodeno, para que fueran examinados por los «peritos químicos». En ausencia de personal especializado en esa función de peritaje, fue designado el personal de química de la Escuela de Minas. Tras minucioso examen los peritos presentaron un informe detallado sin resultados concluyentes de envenenamiento y volvieron sobre los problemas de los honorarios y de la carencia en la ciudad de un trabajo profesional de peritaje:

No es justo exigir que se ejecuten sin remuneración trabajos tan largos y de tanta responsabilidad como el que por ejemplo damos cuenta en este informe, sobre todo cuando las personas que los desempeñan sufren trastornos en sus tareas diarias e ineludibles. Por otra parte, ya es tiempo de que para la adminis-

tración pública se establezca la igualdad de condiciones a que tienen derecho todos los habitantes, ciudadanos o no de una República, como la de Colombia. Exigimos, por tanto, la suma de 60 pesos, por emolumentos de la Comisión que damos cumplida. Reconocemos el deber de prestarle auxilio a la Autoridad pública, sirviéndole gratis y con buena voluntad, durante algunas horas y con uno o más días siempre y cuando las tareas obligatorias no sufran notable perjuicio por trabajar sin remuneración durante varios días [...]¹⁸.

Otro caso, proveniente también de los archivos judiciales, muestra que aún en 1910 persistía la incapacidad material de las autoridades para realizar análisis químicos. El 10 de enero de 1910 en el municipio de Jericó, los doctores Alejandro Vásquez y José Manuel Ángel no pudieron realizar el examen de unos residuos de medicamentos hallados en casa de una mujer llamada Rosalía Córdoba, quien había muerto después de ingerir unas píldoras, porque «carecían de un laboratorio propio para el efecto». La falta de recursos materiales complicó y alargó el proceso adelantado contra Tomás Gregorio Patiño, quien fue acusado de envenenar a Córdoba, pues le recetó medicamentos sin tener permiso para ejercer la profesión médica. Esto obligó a que los jueces recurrieran a numerosas declaraciones para solucionar el caso. Algunos testigos declararon sobre la correcta práctica del empírico Patiño y la larga enfermedad de la mujer muerta, lo que benefició al acusado, de tal modo que el caso se sobreesayó a su favor¹⁹.

Muchos problemas de investigación, desde el ámbito jurídico, la práctica médica y la administración de la salud del departamento, podrían sugerirse aquí, pero ello merecería una investigación aparte. Sin embargo, conviene resaltar el hecho de la ausencia de alguna institución y de personal suficiente con capacidad de efectuar de modo permanente análisis químicos para el departamento de Antioquia.

Asimismo, los medicamentos que ingresaban al mercado local no recibían más controles que los de los funcionarios de aduana. Si por sospechas por parte de las autoridades, el envenenamiento de algún paciente o por alguna otra razón extraordinaria, se realizaba un análisis, éste se efectuaba forzando los intereses y capacidades de la administración y del cuerpo médico local.

Comienza a consolidarse el control del medicamento

El creciente consumo en la ciudad de Medellín de específicos de efectos dudosos fue uno de los primeros problemas que la Comisión Sanitaria Municipal enfrentó. En efecto, se propuso analizar química

y perentoriamente esos remedios, uno a uno, lo que pone de manifiesto el escaso cumplimiento de la legislación de patentes vigente en ese momento. Los pocos remedios de efectos terapéuticos probados y seguros, y de composición conocida por el cuerpo médico de la ciudad, fueron eximidos de esta obligación²⁰.

El control ejercido por las nuevas autoridades sanitarias estaba dirigido a orientar desde la medicina una serie de actividades que superaban la injerencia habitual del cuerpo médico. Esto permite hablar de un proceso de medicalización de la farmacia y el comercio de remedios, lo cual cubría simultáneamente varios objetivos:

- Al exigir licencia o título a los médicos y farmacéutas se intentaba privilegiar en la ciudad el ejercicio legal de estos oficios. Lo que se traducía en una lucha abierta contra el empirismo y el tegüismo.
- Al vigilar las prescripciones de los médicos se intentaba controlar errores de diagnóstico y preferencias por algún boticario de la ciudad. Se intentaba imponer un control ético de la relación prescriptor/preparador de remedios, para evitar abusos con los pacientes y hacer respetar su libertad como consumidores.
- Al controlar la preparación correcta e higiénica, los lugares de venta y el estado de las sustancias, se intentaba frenar las constantes intoxicaciones de pacientes.
- Al vigilar y controlar el comercio de sustancias tóxicas, se pretendía proteger a los pacientes de los accidentes, envenenamientos, adicción o incluso de la muerte.
- Al prohibir la circulación de los «remedios secretos» se intentaba divulgar el contenido de las prescripciones para que éstas pudieran ser controladas por expertos. Este es el comienzo de la protección del derecho de los pacientes a conocer lo que se les prescribía.

Con estos objetivos, desde sus primeros días de labores, los miembros de la Comisión Sanitaria establecieron como prioridad el análisis de las sustancias que circulaban dentro del mercado local. En los dos primeros meses de funcionamiento, en el Laboratorio Químico Municipal, a cargo del químico suizo Enrique Ehrensperger, se analizaron aguas de las quebradas Santa Elena y Piedras Blancas, leches, bebidas gaseosas, cervezas, alimentos, café y, además, un medicamento²¹. Estas tareas continúan durante todo ese semestre y los años siguientes. Al comienzo, las autoridades sanitarias buscaban realizar una «... revisión minuciosa de los preparados con fórmula conocida con el fin de impedir la venta de los que no la tienen»²².

De esta manera, se daba inicio en Medellín a una importante campaña de control del comercio de los agentes terapéuticos. Gracias a la gestión de los doctores Jesús María Duque y Juan B. Londoño la Comisión se interesó rápidamente en el comercio de remedios secretos, en el ejercicio ilegal de la farmacia y en el correcto despacho de fórmulas en las boticas, aun cuando la legislación en materia de farmacia y medicamentos seguía siendo vaga y era muy difícil contar con agentes de sanidad dedicados de modo exclusivo a esas labores. Como lo señala el doctor Duque en su informe de los meses de abril y mayo de 1915:

... Para cumplir algunas disposiciones del Código de policía y por insinuación del Sr. Director Departamental de Higiene, he comenzado la visita de inspección a Droguerías y farmacias de la ciudad, con el fin de suprimir sobre todo la venta de algunas preparaciones secretas, conocidas con el nombre de específicos, con los cuales se engaña al público y se le causa muchas veces grave mal. En esta visita me han acompañado los señores jefes de Laboratorios y el Médico de Accidentes. Como este asunto requiere la revisión minuciosa de una cantidad innumerable de preparaciones farmacéuticas es trabajo largo y demorado. El resultado de esta Comisión lo comunicaré en un informe venidero²³.

El trabajo conjunto de la Dirección Departamental de Higiene, la Comisión Sanitaria y la Inspección de Sanidad no tardó en arrojar resultados.

El 21 de mayo de 1915 la Dirección Departamental de Higiene, después del análisis que E. Ehrensperger realizara a un medicamento llamado *Gran Tónico Pectonoy*, se concluyó que era un «producto de muy escaso valor terapéutico y objeto de estafa más bien que de otra cosa». Por lo cual se resolvió la prohibición de venta en el departamento y se dio orden para «avisar por telégrafo a los Alcaldes del departamento, y llamarles la atención para que prohíban su venta»²⁴.

El 12 de julio de 1915, la misma oficina prohibió también la venta de «Pomada maravilla», «Odontina», «Elixir de familia», «Callicida Rondaut» y «Jabón ideal», «confeccionados por los señores Salvador N. Canet y Agustín López, de nacionalidad española, en forma y modo como están haciéndolo, porque eso constituye simplemente un recurso vulgar para explotar la candidez de la gente ignorante, inmoralidad que no debe permitirse en tierra alguna»²⁵. Además el permiso otorgado por la DDH, tan solo una semana antes, al señor López para vender esos productos también fue revocado. La prohibición de venta de estos y otros remedios, provocó que los comerciantes más avisados enviaran numerosas solicitudes con las fórmulas de sus productos para que la DDH no impidiera su venta²⁶.

En noviembre de 1915 la Inspección 5^a efectuó 36 conminaciones a boticarios y dueños de droguerías «sobre prohibición de vender drogas tóxicas y venenosas que sean un peligro para la salubridad pública». Además, la Inspección 5^a tomó numerosas declaraciones sobre envenenamientos y venta de sustancias tóxicas²⁷.

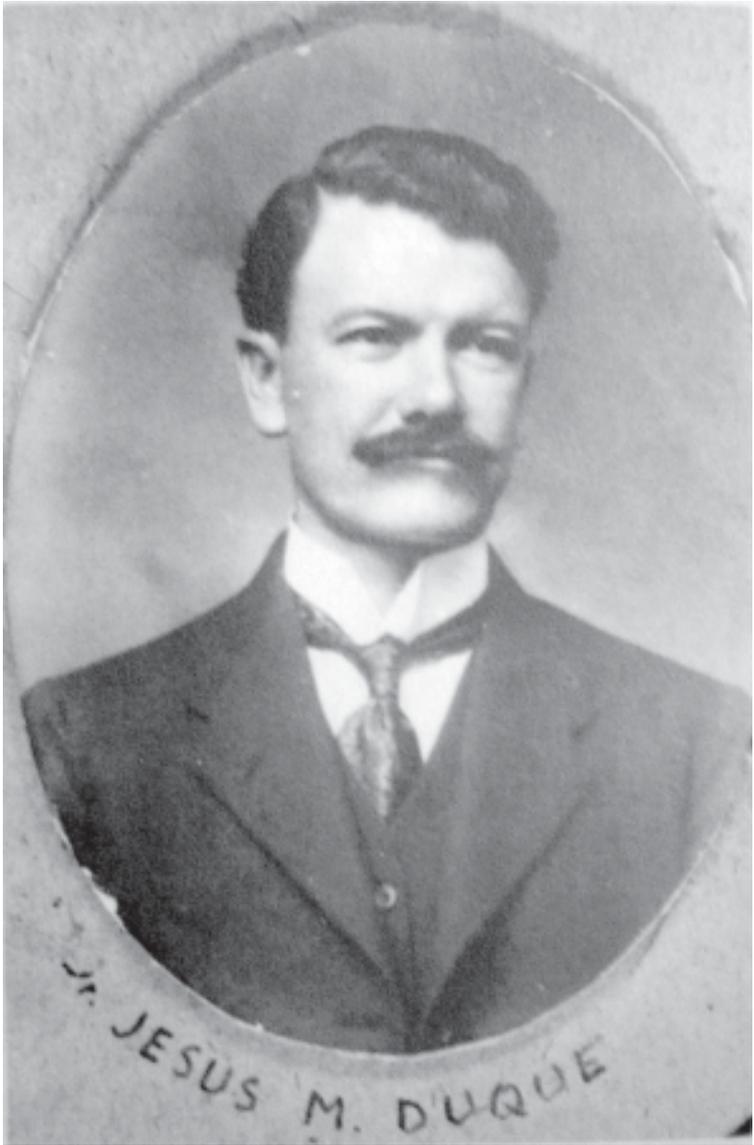
En el mes de mayo de 1916 la Inspección 5^a realizó diligencias «para averiguar el envenenamiento de Ana Barrientos y Ernestina Mejía, a fin de hacer efectiva la multa de 20 pesos a los boticarios que vendieron sustancias tóxicas para dicho envenenamientos»²⁸.

Como de las declaraciones recibidas a Rita Correa, Cecilia Rodríguez, Luisa Sánchez, Ana Barrientos y otra, resultó que los señores Octavio Quevedo Álvarez, Guillermo Molina, Delio Alzate y Pedro Uribe B, dueños de boticas en esta ciudad vendieron sustancias venenosas o tóxicas, sin fórmula de médico, para lo cual habían sido conminados con la multa de 5 pesos, se les notificó la iniciación de las diligencias para hacerles efectiva dicha multa²⁹.

Como lo anunciaba el director de la Comisión en el informe citado más arriba, la campaña de control de medicamentos y de farmaceutas requería labores prolongadas y dispendiosas. Al mismo tiempo él era el médico municipal y como tal tenía inmensas y urgentes responsabilidades con los problemas de epidemias o de amenazas de epidemia en la ciudad. Estas circunstancias hicieron que el control de medicamentos en Medellín, fuera a veces irregular durante los primeros años de la Comisión, pero la Dirección Departamental de Higiene estuvo siempre atenta al control de los medicamentos que circulaban en el resto del territorio antioqueño.

El laboratorio químico como dispositivo de control

La libertad de la circulación del medicamento en Colombia se restringirá fuertemente durante la segunda década del siglo xx. Los concejos municipales y los gobiernos departamentales autorizaron partidas para el funcionamiento de sus respectivas oficinas sanitarias, lo que les permitió fundar adecuados laboratorios químicos en las ciudades más importantes. Como se afirma más arriba, en Medellín, el Laboratorio Químico y el Laboratorio Bacteriológico Municipal fueron desde un principio la mano derecha de la Comisión Sanitaria y de la Dirección Departamental de Higiene. Los cumplidos informes mensuales dan cuenta de la importancia del trabajo de hacer cumplir la nueva política sanitaria. Se analizaba toda clase de sustancias y pro-



Doctor Jesús María Duque.

ductos, desde carnes, leche, sal, bebidas alcohólicas y medicamentos, hasta órganos y tejidos de cadáveres para peritajes demandados por los juzgados de Medellín y los municipios vecinos³⁰.

En el Laboratorio Bacteriológico se realizaban minuciosos análisis de esputos y de sangre, también se preparaba el agua destilada para las inyecciones de novoarsenobenzol, el cacodilato de soda y las inyecciones mercuriales, medicaciones usadas en el dispensario de enfermedades venéreas. Por su parte, el Laboratorio Químico Municipal se ocupó del control de la calidad de las aguas de la ciudad y de las leches que se vendían³¹. Labores importantísimas, si se tiene en cuenta su incidencia en la prevención de enfermedades infantiles, gastrointestinales y epidémicas. El Laboratorio Químico también tuvo la capacidad de vigilar la naturaleza y calidad de las sustancias puestas en circulación en todo el mercado de la ciudad³². Así lo sugieren los resultados de numerosos exámenes de sustancias alcohólicas y drogas, enviadas por la Superintendencia Departamental de Rentas, la Inspección de Sanidad³³, la Alcaldía y la Oficina de Investigaciones Criminales.

Los funcionarios del laboratorio estaban en capacidad de reportar si un vino, un aguardiente o un medicamento de dudosa preparación tenían o no una composición aceptable, es decir, tan segura como para permitir su comercialización. Paradójicamente, las sustancias enviadas por la oficina de rentas, casi siempre productos de la categoría *bebidas embriagantes*, muchas veces no lo eran. Así lo muestra el examen practicado a un líquido llamado «aguardiente alemán»³⁴, cuyo examen demostró que era más bien un purgante. De otro examen de un producto comercial llamado «reconstituyente de la sangre», resultó que se trataba de un medicamento:

III. Examen de un líquido rotulado «Reconstituyente de la Sangre» enviado por la Superintendencia Departamental de Rentas.

Examen organoléptico: Líquido ligeramente espeso de color café oscuro, algo turbio de sabor dulce ferruginoso olor peculiar.

Examen Químico:

Alcohol por volumen	12.40%
Extracto seco	22.75%
Acido total	0,66%
Acido volátil	0,13%
Hierro	00,32%

El hierro se halla en la forma de tartrato. Se comprobó la existencia de extractos vegetales, solubles en éter, entre ellos el de valeriana.

Conclusión: En vista de los anteriores resultados, este compuesto debe considerarse más bien como una medicina que como una bebida embriagante; el contenido de alcohol se justifica como indispensable para impedir la fermentación, pues la preparación está hecha, no con azúcar refinado, sino con panela o melazas cuyas soluciones son fácilmente fermentables; esta preparación se clasificaría en farmacia bajo la denominación de «Elixires»³⁵.

Esos resultados indican la posibilidad de que el envío de esas sustancias que contenían alto nivel de alcohol, pero de naturaleza medicamentosa al laboratorio, no fuera consecuencia de la venta clandestina de los comerciantes de medicamentos. Podía tratarse más bien de una estrategia de la Oficina de rentas para hacerlas entrar en la categoría de licores o bebidas embriagantes y aumentar así sus recaudos. Sin embargo, lo que interesa subrayar aquí es la nueva capacidad de la administración local para dirimir las dudas con respecto a las sustancias en circulación y el interés por controlar los productos no medicinales que, como los de rancho y licores, podían poner en riesgo la salud de la población.

Otras veces, la Inspección de Sanidad se preocupaba por la calidad de los medicamentos y enviaba esa clase de productos para su examen, como lo indica en el mismo informe el siguiente apartado:

VIII. Examen de unas tabletas de Cafiaspirina, suministradas por la Inspección de Sanidad [...]

(Examen) Organoléptico: Aspecto y Gusto, normales.

(Examen) Físico: Reacción para el ácido acetilsalicílico, positivas

Conclusión: Las pastillas examinadas son legítimas; debido a que contienen cierta cantidad de almidón como excipiente, no son completamente solubles; *el hecho de que no produzcan el efecto deseado se debe probablemente a que la persona que las emplea está habituada a la droga y requiere dosis mayores que las comúnmente indicadas*³⁶.

Se puede decir entonces que el Laboratorio Químico y la Inspección de Sanidad municipales, como oficinas ejecutivas de la Comisión sanitaria, llegaron a realizar trabajos de carácter preventivo en el ámbito de la salud pública. Por lo demás, algunos de los específicos, narcóticos y venenos, preparados en el departamento y analizados en el Laboratorio Químico, ilustran la presencia de prácticas cotidianas de elaboración de esos productos por fuera del campo de saber oficial. Así lo evidencian algunos informes donde se señala la falta de técnica y de conocimientos suficientes para la preparación de algunas sustancias.

En enero de 1927 el director del Laboratorio Químico informaba que para vigilar la adecuada preparación de fórmulas en las farmacias

se solicitó el despacho una fórmula de Sulfato de Quinina y Aspirina a treinta farmacias de la ciudad. Luego de analizar los resultados se evidenció «una diversidad de pesos verdaderamente anómala», por lo cual se propuso:

Pásese una nota a cada una de las Boticas y Farmacias que en el examen del despacho de la fórmula, hayan revelado cantidades mayores o menores de estas sustancias, en la cual se le comunique el resultado del examen de su fórmula, y se les diga que la JASP conceptúa que la variación puede ser debida a una balanza infiel, a poco cuidado del despacho al pesar, a la mezcla insuficiente de las sustancias en el mortero o a la distribución o al cálculo en los sellos. Como el error puede revestir gravedad en muchos casos y siempre resulta para el médico un inconveniente el creer que el enfermo está tomando una cantidad dada de una droga cuando en realidad está toma menos o más por mal despacho de la Farmacia, la Junta ruega a Ud., revisar sus balanzas y reponerlas si no son fieles; ver que el encargado o los encargados del despacho de fórmulas sean personas competentes y que pongan mucha atención y cuidado en las maniobras farmacéuticas, y hacer que la distribución de una mezcla en parte iguales sea papeletas sellos, píldoras, etc., sea hecha de la manera más uniforme y en cuanto sea posible, especialmente en los casos de sustancias peligrosas hacer despachar cada unidad pesándola por separado³⁷.

La Inspección de Sanidad y sobre todo el Laboratorio Químico, fueron organismos determinantes en el control permanente del tráfico de sustancias susceptibles de poner en riesgo la salud de la población, como lo eran los específicos y las drogas heroicas. Por otra parte, los laboratorios oficiales permitieron que algunos químicos profesionales ganaran experiencia y prestigio, como el suizo Enrique Ehrensperger, quien a su vez se desempeñaba como profesor de Química en la Escuela Nacional de Minas y posteriormente sería director químico de Laboratorios Uribe Ángel; el belga Enrique Dêneve, profesor de Química inorgánica de la Facultad de Medicina³⁸; y Guillermo Jaramillo Madarriaga, quien en los años treinta encabezaría con el químico farmacéutico Joaquín Escovar³⁹ la campaña en defensa de la industria nacional frente a las nuevas legislaciones promovidas por la Comisión de Especialidades Farmacéuticas⁴⁰.

Durante la primera década de funcionamiento de la institución, el control de específicos se expresó en los frecuentes exámenes de sustancias realizados por el Laboratorio Químico Municipal. Pero también hubo ciertas diferencias entre la Dirección Departamental de Higiene de Antioquia y la Junta Central, en cuanto al modo de enfrentar la vigilancia a los remedios, pues para los funcionarios

antioqueños el libre tráfico de específicos no debía tolerarse, incluso si estaba amparado por el Código de Policía.

La Junta Central de Higiene, a través del acuerdo N° 1 de 1914, dispuso que las Direcciones Departamentales debían activar tres comisiones permanentes en su jurisdicción: una para «todo lo relacionado con el ejercicio de la medicina y la farmacia, la calidad de los medicamentos, bebidas, drogas, venenos, específicos, y medicamentos cuya composición sea secreta»⁴¹; otra para el fomento de la higiene y salubridad, aplicación y propagación de la vacuna jenneriana, y la organización de la asistencia pública para los indigentes; y una tercera se ocuparía de las medidas que deben tomarse para prevenir, detener y combatir las enfermedades endémicas, epidémicas y contagiosas, así como el movimiento de la población y la corografía médica de cada departamento. Resulta extraño observar que entre los informes presentados a la Junta Central por las direcciones departamentales de todo el país entre 1914 y 1925, solo la Dirección Departamental de Antioquia mencionaba informes de visitas a farmacias y de control de específicos. ¿Por qué tan poco visible la primera de las comisiones en las ocupaciones de las direcciones de higiene del resto del país? Puesto que no hay razones para pensar que la necesidad de regular la circulación de los medicamentos fuera un caso particular del departamento de Antioquia, la ausencia de informes de gestión en ese campo para el resto del país, sugiere que tal vez las autoridades médicas antioqueñas fueron pioneras en abordar ese problema⁴².

Remedios de fórmula incierta

El 6 de junio de 1915, cuando la Comisión comenzaba a evaluar la calidad de los medicamentos de la ciudad, un tal doctor López Riera le dirigió una carta al director:

Señor Dr. Jesús María Duque:

Adjunto acompaño un frasco de antiasmático para su análisis y a las 12 y media le mandaré a U. otros frascos de antidisentérico, después de estos frascos puede U. mandar por cuantos frascos crea necesario, que con sumo gusto puedo remitir a U. sin echarle nada.

El día 2 del corriente remití al hospital 2 frascos del producto antes dicho para la Junta de Higiene y me fueron devueltos por el Dr. Gabriel Toro Villa.

En espera de sus gratas órdenes.

Dr. López Riera⁴³.

Se trataba pues de un supuesto médico que aprovechó una epidemia de disentería en la ciudad para comerciar un preparado con presuntas cualidades terapéuticas. A pesar de la deferencia de su carta, sus específicos fueron enviados a análisis químico. Los resultados serían poco favorables.

En relación con el *específico antiasmático*, el químico Enrique Ehrensperger señaló: «Creo que el remedio en cuestión se hizo con azúcar, mango y probablemente unas y otras frutas. El alcohol (4.0%) pudo haberse añadido o podría ser producto de fermentación del líquido»⁴⁴. La calidad del medicamento dejaba mucho que desear: «El antidisentérico es una infusión de productos vegetales (cáscaras), que no se han podido identificar con seguridad. Su efecto lo debe sin duda a las sustancias fénicas que contiene»⁴⁵.

Para mantener un producto en el mercado, las autoridades sanitarias comenzaron a exigir el conocimiento de las sustancias componentes y sus cualidades terapéuticas. Mientras estos aspectos no estuvieran claros, el remedio podía ser considerado como un engaño para el consumidor y un peligro para la salud pública, por lo cual podría ser prohibido. Es ese el contexto oficial en el cual las autoridades sanitarias decidieron realizar en julio de 1915 un nuevo examen del «específico antidisentérico». Estos fueron los resultados:

Peso específico	1.095
Extracto total (azúcar)	26.8%
Alcohol	10.0%
Ceniza del extracto	1.0%

La ceniza se compone de carbonato de sodio y de potasio.

Llamo la atención al hecho de que la segunda muestra contiene 2.5 veces más alcohol que la primera del mes de junio, lo que me parece comprobar que la fórmula del específico no es ni bien definida ni científica.

No se ha podido hallar ningún principio característico, inorgánico u orgánico que explique propiedades terapéuticas de esta composición⁴⁶.

En respuesta a ese informe, el director departamental de Higiene emitió el 15 de mayo de 1916 una resolución por medio de la cual los remedios de López Riéra, llamados Histógeno vegetal (antiasmático), Antidisentérico, Reconstituyente «Riéra», Depurativo A, Depurativo B, Elixir estomacal, Chincheima, Zepol, y Antigusanera, fueron declarados «productos medicinales de composición desconocida»⁴⁷, y fue prohibida su venta libre en las farmacias del departamento de Antioquia hasta que sus dueños o fabricantes presentaran el certificado de que varios médicos conocían y habían analizado la fórmula del medica-

mento. La misma resolución prohibía también la venta del específico Indio, la Pomada maravillosa y el jarabe Antitísico, remedios fabricados por el farmacéuta J. M Fuentes, de Cartagena⁴⁸.

Las numerosas labores en la Comisión Sanitaria Municipal impidieron una respuesta oportuna y las ventas de los específicos de López Riéra no se interrumpieron. Esto obligó a que el 18 de mayo de 1916 el doctor Juan B. Londoño, Director Departamental de Higiene, enviara una carta al Jefe de la Comisión Sanitaria con órdenes preterorias:

Sr. Jesús María Duque, Jefe de la Comisión Sanitaria:

Aviso a Ud. para que lo ponga en conocimiento del Sr. Inspector 5. Que los específicos del Sr. López Riéra, y del Dr. Jesús María Fuentes no se pueden vender en esta plaza porque no han llenado los requisitos legales, y los productos que prepara el Dr. J. M. Tobón U. y todos los demás farmacéutas del país y del Exterior, semejantes a estos, que no lleven en la etiqueta del frasco la respectiva fórmula, no se pueden vender sino con prescripción médica. Además, está prohibida la venta de remedios fuera de las boticas o farmacias⁴⁹.

Para las autoridades médicas también era preocupante que los específicos vendidos contuvieran sustancias tóxicas, las cuales, al venderse enmascaradas bajo el nombre de un específico, burlaban las prohibiciones relativas a su venta⁵⁰ y podrían ser utilizadas en actividades criminales. Tales preocupaciones obligaron a las autoridades a tomar medidas restrictivas. Así lo ilustra la respuesta del doctor Juan B. Londoño.

La pretensión de las autoridades era pues que si los fabricantes de medicamentos no publicaban la fórmula en el envase y si las sustancias que los componían eran desconocidas, su venta sólo se podía realizar a través de prescripción médica. La ausencia de médicos que pudieran prescribir esos productos reducía las posibilidades de su éxito en el mercado. Se trataba pues de una brillante estrategia para hacer de público conocimiento lo que hasta ese momento se quería esconder y de esta manera regular ese comercio y vigilar la calidad de los productos en circulación.

Algo diferente hizo el farmacéuta Jesús María Fuentes, quien presentó un certificado auténtico del análisis de sus específicos realizado por Francisco Egidio Trincheró, doctor en Química de la Facultad de Turín y químico oficial del departamento de Bolívar. Ese documento le permitió acreditar sus productos y la DDH resolvió permitir nuevamente su venta, aunque solo en las farmacias y droguerías, mediante fórmula médica, puesto que la fórmula seguía sin inscribirse en los envases⁵¹.

Sin embargo, López Riéra no se dio por vencido y envió un memorial para solicitar la autorización de circulación de sus productos, ya que contaba con una patente de privilegio para su comercio. En dicho memorial incluía un certificado de calidad de sus preparaciones firmado por los respetados doctores Luciano Restrepo Isaza y Jorge Sáenz. Pero olvidó incluir (seguramente porque no le convenía) el nombre de cada uno de sus específicos, lo que hacía suponer que los ilustres médicos se refiriéran solamente «a uno o dos de ellos, únicos que conocen y que están patentados y de los cuales solo uno de ellos fue analizado en el Laboratorio químico, pero en estado de fermentación, por cuya razón el análisis debió repetirse y no se hizo porque el interesado no volvió a mandar la muestra para ello»⁵². Agregaba el director Departamental de Higiene que las resoluciones emitidas «por su oficina tenían carácter de decretos y no tenían que acomodarse al código de policía»⁵³.

Estos minúsculos documentos dan cuenta de una situación compleja, pero común en esa época. Pues en el caso de López Riéra, se trataba de un empírico inventor y fabricante de algunos específicos, que confundió el derecho de patentar concedido por el gobierno para explotar un remedio con el derecho de poder ejercer la medicina y recetar medicamentos cuando no estaba autorizado para ello⁵⁴. López Riéra se sitúa entonces en plena transición: actúa como los productores de específicos del siglo XIX⁵⁵, pero se enfrenta a una sensibilidad nueva por parte de los médicos higienistas de comienzos del siglo XX.

Además, no era fácil hacer cumplir las resoluciones de las autoridades y se necesitaba siempre de la labor de policía de la Inspección 5^a para convertirlas en realidades. Por lo demás, López Riéra no era el único cuya práctica «médica» despertara la desconfianza de las autoridades. Había sospechas respecto a las prescripciones de otros individuos licenciados por la Dirección de Instrucción Pública y, por lo tanto, se les prohibió el ejercicio del oficio, al menos en la ciudad. En el mes de agosto de ese mismo año la Inspección 5^a notificó a:

... los Señores Norberto Sánchez, Blas López Riéra, Salvador Jaramillo, Guillermo Valentín Garcés, para que no continuaran recetando en la ciudad, por haber sido limitada la licencia concedida por la Dirección de Instrucción Pública. Fueron notificados todos los farmaceutas de la ciudad, que no pueden despachar ninguna fórmula de los individuos citados, y que tienen la obligación de dar cuenta a la autoridad cada vez que les fueran presentadas fórmulas del citado Sánchez⁵⁶.



Enrique Ehresperger.

A comienzos del siglo xx, la Ley 83 de 1914 reglamentó el ejercicio de la medicina y la farmacia, aportó restricciones más estrictas al ejercicio de estas profesiones en las ciudades. Los grandes centros urbanos eran los lugares más competidos por el cuerpo médico de cada región y por los comerciantes de medicamentos. Allí los doctores en medicina y los boticarios licenciados podían aspirar a una clientela más numerosa, pero sobre todo más rica, lo que además determinó que el proceso de medicalización en Colombia se desarrollara desde entonces principalmente como un proyecto urbano. Incluso hoy en día, en muchos municipios pequeños y pobres, la presencia de médicos y farmaceutas profesionales es escasa, esporádica o nula. Esta escasez de oferentes de servicios de salud para las zonas rurales obligó a que el Ministerio de Instrucción Pública y las direcciones departamentales de higiene autorizaran a individuos no licenciados para que ejercieran ciertas labores relacionadas con la medicina, sobre todo la venta de medicamentos.

Estos hechos indican que hacia 1916 la nueva disposición de las autoridades comenzó a dificultar el ejercicio de la medicina a quienes no contaban con título de médico, y si bien no impedían totalmente comerciar con un específico de su propia inspiración, a partir de entonces sería más difícil, habría menos libertades de comercio de medicamentos que en el siglo anterior. La posibilidad de circulación de específicos se restringiría a los autorizados por la Dirección Nacional de Higiene y sus dependencias departamentales.

Queda al menos claro que la normatividad vigente estaba dirigida a evitar el comercio de los llamados remedios secretos: si una sustancia tenía propiedades curativas era necesario mostrar ante las autoridades competentes cuáles eran y de qué se componía. A la farmacia le había llegado la hora de convertirse en una práctica legal, ajustada a patrones científicos, pues la preocupación oficial por la salud de la población exigía una nueva forma de estandarización de los productos. El antiguo conjunto efectivo de sustancias y de valores cualitativos, ubicado a medio camino entre lo tradicional y lo científico, propio de los remedios secretos o específicos, debía ceder al dominio propio de lo exclusivamente cuantificable y verificable.

Para las autoridades interesadas en la regulación de los oficios era importante exigir la correspondencia entre cada medicamento y una fórmula determinada, conocida y valorada científicamente por el cuerpo médico o las farmacopeas usuales. Pero no se trataba solamente de regulación y control, pues el remedio mismo y su definición también

se estaban transformando. La antigua superposición de valores materiales e imaginarios inherentes al medicamento había creado un margen de indefinición aprovechado por los comerciantes de específicos. Esa misma frontera mal definida entorpecía el diálogo y la cooperación profesionales entre médicos y farmacéutas. La distancia entre estos dos oficios mal regulados se abría como el espacio idóneo para la acción de muchos artesanos del curar, fueran o no embaucadores. A partir de 1914-1915 se comienza a medicalizar un dominio no regulado, lo que exigirá encuentros, diálogos y polémicas entre las prácticas de los médicos y las de los boticarios.

Al mismo tiempo, con la sanción científica como requisito de circulación legal del medicamento, la farmacia y la prescripción médica entran en la ilusión positivista según la cual existe una correspondencia científica entre cada remedio y su efecto. Esta idea no conquistó fácilmente a los diversos actores de la circulación del medicamento (fabricantes, comerciantes, farmacéutas, médicos, consumidores), pues, por una parte, los vendedores autorizados no dejarían de explotar el imaginario popular; además, los médicos y sus laboratorios se dedicarían a perseguir a los competidores más cercanos, pero no dejarían de utilizar los imaginarios del remedio para ganar esa batalla; por otra parte, los consumidores se armarían de estrategias para conseguir los agentes terapéuticos que ellos consideraban efectivos, al mismo tiempo que evadían la consulta médica a través de la automedicación y el asedio a los farmacéutas menos escrupulosos.

La resistencia de los vendedores de específicos

La actitud férrea de los higienistas no pudo, sin embargo, reducir la capacidad de los vendedores de específicos. Blas López Riéra, inconforme con las decisiones de la DDH y de la Inspección 5ª puso en juego todas sus relaciones influyentes, –Alcalde de Medellín y prestigiosos médicos incluidos–, para defender los derechos adquiridos de sus patentes de privilegio.

Después de varias apelaciones a las decisiones de la DDH, a comienzos de noviembre de 1916 el caso fue remitido por la Gobernación del Departamento a la Jefatura General de Policía. El hecho fue tan importante que el expediente final fue publicado en la Gaceta Departamental con el objeto de que los demás funcionarios supieran cómo se debía proceder en tales eventos para evitar la pérdida de

tiempo⁵⁷. Rafael H. Duque, Jefe de ese despacho, administró justicia y puso en cintura a los higienistas cuando argumentó que el auto de prohibición emitido por la Inspección 5^a, la cual obedecía órdenes de la DDH, se oponía «al legítimo ejercicio de los derechos concedidos al recurrente por una patente de privilegio». Las autoridades sanitarias no podían interpretar la ley de modo tal que sus providencias se opusieran o desconocieran los derechos de patentes, pues eso significaba contradecir «la autoridad del Presidente de la República ejercida en uso de precisas facultades legales y constitucionales»⁵⁸.

Según Rafael Duque, el director Departamental de Higiene había interpretado erróneamente el artículo 329 del Código de Policía. Según ese artículo los medicamentos de composición desconocida no se podían vender, «salvo aquellos cuyo uso estuviera sancionado como inocente por larga experiencia o declarada como tal por tres médicos a quienes se haya dado examinar la fórmula. Pero ese no era de ningún modo el caso de medicamentos que han obtenido patente de privilegio»⁵⁹.

Porque sabido es que el gobierno nacional no concede ni puede conceder patentes de privilegio para dichas sustancias sin que le sean presentadas las fórmulas de su composición; y en autos consta (y también en el *Diario Oficial*) que al ministerio de Agricultura y comercio fueron presentadas, por el apoderado del apelante, las fórmulas de las sustancias medicinales para las cuales se le concedió patente de privilegio autorizada por el Ministro Jorge E. Delgado, cuya competencia en Medicina es unánimemente reconocida⁶⁰.

Duque también quiso argumentar sobre los efectos «inocentes» de los medicamentos de López Riéra:

Por otra parte, y además, ya que se ha hablado del artículo 329 del Código de policía, conviene apuntar que esa disposición se refiere a medicamentos de composición desconocida *cuyo uso no esté sancionado como inocente*, y así – prescindencia hecha de las patentes de privilegio – la Policía, obrando de acuerdo con el artículo citado, no podría impedir la venta de esos medicamentos; porque hay en autos plena y lujosa prueba de que esos medicamentos de recurrente han sido sancionados por larga práctica como de uso perfectamente inocente. Y se dice de ello que hay plena y lujosa prueba porque al respecto deponen los Señores Agapito Betancur y Miguel Upegui M, Alcalde y Secretario de este municipio de Medellín, y los Doctores Luciano Restrepo y Jorge Sáenz, el primero jefe de la oficina de accidentes, el segundo Médico-legista del Departamento, testimonios de valor excepcional, ya por ser médicos diplomados, ya principalmente por las circunstancias de que dan a su autorizado dictamen fundamento inmovible, porque lo apoyan en la constancia personal de haber sancionado larga experiencia la inocuidad de esos medica-

mentos y en que los principales específicos del apelante «fueron analizados en Laboratorio Químico municipal y no se encontró ninguna sustancia peligrosa o venenosa». Estos testimonios se hallan corroborados por los farmacéutas diplomados señores Ismael Peña y Pedro P. Arango, para no citar los muchos particulares⁶¹.

Con estos argumentos la Jefatura General de Policía desestimó y consideró ilegales las resoluciones de los higienistas sobre ese asunto. Finalmente, autorizaba la venta libre de esos productos y revocó el auto de la DDH.

Este caso muestra que la idea de los higienistas según la cual las patentes no garantizaban la inocuidad de las drogas ni tampoco su calidad no era compartida por todos los funcionarios públicos. Los derechos adquiridos de los comerciantes de remedios maniataban sus proyectos reguladores.

A lo largo de los siguientes meses y años, éste no sería el único caso de contradicción entre los intereses de los comerciantes y el de las autoridades de higiene. Incluso en ese mismo año, un notable farmacéuta de Medellín también hizo valer sus derechos adquiridos sobre la venta de sus especialidades.

José Tobón Uribe, dueño de la Farmacia Pasteur, fabricaba los siguientes medicamentos compuestos: Tabletillas antifébriles, Fegatina (específico para curar la indigestión y las agRIéras), Ferrovigor (un tónico), Tabletillas de Analgesina, Confites purgantes, Curagripa, Pomada Artribol, Pomada pictoris («pomada que embellece, cura carates, manchas, úlceras»⁶²) y Astritol, una pomada para el reuma. La DDH era de la opinión de que los medicamentos de cualquier tipo solo se deberían vender en las boticas y droguerías, no en cualquier tienda o almacén, pues esas drogas debían ser recetadas por médicos o al menos su venta debía estar supervisada por individuos que tuvieran algún conocimiento en farmacia, como los boticarios. Para los fabricantes de antaño, como para los de hoy, esta situación significa simplemente la reducción de su potencial consumo, ya que cuanto más condiciones existan para la venta de sus productos, menos posibilidades hay para llegarle al consumidor.

Tobón Uribe demostró que las fórmulas de esos remedios habían sido analizadas por doctores de reconocida prestancia como Juan B. Montoya y Flórez, Braulio Henao, Gil J. Gil, Gustavo Uribe Escobar y Luciano Restrepo, y además, como en las etiquetas indicaba la composición, nada le impedía vender sus productos libremente.

En respuesta a la negativa para comerciar libremente sus productos, Tobón Uribe solicitó el 19 de julio de 1916 a la Junta Central de Higiene que derogara la resolución del director departamental. Argumentaba que el Código de Policía en su artículo 328 autorizaba a todo individuo en cualquier establecimiento comercial y sin necesidad de tener título legal ni certificado de idoneidad en farmacia a vender drogas mientras no fueran sustancias venenosas y fueran de buena calidad⁶³. La Junta Central, luego de analizar el caso, le dio la razón al farmacéuta y derogó la resolución del Director Departamental de Higiene.

Otro caso similar fue el del ciudadano estadounidense William H. Headen, representante de la casa del doctor Williams Medicine & Cia., quien solicitó permiso a la DDH «para vender a toda clase de mercaderes o comerciantes las Píldoras rosadas laxantes (pinklets)»⁶⁴. La DDH negó esa solicitud porque no quería generalizar la venta libre de medicamentos, pero autorizó a venderlas en las boticas y farmacias sin fórmula médica.

Tiempo atrás, cuando al frente de la dirección se encontraba el doctor Gabriel Toro Villa, fue publicada una resolución por medio de la cual algunos medicamentos de uso común podían ser vendidos en cualquier tienda o almacén⁶⁵. Según Juan B. Londoño esa decisión fue tomada porque «había en el departamento poblaciones pequeñas que carecían de boticas y de boticarios, y era indispensable dejar a los comerciantes comunes vender libremente muchas sustancias de uso vulgar». Pero «la idea sería no aumentar el número de sustancias existentes en esa lista, sino más bien suprimir algunas que están allí»⁶⁶.

Mr. Headen, descontento, apeló a la Junta Central de Higiene para exigir su derecho al libre comercio. Para desconcierto de las autoridades locales, la oficina nacional resolvió a favor del comerciante citando los mismos motivos que los del farmacéuta Tobón Uribe⁶⁷.

Estos casos muestran cómo en esos años las leyes sobre higiene referidas al comercio de medicamentos apenas estaban tomando forma, y algunos funcionarios, como Juan B. Londoño, debían situarse casi al límite de la legalidad para desempeñar sus funciones como vigilantes de la salud pública, pero sus acciones no siempre fueron respaldadas por las demás oficinas gubernamentales.

Los fabricantes de medicamentos resistieron con ahínco y eficacia las amenazas que podrían representar los nuevos vigilantes de la salud pública. La libertad del tráfico de medicamentos seguía imponiéndose en el territorio nacional. Además, los fabricantes de medicamentos

aprovecharon sus facultades legales y la falta de regulación en la profesión farmacéutica para fomentar las ventas ambulantes de medicamentos que proliferaron sin que las autoridades sanitarias pudieran evitarlo. A esos vendedores, la literatura médica les llamó «charlatanes» porque sin tener conocimientos regulares en medicina y terapéutica y sin mayores compromisos éticos, salvo los del comercio, recetaban a la gente sus remedios. La proscripción de su actividad sería también una ardua batalla todavía no ganada por las autoridades médicas.

«El redentor del cuerpo humano»

La lucha contra las ofertas terapéuticas no oficiales, como el tegüismo, el intrusismo y todas sus variantes, «charlatanes», médicos o boticarios sin licencia, empíricos, sacramuelas, se constituirá en el principal dolor de cabeza de las autoridades médico-sanitarias colombianas durante todo el siglo xx.

El 18 de junio de 1926 la Inspección de Sanidad, dirigida por Alberto Restrepo Uribe, dictó una providencia en la cual prohibía la venta de un específico llamado «Redentor del cuerpo humano» preparado y vendido por un tal Adán Romero, proveniente de Nicaragua, conocido también bajo el seudónimo del Indio Ladino Armonioso. Siguiendo el Código de Policía, las autoridades señalaron que, al recetar sin ser médico y vender específicos sin licencia, el señor Adán Romero era responsable del delito de ejercicio ilegal de la profesión médica. Por lo tanto, el Inspector emitió una orden de captura para encerrar al infractor, pero excarcelable bajo fianza.

La Ley 15 de 1925 prohibió la venta de específicos sin autorización. Los medicamentos aptos para el comercio debían tener su respectiva fórmula en la etiqueta. La misma ley prohibía a los sujetos no titulados o sin autorización vender, recetar o preparar sustancias medicamentosas. En la etiqueta de los frascos del «Redentor del cuerpo humano» decía claramente que se trataba de un remedio para «enfermedades venéreas y otras»⁶⁸. Esto último era otra violación de la misma ley, que en su artículo 9º expresaba la prohibición de cualquier forma de anuncio y propaganda de esa clase de enfermedades «sin previa autorización de la Comisión de Especialidades Farmacéuticas, la cual no dará esa autorización sin que previamente haya oído el concepto de la Academia Nacional de Medicina»⁶⁹.

La tensión generada por este caso comenzó a incrementarse cuando el Director Departamental de Higiene, doctor Vespasiano Peláez⁷⁰, solicitó al Inspector suspender cualquier auto en contra del Indio Ladino, bajo el argumento de que «... el Señor Adán Romero, tiene adquiridas patentes de invención, otorgadas por el Poder Ejecutivo, por el término de diez años, para explotar, usar y vender, los productos denominados 'Pomada Sorpresa' y 'Redentor del cuerpo humano' tales patentes tienen fecha de 26 de julio de 1924, y por tanto el término no ha vencido [...]»⁷¹.

La JASP y su Inspección de Sanidad estaban subordinadas a la Dirección Departamental de Higiene. El desacuerdo con esta última da cuenta de una fisura en la habitual y aparente armonía entre las autoridades médicas antioqueñas. Pero más allá de la fricción entre poderes el problema consistía en la imposibilidad, para la Dirección Departamental de Higiene, de justificar la decisión de perseguir a un empírico como Adán Romero, que de todas formas estaba autorizado legalmente por el Ministerio de Instrucción pública. Seguramente, Peláez sabía que no era fácil enfrentarse a quienes tuvieran una patente de algún medicamento, pues no estaban facultados para derogar las decisiones del poder ejecutivo que las había otorgado. Además, en tanto funcionario de una oficina que anteriormente había tenido que lidiar con varias derogaciones de sus resoluciones por parte de las autoridades centrales, tal vez pensaba que no tenía sentido oponerse.

En la JASP, como entidad municipal, también debía haber desconcierto por la desautorización hecha por parte de la oficina de higiene departamental. Sin embargo, el 25 de junio de 1926, Pablo García Medina, director nacional de Higiene, envió un telegrama manifestando su apoyo a la decisión de la Inspección de Sanidad de Medellín y recordaba que próximamente se constituiría una comisión de especialidades farmacéuticas creada por ley para resolver los asuntos de los específicos⁷². Pocos días después, García Medina volvió a dirigirse a la JASP para comunicar que la «resolución del inspector de sanidad respecto a Adán Romero es correcta estando fundada en disposiciones que cita su telegrama pues ellas rigen mientras no funcione comisión de especialidades farmacéuticas»⁷³.

Es importante señalar que la mencionada Comisión de Especialidades Farmacéuticas había sido creada por la Ley 11 de septiembre de 1920, con el objeto de realizar un riguroso control de las medicinas de patente o especialidades farmacéuticas provenientes de otros países, que ingresaban o que pretendían ingresar en el mercado nacional.

JARABE ANTISIFILITICO

◆ DE GUALANDAY ◆

DEL DR. C.A. POSADA O. HONDA (TOLIMA)

CURA

REUMATISMOS DE TODOS GENEROS
Y
PURIFICA LA SANGRE



Jarabe antisifilitico, tomada de: *Progreso farmacéutico*,
Bogotá, noviembre de 1937, año IV, (45).

Este control se propuso en atención a las constantes quejas del cuerpo médico colombiano sobre la venta de toda clase de medicamentos y productos de dudosa calidad, anunciados en la prensa y en carteles callejeros. La Comisión debía estar constituida por el director nacional de Higiene, el director y el químico del Laboratorio Nacional y el Profesor de Farmacia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional⁷⁴. Sin embargo, a mediados de 1926, tal comisión todavía no había sido establecida. Esto último corrobora nuestra hipótesis según la cual el control sanitario *ad hoc* de la circulación de medicamentos era una institución médico-estatal en proceso de construcción.

Mientras se dirimía la diferencia de criterios entre la Dirección Departamental de Higiene y la Inspección de Sanidad, las autoridades de la JASP hicieron lo pertinente. Por una parte, comenzaron a hacer averiguaciones sobre los efectos de las drogas en cuestión. Para tal fin, enviaron una botella del específico «Redentor del cuerpo humano» al Laboratorio Municipal. Allí, el químico José J. Escobar debía analizarlo e investigar la presencia y cantidad de los elementos yodo, mercurio y arsénico⁷⁵. El informe fue presentado el 9 de julio y señalaba la ausencia de sustancias tóxicas como mercurio o arsénico, pero sí la presencia de una pequeña cantidad de yodo (aprox. 3% estimado de Yoduro de Potasio)⁷⁶.

Por otra parte, los doctores Gil J. Gil y Jesús María Duque supieron del rumor sobre la muerte de dos personas en el vecino municipio de Yarumal, quienes habían ingerido unos remedios recetados por un te-gua apodado *el Indio*. Pensaron que, si se trataba de los específicos de Adán Romero y si él en verdad hubiese estado allí, tendrían entonces argumentos irrefutables para hacer valer la posición de la Inspección de Sanidad y la JASP. Enviaron de inmediato un telegrama al doctor Gabriel Mejía, médico de Yarumal, y le pidieron que les informara acerca del asunto⁷⁷.

Mientras esperaban la respuesta, las autoridades de la JASP contaron con la suerte de que tres días después el Jefe del laboratorio envió otro comunicado a la Junta afirmando que si bien

... el examen del producto enviado con el nombre de «redentor del cuerpo humano» dio resultado negativo para CLORAL [...] como se ignora la composición de dicho producto y no se sabe si tendrá sustancias que impidan la reacción característica del Cloral, lo más conveniente es repetir el examen después de agregarle una pequeña cantidad de esta sustancia para ver si da las reacciones; por esto agradecería firmarme el vale que le envió en el cual le

solicito Cloral para repetir el examen y otros reactivos que se han agotado y hacen falta⁷⁸.

Por otro lado, aunque las noticias venidas desde Yarumal no eran las esperadas, tampoco eran decepcionantes. El 15 de julio, por medio de un telegrama, Gabriel Mejía respondía a sus preocupados colegas:

Doctores: Gil, Duque

Indio estuvo aquí llamase Luis Urquijo. Hemanuel Callejas, alcaide cárcel, propínole vomipurgante enérgico, mávalo en doce horas. Fulano Areiza murió también consecuencia de sus remedios. En campamento recetó a Ismael Correa y Emilio Pérez quienes murieron también. Aquí, en plaza pública desatose contra el Doctor Molina, médico Valdivia, tratándolo inicualmente por haberse opuesto por recetase aquella población. Felicítolos por valerosa campaña emprendida contra inicuos teguas que aprovechándose ignorancia pueblo, valiéndose certificados inconcientes, esquilman pobres gentes, ciencia y paciencia autoridades encargadas dar seguridad asociados. A sus ordenes...

Gabriel Mejía⁷⁹.

A pesar de las noticias, se mantenía la posibilidad de encontrar argumentos a favor de la campaña de los higienistas de Medellín y Antioquia, que para ese entonces ya se había convertido en una consigna por la defensa del cuerpo médico nacional. El caso referido por el doctor Gabriel Mejía era el de otro curandero, pero por tratarse de un nuevo asunto de ejercicio ilegal de la medicina, de efectos mortales para la salud de la población, otorgaba argumentos a las autoridades médicas de Medellín. También se evidencia que el remedio utilizado en Yarumal era un «purgante enérgico», lo que muestra que el problema no radicaba solamente en la naturaleza del producto – pues en una población colmada de enfermedades intestinales los médicos también prescribían enérgicos purgantes por doquier–, sino en determinar quién había hecho la prescripción, si estaba autorizado para ejercer la medicina y si era persona idónea para cuidar a un enfermo durante una terapia, pues era opinión sabia de los médicos que los tratamientos con sustancias de propiedades antihelmínticas, utilizadas en casos de anquilostomiasis y otras enfermedades gastrointestinales, eran muy delicados⁸⁰.

El día 2 agosto de 1926 la investigación libró datos más alentadores. Esta vez el químico Enrique Ehrensperger entregó el segundo resultado de las pruebas del remedio de Adán Romero e informó lo siguiente:

Según análisis practicado, la preparación es una solución de panela ó miel muy concentrada. Tiene el 60% de sólidos, peso específico 1,272.

No contiene venenos minerales como arsénico o mercurio, ni yoduros ó yodo libre.

Contiene como principio activo Cloral en cantidades apreciables, porque al hervir el producto con potasa cáustico [sic], se forma cloroformo, que es una reacción característica del cloral⁸¹.

Se comprobó la presencia del cloral con toda seguridad en un extracto concentrado alcohólico, el cual dio todas las propiedades características del cloral, como sabor y olor de su vapor⁸².

Desde comienzos del siglo xx, cuando los médicos tomaron mayor conciencia de los efectos negativos de las drogas heroicas, porque producían «hábitos perniciosos», el cloral hizo parte de la categoría de sustancias vigiladas cuya venta exigía prescripción médica⁸³.

En 1926, en el caso de los remedios del Indio Ladino, al encontrar como principio activo una sustancia de circulación restringida, las autoridades sanitarias tenían por fin un argumento de peso para impedir que «los charlatanes burlaran el decoro de la medicina nacional». Para la segunda semana del mes de agosto, las autoridades médico-sanitarias ya habían reunido los argumentos científicos para «defender su honorabilidad».

Tan sólo veinte días después del telegrama dirigido al Inspector de Sanidad, el doctor Pablo García Medina aceleró las gestiones para conocer cuáles eran las patentes y autorizaciones con las que contaba el señor Adán Romero y emitió un juicio sobre el caso:

Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública

Bogotá 14 de julio de 1926

Sr. Presidente de la Comisión Sanitaria Municipal

[...] Tengo el gusto de referirme a su atento oficio de fecha 29 de junio último, relativo a la controversia surgida entre esa Dirección y el Sr. Inspector de Sanidad Municipal con motivo de la venta de específicos preparados por el Sr. Adán Romero. Esta dirección había demorado la respuesta a la nota de Usted en espera de las muestras que habían sido anunciadas pro el señor Cónsul de Nicaragua. Ya en posesión de ellas he procedido a hacer el estudio de los documentos y leyes pertinentes, y como resultado la Dirección hace las siguientes observaciones que ruego a Ud. sírvase tener en cuenta para lo sucesivo: el Sr. Adán Romero alega que sus específicos, por estar patentados por el Gobierno Nacional, pueden venderse libremente y sin restricción de ninguna clase. Ahora bien, el artículo 1, parágrafo 4 de la ley 46 de 1919, sobre la organización del Laboratorio Nacional de Higiene, dispone que, entre los trabajos que debe ejecutar ese Instituto estará el de «Resolver por derecho propio, qué preparaciones o medicinas patentadas o no pueden ser permitidas en el comercio del país como medios curativos o profilácticos, ya sea por estudio

propio, ya dando fe a las decisiones sobre el particular emanados de institutos análogos extranjeros». Además el art. 9 de la Ley 15 de 1925 dice así: «Queda prohibida la producción, anuncio, venta de específicos para combatir las enfermedades venéreas sin la debida autorización de la Comisión de Especialidades Farmacéuticas creada por la Ley 11 de 1920, la cual no dará esa autorización sin que previamente haya oído el concepto de la Academia Nacional de Medicina». De acuerdo con las disposiciones legales citadas, los específicos aunque estén patentados, no pueden venderse sin restricciones, pues su comercio está restringido a las decisiones de la Comisión de especialidades farmacéuticas, y la restricción es aun mayor si, como en el caso del señor Romero, tales específicos se anuncian para combatir enfermedades venéreas. Las muestras de esas medicinas tienen un rótulo en el que dice claramente que ellas están destinadas para la curación de sífilis terciaria y constitucional (líquido) y para las afecciones sifilíticas (pomada). De acuerdo pues con las disposiciones citadas el Sr. Romero no puede vender estos específicos, pero ni siquiera anunciarlos, a menos que la Comisión tantas veces citada informara favorablemente, y eso en vista de la opinión de la Academia Nacional de Medicina. Hasta tanto el Sr. Romero queda sometido a lo dispuesto por la ley 15 ya citada. Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones esta Dirección estima que la actuación del Sr. Inspector de Sanidad ha sido ajustada a la Ley y que por lo tanto, debe apoyarse.

Pablo García Medina⁸⁴.

Fragmentación de la solidaridad institucional

Entre los meses de junio y octubre la querrela sobre los específicos de Adán Romero parecía resuelta en beneficio de los médicos de la JASP. Pero la discrepancia entre la Dirección Departamental de Higiene y la instancia municipal no paró ahí. La controversia se trasladó a otros ámbitos de la higiene pública local. Las diferencias en los criterios de tratamiento al caso de Adán Romero provocaron fisuras en la unidad, el trabajo mancomunado y la colaboración habituales entre las dos oficinas. Durante ese mismo año de 1926 otras desavenencias se registraron entre las dos dependencias.

El 21 de julio la DDH solicitó «dos copias de todos y cada uno de los informes» que mensualmente rendían los empleados de Asistencia y Sanidad Públicas que estaban «bajo su inmediata dependencia y dirección». El 22 de ese mismo mes, la JASP, a través de su secretario, el doctor Julio Navarro, se negó a cumplir tal solicitud porque «para ello sería necesario nombrar otro empleado u oficial escribiente, lo cual es imposibilidad en los momentos actuales»⁸⁵.

El director departamental de Higiene debía entregar informes de labores cada semestre a su jefe del orden nacional. En esos informes se incluían datos como los índices de mortalidad y natalidad, las enfermedades dominantes, los cuadros meteorológicos, las acciones de los laboratorios departamentales y municipales, y muchas otras actividades del ramo. Ahora bien, ante la solicitud de la dirección departamental de Higiene sobre datos estadísticos provenientes de las actividades de los médicos municipales en sus hospitales, oficinas de accidentes, dispensario y otras dependencias, la JASP respondió el 19 de agosto de modo parco: «Dígase al Sr. director departamental de Higiene que casi la totalidad de los médicos que ejercen en la ciudad, se niegan a dar los datos que él solicita para sus cuadros estadísticos y que por lo tanto, la JASP, siente positivamente avisarle que se abstendrá de solicitar en lo futuro los referidos datos»⁸⁶.

En octubre, la JASP no envió a la DDH, como era habitual desde hacía más de una década, la copia de las actas de visitas a las droguerías y farmacias de la ciudad. Éste era uno de los insumos del informe mensual departamental ante la dirección nacional. Sobre las actas de visitas practicadas a farmacias, solicitadas por la DDH, el director de la JASP, Jesús María Duque, dijo que «el Dr. Alberto Gómez Arango las dejó en cada una de las farmacias que visitó y que inmediatamente después de practicadas estas visitas renunció a su cargo, y no tuvo tiempo de pasar estas actas a la Junta»⁸⁷. En cuanto al control de medicamentos sin licencia agregó que

... La junta procura darle estricto cumplimiento [al decreto 657] en todas sus partes pero que se siente cohibida para llenar su cometido mientras esa Dirección no solo tolere, sino que permita la libre venta de cloral en forma de específicos y de esa manera desautorice las determinaciones que la Junta toma al hacer cumplir la Ley 11 de 1920 y el decreto n^o 657 que la reglamenta.

De hoy en adelante los droguistas y boticarios alegrarán con sobrada razón, que no es justo que sobre ellos caiga todo el rigor de la ley, mientras otros protegidos por las autoridades sanitarias venden libremente sustancias tóxicas sin los requisitos que esa misma Ley exige».

Estos acontecimientos dan cuenta de una creciente tensión entre dos oficinas de higiene hasta entonces solidarias. Desde el asunto de los específicos de Adán Romero, las autoridades médicas municipales de Medellín sometieron al doctor Vespasiano Peláez a una especie de paulatino ostracismo y desconocimiento de su autoridad. El malestar no parece haberse solucionado en ese año difícil de 1926. Como en un oscuro relato, el desdén de los higienistas de Medellín por su director departamental sólo se dispó con la muerte de éste en enero de 1927.

Una afrenta a la medicina nacional

En septiembre, el caso de Adán Romero pasó a manos del Ministerio de Instrucción y Salubridad pública. El hecho de haberle otorgado patentes tan sólo dos años atrás, resolvió al Ministro a revocar ambas resoluciones: la del doctor García Medina y la de la JASP.

Aunque en varias comunicaciones los médicos antioqueños mostraron su inconformidad y su desconcierto ante esa decisión del alto gobierno, que ellos tildaron de burla a la medicina nacional, no parece que el ministro se haya echado atrás en su decisión. No obstante, en telegrama enviado al ministro, el cuerpo médico antioqueño desestimó la veracidad de esa patente de invención y afirmó que si esos específicos tenían entre sus componentes sustancias como el cloral, nunca deberían haber sido autorizados por ese Ministerio. El telegrama sugiere, pues, que pudo haber fraude en la solicitud de las patentes. Los médicos también comunicaron que la junta, el cuerpo médico y la sociedad estaban «profundamente extrañados» por esa inexplicable resolución, pues «los derechos adquiridos» no podrían estar por encima del cuidado de la salud pública. Por lo tanto, rogaron para que ese ministerio reconsiderara el permiso otorgado a Adán Romero y retomara la resolución del doctor García Medina. Con ese objetivo no dudaron en afirmar que la empresa Ferrocarril de Antioquia había entregado a Romero 192 kilos de Cloral⁸⁸. Este último hecho parece bastante inverosímil, pues esa enorme cantidad resulta excesiva para la manufactura de unos remedios elaborados por un vendedor al detal.

El caso también tuvo resonancia en otras ciudades del país y movilizó la solidaridad de otras juntas e inspectores de higiene. El director del diario *El Obrero* de Bucaramanga escribió a la JASP rogando se le suministrara información sobre el caso para publicarla⁸⁹.

Este caso muestra con claridad que el control de la circulación de los medicamentos no fue un asunto minúsculo para las autoridades de higiene de esa época, y también que el desarrollo de ese aspecto de la protección de la salud pública no fue un movimiento sin tensiones. Además tuvo consecuencias que determinaron parte de la especificidad colombiana del proceso de regulación de la circulación de los medicamentos, la cual puede enunciarse como sigue:

1. Los remedios son objetos complejos de múltiples caras y sus productores y comercializadores arriesgan y comparten en el negocio una gran variedad de intereses. Estos intereses no coinciden necesariamente, y siempre, con los de la salud pública.

2. Aunque las autoridades contaron con una legislación farmacéutica más o menos precisa, la legislación de patentes (rezagos de una legislación aduanera) parecía pesar más ante las autoridades nacionales. Esto da cuenta de la fragilidad del poder médico frente a los intereses de un Estado protector de los intereses comerciales. De cierta manera, el poder económico coaccionó de manera sagaz el deber estatal de proteger la salud pública.
3. Persistía la dificultad de hacer cumplir la ley mientras los medicamentos no fueran analizados en laboratorios adecuados y la emisión de patentes seguía basada en la confianza dada a la fórmula entregada por el solicitante y no en su análisis riguroso. Pero algunos comerciantes y fabricantes de específicos se resistían a ajustarse a la ley. El hecho de que el *Redentor del cuerpo humano* fuera presentado en su etiqueta como un medicamento contra la sífilis y otras venéreas, violaba la legislación que prohibía ese tipo de publicidad, y sin embargo, el Ministerio de instrucción no halló en esa ilegalidad argumentos suficientes para cancelar la patente de privilegio de explotación de ese producto.

Es así como un diferendo en el ámbito local, entre la Inspección de Sanidad (órgano ejecutivo de la JASP) y la Dirección Departamental de Higiene, de pronto dejó de ser un asunto del orden departamental y se volvió un problema que implicó a las más altas autoridades de la medicina y la higiene pública nacional. Lo más grave del caso fue el hecho de que la alianza entre el Estado y la medicina, que recién comenzaba a marchar, se viera minada por incidentes de ese tipo.

Desde 1913 el gobierno nacional había delegado a la institución médica, representada en la JDH, el poder de dictar resoluciones para hacer cumplir las leyes en materia de salud pública. Ese poder fue ignorado por un ministerio público. Esta situación debilitó la confianza de los médicos oficiales y de muchos otros médicos colombianos en el Estado. Sin embargo, tal situación, en lugar de amedrentar a los galenos, los fortaleció y los movió a realizar gestiones para afianzar más su poder en la sociedad.

El caso del Indio Ladino ayudó a expandir la opinión negativa acerca del comercio de específicos en Colombia y activó la gestión para llevar la ley a acciones concretas de control y represión⁹⁰. Aunque mucho más tarde de lo prometido, estas tensiones se resolvieron en la formación de la Comisión de Especialidades Farmacéuticas. Mientras los higienistas más radicales se exasperaban en la espera de un control adecuado de los remedios, los vendedores de específicos hicieron gran fortuna.

En este capítulo se ha estudiado la activación de una primera campaña contra el comercio de específicos. La labor de las autoridades de

higiene estuvo respaldada por la existencia del laboratorio químico departamental que se convirtió en el instrumento fundamental para llevar a cabo los objetivos de esa campaña. Los vendedores de medicamentos no eran sujetos pasivos. Inventaron estrategias, no se dejaron amedrentar por las autoridades locales ni por sus nuevos instrumentos de control, se defendieron desde los espacios otorgados por una legislación que aún no estaba preparada para regular un campo tan problemático como es el de las terapéuticas. Sin embargo, uno de los correlatos del control de los medicamentos fue la vigilancia al ejercicio de la profesión farmacéutica que gozaba también de la inoperancia de la ley.

Notas

1. Un oficio de la Dirección Departamental de Higiene dirigido el 15 de noviembre de 1915 a la CSM de Medellín señalaba que «En Bogotá y Barranquilla quieren organizar sus servicios de Higiene con el ejemplo de Medellín». AHM, Alcaldía, JASP, t. 196, f. 110.
2. María Esther Alegre y María Esther Gil, *La farmacia en el siglo XIX*, Madrid, Akal, 1992; Juan Esteve de Sagrera, *Historia de la farmacia: los medicamentos, la riqueza y el bienestar*, Barcelona, Masson, 2005; François Chast, «Les médicaments», Grmek Mirko (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, v. 3: Du romantisme à la science moderne, Paris, Seuil, 1999.
3. Nina Hinke, «Entre arte y ciencia: la farmacia en México a finales del siglo XIX», *Relaciones*, 88, otoño 2001, v. XXII, p. 59. Sobre «el Colegio de Boticarios de Madrid»: Francisco Puerto Sarmiento, *Ciencia de Cámara*, Madrid, CSI, 1992, citado por Nina Hinke.
4. Francisco Tovar, «Discurso de Farmacia», (noviembre de 1874), Estela Restrepo Zea, (compiladora), *La Universidad Nacional en el siglo XIX, documentos para su historia. Escuela de Medicina*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004, p. 121.
5. *Ibid.*
6. Leonidas López López, *Del empirismo en Colombia*, Tesis para el doctorado en medicina, Bogotá, Arboleda y Valencia, 1914, p. 10.
7. *Ibid.*
8. *Ibid.*
9. Según la «Resolución N^o 16 sobre venta de medicamentos» las preparaciones oficinales farmacéuticas en el departamento de Antioquia tomarían como norma las incluidas en el Codex Francés de 1908, además «... Si dichas preparaciones no se hacen de acuerdo con las fórmulas del Codex serán consideradas fraudulentas y castigados los culpables», *Gaceta Departamental*, Medellín, 6 de agosto de 1914, (769), p. 5076.
10. Juan B. Londoño, «Circular N^o 15 del 28 de agosto de 1916», *Gaceta Departamental*, Medellín, 2 de septiembre de 1916, (1129), p. 7947.
11. Sophie Chauveau, «El estatuto legal del medicamento en Francia, siglos XIX y XX», Christian Bonah et Anne Rasmussen, (dir.) *Histoire et Médicament aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Gliphe, 2005, pp. 87-114 (traducción al español de Jorge Márquez, copia dactilográfica, 2006). Francia fue uno de los países pioneros en la lucha contra el tráfico de remedios secretos. Para ello decretaron la disposición del 21 germinal año XI (1803) la cual prohibía ese tráfico. Dos años más tarde por su infracción «se impuso el pago de una multa, pero por su reincidencia se añadía la privación de la libertad que sería de tres a diez días». María Esther Alegre y María Esther Gil, *La farmacia en el siglo XIX*, Madrid, Akal, 1992, p. 46.
12. Artículo 329 del Código de Policía de Antioquia, 1916. Véase: «Resolución número 319 de la Junta Central de Higiene», *Revista de higiene*, año VIII, Bogotá, enero de 1917, (100), p. 162.
13. François Dagognet, «Prescribir», *Savoir et pouvoir en médecine*, Le Plessis Robinson, Synthélabo, 1998, (traducción al español de Jorge Márquez, copia dactilográfica, 2004).

14. Ley 35 de 1869, «Sobre patentes de invención, mejora y producción de nuevas industrias», *Diario Oficial*, Bogotá 13 de mayo de 1869, (1581).
15. Como lo indicaba Leonidas López López: «La libertad completa que hay para el comercio de drogas y específicos no deja de tener inconvenientes en un país donde se da con ello pábulo al empirismo. En el departamento de Caldas, por ejemplo, se venden drogas por mayor a quien quiera, sin consultar su idoneidad; y como no siempre hay médicos en los pueblos pequeños, los boticarios se dan a recetar», *op. cit.*, p. 15.
16. AHJM, doc. (2171), f. 10, 1890.
17. *Ibid.*, ff. 10-11.
18. *Ibid.*, f. 15.
19. AHJM, (doc, 697, 1910).
20. AHM, JASP, t. 198, f. 228-233. Otros informes del Laboratorio Químico Departamental donde se aprecia la actividad de vigilancia desarrollada por esa oficina se encuentran en el AHA, Gobernación de Antioquia, tomo 9.476.
21. *Crónica Municipal*, Medellín, 30 de octubre de 1915, (94 y 95), p. 741.
22. *Ibid.*
23. Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria de abril y mayo de 1915», *Crónica Municipal*, Medellín, 28 de junio de 1915, (80, 81, 82 y 83), p. 629.
24. AHA, t., 9475, f., 71 r. «Resolución N^o 10 por la cual se prohíbe la venta de un remedio (específico)», publicada también en la *Gaceta Departamental*, Medellín, 25 de mayo de 1915 (922), p. 6.299.
25. «Resolución N^o 17 por la cual se prohíbe la venta de unos específicos», *Gaceta Departamental*, Medellín, 29 de julio de 1915, (954), p. 6.554.
26. AHA, Secretaría de Gobierno, t., 9476.
27. Tobías Zuluaga, «Informe de la Inspección 5^a del mes de noviembre de 1915», *Crónica Municipal*, 31 de mayo de 1916, *Crónica Municipal*, (123 y 124), p 966.
28. Tobías Zuluaga, «Informe de la Inspección 5^a del mes de mayo de 1916», *Crónica Municipal*, 22 de agosto de 1916, (134), p 1056.
29. Tobías Zuluaga, «Informe de la Inspección 5^a, del mes de mayo de 1916», *Crónica Municipal*, 31 de agosto de 1916, (135), p. 1.067.
30. AHM, Alcaldía, JASP, t. 200, «Informe mensual sobre los trabajos presentados en el Laboratorio Químico Departamental y sección Analítica de la Escuela Superior de Agricultura Octubre de 1924, ff. 334-335; Otros Informes mensuales: t. 201, Noviembre de 1925, ff. 189-191; Octubre de 1925, t. 201; ff. 204-205; Mayo de 1925, t. 201, ff. 211-212.
31. El dispensario municipal y los laboratorios de bacteriología y química fueron financiados con fondos del municipio, pero en noviembre de 1917 pasaron al presupuesto departamental, por eso el Laboratorio Químico Municipal comienza a llamarse Laboratorio Químico Departamental. No obstante, esas entidades seguían supeditadas a las autoridades de la Comisión Sanitaria Municipal. Véase: *Crónica Municipal*, 30 de noviembre de 1917, (180), p. 1450.
32. Aunque también es cierto que durante este periodo se registran algunas quejas por parte de sus funcionarios, como la escasez de reactivos e incluso la mala administración, a partir de 1925 el Laboratorio Químico Departamental es abastecido periódicamente con nuevos materiales.
33. Las Inspección 5^a municipal, como tenía las funciones de sanidad pública, a veces era llamada simplemente Inspección de Sanidad. Hacia los años 1920 se volverá más usual esta segunda denominación.

34. Guillermo Jaramillo Madarriaga, «Informe mensual sobre los trabajos presentados en el Laboratorio Químico Departamental y sección Analítica de la Escuela Superior de Agricultura, durante el mes de septiembre de 1924, AHM, Alcaldía, JASP, t. 200, ff., 318-319.
35. Guillermo Jaramillo Madarriaga, «Informe mensual sobre los trabajos presentados en el Laboratorio Químico Departamental y sección Analítica de la Escuela Superior de Agricultura, durante el mes de Octubre de 1925», AHM, Alcaldía, JASP, t. 201, ff., 180-181.
36. *Ibid.*, f. 319.
37. AHM, t. 206, f. 303
38. Enrique Déneve reemplazó a Ehrensperger durante sus sesenta días de licencia entre 1915 y 1916, AHM, Alcaldía, JASP, t. 196, f. 241.
39. Joaquín Escovar nació en 1.894 y estudió química farmacéutica en la Universidad de Valparaiso (Indiana, EE. UU.); fue profesor de física en la Universidad de Antioquia y profesor de química general, analítica e industrial en la Escuela Nacional de Minas. Además se desempeñó como socio administrador de la Farmacia Blanca, murió el 16 de diciembre de 1.970. Véase: *Labor*, Medellín, año II, enero de 1925, (17-18).
40. Según los boticarios locales, estas medidas perjudicaban la industria farmacéutica nacional. Véase el capítulo 4, «El Estatuto legal del medicamento en Colombia».
41. *Revista de Higiene*, Bogotá, marzo, 1914, (141-143), pp. 42-46.
42. «Informes de las direcciones departamentales de higiene», *Revista de Higiene*, Bogotá, octubre de 1923, (141-143), pp. 271-373. Los informes de Atlántico, Valle, Bolívar, Cundinamarca, Santander, Tolima, Caldas y otros departamentos se refieren profusamente a las epidemias de disentería y fiebre tifoidea, a las enfermedades venéreas, la prostitución, la lucha antialcohólica, el paludismo, la tuberculosis, la higiene de la leche y de las aguas, la lepra, las estadísticas, la vacunación y otros tópicos, pero el problema de las drogas no aparece tratado. Véase también de la misma revista el número (100), enero de 1917, pp. 160-166, donde las únicas resoluciones sobre regulación de medicamentos son las que la JCH le derogó a la DDH de Antioquia.
43. AHM, Alcaldía, JASP, t. 196, Medellín, 6 de junio de 1915, f. 9.
44. Enrique Ehrensperger, «Informe de los trabajos realizados durante el mes de junio de 1915 en el Laboratorio Químico Municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 30 de octubre 1915, (94 y 95), pp. 744-745.
45. *Ibid.*
46. Enrique Ehrensperger, «Informe de los trabajos realizados durante el mes de julio de 1915 en el Laboratorio Químico Municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 14 de enero de 1916, (103, 104, 105, 106, 107, 108), pp. 851-852.
47. Es decir, eran declarados remedios secretos, pues no llevaban inscrita la fórmula en la etiqueta.
48. «Resolución N° 26, 15 de mayo de 1916», *Gaceta Departamental*, Medellín, 23 de mayo de 1916 (1080), pp. 7.559.
49. AHM, Alcaldía, JASP, t. 196, Medellín, 18 de mayo de 1916, f.182.
50. Desde el siglo XIX el calificativo de tóxica era también de uso muy frecuente para referirse a sustancias susceptibles de ser utilizadas en envenenamientos, homicidios, suicidios y abortos. Sin embargo, a las «drogas heroicas» o «alcaloides», también se les denominaba «sustancias tóxicas». El Láudano, considerado a la vez como narcótico y tóxico, fue utilizado por ejemplo en un intento de suicidio del joven Francisco

- A. López, de profesión tendero, en Ituango, en 1894, AHJM, (2141), junio 12 de 1894.
51. «Resolución N^o 29, 9 de julio de 1916», *Gaceta Departamental*, Medellín, 22 de julio de 1916 (1112), p. 7810.
 52. «Resolución N^o 35», *Gaceta Departamental*, Medellín, 2 de septiembre de 1916 (1129), p. 7.947.
 53. *Ibid.*
 54. Resolución N^o 35, *Gaceta Departamental*, Medellín, 2 de septiembre de 1916 (1129), p. 7.947.
 55. Hay que recordar, como lo señala Sotomayor, que durante el siglo XIX muchos médicos preparaban sus propios productos y, de la mano de los boticarios más cercanos, comercializaban fórmulas de su invención.
 56. Tobías Zuluaga, «Informe de la Inspección 5^a del mes de agosto de 1916», *Crónica Municipal*, Medellín, 16 de noviembre de 1916, (141 y 142), pp. 1.129-1.120. Sin embargo, resulta curioso que a Norberto Sánchez se le prohibiera prescribir, pues Isidoro Silva en su *Directorio General de Medellín*, publicado en 1906, se refiere a dicho doctor y a otros que ejercían en el distrito de Yarumal, como «notables médicos» que prestan «con oportunidad sus servicios profesionales». Véase: Isidoro Silva, *Directorio General de Medellín*, 1906, (s.d), p. 187.
 57. «Resolución de la Gobernación y Sentencia de la Jefatura General de Policía», *Gaceta Departamental*, Medellín, 6 de noviembre de 1916, (1158).
 58. *Ibid.*
 59. *Ibid.*
 60. *Ibid.*
 61. *Ibid.*
 62. Anuncio publicado en *El espectador*, Medellín, 7 de enero de 1919, (2625).
 63. «Resolución N^o 319 de la Junta Central de Higiene», *Revista de higiene*, año VIII, Bogotá, enero de 1917, (100), pp.160-164
 64. «Resolución N^o 37 de la Dirección Departamental de Higiene», *Gaceta Departamental*, Medellín, 6 de septiembre de 1916 (1131), p. 7.961.
 65. «Resolución N^o 16 del 30 de julio de 1914, sobre venta de medicamentos»: «3^o En los almacenes y tiendas que no estén clasificados como Droguerías o Boticas, sólo se permitirá el comercio de las siguientes drogas: Mostaza, Sinapismos, Aceite ricino, Aceite de olivas, Aceite de almendras, Aceite canime, Magnesia calcinada, Magnesia hidratada, Sulfato de magnesia o Sal de Inglaterra, Crémor, Polvos de sedlitz, carbonatos, Bicarbonato de soda, Sulfato de soda o Sal Glauber, Creolina y sus similares, Vaselina, Alcanfor, Tilo, Goma, Valeriana». *Gaceta Departamental*, Medellín, 6 de agosto de 1914, (769), p. 5.076. El 5 de julio de 1915 la DDH, emitió una resolución (N^o 15) en la cual se incluían otros medicamentos en la lista anterior.
 66. «Resolución N^o 37 del 30 de agosto de 1916», *Gaceta Departamental*, Medellín, 6 de septiembre de 1916 (1131), p. 7.961.
 67. «Resolución N^o 337 de la Junta Central de Higiene», *Revista de higiene*, Bogotá, enero de 1917, año VIII, (100), p.165-166.
 68. AHM, Alcaldía, JASP, t. 203, f. 529
 69. José Emilio Orozco, *Legislación farmacéutica colombiana*, Bogotá, Mundo al día, 1940.
 70. Vespasiano Peláez (Sopetrán 1857-Medellín 1 de enero de 1927) se graduó en Medicina y cirugía en 1882, en 1895 viajó a Europa donde hizo estudios sobre enfermedades de los ojos, nerviosas, ginecológicas y microbiología. Desde 1897 hasta mediados de 1926 tuvo a su cargo la cátedra de Patología Interna en la Universidad de Antioquia.

71. AHM, Alcaldía, JASP, t. 203, f. 532.
72. *Ibid.*, f. 53
73. *Ibid.*, f. 47
74. Ley 11 de septiembre de 1920, compilada en José Emilio Orozco, *op., cit.*, p. 115
75. AHM, Alcaldía, JASP, t. 202, 6 de julio de 1926, f. 130
76. AHM, Alcaldía, JASP, t. 203, f. 7
77. AHM, Alcaldía, JASP, t. 202, 13 de julio 13 de 1926, f. 130
78. AHM, Alcaldía, JASP, t. 203, 12 de julio de 1926, f. 8
79. AHM, Alcaldía, JASP, t. 202, f. 49-50, Telegrama, Yarumal 15 de julio de 1926.
80. Jorge Bejarano, *El Estado y las medicinas de patente, ante la Federación Médica Colombiana*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1936, p. 41.
81. «El hidrato de Cloral es un compuesto cristalizado proveniente de la combinación de cloral anhídrido (aldehído tricloro que es líquido y cáustico) con agua. Soluble en al agua, el alcohol, éter, glicerina, benzina, cloroformo y los cuerpos grasos. Es utilizado como hipnótico, sirve sobre todo contra los insomnios de origen nervioso y los insomnios maniacos o alcohólicos, también es usado como anticonvulsivo, los tétanos, la intoxicación por estricnina, la coqueluche; como analgésico, dosis débiles se emplean contra la neuralgia, gastralgias, cólicos hepáticos, y dismenorrea dolorosa». Augustin-Nicolas Gilbert et Charles Michel, *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie*, París, Octave Doin, 1925, p. 87. Conviene señalar que desde el siglo XIX, el cloral era uno de los paliativos más importantes con los que contaba la materia médica del periodo. En Colombia se promocionó abundantemente su uso. En un aviso publicado el 12 de enero de 1878 en el periódico *La Palestra* de Mompox, la casa Ribón Hermanos promociona el Jarabe de cloral de Follet contra el insomnio, distribuido por la casa L. Frere de París. El aviso señala que ese medicamento era «útil en todos los casos que acarrea la privación del sueño: gota, reumatismo, neuralgia, jaquecas, dolor de muelas, cólicos, heridas, dolores agudos en general, preocupaciones morales, agitación causada por los grandes calores.» Además «una instrucción acompaña cada frasco». Cf. Jorge Márquez y Felipe Gutiérrez, *CD Base de Datos, Prácticas, discursos y mitologías de terapéuticas y terapeutas en la publicidad del remedio en Colombia, 1850-1930*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2005. Resulta interesante constatar allí no solamente el amplio espectro terapéutico del medicamento y además la presencia de «instructivos» lo cual fomentaba la automedicación, lo que también representaba una solución a la ausencia de personal médico en el país.
82. AHM, Alcaldía, JASP, t. 202, 2 de agosto de 1926, f. 515.
83. Como lo indica el historiador Antonio Escohotado, en su *Historia general de las drogas*, el cloral fue el primer analgésico no opiáceo aparecido en el siglo XIX, y fue lanzado por los fabricantes como un fármaco útil en todas las afecciones donde estaba indicada la morfina. «... Así presentado, el producto no dejó de granjearse adeptos y perjudicarlos seriamente, ya que se trata de un fármaco muy áspero, que depaupera física y mentalmente con notable rapidez (...).» Antonio Escohotado, *Historia general de las drogas*, Madrid, Alianza, 1989, p. 63. Según el historiador británico Richard Davenport-Hines, el uso del cloral se difundió además de modo singular entre los insomnes, algunos tan ilustres como el dramaturgo alemán Kart Gutzkow (1811-1878), el poeta y pintor Dante Gabriel Rossetti (1828-1882) o el propio Friedrich Nietzsche (1844-1900). A este último después de haber trabajado como camillero en la guerra franco-prusiana de 1871, sus doctores le recetaron cloral y según el médico

- y farmacéutico prusiano Louis Lewin (1850-1929), «tomaba dosis inmoderadas de la droga y de este modo, por lo menos, aceleró su deterioro mental». Louis Lewin, *Phantástica*, 1924, citado en Richard Davenport-Hines, *La Búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*, México, F.C.E., 2003, p. 128.
84. AHM, Alcaldía, JASP, t. 204, f. 66
 85. AHM, Alcaldía, JASP, t. 202, f. 118.
 86. AHM, Alcaldía, JASP, t. 202, f. 334, Carta del 19 de agosto de 1926.
 87. Jesús María Duque, Carta al Director Departamental de Higiene, 5 de octubre de 1926, AHM, Alcaldía, JASP, t. 202, f. 147
 88. AHM, Alcaldía, JASP, t. 203, Medellín, 23 de septiembre de 1926, f. 43
 89. AHM, Alcaldía, JASP, t. 208, f. 40.
 90. El caso debió tener cierta difusión al menos en los círculos cercanos a los médicos, y tal vez su referencia pasó al habla cotidiana de algunas personas. En una entrevista con el doctor Óscar Duque Hernández, hijo del doctor Jesús María Duque, luego de escuchar el relato sobre el Indio Ladino, recordó que cuando era niño a las personas algo astutas y taimadas, «la gente les decía: usted es un Indio Ladino y *Armonioso*».

Capítulo 3

La inspección de farmacias y la regulación de los medicamentos

Como se ha mostrado en las páginas precedentes, la reestructuración de la higiene pública impulsada por la Ley 33 de 1913 fue una de las condiciones para el surgimiento del control de la circulación de los medicamentos a comienzos del siglo XX. Con el objeto de vigilar el comercio de medicamentos y la profesión de farmacéuta las autoridades idearon una estrategia: realizar inspecciones regulares a las farmacias. Sin embargo, la inspección de farmacias no parece ser una innovación del siglo XX, pues a finales del siglo XVIII, entre los deberes del Protomédico estaba el de la visita, por lo menos anual, a las boticas de su jurisdicción, pero aunque sean evidentes las semejanzas entre ellas, lo novedoso de las inspecciones desarrolladas durante el siglo XX fue su mayor cubrimiento y el número de variables por controlar¹. En el siglo XIX, en la joven nación republicana, la preocupación por regular la circulación de los medicamentos también estuvo presente en la legislación, y las funciones del viejo Protomedicato, fueron asumidas por las Facultades de Medicina, pero hace falta contrastar esa legislación con otros reportes que confirmen su puesta en práctica².

También se sabe de otros decretos y disposiciones de las autoridades, como el decreto número 13 del 30 de marzo de 1886, por el cual se hacían «ciertas prevenciones a los farmacéuticos o boticarios» donde estaba implícita la prohibición del comercio de remedios secretos o específicos³. Este decreto exigía a los boticarios que pretendieran ejercer su profesión presentar a la alcaldía un comprobante de sus aptitudes firmada por dos profesores de Medicina. También debían llevar en sus farmacias un libro foliado y rubricado por el alcalde en el cual se copiarían todas las fórmulas despachadas. En cuanto al comercio de remedios secretos, se controlaría marcando cada receta con el sello de la farmacia, y rotulando cada frasco o paquete vendido con la composición del producto. Esta última exigencia, da cuenta de la preocupación por la venta de productos cuyos componentes fueran desconocidos por los médicos y, por lo tanto, susceptibles de ser utilizados de modo indiscriminado en abortos y homicidios; pero, además, las autoridades no ignoraban que el desconocimiento de la naturaleza y la calidad de los remedios en circulación podía poner en peligro la salud pública.

Sin embargo, sin una oficina permanente encargada del control de los fármacos, sin laboratorios químicos y sin funcionarios suficientes, los agentes terapéuticos carecieron durante el siglo XIX y hasta la segunda década del XX de una legislación especial que los diferenciara de las demás mercancías y de un control adecuado de su calidad y veracidad. Pues si bien los decretos citados instaban a las autoridades a hacer cumplir a los boticarios cada uno de sus artículos so pena de incurrir en multas y cárcel, sin un personal especial dedicado a esas inspecciones, esas intenciones difícilmente podrían materializarse.

Discontinuidad de las fuentes

Esta situación sufre un cambio fundamental entre 1914 y 1928 cuando se desarrolla un proceso de vigilancia a las droguerías y farmacias a través de las Comisiones Sanitarias Municipales. El procedimiento general de vigilancia durante esos años sería el de la visita por parte de un funcionario (el médico jefe municipal, quien además era presidente de la Comisión Sanitaria) a cada uno de los establecimientos donde se expendían drogas. La visita se realizaba llenando un formato suministrado por la Dirección Departamental de Higiene, a la cual eran dirigidas las encuestas luego de realizadas las visitas, y a su vez esa oficina informaba a la Junta Central de Higiene sobre las novedades de tales visitas.

No ha sido posible hallar la serie completa de estos informes. Su irregularidad se comprende por la suspensión de esa actividad en tiempos de epidemias, cuando tareas más urgentes demandaban la atención de los pocos funcionarios de sanidad. No obstante, el corpus encontrado es bastante explícito, si se trata de comprender parte de la historia de la regulación de los medicamentos en Colombia.

Para el periodo 1914-1919, el diario oficial del Concejo y la Alcaldía de la ciudad, llamado *Crónica Municipal*, publicó los informes y novedades de esas inspecciones. También se hallan ocho actas de visitas de 1916. Durante el segundo semestre de ese año, algunos registros de segunda visita fueron manuscritos en el anverso de los formatos, lo que permite contar al menos con cuatro informes más de ese año. Los informes más regulares son los correspondientes al periodo de julio de 1920 a diciembre de 1922. Las actas de visitas desaparecen en 1922 y surgen de nuevo en los archivos para los dos semestres de 1925. Luego desaparecen hasta noviembre de 1928, cuando fue creado el

cargo de Médico Visitador de farmacias, quien entregará cumplidos informes mensuales hasta febrero de 1931, fecha en la cual el presupuesto de ese cargo es suprimido y como esas labores son retomadas por la ocupada oficina de Inspección de Sanidad no quedan casi huellas de la inspección de farmacias hasta 1936⁴. Pero además, desde 1928 los intereses de la inspección de droguerías se dirigen hacia nuevos problemas como el control del tráfico de estupefacientes. Luego no hay informes hasta 1939 y 1942, año en el cual ya no se encontró en el archivo municipal más documentación de las actividades de las autoridades de higiene de Medellín.

Hasta 1930 la venta de especialidades farmacéuticas fuera de las boticas era algo habitual. En la medida en que la farmacia tiende a ser normalizada, el comercio de esas drogas también debía serlo, por eso uno de los asuntos abordados por las autoridades de higiene a partir de 1930 fue la sanción a la venta de remedios en lugares distintos a las farmacias. Esta práctica, habitual durante toda la primera mitad del siglo xx, sólo estaba permitida en los municipios donde no había farmacias, pero durante esa época no hubo forma de evitar que, en las calles, plazas de mercado, tiendas y otros establecimientos comerciales se expendieran remedios. La resolución N^o 303 de 1930 del Director Departamental de Higiene, doctor Alberto Gómez Arango, que llamaba la atención sobre el asunto y prohibió expresamente la venta de especialidades por fuera de las boticas, sólo se cumplió parcialmente, pues el 24 de abril de 1940 la Dirección Municipal de Higiene emite otra resolución en la cual prohíbe a los establecimientos distintos a farmacias «expende remedios, salvo analgésicos, sal de frutas, bicarbonato de sodio y aceites de castor, almendras y manzanilla»⁵. Como las normativas anteriores, es probable que tampoco hubiera sido cumplida a cabalidad.

Por otra parte, durante el siglo xx el comercio de drogas mantiene un crecimiento constante. Entre 1915 y 1942 el negocio de la farmacia creció de modo significativo en Medellín: en 1915 había 22 farmacias, 6 droguerías⁶, un laboratorio farmacéutico y una fábrica de productos químicos⁷; en 1921 se registraron 41 farmacias; en 1925 su número ascendió a 48 farmacias, 12 droguerías y 5 laboratorios farmacéuticos⁸; en 1929 el número de farmacias llegó a 51⁹; en 1941 los funcionarios de higiene reportaban que había 81 farmacias, 65 «laboratorios de producción farmacéutica» y algunas agencias o depósitos de drogas¹⁰. Es difícil explicar cómo de 5 laboratorios farmacéuticos se pasa en solo doce años a 65, es probable que se hubiera generalizado el caso de la Farmacia

Blanca, propiedad del químico industrial Joaquín Escovar y del químico farmacéutico Bernardo Restrepo, ambos graduados en universidades estadounidenses, quienes instalaron en su farmacia un laboratorio químico donde realizaban análisis y producción de medicamentos¹¹. Pero en todo caso la gran importancia del número de establecimientos donde se vendían y fabricaban medicamentos con respecto a la población de la ciudad sugiere que esos negocios no sólo abastecían a Medellín, sino que eran distribuidores para el resto de municipios del departamento, lo que explica la necesidad de un trabajo conjunto entre autoridades departamentales y municipales en la regulación de los medicamentos. Se trata de todas formas de un aumento constante de establecimientos de producción y comercio de drogas que casi se duplica en menos de tres lustros. Sin duda alguna este proceso acarreó problemas a la administración sanitaria, que había comenzado a recelar del provecho que para la salud pública podía desprenderse de las actividades de los boticarios. Como decía irónicamente el médico y farmacéuta J. Mejía Uribe en 1931: «... Las boticas, como los cafés, se procrean maravillosamente al calor de los trópicos (...) mientras haya agua y bobos en la Villa los boticarios harán plata»¹².

La importancia que alcanzó el negocio de drogas en el país y las frecuentes irregularidades por parte de los farmacéutas fueron causas determinantes para que la Dirección Departamental de Higiene impulsara la práctica regular del control de los medicamentos y los lugares donde eran vendidos. Estas actividades, que superaban la injerencia habitual del cuerpo médico en el campo de la salud, permiten hablar de un proceso de medicalización de la farmacia que comienza a desarrollarse durante los primeros años del siglo xx.

Venta de especialidades farmacéuticas

Sin embargo, todo parece indicar que hacia la década de 1920 los remedios cuyos efectos terapéuticos habían resultado seguros, y su composición no era del todo desconocida para el cuerpo médico de la ciudad, fueron tolerados. De las 236 actas de visitas entre 1920 y 1925, 135, es decir el 57%, registran que las farmacias visitadas vendían alguna especialidad farmacéutica sin fórmula en el envase, aun así su comercio no fue prohibido¹³.

Algo parecido pasó con algunas medicinas de patente importadas, anunciadas libremente en reconocidos periódicos de la ciudad como *El*

Espectador y *La Organización*. Aunque usadas con frecuencia, no todas publicaron su fórmula, pero al ser medicinas patentadas muchos médicos colombianos confiaron en ellas y las recetaron a sus pacientes.

Sin embargo, en los informes del Laboratorio Químico Departamental publicados entre 1915 y 1919 se registran numerosos análisis de medicinas de específicos y medicinas de patente nacionales y extranjeras, como los realizados a los remedios «Pomada maravilla», «Odontina», «Elixir de familia», «Callicida Rondaut» y «Jabón ideal», confeccionados por los señores Salvador N. Canet y Agustín López; los específicos de López Riéra, Jesús María Tobón Uribe, mencionados más arriba; el Gran Tónico Pectonoy, las Píldoras rosadas pinoles; también hubo autorización, aunque no se sabe si con previo examen, de 17 especialidades vendidas por Juan R. de la Cruz¹⁴; se publicó además el examen de cinco muestras de medicamentos de la Sydney Ross Company de Nueva York en 1917: el «Tónico Vigorón», a base de lactofosfato de hierro y manganeso, el analgésico llamado «Aquenina» a base de acetinilina, las «Píldoras de vida», las «Pastillas tónico-laxantes Kitaros», y las «Píldoras del Dr. Adams», a base de sulfato de quinina y alcanfor¹⁵. Conviene anotar que, si bien de los análisis realizados a estos últimos se desprendió que todos los productos estaban de acuerdo con la fórmula proporcionada por el fabricante, es claro que ese estudio no era una simple casualidad: la Sydney Ross había sido acusada por el Ministerio de Hacienda de Colombia, en 1916, de cometer fraude fiscal. A través de la firma Bustamante Hermanos, sus agentes comerciales en Cartagena habrían almacenado «mercancías sin haber pagado las tasas aduaneras conforme a la ley, sino otras menores»¹⁶, lo cual puede explicar la sospecha de las autoridades sanitarias hacia esa marca.

A pesar de estos esfuerzos por parte de las autoridades médicas antioqueñas, la confianza de algunos médicos, pero sobre todo del Estado frente a los «específicos de patente» importados, llevó a que durante décadas la venta de *nostrums* o engañifas, tales como el *Compuesto vegetal de Lydia Pinkham*, el *Vino de cardui*, el *Hierro Nuxado*, la *Zarzaparrilla Bristol*, la *Ozomulsión* o el *Linimento de Sloan*, entre otras, fuera tolerada. En sus anuncios prometían un sinnúmero de posibilidades terapéuticas y afirmaban estar hechas bajo técnicas especiales. En 1942 el periódico colombiano *Heraldo Médico* publicó un artículo donde se comentaba que en Colombia se permitía todavía la circulación de medicamentos internacionalmente reconocidos por su composición inútil y fraudulenta. La Federación Médica Americana (EE.

UU.), después de examinar la composición y las propiedades terapéuticas de esos medicamentos castigó a los laboratorios que los producían¹⁷. ¿Por qué, si se sabía que muchos de esos productos, además de costosos, no eran tan eficaces como se anunciaba, su venta fue autorizada? ¿Acaso el Estado colombiano favoreció la circulación de esos productos importados por el simple hecho de provenir de países preciados como civilizados?

A pesar de las visitas a farmacias y los múltiples análisis de específicos realizados en el Laboratorio Químico Municipal, el interés de las autoridades no estaba dirigido sólo a controlar las sustancias en sí (a la vez curativas y peligrosas por naturaleza), sino también para saber quién las producía y quién las vendía. Cuidar el monopolio de la oferta terapéutica por parte de los médicos era tan importante como luchar contra los productos peligrosos. Pero los medicamentos que habían conseguido patentes de privilegio no eran fáciles de sacar del mercado, como bien lo mostraron los casos de los específicos de López Riera y Guillermo Headen. Es probable que esta tolerancia en el mercado de muchos específicos se debiera a la confianza y flexibilidad con que el Estado otorgó patentes de privilegio a inventores y agentes comerciales, entre los que se contaba por igual a médicos, farmacéutas prestigiosos y laboratorios «mundialmente» reconocidos. No deja de ser interesante, por lo demás, el hecho de que la ambigüedad expresada frente al control de los específicos se convirtiera en unanimidad restrictiva cuando, a finales de la década de 1920, el auge del prohibicionismo norteamericano se extendió a Colombia con una campaña contra el comercio estupefacientes.

El oficio de farmacéuta: una profesión subalterna

El «cuidado de la salud pública», consigna de los higienistas de comienzos del siglo XX, iría acompañado de otros procedimientos, además de la vigilancia al tráfico de las sustancias de fórmula incierta. Evitar que la profesión de farmacéuta fuera ejercida por individuos no licenciados fue otro de esos aspectos por normalizar. Se trataba de un nuevo intento por subordinar la profesión farmacéutica a los intereses de los médicos; en una palabra, medicalizar el ejercicio de una profesión que contaba por lo menos con 200 farmacéutas laborando en el Departamento¹⁸. Tal proceso produjo no pocas fricciones. Si bien algunos investigadores, pioneros en la historia de los medicamentos en

Colombia, han mostrado con razón una relación de cercanía y mutuo reconocimiento entre los profesionales de la medicina y de la farmacia, expresada por ejemplo en la participación de algunos farmacéutas en el Segundo Congreso Médico Nacional, celebrado en Medellín en 1913¹⁹, también es cierto que sus relaciones no estuvieron exentas de tensiones producto de su diferente posición social, intereses, formaciones y sobre todo, por el poder concedido a los médicos que ocupaban cargos oficiales.

Según la *Revista Médica de Bogotá* en el Segundo Congreso Médico Colombiano participaron reconocidos farmacéuticos como Pastor Gaviria Uribe, José M. Mesa P, Juan B. Peláez, Alejandro Tamayo, José Torres y Julio Restrepo Lalinde²⁰. Sin embargo, las actas del evento permiten establecer que si bien algunos farmacéutas hicieron presencia en ese evento, su protagonismo no parece haber ido más lejos que el de ser simples observadores. El cuerpo médico colombiano ha sido un gremio cerrado. Ningún farmacéuta dirigió una mesa, pronunció un discurso o lección, y ni siquiera se registra alguna intervención de su parte en las discusiones. Si observamos quiénes eran los farmacéutas invitados se descubre allí otras relaciones que merecen ser develadas: Pastor Gaviria Uribe había sido un reconocido farmacéuta, y fue quien hacia 1903 estuvo al frente de la cátedra de farmacia en la Facultad de Medicina en la Universidad de Antioquia, además era miembro de la Sociedad de Mejoras Públicas; José María Mesa Prieto impartió igualmente la cátedra de farmacia en 1897, y hacia los años 1920 era el catedrático de esa asignatura en la misma universidad; Julio Restrepo Lalinde era otro reconocido comerciante y administrador de una de las droguerías más importantes de la ciudad: la Droguería de Hijo de Pastor Restrepo y Cía., cuyo local ocupaba un costado completo del Parque Berrío; Juan B. Peláez era dueño de la Botica Junín, y para la época de dicho congreso contaba ya casi con 20 años en la profesión. José Torres Meneses fue discípulo de Pastor Gaviria, contaba con una trayectoria de más de dos décadas en la profesión y sus preparaciones eran bien aceptadas entre los médicos, fundó en 1907 la Botica Colón de Medellín y en 1911 la Botica Colón de Girardota. Estos «farmacéuticos» no eran precisamente los farmacéutas o boticarios rasos, eran los profesores de farmacia, los droguistas importadores y algunos miembros de la elite local.

Según lo anterior, se puede decir que el Segundo Congreso Médico Nacional fue una oportunidad que los galenos antioqueños, miembros algunos de las entidades sanitarias oficiales, aprovecharon la

financiación del Concejo de la ciudad para fortalecer lazos de amistad con sus colegas del resto del país, quienes, una década más tarde, mostrarían su lealtad al apoyar y trabajar en común acuerdo en la campaña contra los vendedores de específicos ilegales. Respecto a los farmacéutas, parece más bien que los médicos locales fortalecieron los vínculos con sus líderes: profesores y ex profesores de farmacia, y sobre todo con los droguistas que surtían la ciudad de todo tipo de productos, incluidas las materias primas para la elaboración de medicamentos en las farmacias, algunas de las cuales, no se puede olvidar, eran propiedad de médicos. Así mismo, a los médicos les interesaba estar en buenos tratos con los droguistas, pues, además de hacer parte de su clientela favorita, podrían ayudarles en momentos difíciles. Un ejemplo de esto es visible en la cooperación entre Nicanor Restrepo Restrepo, y los funcionarios de la Comisión Sanitaria, cuando en tiempos de la epidemia su establecimiento comercial era contratado para la consecución de medicinas, sueros, vacunas, materiales para hospitales y para la desinfección en general de la ciudad²¹. Estas «buenas relaciones» también pueden observarse cuando, para combatir la epidemia de gripe de 1918, la Droguería Antioqueña (Lalinde, Restrepo Restrepo y Cía.) suministró drogas a la Comisión sanitaria por la importante suma de \$9.545,27²². Asimismo, con el concurso de los droguistas se buscó controlar al gremio farmacéutico mismo para evitar la subida de precios de ciertos medicamentos; comodidad y ventaja que se permitían los boticarios en tiempos de pánico. Así lo señala Jesús María Duque en su informe sobre la epidemia de gripe de 1918:

Otra de las medidas iniciales de la Junta fue la de trasladarse a la Droguería Antioqueña para contratar con ella el servicio de drogas, útiles y demás enseres para los hospitales. Al mismo tiempo quiso la Junta recibir formal promesa de la Droguería de que no se alterarían los precios de las drogas. Esta droguería, que tiene desde hace algún tiempo contrato especial con el Municipio, no sólo atendió nuestras insinuaciones con el mayor agrado, sino que se dirigió a las Droguerías más importantes de la ciudad, para que unidas hicieran lo mismo, dejando así evitado el peligro de que algunas farmacias quisieran cometer abuso, como dicen que pasó en Bogotá²³.

Por otra parte, los médicos que se dedicaban al oficio de farmacéutas y se encargaban del despacho de su botica gozaban de mayor libertad y privilegios que los demás farmacéutas. Así parecen sugerirlo las actas incompletas de las visitas a la Farmacia Sanitaria del doctor Julio Restrepo, que tenían la indicación «Médico graduado» inscrita en el espacio donde se anotaba si estaba o no autorizado para ejercer como

farmaceuta; su establecimiento apenas era inspeccionado y no tenía que llevar el libro copiador de fórmulas.

Otra historia contaba el farmaceuta raso. El primer ítem de la encuesta que debía llenar en la inspección de farmacias correspondía a la vigencia del certificado de idoneidad del farmaceuta. Se exigía también la autorización del Ministerio de Instrucción Pública entregado por la Dirección Departamental de Higiene, y un permiso de la Alcaldía. Si el empleado trabajaba en la botica a título de aprendiz también era necesario contar con un registro legal de esa actividad. Sin embargo, no todos cumplían con esos requisitos. Era muy común encontrar en las boticas de la ciudad individuos no autorizados ejerciendo la profesión, y a pesar de los llamados de atención y de las multas impuestas por los funcionarios de sanidad, incurrían en ello constantemente.

En las 236 actas de visitas a farmacias que van de 1920 a 1925, se puede observar que un 11,4% de las farmacias visitadas emplearon al menos un farmaceuta al que le faltaba alguna autorización. Pero los médicos sabían imponerse, y su esfuerzo rindió frutos. Si bien las visitas del año 1920 señalaban la presencia de un 25% de individuos no autorizados frente al despacho de drogas, en 1921 esta cifra se redujo a un 9%, y en 1925 las 65 actas de visitas con las que contamos indican que todos estaban autorizados.

Sin embargo, el éxito pudo ser variable o en todo caso menos contundente de lo esperado. Otras fuentes, provenientes de los archivos judiciales y la prensa local, ponen de manifiesto casos de incumplimiento de la ley. Algunos aprendices ni siquiera eran registrados como tales. El 31 de enero de 1925 se presentó un grave accidente en la botica de Guillermo Molina, situada en el barrio Guayaquil. Un aprendiz de farmaceuta, llamado Luis Fernando Álvarez, de 17 o 18 años de edad, despachó ácido fénico en lugar de alcohol perfumado a tres individuos, matando a uno de ellos. Las averiguaciones del caso mostraron que si bien el señor Molina era un farmaceuta reconocido y registrado, el aprendiz no aparecía como tal en los registros del Ministerio de Instrucción Pública. En el proceso seguido se sobreesayó a favor del boticario Guillermo Molina, y se encontró culpable de homicidio involuntario a Luis Fernando Álvarez²⁴.

De otro lado, la expedición de certificados por parte de los médicos graduados no garantizaba la idoneidad de los farmaceutas. Según artículos publicados en los años 1930, algunos galenos expedían certificados sin siquiera conocer al supuesto farmaceuta e incluso había personas

dedicadas a este tráfico apoyadas por casas comerciales interesadas en expandir a algunas ciudades sus negocios de drogas. La falsificación y expedición ilegal de títulos se evidencia en una carta dirigida a Joaquín Escovar, director de la revista *La Farmacia*, por L. Eduardo Fernández y Eduardo Vélez, vecinos del municipio de Concordia:

... la semana pasada estuvo en esta plaza un agente viajero, socio de una casa interesada en el comercio de drogas, casa que tiene su domicilio en esa ciudad y que cuenta -por lo visto- con médicos expertos en la expedición de certificados -mediante referencias y... módicos honorarios- para la consecución de títulos farmacéuticos.

Y tan hábil es la casa que representa el agente a que hicimos referencia, o tan fácil la tarea de conseguir un título en nuestras Academias, que tenemos ante nuestras manos y ante nuestros ojos asombrados, un recibo expedido a favor de un amigo nuestro por la suma de treinta pesos (\$30.00) oro como valor de los servicios prestados; bien entendido que las gestiones fueron hechas por telégrafo y el pago verificado cuando por el mismo conducto se supo que la victoria quedaba asegurada²⁵.

Como respuesta a esta irregularidad, los farmacéutas agremiados alrededor de la revista clamaron por el respeto a la ética como medio eficaz para otorgarle un mejor estatus a su profesión, y por la apertura de una Escuela de Farmacia en Medellín que capacitara a los individuos a fin de acabar con las «improvisaciones de farmacéuticos»²⁶.

Vigilancia al despacho de fórmulas

Aunque el 99% de las actas de inspecciones a farmacias indican que «el despacho al parecer se hace correctamente», otros documentos sugieren lo contrario. En ocasiones los farmacéutas, cuya situación económica y profesión subalterna los convertía en blanco fácil de los intereses comerciales, hacían reemplazos de sustancias inadecuadas o peligrosas. Otras veces, farmacéutas inescrupulosos explotaban la ignorancia del consumidor para realizar una modalidad de fraude bastante habitual, que consistía en no despachar la fórmula solicitada sino preparar otra distinta o con una composición insuficiente. Por ejemplo, en diciembre de 1916 se realizó «una diligencia contra Gabriel Pérez Pérez de la Farmacia Antioqueña a quien se le pidió el despacho de magnesia y lo cambió por cal»²⁷.

Estas irregularidades obligaron a que la Comisión desarrollara una estrategia para vigilar la atención de las fórmulas en la ciudad. Cuan-

En el Municipio de Medellín el día 7 de Noviembre de 1921 se presentó el suscrito Director de la Comisión Sanitaria a la Botica Latina con el objeto de practicar la visita ordenada por el Art. 340 de la Ordenanza 50 de 1914 y procedió del modo siguiente:

1º. Sánchez y Pérez-Sánchez encargado del despacho Sr. Hernández está autorizado para ello por la Resolución Número 50-44 registrada bajo el Número 22-38 en la Dirección de Instrucción Pública,

2º. La última fórmula del libro en que se copian las fórmulas que contienen sustancias tóxicas, lleva el número 2183 y corresponde al día 30 de Noviembre. El libro está bien llevado, esto es de acuerdo con la Resolución número 11 de la Dirección Deptal. de Higiene.

3º. Las sustancias tóxicas, están colocadas en deviden y tienen tiquete especial.

4º. En general las drogas están bien envasadas y en buen estado.

5º. Las especialidades farmacéuticas en la botica sin la fórmula en el envase: Robella, posion latina, licido, inyección metrina, locion carbello, qrelol, vino fortifico

6º. El despacho de fórmulas pasce qe se hace correctamente.

7º. El cartel que contiene las disposiciones legales sobre farmacias está fijado en lugar conveniente.

Para constancia firman:

El Director de la C. Sanitaria,

El Boticario,

Doña Herminia Sánchez

do se sospechaba de despachos fraudulentos, se enviaba a alguien a que solicitara un pedido, que luego era llevado al Laboratorio Químico para su análisis. Si el resultado del examen era diferente al solicitado, si había sustancias impuras, ausencia de algunos de los componentes, cantidades insuficientes o peligrosas, se comenzaba un proceso, a través de la Inspección 5ª, para multar al boticario por fraude en el despacho de fórmulas. Por ejemplo, en el febrero de 1917 se pidió a la farmacia Sucre una muestra de lactosa y otra de bicarbonato, las cuales resultaron ser puras. Pero cuando se solicitó la preparación de una fórmula magistral el resultado fue muy distinto. La fórmula era la siguiente: 0,10 g de autochina; 0,12 g. de polvo de cornezuelo, y 0,60 g. de lactosa. El análisis realizado por el químico E. Ehrensperger concluyó que la autochina fue sustituida por quinina y se omitió el despacho del polvo de cornezuelo²⁸.

El problema fue vigilado constantemente, pero en ese aspecto las autoridades tampoco parecen haber tenido éxito. El periódico *El Espectador* del 26 de mayo de 1919 publicó un artículo firmado bajo el seudónimo de Juan Médico. Su autor denunció la práctica de preparaciones inocuas o venenosas por parte de farmacéutas inescrupulosos. Juan Médico comentó que al pedir en una botica un frasco de tintura de yodo le dieron un líquido de color del vino Moscatel, por lo que preguntó al vendedor:

... ¿A qué título preparan aquí esta tintura? –Al 20 por ciento, fue la respuesta– ¿Pero cómo si el yodo no se disuelve en alcohol sino en mucha menor proporción y la fórmula oficial es del 10 por 90? –Pues ésta está preparada al 20 por ciento. Yo me apliqué una pequeña cantidad en la piel de la mano y ni siquiera me la tiñó. Al ver esto, dije al boticario: amigo, este licor no tiene ni el 2 por ciento de yodo, hágame el favor de reenvasarlo y me devuelve el dinero [...] el boticario me devolvió el dinero y me fui a otra botica muy central. Allí me despacharon una tintura de buen aspecto físico, pero preparada en... ¡alcohol impotable!!

La primera preparación es inocua: solo perjudica la salud del enfermo porque no obra, y la reputación del médico. La segunda es venenosa según la naturaleza del alcohol impotable empleado.

En los países civilizados una junta especial visita periódicamente y fiscaliza meticulosa y científicamente todos los lugares de expendio de drogas y se exige a los Farmacéutas título académico, no los vergonzosos papeles de *caridad* o altruismo que suelen ostentar algunos del gremio como Diplomas²⁹.

Al evidenciar ante el público lector de *El Espectador* la burla de las resoluciones de las autoridades, el artículo conmocionó al cuerpo médico. La imagen de eficientes vigilantes de la salud pública queda-

ba en entredicho. En revancha, la inspección de Sanidad se puso a disposición del jefe de la Comisión Sanitaria para «proceder dentro de la esfera de sus atribuciones», pero estimaba que era necesario contar con el cuerpo del delito, es decir, las sustancias mencionadas para ejecutar los análisis correspondientes³⁰.

A pesar de que la inspección de farmacias se había establecido desde una década atrás, todo parece indicar que en 1925 los farmacéutas no se tomaban en serio las disposiciones de las autoridades, ni tampoco las sanciones, a veces de 5 y 20 pesos, producto de esos fraudes. En noviembre de 1925, Guillermo Jaramillo Madarriaga, entonces jefe del Laboratorio Químico Departamental, realizó un examen de una preparación farmacéutica despachada por la Botica Universal. La fórmula pedida era la siguiente:

Cocimiento de Simarruba	206 gr.
Salicilato de bismuto	10 gr.
Lactofosfato de calcio	14 gr.
Extracto fluido de ratania	15 gr.
Láudano de Sidenham	4 gr. ³¹ .

El resultado del examen indicó la supresión del extracto fluido de ratania y la falta de técnica en la preparación, pues «el salicilato de bismuto aparece en gruesos gránulos en lugar de estar finamente pulverizado»³².

Pero no eran esos los únicos problemas. Las diferentes formas de tráfico de medicamentos se habían vuelto una empresa muy rentable. En 1931 el doctor Mejía Uribe comentaba en un artículo que hasta «el Administrador de los Correos tuvo que interesarse en el negocio del crecido número de extraños, que, tildándose de médicos, pedían y recibían *muestras gratis* del extranjero»³³. Las estrategias propagandísticas de las compañías farmacéuticas extranjeras eran convertidas por los comerciantes locales en vetas de posible especulación.

La falsificación de productos, habitual ya en el siglo XIX, y por la cual la compañía Holloway de Inglaterra pagaba numerosos avisos en la prensa para advertir a sus clientes del peligro de comprar sustancias fraudulentas, seguía practicándose y se extendía incluso a otros productos como el Gonosán y el Bleno-Blenol, productos cuya indicación (enfermedades venéreas) garantizaba exitosas ventas en cualquier parte del país³⁴.

Pero tampoco eran raros los casos de falsificación de los mismos envases de los específicos más famosos. Como señala Mejía Uribe en su artículo:

En días pasados nos fueron ofrecidos en venta en nuestra farmacia, envases vacíos de Salvitae, Palatol, Urol, Agua de Vichy Hopital, y Eupnine Vernade, legítimos con rótulo y etiqueta intactos y aun con el cartonaje exterior bien conservado, dándolos a precio especial, pues en algunas boticas, agregaba el vendedor, las pagaban bien, pues servían para envasar en ellos *los mismos artículos*³⁵.

Los problemas presentados en la práctica de control a las boticas muestran que no era infundada la desconfianza por parte del cuerpo médico hacia el gremio de los farmaceutas, quienes estaban sometidos a una competencia más fuerte que la de los médicos y por ello «cedían más fácilmente a los llamados del comercio»³⁶.

Los libros copiadores de fórmulas y la regulación de la prescripción médica

Como lo ha indicado François Dagognet, la prescripción es uno de los actos definitivos en la relación terapéutica. Prescribir, recetar, ordenar y formular señalan acciones y ejercicios de autoridad³⁷. No todo el mundo prescribe ni ordena, y las órdenes pueden serlo porque dependen del estatus legal de quien las emite. El ejercicio de la medicina y de la prescripción, por parte de empíricos y charlatanes, fue denominado «intrusismo» o «tegiüismo» por los médicos colombianos de la primera mitad del siglo xx. Además de descalificar esas prácticas los médicos se dedicaron a reprimirlas³⁸.

De esta manera, como parte de la campaña de subordinación de los farmaceutas a las normas de salubridad impuestas por el cuerpo médico, se incluyó la estrategia de exigir que cada botica llevara un libro copiador de fórmulas. Diariamente debían inscribirse allí las fórmulas despachadas. Mediante su registro se podía saber quién las consumía (lo cual era muy útil para la resolución de casos criminales), si la cantidad formulada excedía la dosis terapéutica (y, por lo tanto, si podría ser peligrosa), pero sobre todo se podía saber quién las recetaba. Empíricos, odontólogos, veterinarios y boticarios se extralimitaron en sus atribuciones terapéuticas y prescribían sin autorización. De ahí la importancia de este último dato.

Pero además la estrategia de las autoridades sirvió de contragolpe para ejecutar ajustes en el ejercicio de la medicina, ya no sólo hacia afuera del gremio contra teguas y empíricos, sino hacia adentro, es decir, el cuerpo médico mismo. El libro copiador de fórmulas se convirtió en un dispositivo de autorregulación de la profesión médica, pues, al parecer debido a prescripciones irregulares, algunos médicos perdieron el derecho de prescribir³⁹.

Los farmacéutas por su parte ofrecieron resistencia permanente a lo que algunos consideraban intromisión en sus negocios. Las actas de visitas a las farmacias de 1920 a 1925 registran el estado desactualizado o incompleto de los libros copiadores de fórmulas como una de las irregularidades más corrientes, presente en el 11% de las farmacias visitadas. Sin embargo, parece que en este aspecto la campaña fue exitosa. En 1920 el 21% de las boticas presentaba este problema, en 1921 el 18%, en 1922 el 3% y en 1925 sólo el 1,5%.

Pero cuando a finales de 1928 los farmacéutas parecían acomodados a las disposiciones de sus vigilantes y comenzaban a hacer de la norma una práctica, un nuevo objeto de control vendría a sumarse: las autoridades, preocupadas por el aumento del consumo de drogas heroicas, pero también influenciadas por la corriente prohibicionista norteamericana, emprendieron una campaña contra el comercio irregular de sustancias que producían «hábito pernicioso».

Los problemas hasta aquí planteados permiten constatar que en Colombia, a comienzos del siglo xx, el medicamento no era simplemente un objeto de la terapéutica: a lo largo de una deriva histórica singular, iniciada en 1914, se convirtió en objeto de un amplio proceso de medicalización, y en la medida en que su circulación fue tratada como un problema de salud pública, constituyó un eje fundamental de la reforma sanitaria a partir de ese mismo año. Del control del comercio de medicamentos, basado en la protección de los intereses aduaneros y empresariales, se pasó a uno sanitario y médico en el cual la profesión farmacéutica se vio por vez primera intervenida enérgicamente. Las autoridades médicas no cejaron en su objetivo de normalizar una profesión ambigua, subalterna, pero sobre todo resistente.

Hacia 1928 la inspección de farmacias se acoplaría de modo preciso y eficaz a una nueva corriente prohibicionista que centraría su accionar ya no solo en el tráfico de medicamentos y en la profesión farmacéuticas, sino en una clase específica de sustancias: las drogas heroicas. Su venta, distribución y consumo llegó a ser una de las principales fuentes de preocupación para las instituciones de higiene pública en la primera mitad del siglo xx.

Notas

1. Rafael Martínez Briceño y Guillermo Hernández de Alba, *Contribución para la historia de la medicina colombiana*, Schering Corporation USA, Bogotá, 1966, p. 251.
2. Agradezco al profesor Abel Fernando Martínez Martí, por llamarme la atención sobre este punto y por compilar la siguiente muestra legislativa:

«El Decreto del Poder ejecutivo del 8 de octubre de 1827, reglamenta el ejercicio profesional de la farmacia: «no se permitirá a ningún profesor de medicina, cirugía y farmacia nacional o extranjero, que no esté revalidado por la facultad de medicina, ningún acto público profesional, tales como los que están relacionados con la medicina legal, dar certificaciones ni expedir otros documentos que deben hacer ante alguna autoridad, ni tampoco se admitirán sus recetas en las boticas públicas».

Las funciones del viejo Protomedicato, de ejercer control sobre los boticarios la asumieron las Facultades de Medicina por Decreto de Bolívar de febrero de 1830. Un nuevo decreto de septiembre 27 de 1830 (Gaceta de Colombia N° 520) reglamentó los horarios de atención de las boticas exigiendo la presencia del boticario en su oficina, quien era el único que podía despachar recetas; impide el despacho de fórmulas sin la fecha y firma de médicos validados por la Facultad; ordena a los boticarios guardar las recetas despachadas en un archivo. El Boticario podía considerar que la dosis era excesiva y pedirle al médico que la ratificara antes de despacharla, debía guardar los venenos bajo llave y solo él manejarla. La Facultad debía realizar visitas periódicas a las boticas.

En el Art. 10º se controla la venta al por mayor: «Podrán los boticarios vender en surtidos o por mayor, a personas que acrediten con certificados del juez público, (dónde lo haya), i del alcalde i cura, necesitar de botiquines por falta de botica, en los lugares distantes de la ciudad, villa o parroquia». El Art. 11º establece que: «Ningún Boticario podrá elaborar remedios que no consten en los formularios que se expresan en este reglamento sin previo examen i licencia de la Facultad, como tampoco podrán cambiar las fórmulas farmacéuticas, sin que apruebe la Facultad el nuevo método». Por último reglamenta el uso de sustancias químicas venenosas por parte de los artistas.

En 1887, la Junta Central de Higiene aprueba el Acuerdo 30 mediante el cual creó el cuerpo de Médicos Legistas, constituido por dos galenos y un químico. En el reglamento de la Junta Central de Higiene, se forman 4 comisiones, en la cuarta de ellas, se coloca todo lo referente a Policía Médica y Farmacéutica, esta última sería la encargada de vigilar farmacéuticos, drogas, venenos y específicos de composición secreta. (*Revista de Higiene*, Año I, t. I, 1887, pp. 6-9.)

La Ley 19 de 1890 (18 de octubre) Código Penal, dedica el capítulo segundo a los boticarios y demás personas que venden efectos medicinales:

Art. 300. El que, sin el permiso respectivo ejerciere la profesión de Farmaceuta o boticario, pagará una multa de diez a cien pesos.

Art. 301. El boticario, practicante o negociante que venda substancias venenosas ó nocivas para la salud, sin receta o autorización de médico o cirujano pagará una multa de cinco a cincuenta pesos. Si resultase daño además de la multa, sufrirá arresto por dos meses á cuatro años».

3. *Diario Oficial*, Bogotá, 30 de marzo de 1886.
4. AHM, Alcaldía, JASP, «Oficio N° 35», febrero 4 de 1931, t. 220A, f. 220.
5. AHM, Alcaldía, J.A.S.P. t. 222, f. 261.
6. La Droguería Antioqueña (Parque Berrío, #90), Administrada por Nicanor Restrepo Restrepo; Droguería Hijo de Pastor Restrepo & Cía. (Parque Berrío, #100), administrada por Julio Restrepo; Droguería Restrepo y Peláez (Calle Colombia #99), administrada por los socios Gabriel, Carlos y Daniel Peláez, quienes además se encargaban de las preparaciones; Droguería Central (Calle Colombia #93), propiedad de Roberto Restrepo y era administrada por Manuel Mejía; Droguería Medellín (Calle Colombia #160), era propiedad de Ismael Correa y sus socios Ismael Correa C. (hijo), Pedro Luis Correa, Gustavo Correa y el doctor Alejandro Vásquez, José Domingo Garcés servía como farmaceuta, y como preparador químico estaba Alberto Latorre; Droguería Nacional (Calle de Boyacá #96) cuyo jefe principal era Luis Restrepo M. Ver: Juan B. Londoño, *Informe de la Dirección Departamental de Higiene*, Medellín, Imprenta Oficial, 1916, pp. 82-85.
7. La Fábrica de Productos Farmacéuticos era dirigida por el farmaceuta José María Mesa y quedaba en la calle Carabobo; la Fábrica de productos químicos El León de Oro era dirigida por Antonio Olarte y su químico preparador era Emilio Jaramillo. Véase Londoño, *op. cit.*, pp. 82-85.
8. Muy importante sería tener a nuestra disposición algunas monografías sobre estos laboratorios. Es un trabajo para una investigación posterior. Sin embargo, vale la pena mencionar los laboratorios que existían en ese momento: Laboratorios Uribe Ángel, Laboratorios Bedupar, Laboratorios Medicamenta, Laboratorios de Don José María Mesa Prieto, y Laboratorios Berthelot (véase Londoño, *op. cit.*, pp. 82-85).
9. AHM, «Informe Inspector de droguerías y farmacias», noviembre de 1929, JASP, t. 213A, f. 112.
10. AHM, «Informe de la secretaria de sanidad al alcalde mayor», 20 de octubre de 1941, Alcaldía, JASP, t. 222, f. 324.
11. «De visita en la Farmacia Blanca», *Sábado*, Medellín, octubre de 1921, número 22.
12. J. Mejía Uribe, «Las Farmacias en 1932», *La Farmacia*, Medellín, septiembre de 1931, v. 1, (9), pp. 291-292.
13. Según la inspección de farmacias las especialidades más usuales eran: depurativo vegetal, píldoras tocológicas, vino tónico, tabletas colagogas, balsamina, gotas milagrosas, jarabes arsénico fosfatado, depurativo Villamizar, cacol, jarabe Clary, jarabe de Bland, poción antiperiódica, jarabe deshumorante, jarabe polibromurado, jarabe antinervioso, tónico real y Dechat, elixir antinervioso, loción egipcia, sal hepática, crema oriental, etc.
14. Limonada efervescente purgativa, Vino Tónico antipalúdico del Sr. Pointier, Cefalgina, Jarabe Pectoral Delacroix, Depurativo Indiano del Dr. Gilbert, Inyección B del Dr. Gilbert, Vino de quina ferruginoso del Dr. Sell, Elixir polibromurado del Dr. Sell, Gotas pectorales Delacroix, Elixir antiasmático del Dr. Sell, Jarabe de Rábano yodado compuesto, Jarabe yodotánico, Jarabe Yoduro de hierro, Jarabe de hipofosfite de Cal, Jarabe de glicerofosfatos de cal compuestos, Jarabe lactos fosfatos de cal, Aceite de bacalao simple. Véase: «DDH, resoluciones: resumen», resolución N° 50, mayo 19 de 1917, *Gaceta Departamental*, Medellín, 14 de junio de 1918, (1392).

15. Sobre análisis de productos de Sydney Ross Company «Informe del Laboratorio Químico Departamental», *Crónica Municipal*, Medellín, 16 de marzo, 1917, (198-199), pp. 1570-1571.
16. Jorge Márquez Valderrama, «Medicamentos, médicos y boticarios en el siglo XIX en Colombia», Jorge Márquez y Víctor García (directores de edición), *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2006, pp. 127-153.
17. Véase «Algunos específicos de fama y su composición» *Heraldo Médico*, Bogotá, junio 1942, pp. 11 y 14. Sobre la historia de las medicinas de patente en EE.UU véase también: James Harvey Young, *op. cit.*
18. Samuel Arturo Mesa y Posada, «La Farmacia en Antioquia», *Labor*, (17-18), 1925, pp. 407-480.
19. Hugo Sotomayor, *El tránsito hacia los medicamentos modernos. Los primeros 45 años del siglo XX*, Hugo Sotomayor, Estela Restrepo, Augusto Gómez & Mauricio Pérez, *El medicamento en la historia de Colombia*, Bogotá, Schering-Plough, 1997.
20. *Revista Médica de Bogotá*, Segundo Congreso Médico Nacional. Actas de las sesiones, año XXXV, junio y julio de 1917, Nº 420-421, pp. 672-677.
21. *Crónica Municipal*, Medellín, 15 de julio de 1914, (45 y 46), p. 349. El 12 de septiembre de 1913 el Concejo Municipal firmó un acuerdo por el cual aumentó la partida de gastos imprevistos para comprar vacunas y repartirlas gratuitamente «entre las gentes pobres y menesterosas», con esa partida, fueron comprados a Nicanor Restrepo, administrador de la conocida Droguería Antioqueña, por valor de \$203,20, 215 frascos de vacuna antitífica. «Acuerdo 101 de 1913», *Crónica Municipal*, Medellín, 22 de junio de 1914, (39 y 40). En mayo de 1917 también se le paga a esa droguería por concepto de drogas y suministros para la Comisión Sanitaria, la Oficina de Accidentes y los Laboratorios, \$392, 54. *Crónica Municipal*, Medellín, 31 de mayo de 1917, (162). Nicanor Restrepo también suministró las drogas para el Botiquín de la Casa de Mendigos por \$484,39. *Crónica Municipal*, «Acuerdo 104 de 1919», 2 de noviembre de 1914, (51), p. 456.
22. AHM, Alcaldía, JASP, t. 198, f. 117, 28 de enero de 1919. Otros contratos con esa droguería: «Envío de arsenobenzol para la policía sanitaria», AHM, Alcaldía, JASP, t. 196, 31 de enero de 1917.
23. Jesús María Duque, «Informe de la Comisión Sanitaria del mes de diciembre de 1918», *Crónica Municipal*, Medellín, mayo de 1919, pp. 1.923-1.925. Conviene anotar que en Medellín la epidemia de gripa solo causó 56 defunciones, aunque enfermaron cerca de 18.000 personas, o sea casi la tercera parte de la población. AHM, Alcaldía, JASP, «Informe de la Comisión Sanitaria al Honorable Concejo de la ciudad», Medellín, 3 de diciembre de 1919, t. 198, ff., 261-266. Como puede verse, la epidemia de gripa en Medellín no fue tan agresiva como en Bogotá donde, según el médico Jorge Laverde, hubo 1.262 muertos y enfermaron cerca de 100.000 capitalinos. Véase: Jorge Laverde, *Contribución al estudio de la epidemia de Gripe de 1918 en Bogotá*, Bogotá Universidad Nacional de Colombia, 1918; Carlos Ernesto Noguera, *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, EAFIT, 2003, pp. 56-58. Las causas de esa gran diferencia en la mortalidad siguen por estudiarse, pero el grupo de investigación Historia de la salud en Boyacá, dirigido por el médico e historiador Abel Fernando Martínez aportó recientemente nuevos datos e hipótesis al respecto. Según su estudio, «las condiciones socioeconómicas, como pobreza, hacinamiento, falta de servi-

- cios públicos, convivencia con animales, son consideradas, de acuerdo con la documentación existente de la época, como los mayores factores de riesgo para la morbilidad, mortalidad y letalidad por gripa en 1918, para Bogotá. Los aspectos geográficos y climáticos influyen considerablemente para la propagación y presentación de los casos, pues las zonas altas y la época de lluvias son factores condicionantes en todas las fuentes revisadas.» Juan Fernando Carvajal, Abel Martínez, Bernardo Francisco Meléndez y Fred Gustavo Manrique, «La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. Aproximación histórico-epidemiológica», *Perspectiva, salud- enfermedad*, Vol. 13, Nº 1, junio-diciembre de 2006, Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, pp. 19-32. Según Martínez, la hipótesis por examinar en el caso de Medellín es que quizá a esta ciudad el virus llegó debilitado, pudo coincidir con una temporada más seca y la actuación eficiente de las autoridades impidieron que la mortalidad fuera tan alta como en Bogotá.
24. AHJM, Documento 10049, 1925.
 25. L. Eduardo Fernández, «Agencia de diplomas», *La Farmacia*, (13), Medellín, 1932, pp. 3-4.
 26. *Ibid.*
 27. Tobías Zuluaga, «Informe de la Inspección 5ª del mes de agosto de 1916», *Crónica Municipal*, Medellín, 16 de noviembre de 1916, Nº 141-142, pp. 1129-1130.
 28. Enrique Ehrensperger, «Informe del Laboratorio Químico Departamental», *Crónica Municipal*, 23 de mayo de 1917, (160-161), p. 1274.
 29. Juan Médico, «Grave asunto. Una endemia comercial, mortífera y amorosa, de graves consecuencias», *El Espectador*, 26 de mayo de 1919, (2764).
 30. AHM, Alcaldía, JASP, t. 196, f. 418, Carta de Manuel Escobar, Inspección 5ª Municipal al Jefe de la Comisión Sanitaria, 4 de junio de 1919.
 31. AHM, Alcaldía, JASP, Guillermo Jaramillo Madarriaga, «Informe mensual de los trabajos realizados en el Laboratorio Químico Departamental sección analítica de la Escuela de agricultura durante el mes de noviembre de 1925», t. 203, ff. 203-205.
 32. AHM, JASP, Alcaldía, t. 203, ff. 203-205. Ésta seguiría siendo una técnica comúnmente utilizada por las autoridades. En informes de la Dirección de Higiene municipal de 1939 también se menciona esa práctica como estrategia de control. Véase: AHM, JASP, t. 222, ff. 224-226.
 33. J. Mejía Uribe, «Baratillo de Drogas», *La Farmacia*, agosto, 1931, (8), pp. 292-294.
 34. *Ibid.*
 35. *Ibid.*
 36. Olivier Faure, «Los farmaceutas y el medicamento en Francia en el siglo XIX», Christian Bonah y Anne Rasmussen (directores), *op. cit.*, pp. 65-86.
 37. François Dagognet, *Savoir et pouvoir en médecine*, París, Le Plessis Robinson, Synthélabo, 1998.
 38. «Aspectos de la lucha contra el intrusismo o tegüismo», *La Clínica*, Barranquilla, junio, v. 2, (13) p. 429.
 39. Véase p. 63 de este libro y Tobías Zuluaga, «Informe de la Inspección 5ª del mes de agosto de 1916», *Crónica Municipal*, Medellín, 16 de noviembre de 1916, (141-142), pp. 1129-1130.

Capítulo 4

El estatuto legal del medicamento en Colombia

La primera dificultad para estudiar la legislación farmacéutica radica en la diversidad, la complejidad de enfrentamientos y articulaciones entre los intereses de los representantes de la industria farmacéutica local, los importadores, los médicos, los farmacéuticos y el poder legislativo. La segunda dificultad tiene que ver con las características de la dinámica económica de ese periodo: por un lado, el crecimiento de las importaciones y el surgimiento de la producción local industrial de medicamentos; por el otro, el comercio de medicamentos se extiende y se convierte en una actividad rentable; por último, la creciente agremiación de diversos oficios y sectores profesionales. El tercer orden de dificultades es más complejo, porque implica a la vez lo político, lo económico, lo ético y lo cultural: la creciente resonancia en diversos sectores, pero sobre todo entre los médicos, del descrédito de las medicinas de patente, pues se desconfiaba de sus fórmulas, sus modos de prescripción, su eficacia, la ética de sus fabricantes, su tráfico y sus estrategias publicitarias. Intentamos no dejar de lado ninguno de los hilos de tensión de este problema para comprender la amplitud de la historia de la normalización del medicamento, que no puede entenderse sin describir su proceso de medicalización.

El examen de los medicamentos antes de la «revolución terapéutica»

Lo que algunos historiadores contemporáneos¹ llaman «revolución terapéutica» puede describirse como el momento en que la medicina comenzó a encontrar las fórmulas más eficaces para vencer la enfermedad. Los años 1935-1974 estuvieron marcados por el descubrimiento de importantes sustancias como las sulfamidas (1935), los antibióticos (1943), los corticoides (1949), los psicotropos (1951), la vacuna antipolio (1955), la píldora anticonceptiva (1960), los antihipertensores (1964), la heparina (1974), y otros más. Además de sus alentadores efectos estas nuevas medicinas se caracterizaron por su rápida comercialización, lo que se tradujo en importantes ganancias para la

industria y en cierto aumento del optimismo científico prometedor de curar la enfermedad. Esto representó una transformación social para el conjunto de la población en los países de orientación científica occidental. Para los médicos significó un aumento en el prestigio de su arte y, por su parte, comerciantes y droguistas vieron incrementarse sus ganancias.

En Colombia, durante el periodo comprendido entre mediados del siglo XIX y la segunda década del XX, la producción y la importación de medicamentos y de especialidades farmacéuticas fueron actividades para cuya regulación no había legislaciones especializadas. Hasta 1913, la reglamentación para la invención farmacéutica era casi la misma que para los demás productos, mercancías e inventos. Se guiaba por la Ley 35 de 1869 *Sobre patentes de invención, mejora, o introducción de nuevas industrias*. Según la investigación del historiador Jorge Márquez Valderrama, desde que entró a regir la Ley 117 de 1913 *Sobre tarifa de aduanas*², las preparaciones farmacéuticas quedaron comprendidas en dos grandes categorías, divididas a su vez en otras dos, a saber: las llamadas «especialidades farmacéuticas» y las que no lo eran. En la primera se distinguían a su vez dos grupos: las especialidades patentadas con fórmula conocida (registrada y patentada en Colombia), y las no patentadas o «remedios secretos»³. En ambas reglamentaciones había disposiciones para determinar la naturaleza de las sustancias que intervenían en productos medicamentosos y cosméticos. Se estipulaba el examen químico previo para esta determinación y clasificación, pero debido a la inexistencia de laboratorios especializados, era casi imposible realizar el examen sistemático de los medicamentos. La transición comenzará solamente en 1914, aunque de modo parcial, cuando se instaura la práctica del examen de laboratorio. Por otro lado, a partir de la reforma sanitaria de 1914 los médicos comenzaron a intervenir la reglamentación de patentes de especialidades farmacéuticas y ésta se volvió un asunto de higiene pública y ya no sólo de aduanas y comercio¹.

i. La documentación consultada deja ver algunos llamados de atención por parte de los boticarios, y otras veces por parte de algunas autoridades, sobre la calidad de sustancias o la autenticidad de ciertos medicamentos. Estas denuncias tienen que ver sobre todo con las nuevas organizaciones de farmaceutas y no tanto con una política sanitaria oficial. En Medellín, en 1895, el boticario Juan B. Herrera fundó una revista en la que además de promocionar los productos ofrecidos en su botica, propició discusiones que llevarían a la creación de la «Unión Farmacéutica Antioqueña», la cual asoció a algunos de los farmaceutas

En este capítulo exploraremos el complejo proceso de creación de una reglamentación especial para los productos farmacéuticos, que los reconoce como mercancías e invenciones diferentes de las demás⁴.

Hay que subrayar que los primeros laboratorios colombianos, donde posiblemente pudieron haberse realizado análisis de medicamentos, sólo aparecieron en el siglo xx. Por ejemplo, en Medellín, el Laboratorio Químico Departamental se fundó en 1914 y, a partir de entonces, entre sus tareas tuvo la de examinar medicamentos. En Bogotá, a finales del siglo xix, se fundó un instituto de medicina legal el cual fue dotado de un laboratorio de toxicología que sirvió para el examen de medicamentos⁵. También existían los laboratorios privados de Roberto Franco, creado en 1905, el de Federico Lleras Acosta y Laboratorios Santiago Samper, fundados en esa misma época. En 1914 se puso en funcionamiento un pequeño laboratorio de toxicología dirigido por el geólogo y químico Ricardo Lleras Codazzi, en el cual se realizaban análisis químicos de órganos para peritajes médicos⁶. Pero el más importante en esos años fue el Laboratorio Samper Martínez, fundado con fondos propios por los doctores Bernardo Samper Sordo y Jorge Martínez Santamaría en 1916. Sin embargo, estos laboratorios estaban lejos de poder dedicarse de modo permanente al análisis de medicamentos, pues debían atender otras necesidades de suma importancia para la higiene de la población durante esos años. En efecto, ellos realizaban análisis de alimentos, leches, aguas, bebidas alcohólicas, análisis de esputos y sangre. Además, el Laboratorio Samper Martínez se ocupaba más que todo y con gran dificultad de cubrir las necesidades del país en materia de sueros y vacunas⁷.

A comienzos del siglo xx la Junta Central de Higiene no contaba con los instrumentos técnicos ni con el recurso humano para realizar adecuadamente análisis de muestras de productos que requerían patente de privilegio. Además, la solicitud de patentes era practicada principalmente por los agentes de industrias farmacéuticas extranjeras, interesados en proteger sus invenciones y marcas contra el avance

y droguistas más importantes de la ciudad. Entre sus objetivos estaban: fortalecer el prestigio de su profesión, fomentar la ética en la receta de las fórmulas médicas y el despacho por parte de los boticarios. Asimismo conviene recordar que en 1897 había surgido en Bogotá una Sociedad de Farmacéuticos para vigilar el comercio de medicamentos. Sin embargo, la precariedad de la organización sanitaria provocaba que rara vez esas denuncias se concretaran en acciones de control. Véase: Jorge Márquez Valderrama, «Medicamentos, médicos y boticarios en el siglo xix en Colombia», *op.*, *cit.*

de la competencia y la falsificación. Por su parte, los pequeños fabricantes de específicos locales no estaban muy interesados en patentar. El producto se patentaba cuando, debido a la fama alcanzada, la competencia podía amenazar el privilegio de explotación.

En 1929, las solicitudes de patente aumentaron porque las autoridades sanitarias del país exigieron que para mantener en circulación medicamentos y alimentos, estos debían ser examinados por una entidad oficial llamada Comisión de Especialidades Farmacéuticas (CEF), única autorizada para expedir licencia para cada producto. De ahí la invasión de solicitudes de patente de privilegio en la tercera década del siglo XX y publicadas en la prensa oficial.

Antes de que entrara en funcionamiento la CEF, la ausencia de laboratorios adecuados para examinar las numerosas sustancias determinó que la mayoría de ellas circulara en el mercado con patentes otorgadas como permisos de explotación comercial en el territorio nacional, pero sin haber aprobado un examen previo que garantizara la calidad de su composición. Hasta entonces la ley que demandaba esos análisis seguía siendo una consigna incumplida. Los vendedores de medicamentos y engaños vivieron así su época de oro.

Aunque los higienistas no se podían hacer muchas ilusiones con la reestructuración de la higiene pública nacional, impulsada por las leyes de 1913 y 1914, pues por bastante tiempo siguieron haciendo falta los instrumentos técnicos para la ejecución de sus proyectos, la nueva legislación posibilitó cambios en la definición del medicamento y en la legislación farmacéutica. Analicemos los hechos para comprender las razones de estos cambios. Por una parte, los higienistas propusieron que los productos comercializados sin control previo, es decir, casi todos los remedios hasta entonces en circulación, debían ser analizados en el Laboratorio Nacional de Higiene. Y mientras éste se construía, la Junta Central de Higiene asignó a las direcciones departamentales la misión de reglamentar todos los aspectos de la producción y el tráfico de esas sustancias.

Frente a este problema, los documentos muestran al departamento de Antioquia a la vanguardia del control de la calidad de los medicamentos en el país. Allí, la dirección de Higiene se interesó desde sus comienzos en el control de medicamentos mediante varias estrategias. La primera de ellas fue efectuar análisis químicos en el también recién fundado Laboratorio Químico Municipal, dirigido por el químico suizo Enrique Ehrensperger. La segunda estrategia consistió en el desarrollo de visitas periódicas a las farmacias y droguerías para

hacer cumplir la prohibición de venta de remedios secretos. Al contar con el apoyo de una eficiente Inspección de Sanidad, la tercera estrategia fue la ejecución de sanciones constantes y precisas a los farmacéutas, médicos y empíricos que infringían las restricciones.

Además, como dijimos antes, incluso habiendo sido emitidas las leyes sobre patentes, el problema del control de la calidad, la producción y el comercio de medicamentos había quedado planteado, pero sin solución. La incapacidad de las autoridades estatales para regular la calidad de los productos farmacéuticos posibilitó su circulación sin mayores restricciones jurídicas, dentro del mercado nacional, durante las dos primeras décadas del siglo xx. Los dueños de casas productoras y de agencias de especialidades farmacéuticas, la mayoría extranjeras, intentaron legitimar su calidad y ganar el prestigio necesario para acceder a algunos sectores importantes del mercado mediante la publicidad. Cada uno de los medios de comunicación que entraba en circulación, como la prensa, las revistas de médicos y boticarios, más tarde el cine y la radio, se convertirían en medios idóneos para los anuncios de remedios de efectos, composición y fabricación misteriosos.

El problema de la vaguedad del estatuto del medicamento preocupaba sobre todo a los médicos higienistas, pues esa libertad provocaba que la salud de la población quedara en manos de los intereses de comerciantes nacionales y extranjeros. En 1920, los médicos organizados por la Dirección Nacional de Higiene ofrecieron una solución concreta: conformar la CEF como única oficina encargada de otorgar las licencias de venta de medicamentos. Comenzaba así una reglamentación nacional del comercio de esos productos, pero quedaban pendientes las reglas relativas a las condiciones de su invención. Sin funcionarios permanentes encargados del control efectivo de ese comercio, la venta de productos sin licencia, falsificados, e incluso la venta callejera, seguían constituyendo problemas de salud pública. Con el objeto de regular ese comercio se creará en 1928 el cargo de inspector municipal de farmacias y, más tarde, la Policía sanitaria nacional⁸.

El proceso de la organización de un estatuto legal especial para la mercancía medicamento tomará la siguiente vía: a partir de la ley de 1913 los higienistas se hacen cargo de la autorización de los productos relacionados con la salud pública. Para ello sería constituida en 1920 la CEF, pero mientras ésta comenzaba su funcionamiento, la DNH y sus delegados departamentales debieron encargarse del asunto. Así

fue como las direcciones departamentales autorizadas para vigilar la circulación de los medicamentos presionaron a los concejos municipales y a sus comisiones sanitarias para que apoyaran la campaña. En 1915 la DNH publicó en el *Diario Oficial* una lista de todos los productos farmacéuticos patentados hasta ese momento. Ese mismo año la DNH envió a sus dependencias departamentales una lista de las especialidades autorizadas para la venta al público. Por su cuenta, la DDH de Antioquia publicó una lista de las sustancias tóxicas o mejor, «de las que por su excesiva actividad suelen producir envenenamiento grave o mortal cuando no se sabe emplearlas en ciertas dosis oportuna y convenientemente»⁹. Estas drogas sólo se podrían vender con fórmula médica. También fue publicada una lista de remedios considerados como artículos de uso común, los cuales podrían venderse en cualquier establecimiento y sin fórmula. En el mes de julio, los droguistas solicitaron que esa lista fuera ampliada y así se hizo¹⁰.

Una de las primeras leyes redactada especialmente para reglamentar la producción y el tráfico de medicamentos fue la Ley 46 de 1919. Ésta autorizó a la DNH para que por medio del Laboratorio Oficial de Higiene resolviera «por derecho propio», qué preparaciones o medicinas, patentadas o no, podían «ser permitidas en el comercio del país, como medios curativos o profilácticos, ya sea por estudio propio, ya dando fe a las decisiones sobre el particular emanadas de institutos análogos»¹¹.

Por su parte, la Ley 11 de 1920 *Sobre importación y venta de drogas que forman hábito pernicioso* fue la primera legislación especializada en el sensible problema de las sustancias medicamentosas tildadas de crear hábito en los pacientes. Al centrarse en ese problema, propuso un control más sistemático de la circulación de las especialidades farmacéuticas.

De entrada, sospechamos que la ejecución de una ley que se ocupa de un problema de salud pública y de consumo caracterizado por el silencio de los diversos actores implicados en él, fue necesariamente difícil. La definición misma de la especialidad farmacéutica es ya un problema. Según esta ley las especialidades farmacéuticas son «... los medicamentos compuestos cuyas fórmulas no se encuentran en las farmacopeas usuales, o aquellos que estando inscritos en ellas tienen modificaciones que cambian de modo esencial la preparación oficial»¹². Según esta definición y el texto de la Ley 11, toda variación sobre la fórmula inicial de un medicamento conocido que lo convierta en otro podía originar una nueva especialidad y, por ende, aspirar ésta a dis-

frutar de licencia de comercio. Pero la ley nada señala sobre la eficacia terapéutica de ese nuevo agente. O sea que el problema de cuestionar y reglamentar la competencia profesional del fabricante, la seguridad y la eficacia del medicamento, quedaba abierto porque las exigencias legales eran aún muy vagas.

La Ley 11 dejó claro que era urgente crear una Comisión ejecutora que se ocupara de verificar el cumplimiento de las exigencias para la obtención de licencias sobre especialidades farmacéuticas¹³. Es en el artículo 1º donde se decreta la creación de la CEF. Sin embargo, esto quedó en letra muerta. El acontecimiento singular consiste en la enunciación de la ley misma. Por un lado, su principal objetivo era el control de la «importación y venta de drogas que forman hábito pernicioso»¹⁴. Además, y al mismo tiempo, apuntaba a controlar la circulación general de las especialidades farmacéuticas, por eso las tiene que definir. Por otro lado, esa ley intervino en la medicalización de la farmacia al disponer que la Escuela de Farmacia perteneciera a la Facultad de Medicina, aunque esto sólo se aplique entre 1927 y 1930. Una interpretación de esta complejidad puede ser que el conjunto de las llamadas especialidades farmacéuticas estaba plagado de componentes derivados del opio, la coca, y la belladona, entre otras fuentes de narcóticos; la persecución a este tipo de sustancias era ya una política internacional impulsada por Estados Unidos desde la Conferencia Internacional sobre el Opio (La Haya, 1912), y Colombia se estaba incorporando a esa campaña.

El control legal de las especialidades farmacéuticas hay que comprenderlo en su inscripción en una campaña de control del tráfico de drogas heroicas. Es decir, que el problema del control del medicamento, al menos para el caso colombiano, está muy ligado al consumo creciente de sustancias narcóticas a través de la prescripción médica y la farmacia. Esto sin menospreciar los demás problemas: preocupación por la salud pública, normalización de los oficios en contra de los teguas, relaciones de fuerza por el control del comercio, conflictos de intereses entre los oficios de boticario y de médico.

A pesar de las dificultades de ejecución de esta ley, su publicación pone en evidencia en las autoridades sanitarias del país una nueva sensibilidad frente a los productos farmacéuticos. Sensibilidad que, según los legisladores, debía ser compartida por todos los actores de la circulación del medicamento (productor, prescriptor, importador, comercializador, anunciante, consumidor) y se caracterizaba por los siguientes aspectos: primero, mayor vigilancia y control confiado a los

médicos higienistas; segundo, esos mismos gestos pero endosados también a los inventores de los productos farmacéuticos, a quienes la ley obliga en adelante a publicar las composiciones y a abandonar la producción de remedios secretos¹⁵.

Para el objeto de esta investigación resulta muy significativo que la legislación nacional de patentes, la cual incluía hasta ese momento entre sus objetos la producción y el comercio de medicamentos, quizá dada la preocupación por el cuidado de la salud pública, tuvo que encargar ese aspecto a los médicos higienistas, quienes no dudarían en endurecer las disposiciones, coartar la libertad de ese mercado y dar lugar a una legislación independiente para controlar todos los aspectos de la circulación de los medicamentos.

Sin embargo, la Ley 11 seguía siendo problemática y, al parecer, no llevada a la práctica antes de 1926. Los permisos de circulación de esos años siguieron siendo otorgados, a veces, sobre la base de la fe dada a la fórmula entregada por el fabricante; en ciertos casos, según exámenes de institutos de los países de procedencia de los productos, también, según el testimonio de tres médicos de reconocida competencia, quienes podían dar fe de la calidad. Muchas veces las sustancias eran examinadas sólo después de su introducción en el mercado. Pero sobre todo lo eran cuando su calidad o su composición despertaban sospechas en los químicos de laboratorios privados u oficiales (los regidos por las Direcciones departamentales de higiene).

En 1924 fueron expedidos dos decretos para reglamentar los aspectos fundamentales de la legislación farmacéutica. El primero reglamentaba la Ley 11 de 1920 en lo concerniente a la importación y venta de narcóticos¹⁶. El segundo, el decreto 304 de 1924, reglamentaba la expedición de patentes de invención y el uso de privilegios de explotación de especialidades nacionales y extranjeras. En su texto anunciaba que «... no habiéndose concluido el edificio destinado al Laboratorio Nacional de Higiene, en el cual deben hacerse los exámenes de que trata el citado artículo 3º, es deber del Gobierno procurar los medios de subsanar esta deficiencia con el fin de proteger la salubridad pública»¹⁷. Y agregaba que mientras se constituía la CEF, cualquier «invento relacionado con la salud pública, tales como específicos, alimentos, bebidas, etc.,» debía incluir dentro de la documentación entregada al Ministerio de Agricultura y Comercio, para la obtención de su patente, «... un certificado expedido por el Director Nacional de Higiene, en el que conste se ha hecho el examen correspondiente de la fórmula que acompaña la solicitud y que el objeto al

cual se destina el producto examinado está correctamente indicado en la respectiva solicitud»¹⁸. En su artículo 4º señalaba además que los costos de los exámenes estarían a cargo del interesado. Es decir, si bien el Estado aún no podía hacerse cargo del análisis de las sustancias, se decretaba la necesidad del examen del producto antes de su comercialización. Otro aspecto interesante de este decreto fue su carácter retroactivo: «Todas las fórmulas y una muestra de los específicos, alimentos o bebidas que actualmente gozan de patente, deben enviarse a la Dirección Nacional de Higiene, para que esa dirección decida si esos productos pueden ser comerciados en el país»¹⁹.

Una nueva ley sobre propiedad industrial (la ley 31 de 1925) indicaba ya una separación de los productos de salud con respecto a las demás invenciones. De acuerdo con esta ley, los medicamentos ya habían obtenido en Colombia una nueva identidad, ya no como simples mercancías, sino como productos que exigían regulaciones especiales de acuerdo a su naturaleza:

Artículo 5: No serán concedidos, privilegios [aquel que asegura la propiedad exclusiva a su invención] en el caso de que la invención, mejora o nueva industria, sea contraria a la salubridad e higiene públicas, a la seguridad, a las buenas costumbres, a derechos adquiridos, o cuando no se llenen las formalidades de esta Ley.

Parágrafo: Tampoco se concederán patentes para productos naturales introducidos o de procedencia extranjera. Las composiciones farmacéuticas, medicamentos, bebidas o alimentos de cualquier especie y forma, para uso humano, quedarán sometidos, además a los decretos y reglamentos especiales que sobre la materia dicte el Poder Ejecutivo²⁰.

Los decretos y reglamentos del poder ejecutivo eran precisamente aquellos dictados por la DNH y su virtual CEF. Como podemos ver, las leyes estaban listas para regular el mercado de los productos de salud, pero las condiciones materiales aún dejaban mucho que desear. El paso del enunciado a prácticas concretas tomó su tiempo, y fue sin duda un problema central para las autoridades sanitarias entre 1920 y finales de los años 40.

Pese –o a causa de– la novedad y coherencia de todas esas nuevas disposiciones, estas parecen haber logrado modificaciones en el proceso de obtención de patentes para los productos farmacéuticos solamente a partir de 1926. Pues aunque creada por ley en 1920, la CEF tardó varios años en comenzar a funcionar, y es evidente que, sin un organismo permanente encargado de velar por el cumplimiento de la normatividad, la regularización de ese campo dinámico, presa constante de innova-

ciones y reformas, era muy difícil, y más arduo aún era garantizar el cumplimiento del objetivo trazado: que los medicamentos en el comercio fueran de calidad en cuanto a su eficacia y seguridad.

Tales dificultades se pusieron de manifiesto, por ejemplo, en 1926, cuando los médicos de la Comisión Sanitaria de Medellín quisieron impedir la venta de los específicos de Adán Romero y se vieron llevados a una polémica con las autoridades nacionales de higiene y varios ministerios²¹. Como ya se mencionó, en ese momento la CEF aún no existía, y mientras el proceso se dirimía, las autoridades centrales prometieron su próxima conformación con el fin de resolver el problema de las licencias de circulación de específicos, pero a pesar de la necesidad de reglamentar ese mercado y de la presión ejercida por los médicos antioqueños, su conformación tardó unos meses más.

Hasta ahora los acontecimientos descritos ponen en evidencia un desfase entre la sensibilidad oficial frente al control de la circulación de los medicamentos y su control efectivo. Intentaremos avanzar una explicación de ese desfase y esas dilaciones en el control y en la ejecución cotidiana de las leyes. Como la construcción del Laboratorio Oficial de Higiene –ordenada por la Ley 46 de 1919– no pudo terminarse antes de 1924, el protagonismo nacional en esta tarea lo detentó la empresa Laboratorios Samper Martínez. Allí se preparaban productos biológicos para las campañas de vacunación para el resto del país y es probable que también se realizaran análisis de medicamentos desde sus primeros años de funcionamiento. Su importancia determinó que en 1926 ese Laboratorio pasara a ser público, convirtiéndose en una dependencia efectiva de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública. Como señalan Néstor Miranda, Emilio Quevedo y Mario Hernández, entre otras funciones dicho laboratorio tenía por objeto:

Preparar los sueros artificiales y demás productos biológicos y químicos que se usan en el tratamiento de enfermedades infecciosas.

Resolver qué preparaciones o medicinas patentadas o no, pueden ser permitidas en el comercio del país, como medios curativos o profilácticos.

Vigilar y reglamentar el comercio de productos biológicos de usos terapéuticos y profilácticos, como sueros, vacunas, etcétera [...] ²².

Aunque la legislación farmacéutica colombiana era moderna, la falta de inversión en el ramo de la salud pública²³, así como los largos procesos administrativos y burocráticos para crear adecuados laboratorios de análisis provocaron que, en la práctica, el control de los medicamentos en el país se mantuviera casi en el mismo estado en

que lo dejó el siglo XIX. En Antioquia la Dirección Departamental de Higiene y el Laboratorio Químico Departamental se ocuparon más temprano que el resto de oficinas de higiene del país del control y reglamentación de la circulación de los medicamentos, mediante resoluciones coercitivas del ejercicio de las profesiones asociadas y exámenes de los productos en circulación. Hemos insistido en la importancia de esos centros expertos, no sólo porque de sus resultados se desprendería cierta protección a la salud y los derechos de los consumidores de remedios, sino también porque las prácticas allí generadas demuestran la existencia de una primera forma de reglamentación de los medicamentos y otras sustancias.

No obstante, conviene recordar que las pruebas realizadas en los laboratorios químicos a comienzos del siglo XX, apenas se limitaban a verificar la correspondencia entre la composición de los productos farmacéuticos y la fórmula entregada por el fabricante, y a denunciar y sacar de circulación las medicinas evidentemente tóxicas. Pero esos ensayos no eran siquiera parecidos a los que regirán la producción y comercialización de los medicamentos después de los años 1950: los llamados «ensayos clínicos». Pues en las cuatro primeras décadas del siglo XX no había pruebas clínicas basadas en modelos estadísticos que permitieran conocer de modo más o menos fiable la toxicidad de los productos a corto y a mediano plazo. A la evaluación más moderna de las sustancias terapéuticas sólo se llegó «después de que los avances de la química, la biología y el perfeccionamiento de métodos, instrumentos y aparatos de medida permitieran estudiar o verificar tal o cual propiedad de la sustancia estudiada»²⁴. Los exámenes modernos buscan establecer un balance positivo de la relación entre el riesgo corrido con el padecimiento de la enfermedad, la toxicidad del producto y el beneficio terapéutico. Desde su implantación, esa obligación limitó los alcances de las compañías inventoras. La discusión y la búsqueda de un proceso científico y legal de normalización de los medicamentos, antes de su salida al comercio y al consumo, se desencadenaron sobre todo a raíz de un accidente con una sulfanilamida. Ocurrió en 1938 en Estados Unidos y produjo la muerte de más de 100 personas, incluidos niños. Esta tragedia impulsó a la Federal Drug Administration (FDA) a legislar al respecto²⁵. Sin embargo, el problema de la búsqueda por garantizar terapéuticas más eficaces y seguras era ya una preocupación desde comienzos del siglo XX, cuando los líderes científicos de la profesión médica estadounidense «debían enfrentar a los imprudentes entusiastas que recetaban todo tipo de re-



UNA VIEJA
FORMULA
AZTECA
Y UNA PERFECTA SALUD
ESPECIFICO

Zendejas

IMPUREZA DE LA SANGRE
REUMATISMO, ENFERMEDADES
NERVIOSAS, ETC., ETC.

La mayor
parte de las
enfermedades
provienen de
una sangre
impura.

Los Tratamientos Zendejas
le devolveràn a Ud. la salud.
De venta en las principales
Farmacias y Droguerías
Depósito Gral. Carrera 13 N.º 311
Teléfono 15-26. Apartado 371

Tratamientos Zendejas,
Tomado de: Leonidas Arango Loboguerrero,.

medios y tratamientos ineficaces». Los «reformadores terapéuticos», se ocuparon de difundir una nueva terapéutica racional, fundada en la premisa de que

... la dosificación y uso de un medicamento están en función de lo que se sabe de su actividad farmacológica y sus efectos. No tiene sentido utilizar un medicamento en dosis infraterapéuticas o en circunstancias clínicas en las cuales no habría ningún beneficio para el paciente.

Los reformadores perseguirán esos dos objetivos en nombre de una terapéutica racional. Por una parte, ellos buscarían controlar la introducción y la promoción de nuevos medicamentos, por otra, se esforzarían en suscitar una actitud científica y crítica hacia la terapéutica en el seno de la profesión médica. Las dos reformas serían simultáneas. Al restringir el número de medicamentos a un puñado de remedios probados con anterioridad se reduciría la confusión reinante entre los médicos y se contribuiría así a una práctica terapéutica más «racional». Al mismo tiempo, el éxito de una reforma de la industria dependería del apoyo de una profesión reformada, capaz de reconocer los méritos de la utilización estricta de los productos probados con cuidado.

Este programa intelectual fue ampliamente compartido por los científicos clínicos, los profesores de medicina y por quienes se inspiraban en ellos. El programa se institucionalizó con la creación de la American Medical Association (AMA) y el Consejo de Farmacia y Química. Establecido por el consejo de administración de la AMA en 1905, el Consejo tenía el trabajo de verificar que el potencial terapéutico de los nuevos productos de laboratorio fuera comprobado en la práctica médica²⁶.

La Comisión de Especialidades Farmacéuticas, durante los años 1930: una década movida y belicosa

Como hemos visto hasta ahora, desde 1920 los médicos esperaban que el establecimiento de una Comisión dedicada al estudio de los medicamentos que debían ser autorizados en el mercado nacional permitiera garantizar la suspensión del tráfico de remedios secretos, y con ello el comercio de cientos de engañifas, patentadas y no patentadas, por todo el país. Ni siquiera se podría decir que en Bogotá el tráfico estuviera más saneado que en Medellín. Allí también la venta de específicos de fórmula fraudulenta se volvió un problema para las autoridades. Según el doctor Enrique Núñez Olarte²⁷, quien sería director de la CEF, en 1924 o 1925 se estableció en la ciudad un laboratorio llamado «Tratamientos Zendejas» dirigido por un farmacéuta mexicano del mismo apellido. En una quinta de la carrera 13 con calle 25, se dedicó a producir y comerciar con 80 específicos, los cuales según él

podían curar «prácticamente todas las enfermedades existentes y que pudieran existir»²⁸. Las autoridades decidieron examinar dichos remedios y descubrieron que para todos sus productos la única sustancia usada como principio activo era el yoduro de potasio. Tal situación causó conmoción entre el cuerpo médico de la ciudad, por lo cual el Ejecutivo expidió el Decreto 1787 del 25 de octubre de 1926 en el cual señaló que «la Comisión de Especialidades Farmacéuticas creada por la Ley 11 de 1920, comenzará a funcionar el 1º de noviembre próximo»²⁹.

El caso de «Laboratorios Zendejas», coincide con el del Indio Laidino Armonioso, lo que podría explicar la puesta en funcionamiento de dicha Comisión sólo a finales de 1926. Sin embargo, la anhelada Comisión encontraría muchas resistencias. Según la citada Ley 11, la CEF estaría conformada por el Director Nacional de Higiene, el Director y el Químico del Laboratorio Nacional y el Profesor de Farmacia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional³⁰.

Anunciada con esa aparente claridad, la organización de la CEF ocultaba las dificultades de su viabilidad. El hecho de que esa importante institución reguladora no contara con un representante propio del gremio de los farmacéutas era de entrada un problema grave. Aunque el profesor de farmacia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional podía ser farmacéuta o médico, las disposiciones de esa entidad estarían virtualmente dominadas por los intereses de los médicos. Para estos últimos la opinión de los farmacéutas era un supuesto o no les importaba, lo que da cuenta una vez más de que la farmacia era considerada como una profesión subalterna. Por otra parte, es notable también la voluntad centralizadora de la DNH: la nueva Comisión partía de los criterios de Bogotá. Por eso, tal vez, sus dominios no llegarían muy lejos antes de toparse con una fuerte oposición nacional.

Desde la conformación de la CEF, farmacéutas y médicos se vieron envueltos en numerosas discusiones sobre los efectos de las nuevas leyes que reglamentaban la producción de especialidades farmacéuticas y la regulación de la profesión de farmacéuta.

En la medida en que el Laboratorio Nacional de Higiene ya había comenzado a analizar muchas preparaciones fue encontrando problemas de inconsistencia entre los medicamentos y sus fórmulas. A pesar de que el Codex francés de 1908 fuera el libro de farmacia más usado y sus preparaciones adoptadas como norma por la mayoría de los boticarios, algunos médicos y farmacéutas señalaban que la ausencia de un

Codex nacional provocaba que los farmacéutas prepararan según sus conocimientos o las indicaciones muchas veces ambiguas de los médicos, quienes recetaban según los codex de los países donde habían estudiado³¹. Esos equívocos dificultaban el control, pues se decía que una fórmula estaba preparada según unas medidas determinadas, pero el problema surgía cuando no se sabía exactamente de cuál farmacopea se había tomado la fórmula, lo que provocaba un cambio completo en la preparación del fármaco e intervenía de modo negativo en la terapéutica proyectada por el médico. Por ello, la Resolución Nº 1 expedida en abril de 1932, debía homogenizar en lo posible los modos de preparación: a partir de entonces solamente se consideraría como «productos oficiales aquellos que, tanto en sus componentes como en la forma de preparación, se ajustan completamente a las fórmulas y procedimientos de elaboración indicados en los textos siguientes: Codex Francés, y farmacopeas alemana, americana y británica»³².

Una resolución muy sonada

La Resolución Nº 1 de 1932 de la CEF, llamada «Reglamentación general para la adquisición de licencias y explotación de productos farmacéuticos», se convirtió en una ley problemática. Por una parte, otorgaba una categoría completamente diferencial a los medicamentos, no tanto porque precisara que esos productos estaban relacionados con la salud pública y que fuera necesario regular su mercado de modo diferencial, cosa más bien clara desde al menos una década antes; lo novedoso de la resolución era el carácter rígido de sus determinaciones, lo cual generaría hondas repercusiones en los gremios asociados. Los medicamentos habían entrado en una nueva etapa: su circulación no dependía de las simples estrategias y redes comerciales de sus productores, ahora había que ganarle el pulso a las autoridades que las licenciaban y los intereses políticos presentes en las decisiones centrales jugarían un papel cada vez más importante. A partir de ese momento, farmacéutas, industriales y comerciantes habrían de fortalecer sus asociaciones para enfrentar las políticas de las autoridades médicas.

Además, según la resolución, los fabricantes debían garantizar la coincidencia entre la composición de la fórmula y lo indicado en el empaque de la misma. Este había sido un problema de todas las instituciones reguladoras del mercado de drogas en el nivel nacional e internacional. Numerosas industrias buscaban siempre esconder sus

fórmulas, debido al temor de ser falsificadas, también porque las sustancias utilizadas en su composición eran las mismas que los medicamentos de la competencia, y sobre todo, porque muchas carecían de algún principio activo verdaderamente eficaz. Según la nueva resolución, las autoridades podían también solicitar en cualquier momento muestras a los fabricantes para ser analizadas. Las muestras en las que se encontrara inconsistencias serían objeto de cancelación de la licencia de venta. Ningún aspecto podía escaparse a las nuevas regulaciones, incluso los laboratorios farmacéuticos tenían que estar dirigidos por un farmacéuta graduado y con licencia vigente. El Artículo 1º de esa resolución señalaba:

Se denomina especialidades farmacéuticas las preparaciones fabricadas según fórmulas no inscritas en las farmacopeas o Códigos de farmacia usuales, o aquellas que teniendo su fórmula inscrita en dichos códigos, hayan sufrido alguna modificación sustancial en ella.

También se consideran como especialidades las preparaciones oficinales, es decir, de fórmula inscrita en las farmacopeas usuales a cuyo nombre se haya agregado alguna designación especial como el nombre de un autor o fabricante, lo que indica que se han preparado conforme a una técnica que no es usada comúnmente. Previo el estudio del caso, la Comisión determinará si una preparación de esta clase necesita licencia; caso contrario, se ordenará dejar constancia respectiva en el tiquete o marbete³³.

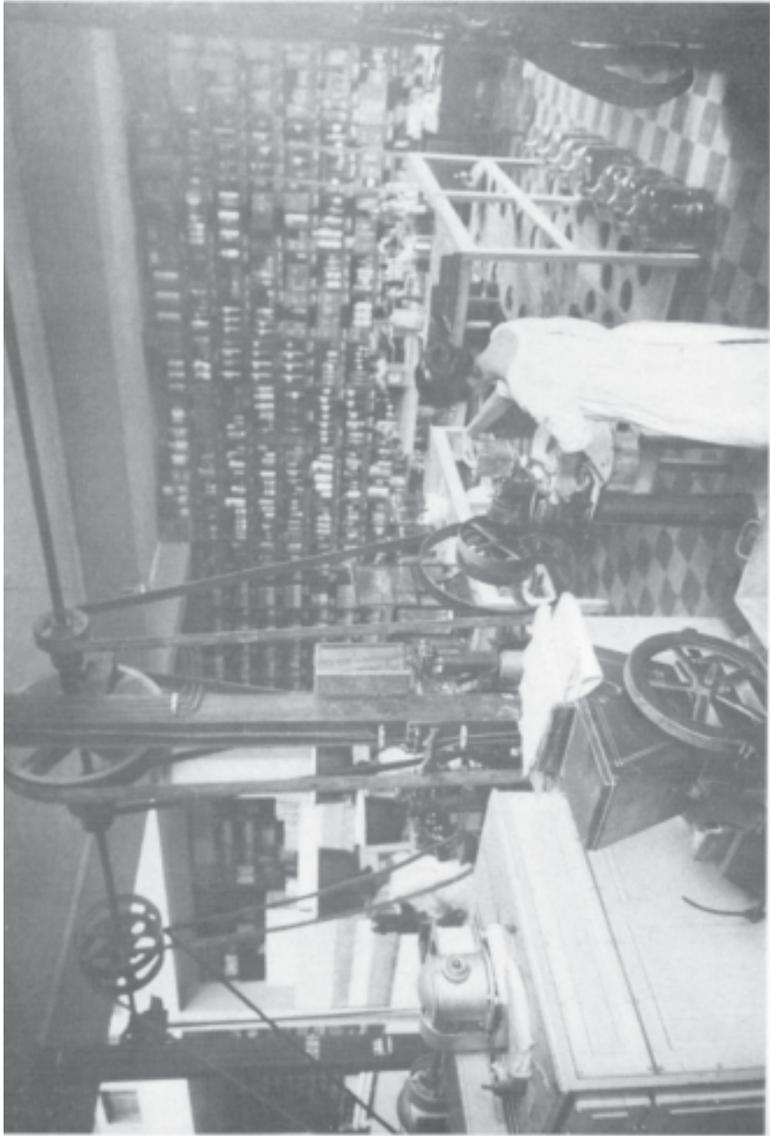
Sin embargo, el Artículo 5º de dicha resolución también establecía importantes limitaciones a quienes esperaban introducir sus productos en esas categorías para ganar protección de marca y licencia de explotación:

Artículo 5: No se consideran como especialidades farmacéuticas aquellas mezclas para las cuales no se reuniera manipulaciones en su técnica de preparación de alguna importancia farmacéutica.

Las preparaciones que no llenen este requisito no podrán venderse con el calificativo de especialidad farmacéutica ni hacerlas figurar con nombre determinado³⁴.

De esta manera al redefinir la noción de especialidad farmacéutica, limitándola a preparaciones con técnicas especiales, la CEF terminaba por herir los intereses de los laboratorios y farmacéutas locales a los cuales el gobierno había prometido impulsar con medidas proteccionistas. La exigencia de una «técnica de preparación especial» era algo que no todos podían cumplir, ni demostrar fácilmente.

Desde el siglo XIX, el mercado de las marcas había transformado la industria mundial del medicamento. Como lo muestran las investiga-



Laboratorio Uribe Angel, 1933.

ciones de James Harvey Young, las marcas patentadas de cientos de productos se convirtieron desde esa época en una empresa que enriqueció a muchos comerciantes de todo tipo de medicamentos y engañifas³⁵. Los nombres de esas medicinas hacían alusión al imaginario de la enfermedad y de la ciencia que lograba reducirla, la publicidad vistosa ocupaba cualquier forma de comunicación escrita: desde la prensa hasta las revistas, almanaques y libros de consejos para el hogar³⁶. A pesar de las nuevas legislaciones farmacéuticas, dirigidas a evitar el secreto de las composiciones, algunos investigadores estiman que las especialidades de fórmula secreta seguían dominando el mercado³⁷. ¿Y cómo no iban a hacerlo? La declaración de las sustancias entregada a los ministerios encargados de otorgar las patentes, que exigía el análisis químico, no incluía el ensayo clínico de esas sustancias, pero sí tenía que garantizar el secreto de la patente otorgada. Como señala el historiador norteamericano Harry Marks, quien describe la situación del control de los medicamentos antes de 1938:

Ciertas especialidades consistían básicamente en agua coloreada, otras contenían grandes cantidades de alcohol y codeína, mientras que otras ocultaban ingeniosas combinaciones de los nuevos componentes químicos de Alemania. Una vez que los remedios eran puestos en el mercado, estas distinciones no tardaban en borrarse³⁸.

Pero los requisitos exigidos por la CEF tenían doble filo: concebidos para evitar el comercio de remedios secretos y para dar seguridad sobre los productos en circulación, ponían más trabas al licenciamiento de los productos nacionales que a las especialidades extranjeras. Estas últimas, debido a su trayectoria en el mercado, tenían licencias expedidas con anterioridad a la resolución, lo que lógicamente impedía aplicarles la ley. Además sus fórmulas estaban protegidas por patentes, incluso si tal vez no contaban con «una técnica especial de preparación». Sus nombres llamativos y su excelente presentación, seducían al consumidor, lo que significaba una desventaja más para el industrial colombiano a quien según las nuevas prescripciones se le obligaría a «rotular el mismo producto con un complicado nombre químico de veinticinco o treinta letras que ni el médico receta, ni la clientela patrocina ni la ley ampara»³⁹.

Según Guillermo Jaramillo Madarriaga, químico eminente, quien se había desempeñado como Jefe del Laboratorio Químico Departamental desde mediados de 1923 y tuvo allí la oportunidad de examinar la composición de numerosas especialidades farmacéuticas nacionales y extranjeras, esa definición de la especialidad iba a contracorriente del

fomento de la industria nacional. En un artículo titulado «La Dirección Nacional de Higiene ha declarado la guerra a la industria nacional de drogas» afirmaba que si bien el gobierno había tomado medidas proteccionistas frente a las medicinas de patente importadas, «la CEF favorecía abiertamente los intereses de las casas extranjeras»:

... el país paga fuertes sumas al exterior por toneladas de comprimidos lujosamente envasados y con sonoros nombres detrás de los cuales se ocultan el humilde bicarbonato de soda, la cal o la magnesia. [...] La mayor parte de las drogas que introducimos del exterior con nombres patentados pueden envasarse aquí con gran economía para el consumidor y bastante utilidad para el industrial, pero si éste se ve obligado a vender su producto únicamente bajo el interminable y complicado nombre químico, le será imposible competir con el mismo artículo que nos viene envasado por la casa extranjera con nombre corto, sugestivo y amparado por las leyes colombianas [...] ⁴⁰.

Para el químico antioqueño Joaquín Escovar, director de la revista *La Farmacia*, era muy contradictorio que, por un lado, se hablara de patriotismo y, por otro, el gobierno prefiriera apoyar la industria extranjera. En efecto, el gobierno de Enrique Olaya Herrera, a causa de la ocupación de Leticia por tropas peruanas, suscribió un empréstito nacional para la defensa de la frontera sur del país. Para ello decretó nuevos impuestos y convocó a los ciudadanos a la defensa de la patria. En medio de las diferencias partidistas y los ataques encarnizados de los conservadores recién expulsados del poder, la guerra con el Perú permitió el despliegue de un discurso nacionalista y patrioter en el que las viejas querellas partidistas fueron olvidadas por un momento. Laureano Gómez, fanático enemigo del gobierno liberal pronunciaría la famosa frase: «¡Paz, paz en el interior, y guerra en las fronteras!». Por su parte, el general en retiro Alfredo Vásquez Cobo, damnificado de las indecisiones de monseñor Ismael Perdomo y de la división conservadora en vísperas de las elecciones de 1930, obtuvo su desagravio cuando el gobierno de Olaya permitió su participación en el conflicto al encabezar «una expedición punitiva del Amazonas» ⁴¹. Estos aspectos políticos que marcan un cierto auge nacionalista contrastaban con la legislación farmacéutica y las decisiones de la CEF, en las cuales era notable cierta preferencia por los grupos extranjeros ⁴². Los específicos nacionales tenían que demostrar «una técnica especial de preparación», algo muy difícil cuando se trataba de productos enfrentados a la competencia de una industria química desarrollada como la de Estados Unidos o la de Europa ⁴³.

Para los farmacéutas era evidente que la política de la Dirección Nacional de Higiene incurría en una falta de patriotismo. El congresista antioqueño Gonzalo Restrepo Jaramillo, quien en ese momento era accionista y gerente de Droguerías Aliadas S. A., compartía los mismos intereses con los demás farmacéutas y envió una carta a los dueños de la revista *La Farmacia* para explicarles las causas de las trabas impuestas a los industriales colombianos por la CEF:

Señor doctor Joaquín Escovar Álvarez–Presente–
Muy apreciado doctor y amigo:

Ante todo debo felicitar a usted por la campaña emprendida en pro de la industria nacional farmacéutica, en la cual lo ha venido acompañando el doctor Guillermo Jaramillo Madarriaga; y a propósito voy a explicarle la verdadera razón que ha habido para que las disposiciones de las autoridades de higiene sean mucho más severas para los productos colombianos que para las especialidades extranjeras.

Se trata de que los representantes diplomáticos de los países productores de medicinas de patente, o algunos de ellos, vienen desde hace mucho tiempo sembrando la idea de que si no se atiende a sus pretensiones harán implantar medidas de represión contra nuestro café en sus respectivos países; y como la sogá se revienta siempre por lo más delgado, al industrial colombiano se le recarga la producción y al extranjero se la facilita.

Por la misma razón, un simple aceite vegetal puede venir del extranjero como especialidad patentada; pero en Colombia se exige que toda especialidad requiera, para merecer la licencia, que tenga procedimientos y manipulaciones complicadas.

Eso no debiera ser así...pero así es [...]»⁴⁴.

Joaquín Escovar remata la nota editorial en la cual fue anexada dicha carta, con una consigna vehemente: «... Como colombianos, pedimos que las autoridades de la República no se humillen ante las influencias perniciosas del dinero, y que se cumpla la ley de protección de industria nacional, a la letra y de espíritu»⁴⁵.

No era gratuito que el Congresista conservador Gonzalo Restrepo hiciera esas afirmaciones. Si bien al frente del gobierno estaba un presidente liberal, Restrepo Jaramillo estuvo dispuesto desde un principio a apoyar al gobierno si la guerra estallaba⁴⁶. Es decir, no se trataba de afirmaciones hechas para sacar una simple ventaja política. Por lo demás, se trataba de un hombre que conocía muy bien tanto el negocio de producción e importación de drogas como la política internacional. Su padre había sido uno de los droguistas más reconocidos del departamento de Antioquia. Desde comienzos del siglo xx, Nicanor Restrepo estuvo al frente, como socio industrial y administrador, de la

Droguería Antioqueña de Pablo Lalinde y en 1918 compró la Droguería Central y creó la firma Nicanor Restrepo y Cía. A su muerte, en 1925, Gonzalo Restrepo se encargó de los negocios de su padre y al mismo tiempo incursionó en la política.

Ahora bien, para comprender esta «contradicción» del gobierno liberal de Enrique Olaya Herrera hay que tener en cuenta el modo cómo su administración manejó el asunto de las relaciones internacionales, en especial con Estados Unidos. En la década de 1920 el dinero proveniente de la indemnización por la pérdida de Panamá animó las inversiones públicas, pero además los empresarios adquirieron cuantiosos préstamos que incrementaron la deuda externa del país, la cual al finalizar esa década llegó a 203 millones de dólares. El periodo de «prosperidad al debe», como se han conocido los años 1922 a 1929, permitió también el desarrollo del sistema de transportes del país, algo fundamental si se piensa en la expansión comercial y la consolidación de un mercado interno. En esos años el «50% de la deuda adquirida se empleó para dicho fin, con la siguiente distribución: 54% para los ferrocarriles, un 39% para carreteras, y un 7% para puertos»⁴⁷. En ese mismo periodo se registra un viraje de los comerciantes colombianos hacia la economía estadounidense. Según P. L. Bell, la situación generada por la primera Guerra Mundial provocó que los europeos perdieran el monopolio del mercado colombiano, si bien en 1911 Gran Bretaña y Alemania eran los principales importadores, seguidos de EE. UU. y Francia. Al finalizar la guerra los comerciantes colombianos ya conocían las ventajas de comprar en los Estados Unidos y hacia 1927 el predominio de Estados Unidos estaba consolidado. Por ejemplo de Estados Unidos se importaron materiales por \$56.465.000, de Gran Bretaña por \$18.872.000 y de Alemania por solo \$17.523.000⁴⁸.

Por otra parte, los efectos de la crisis mundial de 1929 provocaron que Colombia tuviera que suspender en abril de 1933 los pagos de la deuda externa. En 1931 se realizó una reforma arancelaria dirigida no tanto a aumentar los ingresos fiscales, como se hacía hasta entonces, sino buscar el modo de incrementar la competitividad de la industria nacional frente a los productos importados a través de una política proteccionista; aun cuando la efectividad proteccionista del arancel fue temporal, representó un estímulo, especialmente para el sector textil⁴⁹. Por tal motivo la reforma buscó proteger la industria local y fomentar la sustitución de importaciones. Como bien señala el historiador Mauricio Archila, la crisis del 29 y la reforma arancelaria de

1931 que desarrolló una política de sustitución de importaciones, beneficiaron en especial a la industria de bienes de consumo y de algunos productos intermedios, especialmente químicos y derivados: «...todo esto hace pensar que los efectos de la depresión mundial, si bien fueron fuertes especialmente en la actividad de infraestructura, no fueron tan severos como la literatura tradicional lo sugería»⁵⁰. Si bien es cierto que la política del gobierno tendió a proteger los intereses del sector textil, el cual recién comenzaba a cobrar alguna importancia —ejemplo de ello fue la naciente industria textilera de Medellín—, no pudo hacer mucho por los sectores de las cervezas, gaseosas, vidrio, tejas y ladrillos, cuyos productos no eran comercializados fácilmente en el exterior. Con todo, Olaya Herrera pensaba que las relaciones con los Estados Unidos debían estar dirigidas a conseguir nuevos créditos, y estaba convencido de «que las concesiones que se hicieran a compañías de capital privado, a través de las negociaciones con el gobierno, se reflejarían en beneficios para Colombia»⁵¹. Por eso, el gobierno aceptó las recomendaciones de la embajada norteamericana relativas a disminuir los aranceles para importaciones de ese país, y ya en 1933 el jefe de la misión norteamericana en Bogotá, Edwin Kemmerer, se ufano de haber favorecido los intereses del capital privado de su país: «tengo el honor de señalar con todo respeto que esta misión diplomática ha desempeñado un papel crucial en la promoción de los intereses empresariales de los Estados Unidos, representados en unos cuantos millones de dólares»⁵².

Si se entiende este contexto de las relaciones internacionales y la situación económica de Colombia en la década del treinta, se obtienen algunas pistas que pueden esclarecer la «extraña» posición de la CEF y la carta de Restrepo Jaramillo antes citada.

Sin embargo, al leer esa carta se tiene la sensación de estar leyendo un documento contemporáneo⁵³. Las industrias farmacéuticas actuales, en vista de la creciente reducción de su capacidad inventiva, apelan a la presión política en tratados comerciales con países en desarrollo para hacer alargar los plazos de patentes próximas a volverse dominio público y bloquear así la producción de industrias locales de genéricos⁵⁴. Todo esto con un costo inaudito para los precarios sistemas de salud de los países pobres. Otro de los mitos difundidos por algunas de esas empresas es que la invención tiene unos costos que sólo el Estado puede y debe financiar, como si el capital de riesgo no fuera parte del mundo de los negocios⁵⁵.

A pesar de la controversia, la resolución N^o 1 no fue cambiada y aunque las fuentes se vuelven un poco escasas entre 1933 y 1935 para conocer más acerca del devenir de ese debate, hay evidencias de que tal vez no se cumplió al pie de la letra, pues se siguieron otorgando todo tipo de licencias⁵⁶. Sólo el tiempo o el olvido permanente de la ley podrían haber enfriado la ira de los industriales y farmacéutas locales en el belicoso año de 1932. Pero las resoluciones explosivas de la CEF no cesaron de aparecer durante esa década.

La industria farmacéutica nacional y las medicinas de patente

La aparición de las drásticas medidas reguladoras no fue resultado de ocurrencias de los integrantes de la nueva Comisión de Especialidades Farmacéuticas. Según la documentación trabajada en esta investigación, al menos desde 1929 se registra en las publicaciones médicas y farmacéuticas colombianas un creciente descontento hacia las medicinas de patente importadas. ¿Por qué parece como si de un momento a otro se generalizara la sospecha hacia ellas, si por mucho tiempo las prescripciones de los médicos y las vitrinas de los droguistas abundaban en medicinas de patente importadas?⁵⁷

En diversas regiones del país, desde la segunda década del siglo xx, había nacido una incipiente industria local capaz de producir muchos de los medicamentos de patente importados⁵⁸. Esta industria contaba con la ventaja de vender más barato, y en algunos casos buscó apoyo en el cuerpo médico colombiano, y sus empresarios fueron quienes comenzaron a imponer la austeridad y la discreción en los anuncios publicitarios, conforme a una ética promovida por los mismos médicos.

Esta naciente industria local fue impulsada por una acumulación de capital proveniente del auge de las exportaciones de café, cuyas divisas irrigaron buena parte de la economía nacional. El pago por parte de Estados Unidos de 25 millones de dólares como indemnización por la separación de Panamá y los empréstitos adquiridos con la banca extranjera en esos mismos años, hicieron posible «una etapa de inversiones masivas en obras públicas y un crecimiento sistemático de la demanda interna que creaba condiciones excepcionalmente positivas a la expansión comercial»⁵⁹. Además, la política proteccionista del gobierno, puesta en marcha desde los años 30, impulsó a numerosas droguerías y farmacias a comercializar con éxito sus especialidades

locales⁶⁰. En Antioquia, al igual que en el caso de Laboratorios Román de Cartagena, estas empresas fueron llevadas a cabo por grupos de importadores de medicamentos que decidieron unirse para producir industrialmente sus remedios.

El 13 de noviembre de 1922 las compañías Rodríguez Lalinde y Cía., (Droguería Antioqueña), Ismael Correa y Cía. (Droguería Medellín), Restrepo y Peláez (Droguería Restrepo y Peláez), Luis Restrepo y Cía. (Droguería Nacional), Félix de Bedout e Hijos (Droguería Bedout), deciden asociarse con un capital de \$20.000 para fundar Laboratorios Uribe Ángel, una empresa dedicada a la preparación y venta de especialidades farmacéuticas y que establecería sucursales en todo el país⁶¹.

El farmacéuta Daniel Peláez fue nombrado gerente, el químico Enrique Ehrensperger ocupó el cargo de revisor de preparaciones y el farmacéuta Alberto Latorre asesoró técnicamente a la empresa. En julio de 1925 la compañía Hijos de Nicanor Restrepo Restrepo y Cía. se asocia a la empresa. Conviene anotar que no era la primera vez que esas firmas se asociaban. Ya en 1920 Bedout Escobar y Cía., Rodríguez Lalinde y Cía., Nicanor Restrepo y Cía., Ismael Correa y Cía. habían aportado «el capital necesario para que la antigua VidRiera de Caldas elevara su capital pagado a \$200.000»⁶². Al entrar desde temprano en el negocio de vidrios los droguistas pensaban aumentar sus posibilidades comerciales porque se adueñaban de la producción de envases para sus productos.

Su estrategia publicitaria se basó fundamentalmente en «propaganda popular de productos como desinfectantes, alimentos y algunos medicamentos de venta libre»⁶³, pero sus especialidades sólo se promocionaban dentro del cuerpo médico, a través de las revistas financiadas por ellos mismos como *Labor* y *Boletín Clínico*⁶⁴. Ante el gremio farmacéutico del país, Antioquia se convirtió en un ejemplo de cooperación entre industria local y cuerpo médico.

En 1928 los socios Restrepo Jaramillo, al vislumbrar las excelentes ganancias, propusieron crear una unidad empresarial destinada directamente al comercio de importación de todo tipo de productos. Se funda así en diciembre de 1928 Droguerías Aliadas, compañía que rápidamente estableció sucursales en diferentes ciudades del país. Laboratorios Uribe Ángel y Aliadas se convirtieron en dos caras del comercio que, según Fernando Gómez Martínez y Arturo Puerta, no se contradecían, al menos en Medellín, pues «había un ambiente de solidaridad y sana competencia dentro del gremio de los droguistas»⁶⁵.

En este sentido se puede decir que los droguistas de Medellín se rodearon del cuerpo médico de la ciudad y buscaron los mecanismos para hacer coincidir los intereses de la medicina nacional y los del comercio. LUA «nacionalizó» muchas de las costosas medicinas de patente importadas, es decir, comenzó a producir medicamentos de su propia marca con composición similar a las extranjeras sin usar más sus nombres⁶⁶, fundó laboratorios y abrió sucursales de sus droguerías en diferentes ciudades, como Barranquilla y Manizales, los cuales fueron dirigidos por eminentes farmacéutas, químicos y doctores, y apoyó en general la campaña contra las publicidades mal intencionadas.

Para algunos médicos los laboratorios antioqueños «no eran simples envasaderos», sino industrias bien organizadas que producían productos científicos⁶⁷. Por eso, no es raro encontrar en las revistas farmacéuticas como *Labor*, propiedad de Laboratorios Uribe Ángel, artículos y testimonios sobre especialidades locales firmados por prestantes médicos. En uno de sus números se reseña la aparición de un vermífugo para niños, fórmula del reconocido farmacéuta Delio Alzate, quien además era el director de la revista. Según el artículo, el «vermífugo imperial» estaba confeccionado «únicamente con sustancias vegetales» y afirmaba:

... si es verdad que entre estos específicos hay muchos dotados de valiosas propiedades terapéuticas, también lo es que no pocos de ellos han sido confeccionados con fines más comerciales que científicos y de aquí los insucesos que se ven a diario con el uso de ellos, y el peligro que corre la vida del pequeño cuando en la escogencia del medicamento no se tienen los debidos cuidados⁶⁸.

En la reseña son notables los argumentos éticos utilizados y el respaldo del cuerpo médico local a la prescripción del nuevo producto, por eso varios médicos no dudan en recomendarlo:

Que en vista de la fórmula que nos ha presentado el Sr. Delio Alzate, para la preparación del «vermífugo imperial», consideramos que presta valiosos servicios en el tratamiento de la «anquilostomiasis», expulsión de *lombrices* y demás parásitos intestinales». [...] «Es algo verdaderamente tan bueno que no vacilamos en recomendar»

Medellín, 14 de junio de 1924

Dr. David Velásquez, Dr. B., Zuluaga, Dr. Gabriel Uribe M., Dr. V. Peláez, Dr. A. Echeverri Marulanda, Dr. Luciano Restrepo, Dr., Antonio Mesa, Dr. J. Saldarriaga, Dr. Miguel M. Calle, Dr. Agustín Piedrahíta, Dr. Alfonso Castro, Dr. C. Fernández Quevedo, Dr. Roberto Gaviria, Dr. Samuel Arturo Meza y Posada, Dr. Ernesto Rodríguez, Dr. Guillermo Garcés Mejía⁶⁹.



FUNDADORES DE LOS
LABORATORIOS

URIBE ANGEL

DE IZQUIERDA A DERECHA, DE PIE: DON
JAIME RODRÍGUEZ L., DON EMILIO RES-
TREPPO M., DON ISMAEL CORREA C., DON
ALBERTO LATORRE, DON ABELARDO
BOTERO G.
SENTADOS: DOCTOR ENRIQUE EHRES-
PERGER, DON DANIEL PELÁEZ R., DOC-
TOR ALEJANDRO VÁSQUEZ B., DON LUIS
RESTREPPO M.



Socios fundadores de LUA, Tomada de Revista *Labor*, (17-18), 1925, Laboratorios Uribe Ángel, Medellín.

Esto muestra que no todas las expresiones de los médicos eran críticas contra el gremio farmacéutico. Quienes entraron en su lógica, en el sentido del respeto permanente a la ética farmacéutica, estuvieron ciertamente amparados por el cuerpo médico.

Otro de los aspectos fundamentales de la naciente industria local fue su relación con la publicidad. De esa actividad se desprendían tantos o más puestos de trabajo que en la misma producción de remedios. Por ejemplo, los Laboratorios Gómez Plata, fundados en Bucaramanga en 1912 por Ismael Gómez Plata, cuya sede principal estaba en Barranquilla, comercializaron durante el siglo xx un analgésico a base de ácido acetilsalicílico, cafeína y acetinilida, llamado píldoras O.K., que tuvo gran acogida en otros países como Cuba. Sus propietarios se preciaban de ser «fieles y estrictos observadores de la reglamentación oficial sobre trabajo e higiene»; además del personal de la producción, ocupaban «un gran número de obreras en las labores de empaque del producto en Barranquilla»⁷⁰, un distribuidor para cada sección del país, quien a su turno sostenía oficinistas, sub-agentes, vendedores y propagandistas. La empresa procuraba trabajo permanente a los talleres tipográficos y utilizaba los periódicos de todo el país, en desarrollo de su propaganda⁷¹.

Por lo visto la industria nacional de medicamentos dependía a la vez de las condiciones de producción, es decir, los posibles impulsos protectionistas, y de la propaganda de sus productos. Por eso, los propietarios de laboratorios Gómez Plata afirmaban que si se levantara una estadística se podría mostrar que no menos de un 80% de las imprentas y periódicos del país habían sido ocupadas por su empresa. «En todo el país, no ya en las ciudades principales sino en las poblaciones de menor importancia, no hay sitio alguno donde, habiendo una tipografía o un órgano periodístico, no hayan sido utilizados por esta organización»⁷². Y para confirmar tales suposiciones señalaban que los libros de la empresa indicaban una inversión del 30% de sus utilidades en propaganda, un 31% en colaboración y distribución seccional, un 3% en Beneficencia y un 36% de margen de utilidad efectiva.

Otro caso de ese mismo tipo es el del Laboratorio del doctor Hacelsteinen & Cía. de Barranquilla. Uno de los redactores de la revista *La Farmacia* visitó la sede del laboratorio para el cual la publicidad farmacéutica era algo tan importante como la producción misma, pues en sus instalaciones al lado del depósito de tabletas, ampollas y pomadas, estaba ubicado su almacén de propaganda. Uno de sus propietarios afirmaba:

Hacemos propaganda «científica» con los médicos, mandándoles literatura y muestras, y sobre todo, visitándoles personalmente. Para que usted pueda apreciar la importancia que en nuestro concepto tiene esta propaganda, le puedo informar que mi socio, el doctor Hans Hacelsteinen, se dedica exclusivamente a viajes de propaganda. Además, hacemos propaganda popular, repartiendo carteles, anuncios y folletos hasta en los pueblos más lejanos del país⁷³.

Por esto es posible afirmar que las transformaciones del mercado de medicamentos no sólo se estaban dando en el orden del poder y la regulación, se trataba sobre todo de la transformación misma de la noción de especialidad y de la invención farmacéutica. Como lo señala la historiadora Sophie Chauveau, no se puede olvidar que «la presencia de lógicas del mercado dentro de los sistemas de salud es algo que puede desconcertar porque se supone la salud como un bien público que debería escapar a toda intención de provecho privado, mientras es precisamente ese interés lo que persiguen los fabricantes del medicamento»⁷⁴. Desconcierta sobre todo si se trata de las primeras décadas del siglo XX, cuando en Colombia se estaba imponiendo la retórica de la salud pública como responsabilidad de un Estado benefactor. Pero el análisis deberá reducir el desconcierto inicial siempre y cuando no se sucumba al prejuicio según el cual el interés de lucro existente en la industria farmacéutica es ya una razón para criticarla, pues esa forma de pensar relaja la tensión necesaria para entender el hilo de la compleja realidad que significa el medicamento y el dispositivo de la invención farmacéutica contemporánea⁷⁵.

La publicidad «científica» de las «experiencias» industriales

Algunos industriales hacían sus propias experiencias, quizás no tanto para probar la eficacia de las sustancias y mejorarlas, sino para afianzar una imagen científica de sus laboratorios. El farmacéuta Pastor Restrepo en su libro sobre el centenario de Laboratorios Román, señala que

Durante el último conflicto en nuestra frontera del Sur, sus dueños ofrecieron al ejército Nacional, por conducto del Comando del Batallón de Infantería número 7 «Cartagena» acantonado en esa plaza, un obsequio de sus productos a elección del Ministerio de Guerra por valor de \$5.000,00 el cual se apresuró a aceptar este regalo formulando un pedido por seis mil frascos de curarina, mil frascos de curativo pulmonar y seis mil ampollas hipodérmicas de tintura de yodo, emetina y ergotina. Al efectuar el despacho se incluyó en cada frasco de Curarina, un cuestionario impreso con el objeto de conocer el resultado por

cada uno de los soldados que la usaron, y satisfactorio es constatar los elogios y curaciones que de la lectura de esas comunicaciones se desprende⁷⁶.

Como se observa, no había en este gesto interés alguno por el diseño de algún «protocolo experimental», ni por asomo se puede ver ahí el ejercicio de una especie de «administración de la prueba». Lo que buscaban los empresarios de laboratorios Román era afianzar la aceptación general de algunas de sus especialidades y promover el uso de su más afamado producto: la *Curarina de Juan Salas Nieto*, remedio contra las picaduras de animales ponzoñosos, cuya patente habían comprado los Román en 1884. Al parecer nunca analizaron los resultados de las encuestas, y si lo hicieron, no publicaron las conclusiones. Interrogar al público, hacía parte de la estrategia de «comunicación» que repetidamente había empleado la publicidad de remedios desde el siglo XIX.

Los médicos por su parte participaban indirectamente en la publicidad de los remedios al registrar el uso de nuevas medicinas en los hospitales mediante la publicación de pequeños artículos en las revistas farmacéuticas donde se mezclaban con el resto de la publicidad propia de dichas revistas. Así, en una carta enviada por el doctor Marco A. López, médico en ese momento del Hospital San Rafael del Ferrocarril de Antioquia, a los señores Restrepo y Peláez, dueños de la droguería de ese mismo nombre y socios de LUA, López señalaba el éxito repetido durante más de doce años de las «perlas gelatinosas de tetracloruro de carbono estovarsol» contra la uncinariasis. López agregaba que los resultados obtenidos en esos años mostraban que la acción antihelmíntica de las perlas era mucho más poderosa que la del timol, el naftol beta o el quinopodio. Pero finalmente afirma:

Su único inconveniente, y muy serio por cierto, es el de que como es líquido muy volátil, hay que tomarlo en el momento de su colocación en la cápsula de goma, la cual deshace pronto: queda ya subsanado el inconveniente con su nueva presentación en perlinas por la Casa Parke Davis. Les ruego, pues, mantener un surtido permanente y abundante; se popularizará extraordinariamente⁷⁷.

Los médicos y consumidores debían entonces distinguir entre las medicinas eficaces y las demás. ¿Cómo hacerlo, si estaban inmersos en un mundo enajenado por la publicidad? De todas formas la confianza en la especialidad farmacéutica que una vez expresó el comerciante Ricardo Restrepo se debilitó hacia finales de los años 20.

La publicidad farmacéutica sobre enfermedades venéreas causó problemas a las autoridades médicas y por ello, dicitieron prohibirlas.

CURARINA DE JUAN SALAS NIETO

50 años de éxitos

La única amparada por el Gobierno de Colombia bajo licencia No. 76 y registro No. 300

UNICA LEGÍTIMA PREPARADA POR **H.L. ROMÁN E HIJO** GARTAGENA Colombia

Afiche publicitario de la *curarina* producido por laboratorios Román de Cartagena. Cartel de la década de 1940. Colección de la Farmacia Universal, Líbano, Tolima. Tomado de: Leonidas Arango Loboguerrero, *op. cit.*

A comienzos del siglo xx no había laboratorio, ni tegua, ni boticario reconocido que no vendiera un específico para los males venéreos. Los específicos contra estas enfermedades fueron probablemente los más populares. Quienes padecían esas «enfermedades secretas» se avergonzaban, temían ser discriminados, y por ello, la publicidad de esos medicamentos se convertía en el perfecto medio para informarse sobre su enfermedad y luego automedicarse. Por su carácter contagioso las autoridades sanitarias habían puesto las enfermedades venéreas dentro de la categoría de enfermedades de declaración obligatoria. Así como la lepra, la tuberculosis o la viruela debían ser denunciadas ante las autoridades para tomar las medidas higiénicas necesarias basadas casi siempre en la cuarentena y desinfección, las enfermedades venéreas debían declararse para evitar su propagación, lo que pondría en peligro «la salud de la raza»⁷⁸. Una vez establecidos los primeros dispositivos de atención ambulatoria, llamados dispensarios de salubridad, (Medellín, 1916⁷⁹; Cali, 1919), fue de suma importancia que los galenos llevaran las estadísticas de la población infectada. Al conocer con exactitud cuál era la población enferma, estaban en capacidad de tratar a los enfermos inmediatamente⁸⁰.

La prohibición a la publicidad no se debía solamente al hecho de que los comerciantes de drogas pudieran enriquecerse con las falsas promesas anunciadas en la publicidad de algunos productos, sino porque era necesario evitar a toda costa la automedicación. Para evitar la propagación de mal venéreo, el cuerpo médico buscaba vigilar a cada enfermo e ingresarlo en las estadísticas de ese conjunto de dolencias. Si los mensajes publicitarios les proporcionaban a los infectados la información necesaria para automedicarse, no irían al dispensario y la enfermedad se expandiría.

El tema de la debilidad de la sangre era uno de los más recurrentes en la publicidad, y no dejaba de asociarse en el imaginario de la enfermedad de ese periodo con «las enfermedades venéreas o afecciones sífilíticas antiguas»⁸¹. El comercio irresponsable de antivenéreos, extendido por doquier, preocupaba al cuerpo médico y su libre publicidad era para muchos una actividad inmoral que podría corromper a los jóvenes. De ahí que la Dirección Nacional de Higiene, expidiera la Ley 15 de 1925, *Sobre anuncio y venta de específicos para combatir las enfermedades venéreas*, mediante la cual prohibió «la producción, anuncio y venta de específicos para combatir las enfermedades venéreas, sin previa autorización de la Comisión de Especialidades», la cual no

daría autorización sin previo concepto de la Academia Nacional de Medicina⁸².

Sin embargo, todo parece indicar que esa ley de 1925 no fue cumplida a cabalidad, pues la resolución N^o 1 de 1932 volvía a ocuparse del asunto al prohibir cualquier tipo de anuncio relativo a «llevar al ánimo de los consumidores la idea de que tales preparaciones son las únicas eficaces e infalibles para el tratamiento de las enfermedades a que están destinadas»⁸³. Igualmente, se volvió ilegal «hacer afirmaciones falsas o exageradas respecto del origen, procedencia, medio de recolección o de preparación de las materias primas con las cuales se confecciona el producto»⁸⁴. Las autoridades prohibieron también la libre publicidad de especialidades en la prensa, en los carteles callejeros, y los envases de los medicamentos con «nombres de dudosa interpretación», o que fueran «sugestivos de enfermedades, condiciones patológicas o de indicaciones terapéuticas no reconocidas»⁸⁵.

Desterrados del ámbito popular vigilado, los anuncios de esas especialidades sólo podían ocupar las publicaciones de expertos, las cuales fueron colmadas con celeridad. Pero siempre hay nuevas estrategias para llegar al público. Como la legislación olvidó mencionar la radio, ese nuevo medio de comunicación no duró mucho sin ser explotado de modo extraordinario por los publicistas de esas especialidades.

La denuncia a los medicamentos de patente

La hostilidad hacia las medicinas de patente no fue un hecho singular de Colombia. En 1906 la Food and Drugs Administration de Estados Unidos promulgó la *Pure Food and Drugs Act*. Esta ley tenía como objetivo la erradicación del consumo de productos peligrosos o de desconocida eficacia que habían inundado el mercado desde comienzos del siglo XIX, y muchas veces fabricados por sacamuelas y falsos médicos. A partir de entonces se exigiría la veracidad de la información en la composición y el comercio de drogas. Para ello, obligó a etiquetar los medicamentos que tuvieran significativas dosis de opiáceos, limitó la propaganda de especialidades farmacéuticas para que informaran con veracidad sus componentes, moderaran las promesas terapéuticas y evitaran la promoción del uso indiscriminado de ciertos productos. Así mismo la FDA delegó al Departamento de Química de Estados Unidos la responsabilidad de investigar la adulteración de alimentos y drogas, así como el control de registros de marcas

y patentes. De esta manera, la desconfianza en el mundo hacia esa clase de medicamentos fue en aumento⁸⁶.

Incluso en los años 1920 los franceses, audaces productores y exportadores de medicamentos de patente, tenían muy claro que esas medicinas debían estar proscritas de la terapéutica del pobre. En el momento definitivo de la prescripción sobre la figura del médico se imponía una responsabilidad y un sentido ético tan importantes en este caso como el mismo entrenamiento clínico. En la 30ª edición de su *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie*, sus autores, el médico Augustin-Nicolas Gilbert y el farmacéuta Charles Michel, señalan que:

... todos los medicamentos activos o urgentes son oficiales y la principal preocupación del médico debe ser curar prontamente. Hay finalmente, dos consideraciones importantes relacionadas con los enfermos. La enfermedad golpea indiferentemente al pobre y al rico, y los mismos cuidados deben ser prodigados a unos y a otros. Sin embargo, desde el punto de vista del tratamiento, existen matices delicados que el médico debe saber apreciar sin dejarlos pasar. Hay allí una cuestión de tacto y de dignidad profesional cuya aplicación adecuada constituye una de las grandes dificultades de la medicina práctica. Entre los medicamentos, existen aquellos que se tienen que emplear a pesar de su precio elevado, los cuales no pueden ser reemplazados por sus semejantes. Pero no siempre es así. Si un purgante es necesario, el médico podrá tener muy en cuenta la situación económica de los enfermos. A unos les prescribirá una limonada o citrato de magnesia, a los otros una botella de agua de Sedlitz o incluso una cantidad equivalente de sulfato de magnesia: el efecto terapéutico será el mismo en los tres casos, y a menudo el médico estará satisfecho de haberle ahorrado al enfermo un gasto inútil. Finalmente, existe un número de medicamentos que debido a su alto costo deben ser proscritos de la medicina del pobre: esas son las especialidades farmacéuticas, el práctico podrá reemplazarlas por los remedios que él formulará⁸⁷.

Los médicos se veían confrontados por la ética médica, la cual debía buscar ante todo el bienestar del paciente. Las medicinas de marca debían proscribirse en lo posible al paciente pobre. El 10 de julio de 1931 la Academia de Medicina de Medellín haciendo caso a este nuevo interés, aprobó una proposición en la cual sugería prescribir de modo preferencial preparaciones magistrales y específicos nacionales en lugar de especialidades extranjeras⁸⁸. Se buscaba así tanto el ahorro de dinero al paciente como la contribución al crecimiento de la industria farmacéutica nacional. Sin embargo, en ese momento los médicos comenzaban a prescribir más especialidades extranjeras

que antes. Con un ejemplo, el farmacéuta Delio Alzate señaló los problemas que esa «práctica errónea» podía generar al cuerpo médico y a los farmacéutas en general:

... Si NN. Se siente con ligeras indisposiciones de carácter hepático y va inmediatamente donde el señor doctor, éste, sin más vacilación porque la misma enfermedad le trae a la memoria el nombre de la especialidad que necesita, formula:

R/b

Hepatil.....1 Fco.

Tómese según instrucción.

Dr...

Maravilloso. Ni siquiera se ha tomado el trabajo de ver las instrucciones e indicarlas a su paciente. Mañana, el vecino del frente ha sentido las mismas afecciones hepáticas y se las ha comunicado a éste porque quiere ir al médico. El vecino, que ya conoce los efectos del medicamento, disuade al nuevo cliente y le presta el servicio *ad-honorem*, indicándole el remedio que necesita. [...] Con esto, el médico ha perdido un cliente, el Farmacéutico el trabajo de sus operarios, y éstos, la práctica de que tanto necesitan en el futuro⁸⁹.

Delio Alzate, supo interpretar las preocupaciones del farmacéuta de comienzos del siglo xx. Si la farmacia, además de conocer las preparaciones soñó alguna vez con la producción industrial de medicamentos, no tenía en cuenta que tal industrialización podría convertir al farmacéuta en un vendedor al detal. En efecto, la prescripción magistral o galénica hacía de cada medicamento una composición especial, cuyas sustancias y proporciones habían sido elegidas según la evolución de la enfermedad y la particularidad del paciente, y que debía prepararse con cuidado por manos expertas. Ese aire de individuación que rodeaba la preparación de la fórmula y que le daba al boticario suma importancia, comenzó a ser desplazado por el auge de las medicinas de patente. La prescripción de sustancias reconocidas mundialmente era vista como una simplificación de la tarea del médico, pero al mismo tiempo representó cierta usurpación del oficio de farmacéuta. Éste, quien había trabajado durante años para adquirir los conocimientos necesarios para la elaboración adecuada de fórmulas, quedaba casi anulado en el complejo terapéutico paciente-médico-remedio, pues su práctica cotidiana quedaba reducida a la simple venta de productos previamente elaborados. Las exigencias legales de personal, espacios y equipo para las farmacias, eran incongruentes ante el incremento de la prescripción de especialidades farmacéuticas. Se ignoran aún las verdaderas dimensiones del incrementó de la receta

de especialidades denunciada por el farmacéuta antioqueño Delio Alzate, pero de todas maneras el artículo señala el camino que tomaría la farmacia a lo largo del siglo xx. Poco a poco, las farmacias suprimirán la *oficina privada* para el despacho de recetas, y dejarán solamente la oficina pública para las ventas, comenzarán a llenar esos espacios con productos de aseo personal, misceláneos y, por supuesto, más especialidades farmacéuticas.

Por su parte, Laurentino Muñoz, desde la editorial de la *Revista de la Facultad de Medicina* también quiso agitar el asunto. Transcribió las indicaciones del «Amargo sulfuroso», remedio en cuya publicidad se utilizaba una enciclopedia de dolencias:

... se recomienda para la pérdida de apetito, la sensación de cansancio, la dispepsia, el estreñimiento habitual, la ictericia, las náuseas y la debilidad del estómago, la bilis, los diviesos, las almorranas, la disentería, los dolores de cabeza, la solitaria, y otras clases de lombrices; los vahídos, la gota, la nerviosidad, los desfallecimientos, la debilidad de la mujer, la escrófula y los humores escrofulosos, la fluxión, el romadizo, el reumatismo, la neuralgia, las úlceras, los tumores, la fiebre palúdica, los granos en la cara y el cuerpo, las enfermedades del hígado, las enfermedades cutáneas, los dolores en el costado, en la espalda y en los hombros, y la debilidad general⁹⁰.

El médico se preguntaba si en verdad ese producto podía servir para algo, si estaba indicado para todo. Más adelante señalaba:

... hay una fuente de empobrecimiento de nuestros patriotas humildes e ignorantes; es la explotación inmisericorde de que son víctimas con los específicos de patente, estimulados por una entidad de nombre *Comisión de Especialidades Farmacéuticas* que reside en Bogotá y que concede licencia de venta para todos esos menjurjes; así es cierto que el enfermo no muere de enfermedad, muere de los remedios⁹¹.

En 1938, Laurentino Muñoz retomó la campaña contra las medicinas de patente. En la revista *El Médico colombiano*, Muñoz reedita la famosa conferencia de Jorge Bejarano de 1936⁹² y difunde una encuesta dirigida a los médicos del país para recoger opiniones sobre las medicinas de patente, la publicidad de remedios, el tegüismo y la automedicación. En general, los médicos respondieron de modo categórico afirmando el apoyo a la campaña contra las drogas de patente, y a la urgencia de la prohibición del comercio de específicos por las mismas razones: «las especialidades no son más que [remedios] simples», «no hay enfermedades sino enfermos», «promueven el tegüismo, la automedicación, la falsa publicidad, etc.»

Es así como desde Versalles (Valle), el doctor Fernando Restrepo L. respondía que todo médico verdaderamente consciente de sus deberes ante sí y ante la sociedad, respecto a su profesión, debe confeccionar las fórmulas, con drogas blancas y pocos específicos patentados (a menos que sean reconocidos universalmente como buenos), porque hay que tener en cuenta que «no hay enfermedades sino enfermos»⁹³. Ante la «invasión de drogas patentadas», instaba por su parte a la Comisión de Especialidades Farmacéuticas a controlar y restringir «sin miramientos todo lo que ha de expenderse con patente». El doctor J. Hernández Ordóñez respondía desde Santa Rosa (Caldas) que la propaganda debía dirigirse solamente al sector médico. Asimismo, los galenos colombianos señalaban que la publicidad «era perjudicial para la salud» porque es «tanta la propaganda sobre remedios para el hígado y los riñones que una buena parte del público se cree afectado, enfermo, cuando en realidad no hay nada», y esto no sólo desprestigiaba la medicina, sino que llevaba a la pérdida de la clientela, pues los pacientes sólo con el nombre de la droga podían comprarla y evitarse así la consulta al médico⁹⁴.

En síntesis, el cuerpo médico colombiano tuvo que enfrentarse durante la primera mitad del siglo xx a una industria farmacéutica fortalecida que ofrecía panaceas y milagros. Durante décadas los profesionales de la medicina se habían opuesto a los charlatanes o al «tegüismo médico», ahora se enfrentaban a una especie de tegüismo propagandístico promovido por la industria, sus agentes comerciales y los droguistas, algunas veces respaldados por lo que ellos llamaban «tegüistas farmacéuticos»⁹⁵, quienes aprovechaban su conocimiento de marcas para recetar remedios.

Se trata también del enfrentamiento entre una terapéutica que debía colmar todos los espacios de la enfermedad y que concebía a cada enfermo como un caso particular, y una nueva tendencia desarrollada a la sombra de la industria farmacéutica y su publicidad en la que existen específicos para todo. En la primera propuesta terapéutica se tenía muy en cuenta la atención del paciente en la casa y en el consultorio, el medicamento debía ajustarse a cada paciente y variaba según la evolución de la enfermedad porque, además, el médico acompañaba el proceso de recuperación de la salud. Ahora, con la creciente importación de drogas de patente se desplegaba una propaganda que al mismo tiempo difundía un producto, sugestionaba a la población sobre la tenencia de un sinnúmero de males y promovía la automedicación.

El Estado ante las medicinas de patente

Volviendo al tema que nos ocupa, las medidas de la CEF, aunque desesperadas, hacían parte de una nueva problemática nacional puesta en evidencia por el cuerpo médico: la desconfianza creciente frente al comercio de medicinas de patente y la adhesión a la política internacional de lucha contra el consumo de estupefacientes.

El tema de los específicos tuvo tal repercusión que el doctor Jorge Bejarano, presidente de la Federación Médica Colombiana, pronunció el 4 de noviembre de 1936 en el teatro Colón de Bogotá una conferencia que se convirtió entonces en un acontecimiento porque además de plantear la posición del cuerpo médico colombiano sobre el tema de las especialidades, anunció la presentación de un proyecto de ley que más tarde fue aprobado por el Congreso de la república casi tal como él lo redactó.

En la conferencia, que tuvo difusión radial, Bejarano reivindicó la antigüedad de la vigilancia médica en la fabricación de los específicos:

... cuando Galeno fue médico de Marco Aurelio y del emperador Cómodo sugirió la idea de conseguir un decreto imperial para establecer una junta especial para el control de la fabricación de medicamentos. Ya Galeno presumía, pues, desde aquellos tiempos remotos, la mala fe de los fabricantes de medicamentos, que pudiera llevarlos a la defectuosa fabricación o adulteración de ellos. Y posteriormente, nacida la idea de Galeno, ésta ha venido perfeccionándose porque el Estado y la ciencia no pueden permanecer ajenos a función tan importante⁹⁶.

Bejarano concebía la relación entre ciencia y Estado como una unidad lineal sin mayores cambios en el tiempo. Por eso el discurso sabio tenía para él la providencia de regular los objetos de la ciencia, así como el Estado regulaba el interés individual a través de la promoción de la función social⁹⁷. La regulación de los medicamentos era por derecho propio un objeto de los médicos, pues su ética profesional era mucho más sólida que la de los «fabricantes de medicamentos».

Pero el objetivo principal de la conferencia era proponer cambios fundamentales con respecto a la relación entre los médicos, la sociedad, el comercio y la publicidad indiscriminada de medicamentos. Para el doctor Bejarano, Colombia no podía seguir siendo el país que más importaba de modo incontrolado especialidades y medicinas de patente verdaderamente desacreditadas en otros lugares del mundo⁹⁸. Puso como ejemplo a la Asociación Médica Americana, la cual a dife-

rencia de la CEF, contaba con importantes laboratorios para estudiar cada uno de los medicamentos que pretendían introducir en el mercado de ese país⁹⁹. Además, esta asociación retiró y prohibió por razones deontológicas las certificaciones médicas de productos patentados, pues de cierta manera, ponía al médico al servicio de empresas privadas, haciéndole perder legitimidad.

Bejarano propuso, entre otras cosas, la revisión de las indicaciones terapéuticas que acompañan cada especialidad con licencia y retirarlas en caso de que no estuvieran acordes con sus verdaderos efectos. De esa manera se buscaba aplicar la ley de especialidades que había entrado a regir desde 1932.

Asimismo, Bejarano propuso un reordenamiento de la Comisión:

A partir del 1º de enero de 1937 la Comisión de Especialidades Farmacéuticas estará compuesta por el Decano de la Escuela de Farmacia, quien será su Presidente; el Jefe de la sección química de Instituto Nacional de Higiene, de un delegado del Comité de la Federación Médica nacional y de un secretario¹⁰⁰.

Nuevamente, el gremio farmacéutico no figuraba en ese organismo regulador. Sin embargo, ante las protestas del gremio farmacéutico, el Congreso incluyó en la CEF a un bacteriólogo del Instituto Nacional de Higiene, a un farmacéutico con título universitario y a un delegado de la Federación Farmacéutica Colombiana¹⁰¹. Ese fue el único cambio realizado al proyecto presentado por la Federación Médica Colombiana, lo que indica el peso de la institución y su capacidad de gestión en las instancias legislativas del país.

Contra el «hábito pernicioso»

El 14 de septiembre de 1937 la CEF emprendió una nueva ofensiva legislativa por controlar las medicinas de patente que contuvieran sustancias estupefacientes susceptibles de provocar «hábito pernicioso». Si bien la ley 11 de 1920, reglamentaba que las drogas heroicas y los medicamentos que las contuvieran sólo podrían venderse con fórmula médica, que esta se despacharía dentro de los tres días siguientes de expedida y que la fórmula original debía permanecer en la farmacia, esto no fue suficiente para combatir el tráfico indiscriminado de drogas heroicas y el aumento de la toxicomanía. Por eso, mediante la expedición de la Resolución N^o 6 de 1937 quiso extender el radio de acción de la mencionada ley¹⁰². Así más de doscientos medicamentos comercializados en todo el país por prestigiosos laboratorios

desde hacía décadas, debían cumplir para su venta los mismos requisitos que cualquier droga heroica. La lista incluía, algunos extremadamente populares y de variados espectros terapéuticos¹⁰³. No era la primera resolución polémica de esos años, en 1936 la resolución 3^o de la CEF disponía que para el despacho de cualquier fórmula o medicamento que contuviera drogas heroicas el farmacéuta debía inscribir ya no sólo la fórmula, en el libro copiador y el nombre del paciente, sino también, la dirección de su domicilio y el número de la cédula. Farmaceutas, droguistas e incluso médicos propietarios de farmacias, y otros solidarios, contestaron descontentos acusando a la CEF de ir en contravía de la industria nacional, porque un gran porcentaje de la población ni siquiera estaba cedulada, lo que iba a todas luces en contravía de su negocio¹⁰⁴.

Pero la resolución N^o 6 de 1937 era más grave porque afectaba sobre todo a los grandes importadores, pues, según ellos, dificultaba más la venta de las especialidades aludidas, las cuales debido a sus altos precios no tenían la misma salida que las económicas preparaciones magistrales todavía usuales. Ahora bien, para comprar el reemplazo del específico ya conocido, los consumidores debían pagar la consulta de un médico, lo cual fue interpretado como la creación de un nuevo impuesto para los consumidores.

El descontento se generalizó entre los farmacéutas. La Federación Farmacéutica Colombiana y las asociaciones departamentales de droguistas enviaron memoriales a la CEF exigiendo la derogación de dicha resolución. Uno de esos memoriales evidenciaba el desajuste de la ley con la realidad del país:

... de los 800 municipios con que cuenta [el país], sólo en su tercera parte puede obtenerse el concurso de los profesionales médicos, mientras que en el resto de las demás poblaciones y veredas se carece en forma absoluta de la asistencia médica, que es reemplazada con el muy valioso concurso de las especialidades farmacéuticas, que conteniendo alcaloides estupefacientes, su dosificación rigurosa y mínima no permite aún con exagerado criterio, suponer el hábito o contagio de la toxicomanía [...] ¹⁰⁵.

La resolución también puso en evidencia que el proyecto de medicalización estaba aún en ciernes. Aunque no quisieran aceptarlo, los 1.875 médicos titulados que ejercían en ese momento en Colombia¹⁰⁶, tenían que compartir el espacio de oferta terapéutica con los teguas, los específicos y su publicidad, pues su presencia seguía siendo muy escasa, sobre todo en las zonas rurales de un país que albergaba todavía allí a más del 70% de la población¹⁰⁷. Conviene re-

cordar además que la venta exclusiva de medicamentos bajo prescripción médica, lo cual significa para los galenos la posibilidad de obtener el monopolio de la oferta terapéutica porque el paciente consumiría solo los medicamentos recetados por ellos, ha sido una lucha constante de los médicos colombianos desde sus primeras intentos de organización gremial, pero en especial desde que el proceso de medicalización contó con condiciones de difusión, es decir a comienzos del siglo XX. En Antioquia, vimos sus comienzos en 1914 cuando las autoridades médicas antioqueñas debían situarse casi en el límite del código de policía para evitar la venta indiscriminada de específicos e incluso la Junta Central de Higiene no los podía acompañar en todas sus decisiones¹⁰⁸. En nuestros días, la venta de medicamentos bajo prescripción médica sigue siendo una consigna inscrita en las cajas de los medicamentos, pero no siempre cumplida. Mientras haya un alto porcentaje de la población por fuera de los sistemas de salud, tal y como pasaba en Colombia a comienzos del siglo XX y como sigue ocurriendo hoy, la prescripción médica sólo será una conquista parcial.

La resistencia a las medidas de la CEF fue tan extendida dentro del gremio farmacéutico que la resolución N^o 6 tuvo que ser derogada en agosto de 1938. Sin embargo, la CEF anunciaba que para tomar medidas definitivas al respecto analizaría detenidamente cada una de «las especialidades licenciadas, con el fin de establecer cuáles de ellas no podrán venderse sino con prescripción médica»¹⁰⁹.

En contraste con esas disposiciones, el gremio farmacéutico logró consolidarse en esta época como un grupo de profesionales que a través de una federación nacional y varias asociaciones departamentales haría respetar sus derechos frente a los médicos, quienes se reclamaban como los únicos moral y científicamente autorizados para regular el mercado de la salud.

Por otra parte, se puede afirmar con certeza que en la sociedad colombiana, durante el proceso de industrialización de comienzos del siglo XX, el derecho fue confrontado por la salud, los principios éticos, los medios terapéuticos, las oportunidades técnicas y el riesgo terapéutico.

Medicalización de la enseñanza de la farmacia

A comienzos del siglo XX, las profesiones médicas fueron reglamentadas por la Ley 82 de 1914. El artículo 12 de esta ley señalaba que para ejercer la profesión de farmaceuta era necesario «un título

de idoneidad, expedido por dos médicos graduados, y además la constancia de que el individuo ha practicado la farmacia en un establecimiento de notoria seriedad, por lo menos durante dos años»¹¹⁰. El párrafo de dicho artículo agregaba: «El Ministerio de Instrucción Pública propenderá por la creación de las Escuelas de Farmacia que confieran títulos de idoneidad en las Facultades médicas de la República»¹¹¹.

En el departamento de Antioquia la JDH quiso normalizar rápidamente el oficio, y el 30 de julio de 1914 emitió una resolución en la que se lee:

... como no existe en Medellín Escuela de Farmacia, los farmaceutas no han podido hacer estudios en el ramo y por tanto, no poseen los conocimientos indispensables para el buen desempeño del oficio [...] y que es deber elemental de los Poderes Públicos dar a los asociados garantías, en todos los campos de la actividad humana, y muy especialmente en los que, de un modo directo, se rozan con los de la salud de los habitantes¹¹².

Resolvía que mientras se organizaba en la Universidad de Antioquia la Escuela de Farmacia, en donde pudieran obtener diploma de idoneidad las personas interesadas en ejercer dicha profesión,

... los farmaceutas y boticarios actuales deben asistir diariamente, durante un año, con la asiduidad de cursantes matriculados y con las obligaciones de tales, a los cursos de Farmacia y Química inorgánica que se dictan en la Universidad de Antioquia, debiendo pasar, al fin del año, los exámenes correspondientes con calificación satisfactoria. [...] Quien en tales condiciones, no obtuviere calificación satisfactoria, y por consiguiente, certificado que acredite su idoneidad, no podrá seguir ejerciendo como farmaceuta [...]»¹¹³.

Además, quien para el 30 de junio de 1915, no contara con esos certificados no podría ejercer la profesión. El artículo tercero de la misma resolución señalaba además que: «El Consejo Universitario abrirá matrícula especial para los actuales boticarios sin exigirles comprobación de estudios preparatorios anteriores»¹¹⁴.

El 17 de marzo de 1915 la Asamblea departamental emitió entonces una ordenanza mediante la cual se creaba una Escuela de Farmacia en la Universidad de Antioquia¹¹⁵. Sin embargo, no se sabe si en verdad la mencionada escuela abrió realmente sus puertas y por cuánto tiempo, pues en febrero de 1927 Juan B. Londoño, Decano de la Facultad de Medicina y el médico Emilio Robledo, rector de la Universidad de Antioquia, aprobaron la apertura «de las cátedras que constituyen la carrera de farmacéutico»¹¹⁶. Finalmente, hubo que esperar hasta el 8 de

marzo de 1943 para que la Escuela de Farmacia de la Universidad de Antioquia abriera sus puertas de modo permanente¹¹⁷.

En Colombia, la medicalización del oficio de médico y de farmacéuta es pues contemporánea de las reformas sanitarias del siglo xx. Concebir reformas sanitarias para garantizar una aceptable salubridad y salud públicas, es casi impensable si no se normalizaban de alguna manera las artes de curar. Los historiadores han mostrado que la característica de esta normalización en Colombia, y sobre todo en Antioquia, ha sido la ascendencia del poder médico sobre todos los procesos de medicalización¹¹⁸.

Este movimiento tardó en afectar al oficio de farmacéuta, pero también ahí es visible la impronta galénica. El impulso estatal por medicalizar los dominios de la vida material alcanzó plenamente al oficio de farmacéuta en 1927, cuando se creó por decreto la primera Escuela de Farmacia anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, la cual comenzó a funcionar en enero de 1929 en Bogotá. En la Universidad de Cartagena la escuela de farmacia se fundó el 15 de enero de 1941. En 1942, la Universidad del Atlántico inició la enseñanza de la Química farmacéutica¹¹⁹.

La ausencia tan prolongada de escuelas regulares de farmacia en el país pudo ser determinante en la forma en que esta profesión transmitía sus conocimientos. Quien quería hacerse boticario aprendía el oficio al lado de quienes tuvieran mayor experiencia. Como fue el caso de Laboratorios Román, la industria costeña que durante la primera mitad del siglo xx formó a 82 farmacéutas que luego trabajaron en la costa Atlántica¹²⁰. Queda claro que durante casi toda la primera mitad del siglo xx el aprendizaje del oficio siguió ligado a un esquema de taller artesanal lo cual fomentó de cierta manera el campo de la informalidad y del empirismo, razones que los médicos esgrimirían para ejercer un control sistemático de esa profesión. Para los higienistas, los farmacéutas muchas veces no estaban lejos de los «charlatanes» pues su profesión y situación subalterna les convertía en blanco fácil de los intereses comerciales¹²¹. Por eso, la agremiación farmacéutica fortalecida a lo largo del siglo xx buscaría la defensa de sus derechos, el fortalecimiento de una industria farmacéutica local, pero también lucharía contra la imagen de «charlatán», a la cual muchas veces se les asociaba. De ahí la persistencia de un campo de fuertes tensiones entre las dos profesiones. Incluso si los farmacéutas expresaban públicamente su acuerdo acerca de la importancia de la mutua colaboración entre médicos y boticarios, sugiriendo que entre las dos profesiones

habría una relación de igualdad complementaria y no de subordinación, los documentos de inspecciones a farmacias muestran más bien un panorama de insubordinación y resistencia por parte de los farmacéutas.

Por otra parte, la Ley 44 de 1935 estableció la suspensión absoluta de las licencias legales a quienes no contaran con el requisito de tener título universitario para todos aquellos que en lo sucesivo quisieran ingresar a la profesión. Para los farmacéutas, se trataba de medidas indispensables sin las cuales no se podía iniciar la organización científica de la farmacia en el país¹²². Pero en 1936 un grupo de estudiantes de la Escuela de Farmacia de la Universidad Nacional quiso interpretar dicha ley «sin tener en cuenta los derechos adquiridos de los 6.000 profesionales legalmente autorizados»¹²³, y propusieron que sólo quienes tuvieran título universitario de farmacéuta podían ejercer su profesión en los laboratorios farmacéuticos del país¹²⁴. En ese momento ya existían distintas federaciones farmacéuticas en diferentes departamentos y una federación nacional, las cuales encendieron la polémica sobre el respaldo del Estado a su profesión y denunciaron «las pretensiones usurpadoras de un puñado de estudiantes»¹²⁵. La revista farmacéutica de Santander recogió los mensajes telegráficos y las cartas de los farmacéutas. Lázaro F. Soto, con cuarenta años de experiencia, escribió ofendido: «el proyecto de ley de la CEF está arruinando el gremio, coartando la libertad industrial, castigando la perseverancia en el trabajo y poniendo a hombres de ciencia intrínseca por debajo de los que, en muchos casos han gastado baldosas en un claustro, logrando apenas adquirir el título del fracaso»¹²⁶.

De ese debate surgió la idea de realizar el primer congreso nacional de farmacia que se llevaría a cabo en Bucaramanga en 1937. Los farmacéutas licenciados nuevamente defendieron su profesión e hicieron revocar la ley para que ésta mantuviera la no retroactividad¹²⁷. Sin embargo, al final de la década los universitarios ganaron cierta parte de la batalla. Había surgido ya una industria farmacéutica colombiana materializada en «laboratorios de producción farmacéutica», lo que provocó una demanda más alta de expertos en farmacia, pero a partir de ese momento, quienes quisieran dirigir un laboratorio de ese tipo debían poseer título universitario.

La historia de la institucionalización de los estudios de farmacia presenta además de su tardío establecimiento otra paradoja: durante toda la primera mitad del siglo XX se habló de la necesidad de constituir escuelas de farmacia, pero cuando hacia los años 1940 por fin se logra

este objetivo, ya la farmacia como tal no es de interés primordial para la industria. La farmacia oficinal, la cual exigía un farmacéutico capaz de confeccionar medicamentos y preparar fórmulas, al mismo tiempo que debía atender, como comerciante a cada cliente, comenzaba a ser desplazada por el triunfo de las medicinas producidas industrialmente. Las escuelas de farmacia, para acomodarse a las necesidades de la industria, debieron transformarse pocos años después de su nacimiento en escuelas de química farmacéutica. Tal es el caso de la Escuela de Farmacia de la Universidad de Cartagena, la cual en 1949 se vuelve facultad de Química Farmacéutica y lo mismo ocurre en Medellín en 1956. Esta última estableció entre sus objetivos principales:

1. Dar enseñanza general en química farmacéutica y práctica a los alumnos que desearan cursar la carrera de química farmacéutica
2. Preparar el personal docente de la misma Escuela.
3. Ser centro de enseñanza superior y de investigación¹²⁸.

De esta manera, el antiguo boticario fue vinculado directamente a la industria a través de la carrera de química farmacéutica. Además, su antigua función como preparador de medicinas fue relevada a partir de 1967 por el regente en farmacia, el cual ya no era tanto un farmacéuta en el antiguo sentido del término sino un tecnólogo apto para «la orientación de droguerías y farmacias; para dar información y vender productos farmacéuticos, para vigilar este tipo de establecimientos y contribuir así a la conservación de la salud pública»¹²⁹.

La legislación farmacéutica colombiana: un campo jurídico en evolución

La política estatal de expedición de patentes de privilegio especialmente a finales del siglo XIX cuando el sector farmacéutico cobró importancia en el mercado nacional fue lo suficientemente laxa que permitió la circulación de todo tipo de productos sin control de calidad. El visible aumento de agentes terapéuticos lanzados al mercado por laboratorios nacionales y extranjeros en este periodo, respaldados además por una poderosa y sugestiva publicidad, sumado al peligro que podría representar el abuso de los alcaloides, puso de presente el riesgo que corría la salud pública por la falta de una legislación adecuada para regular el mercado de los medicamentos.

Así, desde principios del siglo xx la expansión del sector impulsó la actualización de la legislación farmacéutica buscando la difícil convergencia entre las necesidades de la salud pública y los intereses comerciales de importadores y productores locales.

La legislación farmacéutica fue un espacio en permanente transformación de lo cual dieron cuenta oportuna las distintas revistas de médicos y farmaceutas y que adquirió tal complejidad que para poder manejarla los profesionales del ramo debían consultar las compilaciones realizadas al respecto. En 1937, el Ministerio de Agricultura y Comercio publicó una *Compilación sobre propiedad industrial*, en la cual la sección de Especialidades Farmacéuticas es prácticamente la más importante¹³⁰. En 1940 se publicó un compendio de *Legislación farmacéutica colombiana*, organizado por el Doctor José Emilio Orozco. En éste, además de las leyes relativas a la profesión farmacéutica se incluyó el listado oficial de casi 4.500 especialidades autorizadas por la CEF en menos de quince años de funciones. En 1945 el Servicio Internacional de Marcas y Patentes, Sidempa Ltda., publicó un *Código de propiedad industrial y especialidades farmacéuticas*, donde fueron compiladas las más importantes leyes, resoluciones y decretos del periodo 1925-1945. El tema se volvió tan importante que al menos desde 1933 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, se vio obligada a impartir un curso sobre legislación farmacéutica, dictado por el doctor Guillermo Uribe Cualla¹³¹ y desde 1946 por el doctor Ángel Fernández, miembro de la CEF¹³². En los años 50 se publicó también un *Manual de legislación farmacéutica* financiado por Laboratorios Shering-Plough¹³³. Además, Sidempa ofrecía a los laboratorios nacionales y extranjeros «los servicios de abogados especializados en el ramo de patentes y marcas y en los asuntos relacionados con licencias para el funcionamiento de establecimientos farmacológicos y de venta de sus productos»¹³⁴, lo que muestra que para esos años las especialidades farmacéuticas era ya una materia especial de la legislación comercial.

La legislación farmacéutica colombiana debió, pues, recorrer a lo largo de la primera mitad del siglo xx un tortuoso camino en el que se atravesaron los intereses de comerciantes, farmaceutas, charlatanes, importadores, industriales inescrupulosos, higienistas y pacientes. Un seguimiento de estas tensiones se puede hacer en las revistas de médicos y farmaceutas, como *La Farmacia*, *Progreso Farmacéutico*, *El Médico colombiano*, *Revista de Higiene*, *La Clínica*, y otras más, donde se publican y discuten las resoluciones emanadas del Gobierno y de la Dirección Nacional de Higiene. También dan cuenta de la existencia de

un campo jurídico en plena evolución que varía según la presión del mercado, los descubrimientos terapéuticos, las normas éticas y las obligaciones con la salud pública y, por último, del interés institucional por parte de la agremiación médica por el reconocimiento y apego a la ley como estrategia de legitimación.

Finalmente, frente al crecimiento del comercio de específicos, el cuerpo médico enfrentó a la tarea de diferenciar su práctica, pero sobre todo, sus medios curativos de las otras ofertas existentes en el nuevo espacio de las ciudades, las cuales se habían vuelto lugares muy competidos. Para ello, declaró ilegales a las demás prácticas curativas que representaban alguna amenaza para el objetivo de la medicina de Estado de dominar la oferta terapéutica nacional. Así lo hicieron mediante sucesivas campañas de exigencia de títulos médicos y farmacéuticos. Trataron de modernizar e higienizar la producción de específicos y su mercado a través de una legislación farmacéutica estricta. Fomentaron la formación de profesionales del ramo, es decir fundaron escuelas de Farmacia. Establecieron controles de calidad de las sustancias en circulación; así mismo, abogaron por restringir la publicidad nacional y extranjera de todo tipo de remedios exhibidos como panaceas, pues éstos fomentaban el charlatanismo y la automedicación.

A partir de 1930 el problema de las medicinas de patente, irá unido a las drogas heroicas. ¿Qué impulsó a la CEF a regular con tanta fuerza el comercio de medicinas de patente? El móvil era doble: por un lado, la defensa a la medicina nacional y la lucha contra diversas ofertas terapéuticas, por otro, el temor al abuso generalizado de estupefacientes. La simultaneidad de esas dos políticas de regulación constituye una discontinuidad importante en la historia de los medicamentos en Colombia.

Notas

1. Véanse las obras citadas de François Dagognet, Phillipe Pignarre, Sophie Chauveau, François Chast y Olivier Faure. La interpretación local de los logros de la quimioterapia de hacia 1940: «Sulfamilagros», *Heraldo Médico*, Bogotá, enero de 1941, p. 7.
2. «Ley 117 de 1913 Sobre tarifa de aduanas», *Diario Oficial*, Bogotá, 6 de diciembre de 1913, (15064), pp. 3481-3520.
3. Véase: Jorge Márquez Valderrama, «Medicamentos, médicos y boticarios en el siglo XIX en Colombia», *op. cit.*
4. La frontera entre mercancía y producto de salud es vaga y constituye aún hoy un problema de la sociedad.
5. Agradezco al profesor Abel Fernando Martínez por estas anotaciones sobre los laboratorios del Instituto de Medicina Legal.
6. Ricardo Lleras Codazzi (1869-1940) estudió en la Escuela Nacional de Minas de Medellín y fue profesor de la cátedra de geología y mineralogía en la sede de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. En 1914 publica un tratado de toxicología dirigido a los funcionarios encargados de peritajes. Allí explica los principios activos de las sustancias más usadas en envenenamientos, las huellas que éstas dejan en los órganos, el modo de comprobar su existencia y la forma en que deben ser almacenados en frascos y remitidos a su dependencia. Véase: Ricardo Lleras Codazzi, *El juez de instrucción pública y el laboratorio de toxicología*, Bogotá, Imprenta Oficial, 1914.
7. Néstor Miranda, Emilio Quevedo y Mario Hernández, *Historia social de la ciencia en Colombia*, Bogotá, Colciencias, 1993, t. VIII, p. 95-97.
8. La Policía sanitaria nacional, creada por la Ley 15 de 1925 no tuvo medios para funcionar hasta la expedición del decreto 1483 de 1939. Sin embargo, desde 1935 los farmacéutas debían pagar al fisco nacional \$10 por la expedición y renovación de sus licencias. Ese recaudo debía destinarse al fomento de ese organismo. Aunque esta comenzó a funcionar solo en 1939, durante los años precedentes el pago de las licencias era continuamente exigido lo que molestaba a los farmacéutas. Por otro lado, otros dos decretos (1099 de julio 8 de 1930 y el 1931 de 1931) estipulaban el pago de \$20 al año por parte de los farmacéutas para cubrir los honorarios de las inspecciones de farmacias. Asimismo, estipulaban tarifas para la solicitud de apertura de una nueva farmacia. Véase al respecto: *La Farmacia*, Medellín, marzo de 1931, año 1, (3), pp. 117-119.
9. Juan B. Londoño, *Informe del Director Departamental de Higiene correspondiente al año de 1916*, Medellín, Imprenta Oficial, 1916, pp. 10-11.
10. *Ibid.*
11. *Revista de Higiene*, año XII, febrero, marzo y abril de 1924, (146-148), Bogotá, p. 121.
12. «Ley 11 del 15 septiembre de 1920 Sobre importación y venta de drogas que forman hábito pernicioso», José Emilio Orozco, *Legislación Farmacéutica Colombiana*, Bogotá, Mundo al día, 1940, p. 115
13. Las medicinas oficiales no tenían que ser patentadas para poder ser vendidas.
14. Por otra parte, la ley 11 de 1920 fue la primera legislación colombiana interesada en controlar permanentemente el tráfico y consumo no terapéutico de drogas heroicas. El decreto número 657 del 16 de abril de 1924, sobre *Importación y venta de narcó-*

- ticos, reglamentó ese aspecto particular de la Ley 11 de 1920. Ver: José Emilio Orozco, *op. cit.*, p. 122. Este segundo acontecimiento se estudia en el capítulo 5 de este libro.
15. El artículo 1º de la Ley 11 de 1920 señalaba que «... todo individuo que importe o prepare especialidades farmacéuticas y todo agente vendedor que represente casas extranjeras que las preparen tienen la obligación de presentar la *fórmula clara y exacta de la respectiva preparación* a una ‘Comisión de especialidades farmacéuticas’ (...). Es importante señalar que los decretos que posteriormente reglamentaron esas disposiciones dieron garantías a los inventores: «Este dictamen (el de la aceptación o negación de la patente), se devolverá con el expediente al Ministerio de origen encerrando la fórmula bajo un sobre sellado con el sello de la entidad examinadora, siendo obligatoria la reserva para todos los funcionarios y empleados que conozcan las fórmulas (...). Serán sancionados con destitución inmediata, fuera de las sanciones penales y responsabilidades civiles a que haya lugar, los empleados que violen la reserva a que se refiere el inciso anterior». Decreto número 1707 de 1931, por el cual se reglamentan las Leyes 31 de 1925 y decreto 94 de 1931, sobre protección de la propiedad industrial. *Diario Oficial*, 1 de diciembre de 1931, (21804).
 16. Este decreto es analizado en el próximo capítulo..
 17. Decreto 304 de 1924, *de Higiene*, año XII, febrero, marzo y abril de 1924, números 146-148, Bogotá, p. 122. Publicado inicialmente en el *Diario Oficial*, 7 de marzo de 1925, (19844).
 18. *Ibid.*
 19. *Ibid.*
 20. *Diario Oficial*, 7 de marzo de 1925, (19844).
 21. Véase el parágrafo «Una afrenta a la medicina nacional», del capítulo 2 de este libro.
 22. Néstor Miranda, Emilio Quevedo y Mario Hernández, *op. cit.*, p. 97.
 23. La distribución porcentual de los gastos públicos nacionales por ministerios entre 1923 y 1936 muestra que el departamento de higiene y asistencia pública sólo representa un gasto público del 4.8% en 1931; 4.3% en 1932; 3.4% en 1933; 3% en 1934; 4% e 1935 y 3.9% en 1936 frente a otras cifras más elevadas del resto de ministerios. Eso sí, con menor presupuesto durante esos años estaban las carteras de Relaciones Exteriores, Trabajo y Educación. Véase: Jesús Antonio Bejarano, «La economía colombiana entre 1922 y 1929», Álvaro Tirado Mejía, (director), *Nueva historia de Colombia*, Bogotá, Planeta, 1989, t. v, p. 57, (cuadro 2).
 24. Sophie Chauveau, «El estatuto legal del medicamento en Francia», *op. cit.*, p. 91.
 25. Philippe Pignarre, *op. cit.*, p. 51.
 26. Harry Marks, *Le Médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques*, París, Les Empecheurs de penser en rond, 1999, pp. 43-44.
 27. «Químico Farmacéutico de la Universidad Nacional y doctor en Medicina de la misma, se especializó en Farmacología, cátedra que ha desempeñado sin interrupción. Fue director del departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina y en la década de 1960 jefe de la sección de Farmacología y Toxicología del Departamento de Farmacia. Fue también en varias ocasiones Decano de la antigua Facultad de Farmacia y fundador del laboratorio de control de drogas, alimentos y cosméticos del ministerio de salud. La Universidad Nacional en reconocimiento a sus servicios le otorgó la medalla del Mérito», Sociedad Colombiana de Químicos Farmacéuticos, 1968, en César Moreno Romero, «Visión histórica de la farmacia», trabajo de grado de Químico Farmacéutico, Universidad Nacional de Colombia, 2003.
<http://www.farmacia.unal.edu.co/historia.htm>

28. César Moreno Romero, *op. cit.*
29. *Ibid.*
30. Ley 11 de 1920 *Sobre importación y venta de drogas que forman hábito pernicioso.*
31. José Torres, «Se necesita un código de farmacia», *La Farmacia*, Medellín, abril de 1931, (3), pp. 135-139; la normativa del Codex francés en: «Dirección Departamental de Higiene: Resolución N^o 16 sobre venta de medicamentos», *Gaceta Departamental*, Medellín, 6 de agosto de 1914, (769), p. 5076.
32. Sidempa, Código de propiedad industrial y especialidades farmacéuticas (compilación), Bogotá, s.e., 1945, p. 169.
33. *La Farmacia*, octubre de 1932, (20), pp. 118-128
34. *Ibid.*
35. James Harvey Young, *The Toadstool Millionaires: A Social History of Patent Medicines in America before Federal Regulation*, Princeton University Press, 1961.
36. Véase: Leonidas Arango Loboguerrero, «Los específicos: un prodigio en cada frasco», Jorge Márquez y Víctor García, (directores de edición), *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2006, pp. 99-126; Víctor García y Jorge Márquez, «Estrategias publicitarias del medicamento en Colombia 1850-1930», Jorge Márquez, Álvaro Casas y Victoria Estrada, (directores de edición), *Higienizar, medicar, gobernar: Historia, medicina y sociedad en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2004, pp. 111-126.
37. Philippe Pignarre, *op. cit.*, p. 50.
38. Harry Marks, *op. cit.*, p. 40. Citado por Philippe Pignarre, *op. cit.*, pp. 50-51.
39. Guillermo Jaramillo Madarriaga, «La Dirección Nacional de Higiene ha declarado la guerra a la industria nacional de drogas», *La Farmacia*, Medellín, septiembre de 1932, (19), p. 204. Véase también el Memorial firmado por droguistas y farmaceutas importantes de Medellín como Joaquín Escovar, B. Restrepo & Cía., Laboratorios Uribe Ángel, Botica Junín, José Torres, Francisco Rojas, Córdoba Hermanos, Emilio Cárdenas, Palacio, Isaza & Cía., Farmacia La Luz, Emilio Quevedo, Droguería Pasteur, Alejandro Torres, Antonio Isaza, el 18 de mayo de 1932, «Un Memorial», *La Farmacia*, Medellín, junio de 1932, (16), pp. 114-115.
40. Guillermo Jaramillo Madarriaga, «La Dirección Nacional de Higiene ha declarado la guerra a la industria nacional de drogas», *La Farmacia*, Medellín, septiembre de 1932, (19), pp. 203-204.
41. Alfonso López Michelsen, «La guerra con el Perú», *Credencial Historia*, Bogotá, (4), abril de 1990.
42. Joaquín Escovar, «La eterna muletilla», *La Farmacia*, Medellín, octubre de 1932, (20). pp. 235-237.
43. *Ibid.*
44. *Ibid.*
45. *Ibid.*, p. 237.
46. Víctor Álvarez Morales, *Gonzalo Restrepo Jaramillo. Familia, empresa y política en Antioquia 1895-1966*, Medellín, Faes, p. 372.
47. Fernando Cepeda Ulloa y Rodrigo Pardo García-Peña, «La política exterior colombiana (1930-1946)», Álvaro Tirado Mejía (director), *Nueva Historia de Colombia*, Bogotá, Planeta, 1989, p. 15.
48. P.L Bell, *Colombia, A commercial and industrial handbook*, Washington, Government Printing Office, 1921. Citado por Malcolm Deas, «La influencia inglesa y otras influencias», Álvaro Tirado Mejía (director), *Nueva Historia de Colombia*, Bogotá,

- Planeta, 1989, t. III, Relaciones Internacionales- Movimientos sociales, pp. 174-175.
49. Jesús Antonio Bejarano, «La economía en 1930 y 1945», Álvaro Tirado Mejía, *Nueva Historia de Colombia*, t. v, p. 121.
 50. «Mauricio Archila, «La clase obrera colombiana (1930-1945)», Álvaro Tirado Mejía, *op. cit.*, pp. 246-247.
 51. Fernando Cepeda Ulloa y Rodrigo Pardo García-Peña, *op. cit.*, p. 17. Sobre la decepción de Olaya con el riguroso plan Kemmerer véase: James Henderson, *La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1869-1965*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2006, pp. 242-264.
 52. Fernando Cepeda Ulloa y Rodrigo Pardo García-Peña, *op. cit.*, p. 17.
 53. Dentro del TLC que se pretende firmar entre Colombia y EE. UU., se presenta nuevamente el enfrentamiento entre una industria local y las multinacionales extranjeras: con el tratado recién firmado los medicamentos genéricos tardarán más en salir al mercado debido a la ampliación del espectro patentable y al ajuste de la duración de la patente de acuerdo con el tiempo que demora el trámite de su aprobación, lo que los expertos denominan «restauración por reducción irrazonable del tiempo de la patente».
 54. Al respecto véase Philippe Pignarre, *El Gran secreto de la industria farmacéutica*, Barcelona, Gedisa, 2005; este investigador francés, que tuvo oportunidad de trabajar con los laboratorios Synthélabo antes de su absorción por el grupo Sanofi, estudia el significado que tuvo la edad de oro de la invención farmacéutica durante el siglo xx (mejor conocida como la «revolución terapéutica»). Pero hoy ese paisaje ha cambiado. El gran secreto de la industria farmacéutica no es sus «balas mágicas», como una vez llamaron sus eficaces moléculas, sino el temor: desde 1980 se registra un agudo descenso de su capacidad inventiva. Los propietarios de las empresas han buscado solucionar ese problema con la inversión en otros campos de investigación farmacológica como la genómica, sin resultados efectivos. Otra solución muy extendida ha sido las fusiones entre distintas firmas y, por lo tanto, las de sus grupos de investigación, lo que dio también pésimos resultados. Por otro lado, «la mayor parte de las moléculas con las cuales la industria actual gana más dinero (los nuevos antidepresores antiserotoninérgicos, los antimigrañosos de la familia de los triptanos, los hipolipodimiantes de la familia de las estatinas, los nuevos hipnóticos, etc.) caen en el dominio público antes de 2007, mientras que no ha inventado nada que pueda venir a reemplazarlos ventajosamente. Estas moléculas no serán ya protegidas por una patente y podrán ser objeto de copias idénticas (genéricos)». François Dagognet y Philippe Pignarre, *Cien palabras para comprender los medicamentos. Cómo os curan*, París, Seuil, 2005, (Copia dactilográfica, traducción al español de Luis Alfonso Paláu C.).
 55. Sobre las ganancias de empresas privadas aprovechando a los científicos formados con dineros públicos en los Estados Unidos, véase: Merrill Gozner, *La píldora de los 800 millones de dólares*, Bogotá, Norma, 2004. Acerca de los problemas éticos en los ensayos clínicos por parte de industrias farmacéuticas en los países pobres véase el dossier publicado en *Mundo Científico*, «Norte-Sud: el dilema de los ensayos clínicos», v. 21 (225), julio 2001, pp. 20-38; y sobre el asunto de los genéricos y el acceso a nuevos medicamentos véase el Dossier de *Le Monde diplomatique* <http://www.monde-diplomatique.fr/dossiers/genériques/>; Sobre la actual demanda interpuesta por el Estado de Nigeria contra el laboratorio estadounidense Pfizer, por haber experimentado una nueva indicación terapéutica con un antibiótico en niños, sin respetar el derecho

- de información de los pacientes y sus padres, y cuyos resultados fueron la muerte de 11 de ellos y la sordera, ceguera, e incapacidad mental de otros cientos se puede leer el reportaje de Hauke Goos, «Les enfants cobayes de Kano», *Courrier international*, París, N° 891, du 29 novembre au 5 décembre 2007, pp. 48-50.
56. En la compilación de Francisco de Angulo de 1937, dicha resolución aparece vigente. Véase de ese autor: *Compilación sobre propiedad industrial*, Ministerio de Agricultura y Comercio, Bogotá, 1937, pp. 168-170.
 57. Conviene anotar que esa fecha no es una ruptura, solamente un indicador de intensificación en los discursos que critican esas medicinas, pero la desconfianza ya existía desde años antes. Por ejemplo, el doctor Miguel Arango publicó una *Cartilla preventiva de la tuberculosis*, organizada por palabras en orden alfabético, y en la entrada «charlatanes» se puede leer: «Charlatanes y medicinas de patente son grandes aliados de la Tuberculosis, pues hacen perder tiempo precioso y permiten que la enfermedad avance y pase del periodo del principio, en que es más curable. Huyamos de los charlatanes y de las medicinas de patente que se denominan específicos y gastemos mejor el dinero en procurarnos amplios dormitorios, estadías en el campo y buena alimentación. Hasta ahora no existe ningún medicamento químico o biológico, ningún suero o vacuna, ninguna radiación o inhalación cuya eficacia contra la Tuberculosis haya sido demostrada». Miguel Arango, *Cartilla preventiva de la tuberculosis para el uso de escuelas y familias*, Barranquilla, Tipografía Mogollón, 1925. Por lo demás, la imagen que ilustra al charlatán no es otra que un boticario en su establecimiento. Ver también la crónica de F. Silva, «El Charlatán», *Revista de Medicina y Cirugía, órgano de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Atlántico*, vol., III, Barranquilla, septiembre de 1936, N° 9, pp. 26-31.
 58. No hay que olvidar que la Farmacia Román de Cartagena producía ya al final del siglo XIX alrededor de 50 especialidades que abastecían el mercado del Caribe colombiano.
 59. «El café, que en 1922 se cotizaba a 15, 4 centavos la libra, pasó a 26, 3 en 1928, y las exportaciones que en 1922 y 1924 eran de 63,9 millones, pasaron a 112, 2 millones entre 1924 y 1929.», Víctor Álvarez Morales, «De las sociedades de negocios al «Sindicato Antioqueño». Un camino centenario». Carlos Dávila L. de Guevara, (Compilador), *Empresas y empresarios en la historia de Colombia. Siglos XIX y XX*, Bogotá, Norma / Uniandes, 2003, p. 229.
 60. Por ejemplo, la Coledosina, (producida por la Farmacia Blanca) Urol y Sal de frutas (Ernesto Garcés y Cía), Confortativo Salomón (Droguería Universal), Sellos antipalúdicos Quevedo (Botica Quevedo), Ducreida Barú (Farmacia Medellín), cafirol (Droguería Palacio, Isaza y Cía), venesol (Botica Junín), Depuratosol, (Alberto López), píldoras negritas (Droguería Gutiérrez), pulmotyiol (Farmacia San Jorge), galacteol (Farmacia San Luis), Pomada Sol (Botica de los Isazas), Ascaridol (Dr. E. Isaza Llano).
 61. Víctor Álvarez Morales, *Gonzalo Restrepo Jaramillo. Familia, empresa y política en Antioquia 1895-1966*, op. cit., pp. 306-307.
 62. La vidriera fundada en 1898 por los hermanos Ricardo y Guillermo Greiffenstein producía envases para droguerías, copas, frascos para confites, botellones, floreros y botellas. Víctor Álvarez Morales, «De las sociedades de negocios al 'Sindicato Antioqueño'. Un camino centenario», op. cit., p. 231.
 63. Fernando Gómez Martínez y Arturo Puerta, *Biografía económica de las Industrias de Antioquia*, Medellín, Bedout, 1946.

64. Ésta era la revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
65. Fernando Gómez Martínez y Arturo Puerta, *op. cit.*, p. 103. La industria LUA siguió creciendo; en 1936 tenía un capital de \$250.000 en 1937 de \$500.000 y en 1946 llegaba a \$3.000.000. Dato significativo ya que una empresa de textiles como Everfit contaba en 1937 con un capital de \$4.600.000, lo que da cuenta de una empresa con proyección en sus negocios.
66. «Advertencia que conviene leer», *Labor*, Medellín, mayo de 1926, año IV, (32), p. 1080.
67. A. Osorio López, «Ideas, no palabras», *La Farmacia*, Medellín, diciembre de 1931, (12), pp. 406-409.
68. «Vermífugo imperial», *Labor*, Medellín, año II, enero de 1925, (17-18), pp. 486-490.
69. *Ibid.*, p. 486.
70. «Monografía de los Laboratorios Gómez Plata», *Revista Farmacéutica de Santander*, febrero de 1936, año I, (1), p. 12.
71. *Ibid.*
72. *Ibid.*
73. «Una visita al Laboratorio del Dr. Hacelsteinen, Barranquilla», *La Farmacia*, septiembre de 1932, año II, (13), p. 197. Hay allí un indicio del surgimiento del oficio de «visitador médico» en Colombia.
74. Sophie Chauveau, «Marché et publicité des médicaments», Christian Bonah et Anne Rasmussen, (dir.) *Histoire et Médicament aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Gliphe, 2005, p. 189.
75. *Ibid.*, p. 190.
76. Pastor Restrepo, *Primer Centenario de la Farmacia Román y Laboratorios Román S. S.*, Cartagena, Editorial el Mercurio, 1935, pp. 81-85
77. Marco A. López, «Tetracloruro de Carbono Estovarsol», *Labor*, año III, octubre de 1925, (25), p. 788. Véase también: E. F Hubler, «La Adalina en la práctica privada», *Labor*, año II, diciembre de 1924, pp. 404-405.
78. Sobre el discurso y la práctica médica contra las enfermedades venéreas véase: Jorge William Montoya, «Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886-1935», trabajo de grado para optar al título de magíster en historia, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 1998.
79. Creado por el Acuerdo N° 130 de noviembre de 1916 del Concejo de Medellín, *Crónica Municipal*, 30 de noviembre de 1917, (180), p. 1.444.
80. En el departamento de Antioquia el Instituto profiláctico trató entre 1914 y 1935 el siguiente número de pacientes: 16.494 por sífilis, 15.692 por blenorragia, y 15.070 por otras enfermedades como Chancro blanco, bubón, bubón tropical, etc. Ver: Jorge William Montoya, *op. cit.*, p. 164.
81. Aviso del Depurativo compuesto de Manuel Román y Picón, publicado en *El Comercio*, Barranquilla, 08 de agosto de 1911, (4e), Jorge Márquez Valderrama y Felipe Gutiérrez, CD Base de datos. Véase también: Víctor García y Jorge Márquez, «Estrategias publicitarias del medicamento en Colombia 1850-1930», Jorge Márquez, Álvaro Casas y Victoria Estrada, (directores de edición), *Higienizar, medicar, gobernar: Historia, medicina y sociedad en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2004, pp. 111-126; Jorge Márquez Valderrama, «Medicamentos, médicos y boticarios en el siglo XIX en Colombia», *op. cit.*

82. Decreto tomado de José Emilio Orozco, *op. cit.*, p. 116. Sobre los indicios de publicidad radial se puede leer el texto ya citado de Laurentino Muñoz: «(...) No se considera que el dueño de la patente hará una propaganda escandalosa por la prensa, la radio, en hojas volantes (...)». Laurentino Muñoz, «El negocio con la salud», *El Médico colombiano*, Bogotá, marzo de 1939, (12). También se hace alusión a ese problema en otro de los números de esa revista, el cual pasó por las manos del médico Juan B. Londoño. A sus 78 años de edad y luego de 50 años de experiencia, llenó la hojita de una encuesta sobre el tegüismo, la cual aún hoy se conserva en la Sala Patrimonial de la Biblioteca Médica de la U. de A., y, frente a la pregunta que pedía «mencionar los teguas del municipio donde vivía», escribió: «Todos los redactores de periódicos, locutores de radio, etc.»; luego a la pregunta «¿qué hacen las autoridades de su departamento? contestó: «No se sabe nada de lo que ellos hacen, pues nada se publica. Creo que no cumplen con lo prescrito por la ley». Véase: *El Médico colombiano*, Bogotá, v. 1, año 1, septiembre de 1938, (1), p. 38.
83. *La Farmacia*, Medellín, Octubre de 1932, (20), pp. 123-124.
84. *Ibid.*
85. *Ibid.* Por eso Jorge Bejarano propuso en proyecto en el artículo 2º: «Ninguna de las especialidades farmacéuticas o drogas de patente que pretendan la expulsión de parásitos intestinales, la curación de la lepra, de la tuberculosis, de la sífilis, de la blenorragia y demás enfermedades venéreas, del paludismo, de la anemia, de la obesidad y de las afecciones cutáneas, podrán ser anunciadas en la prensa periódica, en los cines, en la radio, avisos murales, cartelones, avisos de mano o de cualquiera otra índole, so pena de una multa de diez pesos (\$10) por la primera vez, y la suspensión de la licencia en caso de reincidencia. Dichas publicaciones se permitirán solamente en revistas de carácter científico y destinadas al cuerpo médico». *Ibid.*, p. 42.
86. Por ejemplo, la Revista estadounidense *Health and Hygiene* publica en 1936 un artículo en el que denuncia los peligros del uso continuado de dos productos de higiene femenina, llamados Lisol y Zonite. Estas duchas vaginales se publicitaban como inofensivas mientras que estaban compuestas de Cresol, un derivado del alquitrán, que según algunas autoridades médicas podía producir «gangrena carbónica, una enfermedad muy grave, que generalmente no puede curarse». Artículo reproducido con el título «Cómo se comenta en los Estados Unidos ciertas propagandas farmacéuticas», *Revista Farmacéutica de Santander*, Bucaramanga, septiembre de 1936, (7), p. 149.
87. Nicolas Gilbert et Charles Michel, *op. cit.*, introducción.
88. Delio Alzate, «La Academia de Medicina aprueba dos proposiciones», *La Farmacia*, Medellín, julio de 1931, (7), pp. 249-251. José Torres, «Ya es tiempo de estar laborando» *La Farmacia*, Medellín, octubre de 1931, (10), pp. 329-331, quien también celebró la resolución de la Academia de Medicina. Por lo demás, ese es parte del tópico básico de esa discusión, el cual se puede apreciar desde las primeras publicaciones que se ocupan del problema. Dentro de las revistas revisadas para esta investigación, se encuentra que los primeros textos bastante críticos frente a las medicinas de patente fueron publicados por la revista *La Clínica* de Barranquilla, dirigida por los doctores T. Kiuhan y García Mantilla, la cual promovió la discusión entre médicos y droguistas desde 1929. Véase: «Drogas extranjeras de patente», *La Clínica*, Barranquilla, marzo 15 de 1929, (7), pp.236-238; «Drogas extranjeras de patente II», *La Clínica*, Barranquilla, mayo 15 de 1929, (11), pp. 369-370; «Drogas extran-

- jeras de patente III», *La Clínica*, Barranquilla, mayo 15 de 1929, (11), pp. 393-395; «Drogas extranjeras de patente IV», *La Clínica*, Barranquilla, junio 15 de 1929, (13), pp. 435-436; «Drogas extranjeras de patente», *La Clínica*, Barranquilla, diciembre 1 de 1929, (24), pp. 737-739.
89. Delio Alzate «Asteriscos», *La Farmacia*, Medellín, septiembre de 1931, (9).
 90. Laurentino Muñoz, «Los remedios milagrosos», *Revista de la Facultad de Medicina*, Bogotá, v.1, (8), enero de 1933, p. 622.
 91. Laurentino Muñoz, «Los remedios milagrosos», *op. cit.*, pp. 621-623. Véase también en la revista *El Médico colombiano*, órgano de la Federación Médica Colombiana, v. 1, año I, de mayo de 1938, (2), en la editorial llamada «Por la restauración de la droga blanca», Muñoz señala que «en Terapéutica pura solo es científico admitir: droga blanca, droga opoterápica y droga biológica». Muñoz entendía por droga blanca la que se formula de manera independiente según cada enfermo y según la evolución de la enfermedad, en una palabra propone mantener la fórmula magistral. Laurentino Muñoz, «El negocio con la salud», *El Médico colombiano*, Bogotá, v. II, año II, de marzo de 1939, (12), pp. 5-6. Una definición más precisa de droga blanca: el conjunto de sustancias que comprende «todos los ácidos, sales, y materias primas para el despacho de fórmulas». Joaquín Escovar, «Asuntos aduaneros», *La Farmacia*, Medellín, abril de 1932, (14), pp. 33-35.
 92. Jorge Bejarano, *El Estado y las medicinas de patente. Ante la Federación Médica Colombiana*, *El Médico colombiano*, v. 1, año I, abril de 1938, (1), pp. 13-45.
 93. «Drogas de Patente», *El Médico colombiano*, v. 1, año I, septiembre de 1938, (6), pp. 7-9.
 94. *Ibid*; El diplomático P. L. Bell, señalaba en su libro de 1921 que el 75% de la publicidad del país era sobre medicamentos de patente. P. L. Bell, *op. cit.*; Véase también: Néstor Botero de la Calle, «La manía especificquera», *El Médico colombiano*, v. II, año II, febrero de 1939, (11), pp.14-25; André Vincent, «El gran negocio de las medicinas de patente», *El Médico colombiano*, v. II, año II, marzo de 1939, (12), pp. 31-34. Nicolás Torres Barreto, «El terror de los productos patentados», *Heraldo Médico*, Bogotá, diciembre de 1940, p. 7.
 95. Guillermo Uribe Cualla, «Conferencia inaugural en el curso de legislación farmacéutica», *Revista de la Facultad de Medicina*, Bogotá, v. 1, abril de 1933, (11), p. 878.
 96. Jorge Bejarano, *op. cit.*, p. 22.
 97. Se nota ahí un uso inteligente de algunas categorías propias de la agitación política del periodo de la República Liberal.
 98. Bejarano, también denuncia la proliferación de publicidad indiscriminada: «un diplomático extranjero residente en Bogotá, que ha visto numerosos países, me decía que se maravillaba del sinnúmero de avisos que todas las noches oía por la radio y leía en los periódicos. No hay ningún otro país que pueda superarnos en esto de la propaganda de específicos y medicamentos». *Ibid.*, p. 38.
 99. «Porque aun cuando es verdad que existe entre nosotros la Comisión de Especialidades farmacéuticas, y a la cual no voy a hacerle ningún reproche, esta Comisión, como lo sabemos, no dispone de laboratorios y elementos para poder decirnos la calidad de esos productos. La CEF, carece de las bases esenciales para poder decirle a los médicos con toda exactitud si este o aquel remedio tiene o no las virtudes terapéuticas que le asignan sus fabricantes. Ello implica tener grandes laboratorios donde se analicen las especialidades y los productos biológicos que se lancen al mercado. (...) Muchos de esos específicos, preparados en tan malas condiciones, son los que nosotros vemos vender en los pequeños pueblos». *Ibid.*, p. 40.

100. *Ibid.*
101. «Texto de la ley sobre especialidades farmacéuticas y drogas heroicas», *Progreso farmacéutico*, Bogotá, noviembre de 1937, año IV, (45), pp. 4-8.
102. Mediante la resolución N^o 6 del 14 de septiembre de 1937, la CEF definió que «los productos en cuya fórmula entren cocaína o sus sales, eucaina alfa o beta (...) opio o las preparaciones oficinales de este, o sus alcaloides; morfina, codeína o las sales de éstas o sus derivados; heroína, belladona, atropina o sus sales, cáñamo indio, Beleño o sus alcaloides y las demás sustancias enumeradas en la Ley 33 de 1933, no podrán venderse sino a la presentación de fórmula médica y en droguerías y farmacias debidamente autorizadas». Tomado de: «Una arbitraria disposición», *Progreso farmacéutico*, Bogotá, año IV, junio de 1937, (40), pp. 7-12.
103. Bálsamo del Dr. Locroix, Analgina, Píldoras del Dr. Ross, Elixir antiasmático Román, píldoras de salud, píldoras antihelmínticas, inyección antiblenorrágica, Nervisedol Cajier, inyección G. roja Román, Depurativo San Antonio, confites purgantes, Inyección Quevedo, píldoras negras, Cerebrine Quinice Fournier, Sedosine, pate Zed, sipor Zed, Heroína, píldoras antibiliosas, píldoras amarillas antibiliosas, Píldoras de Reuter, píldoras tónicas y nervinas, Jarabe Quitatos, jarabes antituberculosos, Novarsenovenzol Billón, Gonagrine, píldoras antibiliosas Jaramillo, elixir antitísico, jarabe para la tos ferina, Curaferina, gotas antigripales de Rueda, anestésico Bayer, y otros más. La lista también nos da una idea del arsenal terapéutico de los médicos y farmacéuticos colombianos en los años previos a «la revolución terapéutica», *Ibid.*
104. Véase: El memorial firmado por médicos y droguistas de Antioquia contestando está disposición en «La nueva legislación sobre narcóticos y sus principales inconvenientes», *Boletín Clínico*, Medellín, mayo, 1936, año II, (9), pp. 432-440.
105. Sin autor, «Memorial», *Progreso farmacéutico*, Bogotá, año IV, junio de 1937, (40), pp. 4-6.
106. Según lo informaba la Junta Central de Títulos Médicos en 1936. Véase: Jorge Bejarano, *El Estado y las medicinas de patente. Ante la Federación Médica Colombiana*, Bogotá, Imprenta nacional, 1936, p. 17.
107. Salomón Kalmanovitz y Enrique López. *Instituciones y desarrollo agrícola en Colombia a principios del siglo XX*, <http://www.banrep.gov.co/documentos/presentaciones-discursos/pdf/historiaagraria%202sk.pdf>.
108. Así lo muestra los casos de los específicos de José Tobón Uribe y los de Guillermo Headen, analizados en el capítulo 2.
109. «Resolución número 8 de 1938 (agosto 5)», *Progreso farmacéutico*, Bogotá, año V, agosto de 1938, (54), pp. 7-8.
110. «Ley 82 de 1914, Por la cual se reglamenta el ejercicio de las profesiones médicas», *Revista Médica de Bogotá*, año XXXII, 1914, N^o 390, 672-677.
111. *Ibid.*
112. «JDH, Resolución número 15», *Gaceta Departamental*, Medellín, 16 julio de 1914, (752), p. 4938.
113. *Ibid.*
114. *Ibid.*
115. «Asamblea Departamental Ordenanza N^o 10 del 17 de marzo de 1915, por la cual se crea una Escuela de Farmacia en la Universidad de Antioquia.», *Gaceta Departamental*, Medellín, 25 de marzo de 1915 (888-889), p. 6.025.
116. Emilio Robledo y Juan B. Londoño, «Escuela de farmacia: prospecto para 1927», *Labor*, Medellín, Laboratorios Uribe Ángel, (40), p. 141.

117. Armanda Inés Mejía, Adriana María Alzate, Gloria Cecilia Acevedo, «La química farmacéutica en Antioquia: cincuenta años de labores» *Vitae: Revista de la facultad de Química farmacéutica de la Universidad de Antioquia*, (2), marzo de 1993, p. 75. Véase también: AHM, Alcaldía, JASP, t. 220^a f. 218.
118. Sobre la historia de la medicalización en Colombia y Antioquia se pueden leer los trabajos: Diana Obregón, *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*, Medellín, EAFIT, 2002; Libia Restrepo. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875-1930*, Medellín, La Carreta Editores, 2004; Libia Restrepo, *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930*, Medellín, La Carreta, 2006.
119. *Ibid.*
120. Pastor Restrepo, *Primer Centenario de la Farmacia Román y Laboratorios Román S.S.*, Cartagena, El mercurio, 1935.
121. Así mismo lo indica Olivier Faure para el caso de los farmacéuticos franceses del siglo XIX. «Los farmacéuticos y el medicamento en Francia en el siglo XIX», Christian Bonah et Anne Rasmussen (dir.), *op. cit.*, 2005, pp. 65-86. (Traducción al español de Jorge Márquez, copia dactilográfica, 2006).
122. «Los títulos en Farmacia», *Revista Farmacéutica de Santander, Órgano de la Federación Farmacéutica de Santander*, Bucaramanga, agosto de 1936, año 1 (6), p. 95.
123. «El próximo congreso Nacional de Farmacia y la defensa de nuestros derechos», *Ibid.*, p. 96.
124. *Ibid.*, p. 96.
125. *Ibid.*
126. «Información de última hora», *Revista Farmacéutica de Santander, Órgano de la Federación Farmacéutica de Santander*, Bucaramanga, agosto de 1937, año II (11), p. 20.
127. Para otros países, como México, donde la farmacia se institucionaliza desde muy temprano la disputa entre farmacéuticos y boticarios se presentó porque los últimos les quitaban clientela y cobraban más barato su servicio a los dueños de las farmacias. Pero los boticarios también criticaban a los farmacéuticos por ser supuestamente unos teóricos que no sabían en realidad como se preparaba un medicamento. Al respecto véase el interesante trabajo de Nina Hinke, «Entre arte y ciencia: la farmacia en México a finales del siglo XIX», *Relaciones*, 88, Otoño 2001, v. XXII, pp. 50-78. Para el caso colombiano, diferenciamos a los farmacéuticos (por profesión y licencia), del farmacéutico, quien se ha formado en la Escuela de Farmacia.
128. Armanda Inés Mejía, Adriana María Alzate, Gloria Cecilia Acevedo, *op. cit.*, p. 76.
129. *Ibid.*, p. 77.
130. Francisco de Angulo (Compilador), *Compilación sobre propiedad industrial*, Ministerio de Agricultura y Comercio Bogotá, 1937.
131. Guillermo Uribe Cualla, *op. cit.*, pp. 878-882.
132. Ángel Fernández, *Conferencias sobre legislación farmacéutica dictadas en la Facultad de farmacia de la Universidad Nacional*, Bogotá, 1946, manuscrito.
133. Néstor Miranda, Emilio Quevedo y Mario Hernández, *op. cit.*, pp. 96-97.
134. *Código de propiedad industrial y especialidades farmacéuticas*, Servicio Internacional de Marcas y Patentes, Sidempa Ltda., Bogotá, 1945, p. 188.

Capítulo 5

Las drogas heroicas y la inserción de Colombia en la lucha mundial contra el tráfico de estupefacientes 1913-1942

When everybody else refrained
My uncle Johnny did cocaine
He's convinced himself right in his brain
That it helps to take away the pain
Hey, Johnny
Hey what you say Johnny

I wanna go out tonight
Come a little closer to the city lights
Levitation aint your only friend
Levitation coming back again
Feel a burning in your body's core
It's a yearning that you can't ignore
Now I wanna go out tonight...

The Killers «Uncle Johnny»

La elasticidad de ciertas conciencias permite a veces que se olviden los sanos principios de moral y entre en juego la especulación con aquellos individuos que la desgracia sumió en los arcanos de los «paraísos artificiales». De ahí, la miseria de muchos hogares y el desbarajuste de hombres que pudieron ser en la vida algo más que andrajos expuestos hoy por las consecuencias fatales de las drogas heroicas.
Delio Alzate¹

El remedio, potencia proteica por definición esconde usos plurales y poderes indomables. Como lo ha mostrado François Dagognet en su obra pionera *La razón y los remedios*², la característica del remedio es su principio de indefinición. Una misma sustancia puede utilizarse como veneno letal o como remedio salvador. Esa singularidad está determinada por numerosos factores: el uso, el organismo, las condiciones individuales de la asimilación, la presentación de la sustancia, la forma de administración, la dosis. Habría que agregar además, el valor en apariencia intangible del efecto psicológico de la terapia en cuestión. ¿Cuánta dosis de médico requiere un enfermo? ¿Cuánta dosis de ansiedad y de peligro requiere un adicto a la heroína para obte-

ner un pinchazo satisfactorio? Aunque estas son preguntas de la filosofía de las terapéuticas, son útiles para mostrar una realidad del medicamento, múltiple y compleja, y comprender que la diferencia entre los medicamentos usados cotidianamente para curar y los estupefacientes no pertenece solamente al orden de la naturaleza química, sino que depende en buena parte de los factores sociales que rodean a las prácticas terapéuticas y al medicamento³.

Si se denomina estupefacientes a las sustancias que pueden tener un efecto sobre el estado mental del individuo y pueden provocar dependencia, es evidente hay en el mercado un número importante de sustancias con capacidad de producir hábito, pero al no ser consideradas como peligrosos estupefacientes su venta no ha sido reprimida ni sus consumidores estigmatizados. ¿Qué ha mediado entonces entre una sustancia química y sus efectos, unas veces nocivos, otras veces salvadores? Un enfoque estrictamente farmacológico no permite resolver el problema, pues en todo caso las propiedades mismas de las sustancias no alcanzan a explicar el complejo de fenómenos que intervienen en el uso de drogas. Lo que sostienen hasta ahora algunos investigadores de la historia de las drogas es que, al cargarlas con determinados valores las sociedades han promovido y promueven buena parte de sus efectos⁴. Además en la larga historia que la humanidad ha compartido con las drogas psicoactivas, nunca su prohibición logró suprimir el consumo de alguna de ellas⁵.

Aunque el objeto del presente estudio es el problema de la historia de la regulación de los medicamentos en Antioquia, debemos explorar en este capítulo, aunque no de manera exhaustiva, el proceso histórico de inserción de Colombia en la lucha contra el tráfico de estupefacientes y la activación de la primera campaña realizada en Antioquia para perseguirlo. Esto es necesario por su estrecha relación con la historia de la regulación del medicamento que tanto nos interesa. Además, cada vez que se hace referencia a los términos *sustancia estupefaciente*, *narcótica* o *psicoactiva*, se piensa que la emergencia de esa problemática sólo se desarrolló a partir de los años 1960 y 1970. Como bien lo ha señalado el historiador Eduardo Sáenz Rovner, prácticamente no hay investigaciones históricas que estudien las formas del tráfico, la producción (si la hubo o no), y el consumo de esas sustancias en Colombia para los años 1900 a 1960⁶.

Si bien, la legislación prohibicionista era nacional (Ley 11 de 1920), no tenemos información suficiente acerca las labores concretas de vigilancia y represión sobre ese tráfico realizadas en departamentos dis-

tintos a Antioquia antes de la década de 1930. Como las otras campañas, ésta también fue fragmentaria y regional. Su epicentro en Antioquia fue la ciudad de Medellín, pues además de ser la sede de las autoridades de higiene departamental, desde allí se distribuían los estupefacientes hacia el resto del departamento.

Hasta ahora, hemos visto la capacidad de los higienistas para defender la salud pública evitando el comercio ilegal de específicos y para defender la autoridad de la medicina oficial frente a las demás ofertas terapéuticas, y su corolario, el comercio ilegal de medicamentos, expresiones estas contrarias al espíritu de una institucionalidad médica en ascenso. Veamos por ejemplo la actitud de las autoridades frente al comercio del específico «redentor del cuerpo humano», vendido por Adán Romero. Ordenado el análisis químico del mencionado específico reveló en su composición altos niveles de cloral, y en tanto éste era considerado internacionalmente como una sustancia susceptible de producir hábito, las autoridades médicas contaron con razones suficientes para impedir su comercio a pesar de que tuviera permiso del Ministerio del Interior. Ese dato no es irrelevante, pues demuestra una posición rígida de esas autoridades frente al peligro del hábito o intoxicación que podrían producir esas sustancias.

En su *Historia general de las drogas*, el historiador Antonio Escohotado, sostiene una tesis cuya fuerza explicativa nos parece adecuada para comprender las políticas de restricción de drogas. Escohotado plantea que debido a los descubrimientos en el campo de la quimioterapia, en el siglo XIX, los recursos profesionales de la medicina científica habían iniciado un crecimiento sostenido. Esta nueva coyuntura contrastaba

... con una situación de relativo estancamiento para el sector informal, descendiente en definitiva de una tradición de remedios caseros y herboristas, a los cuales vino a añadirse un grupo de astutos comerciantes. No había pues, verdadera competencia o amenaza de retroceso para los hipocráticos excepto en un campo, que era precisamente el de los psicofármacos. Mientras este escapara a su control no se habría asestado el tiro de gracia a las «prácticas dudosas y practicantes no autorizados»⁷.

De ahí que comenzara la lucha contra los falsos médicos, pero también contra las medicinas patentadas, pues muchas de ellas estaban elaboradas con sustancias psicoactivas. Ahora bien, hacia finales de los años 20, la campaña desarrollada por los médicos antioqueños contra el tráfico de remedios secretos y la regulación de la profesión farmacéutica, les otorgó cierto control sobre la circulación de los re-

medios y, en general, su alianza con el Estado les daba la posibilidad, al menos en derecho, de dominar el campo de la oferta terapéutica disponible en las principales ciudadesⁱ.

Ciertamente, esas dos campañas estrecharon el radio de acción de vendedores de específicos y médicos no licenciados. Pero la intensificación del movimiento en el mercado de drogas heroicas alertó a las autoridades sobre este nuevo campo de regulación sin el cual las actividades desarrolladas con anterioridad se verían reducidas a la ineficacia. Por otra parte, al intervenir tan constante y directamente el tráfico de remedios secretos y sus derivados, los médicos habían incluido en su empresa higienista y medicalizadora el dominio de la *salud del cuerpo* de los individuos. Ese era, entre otros, uno de los objetivos de la oficialización de la oferta terapéutica. La novedad de la campaña contra el libre tráfico de drogas heroicas consiste en que, al iniciar el control del campo del consumo de estupefacientes, la medi-

i. Conviene señalar que la presencia del empirismo en la práctica médica en Colombia y sobre todo en la medicina rural es un asunto que no ha sido estudiado por los historiadores. La medicina colombiana en su rápida institucionalización produjo numerosos documentos, ello ha hecho abordable la realización de su historia. Pero en su mayor parte es una historia ligada a los centros urbanos. Lo paradójico de esto es que las ciudades colombianas se vuelven espacios más poblados que el campo sólo después de los años 1970. Las prácticas terapéuticas populares resultan interesantes para mostrar un aspecto desconocido de la medicina rural. Los datos arrojados por la Encuesta Folclórica Nacional de 1942, información compilada y analizada por el historiador Renán Silva, muestran a primera vista un predominio de los teguas en las poblaciones rurales y los municipios pequeños de todo el país. Renán Silva, *Sociedades campesinas, transición social y cambio cultural en Colombia*, Medellín, La Carreta, 2006, pp. 127-168. Una primera aproximación al análisis del tegüismo ha sido realizada por el investigador Leonidas Arango Loboguerrero. Véase de este autor su artículo «Alias El Tegua», *Repertorio Boyacense*, (339), Tunja, Academia Boyacense de Historia, diciembre de 2003.

Por otro lado, los médicos colombianos no fueron ciegos frente a este asunto por ello a comienzos del siglo XX, fue escrita una tesis de medicina que se ocupaba del tema: Leonidas López, *Del empirismo en Colombia*. Tesis para el doctorado en medicina, Bogotá, Arboleda y Valencia, 1914. (obra disponible en la página Web de la biblioteca Luis Echavarría de la Universidad Eafit. www.eafit.edu.co/EafitCn/Biblioteca/digital/patrimonial/medicina.htm). Habría que mirar también la aceptación de los médicos frente a la imposibilidad material de conseguir un predominio de sus prácticas de curar, por ello, hubo autorizaciones por parte de las DDH para que ciertos individuos con algún tipo de conocimiento ejercieran la medicina, otros para que vendieran medicamentos sin ser farmacéutas, siempre y cuando estuvieran autorizados. La ley 67 de 1935 y el artículo 8º de la Ley 44 de ese mismo año, autorizaba a ciertos farmacéuticos con licencia legal a ejercer la medicina en aquellos lugares donde no existía un médico graduado. Véase: la primera editorial de la *Revista Farmacéutica de Santander*, febrero de 1936, año I, (1), p. 1.

cina oficial (instituida como autoridad oficial y moral en la ciudad y como cuerpo científico en la academia y la universidad) ingresaba en el control de la *salud psíquica* de los individuos, para evitar su desvío o su degeneración.

Conviene subrayar que la irrupción del proyecto higienista en este nuevo terreno encajó bien en la discusión médico-social que ocupó a los más ilustres médicos desde los años 1920 en Colombia. Así como en el resto del país se hablaba de la degeneración del pueblo a causa del consumo de alcohol y de chicha, en Antioquia el consumo no terapéutico de drogas heroicas, tomó la carga moral del peligro de los malos hábitos que podían llevar a la degeneración social⁸. Esto da una primera aproximación explicativa de las razones por las cuales, para las drogas heroicas, emergió un estatuto epistemológico y moral especial con respecto a aquel que se había forjado para los medicamentos pocos años atrás⁹.

Tres grandes remedios-prisiones: morfina, cocaína y heroína

Desde tiempos inmemoriales el opio y sus diferentes preparaciones eran conocidos por sus propiedades sedantes y calmantes. Desde el siglo XVII se generaliza también el uso del Laúdano de Sydehan, mezcla de opio, vino blanco y azafrán. En 1805 Friedrich Sertürner, un joven farmacéuta alemán, logró separar uno de sus alcaloides: la morfina. Al administrarlo en perros y en humanos reveló notables propiedades sedantes¹⁰. Más tarde se logró el aislamiento de la cocaína y la heroína, las cuales serían utilizadas para tratar síntomas como la tos y el dolor. Durante el siglo XIX, también fueron descubiertas la emetina y la estriknina. La materia médica se vio enriquecida con otros alcaloides como la quinina y la codeína¹¹. De este modo, desde finales del siglo XIX la medicina, sin que comenzara aún a curar, comenzó a vencer el dolor y a solucionar con cierto grado de eficacia los síntomas más difíciles de la enfermedad, como la fiebre, la tos o las erupciones cutáneas. En ese mismo siglo, y después de aislados varios de sus principios activos, el uso terapéutico de los derivados del opio, entre los cuales se encuentran los alcaloides de morfina (10%), codeína (0.7%), narceína (0.5%), narcotina, (6 %) y papaverina (1%), se usaron como prescripción contra los síntomas de numerosas enfermedades. El *Formulaire* de Gilbert y Michel de 1925 retiene todavía muchos de sus usos anteriores: hipnótico, analgésico, eficaz en la tos (pues servía

como moderador de las secreciones bronquiales), las gastralgias, la úlcera estomacal, las neuralgias, la cistitis, la apendicitis, el cáncer, la tuberculosis, etc. También resultó ser muy útil contra los casos de insomnios producidos por neuropatías, enfermedades mentales y alcoholismo¹².

En general el uso del principal alcaloide del opio (la morfina), se expandió gracias a la introducción de la inyección hipodérmica en 1855. Su principal atractivo era al mismo tiempo su peor peligro: la morfina podía aliviar las afecciones cuyas causas fundamentales eran desconocidas y ante las cuales los médicos se hallaban impotentes¹³. El historiador Richard Davenport-Hines hace referencia a los miles de heridos de la guerra de Secesión en Estados Unidos, quienes tratados con los únicos paliativos del dolor existentes en ese momento, terminaron por habituarse a esas drogas y no pudieron resistir a su encantamiento, volviéndose en muchos casos incompetentes para el trabajo¹⁴.

La planta de coca, por su parte, tiene una historia milenaria. Masticar sus hojas era una tradición de muchos pueblos indígenas de los Andes, pues es un excelente tónico que ayuda a mitigar el hambre, los efectos de la altura y el cansancio. En los periodos de Conquista y Colonia de América, las dificultades para hacer llegar las hojas de coca en buen estado a Europa, provocaron que durante muchos años se albergara bastante escepticismo con respecto a sus posibles usos terapéuticos y se las concibiera más como un alimento. Pero en 1859 el profesor de la Universidad de Gotinga, Albert Niemann, utilizando básicamente alcohol, ácido sulfúrico, bicarbonato sódico y éter, aisló la cocaína. Años más tarde la empresa productora de morfina, Darmstad, comenzó a vender pequeñas cantidades del fármaco, especialmente a investigadores¹⁵.

A partir de 1880 médicos de varios países comenzaron a darle más importancia a las posibilidades terapéuticas del fármaco. Según Escotado, en cuatro años la *Detroit Therapeutic Gazette* publicó dieciocho comunicaciones donde se preconizaba el uso de la cocaína para curar hábitos de opio, morfina y alcohol¹⁶. Una de ellas menciona el informe de un doctor que afirma: «Parece necesario probar con la coca en casos de opiomanía como en otros. Es imperioso encontrar la manera inofensiva de curar la tristeza»¹⁷.

Desde que fue publicada la monografía de Sigmund Freud sobre la coca, en 1884, importantes industrias farmacéuticas como Merck y Parke Davis emprendieron una reñida campaña publicitaria para difundir su

consumo. Utilizaron las estrategias publicitarias ya afinadas en décadas anteriores como la de acompañar los anuncios con declaraciones de médicos prestigiosos. También tergiversaron parte de las afirmaciones iniciales de Freud y difundieron ideas falsas sobre su toxicidad¹⁸.

Según el historiador norteamericano David Courtwright, la expiración, en 1903, de la patente del procedimiento más eficaz para la extracción de la cocaína, desencadenó la proliferación de nuevas fábricas alemanas. En 1912, la producción mundial de cocaína se había incrementado notablemente, y ello permitió que el producto fuera cada vez más asequible. «Su precio descendió de 280 dólares la onza (28.7gr.) en 1885 hasta casi 3 dólares en 1914»¹⁹. Courtwright sostiene también que debido al descenso en los precios de la cocaína, pronto su consumo y adicción se volvieron una epidemia en muchos países, entre 1890 y 1925. Al parecer, la fiebre del consumo de cocaína se debilitó durante la década de 1940 en Estados Unidos, Europa y México. Por otra parte, las incautaciones de cocaína siguieron siendo escasas hasta los años 1960. Parte de la periodicidad que estudiamos coincide cronológicamente con la fase más crítica de la epidemia de cocainomanía: el final de la década de 1920.

A finales del siglo XIX, otra sustancia fue ofrecida con la promesa de que era el remedio contra las adicciones a la morfina y a la cocaína. Se trataba de la diacetil-morfina o heroína descubierta por el farmacólogo H. Dreser. Las primeras empresas que la comercializaron afirmaban en su publicidad que, en lugar de producir adormecimiento como la morfina, esta nueva sustancia incrementaba la actividad, mitigaba cualquier manifestación de temor y era el perfecto remedio contra la morfínomanía, pues los enfermos tratados con heroína perdían de inmediato todo interés por la morfina²⁰.

El nombre *heroína* fue utilizado desde 1898 por los laboratorios Bayer en la comercialización de ese nuevo producto indicado contra el dolor, la tos, el catarro y la bronquitis. Aunque se deriva de la palabra alemana *heroisch*, que significa poderoso, terminó por designar toda la gama de sustancias que, debido a sus poderosos efectos narcóticos (cocaína, morfina, cloral, codeína, y otros alcaloides), eran capaces de paliar el dolor, pero también de fijar peligrosamente al individuo consumidor a un hábito indeseable. Sin embargo, se había vuelto un producto tan importante de la materia médica que sólo fue introducido dentro de las leyes de fiscalización internacional en 1925²¹.

Entre 1911 y de 1912 se realizó en La Haya (Países Bajos) la primera conferencia internacional sobre el Opio. Impulsada por Estados

Unidos, reunió a Alemania, Austria, China, Francia, Gran Bretaña, Holanda Hungría, Italia, Japón, Persia, Portugal, Rusia y Siam. El objetivo era comprometer a los países participantes en la supresión del abuso del opio, la morfina, la cocaína y demás drogas análogas. Una de las vías propuestas era el firmar un acuerdo sobre legislaciones para vigilar y limitar la producción «del abuso del opio, la morfina, la cocaína y las demás drogas análogas mediante el decreto de leyes encaminadas a fiscalizar la producción, la distribución y a limitar la importación de opio»²². Por medio de un delegado, Colombia suscribió los acuerdos un año después, en enero de 1913. Pero como algunos países se negaron a firmarla, en 1919 Estados Unidos realizó las gestiones para introducir su articulado en el tratado de Versalles (1919), que puso fin a la Gran Guerra. Así, de forma automática, todos los países firmantes quedaban comprometidos en esa tarea²³.

Posteriormente, Colombia también firmó los sucesivos tratados como el de la conferencia de Ginebra, realizada entre 1924 y 1925, cuya adhesión fue autorizada por la Ley 68 de 1930 y complementó su compromiso con las firmas de las convenciones limitadoras de 1931 y de 1936²⁴. Estos nuevos tratados eran más precisos frente a las sustancias que debían ser controladas y al modo en que debía ejecutarse ese control, pues los países suscritos debían limitar la manufactura a lo necesario para su consumo, y controlar la circulación a través de la exigencia de licencias a todos los que fabricaran, vendieran o importaran tales productos²⁵. El objetivo era pues que el Estado se apropiara de la distribución, importación, producción y exportación de narcóticos para así evitar su tráfico clandestino. Ciertamente, la legislación farmacéutica colombiana de las décadas de 1920 y 1930, responde de modo considerable a todas las presiones internacionales y como se vio en el capítulo anterior, estuvo determinada por el tema de la regulación de los narcóticos.

Juan Carlos Llano: avisos tempranos sobre el hábito pernicioso

Cerrando el siglo XIX, el estudiante de medicina Juan Carlos Llano escribe una tesis de grado en medicina en la cual se puede apreciar la preocupación de los médicos por la diseminación de un hábito nocivo para la población²⁶. Según Llano, la morfinomanía es la enfermedad de los grandes centros urbanos, y Medellín comenzaba a ser presa de ella, ya que «cuanto más compleja y avanzada es la civilización, mayor

es el número de espíritus inquietos, perturbados, descarriados, y enfermos que engendra»²⁷. El autor señala una preocupación que con el paso de los años irá en aumento: el alcoholismo, enfermedad tradicional de la sociedad antioqueña, sería sustituido por otro veneno, pero esta vez suministrado a través de la «elegante jeringuilla de Pravaz»²⁸. En realidad, el alcoholismo no fue desplazado por la morfinomanía, pues siguió vigente como problema de salud pública durante todo el siglo xx, de ahí que los higienistas no dejaran de advertir «sobre la peligrosa relación entre el alcoholismo, enfermedades como la sífilis, la tuberculosis, y la criminalidad»²⁹.

Como todos los médicos del siglo xix, Llano reconocía la importancia de la morfina en la materia médica, a condición de que fueran los médicos, «hombres científicos y prudentes», quienes la formularan³⁰. Por fuera del tratamiento de los estados patológicos, la morfina se convertía en «una droga de funestas consecuencias»³¹.

Llano realizó una pequeña sociología del hábito, al identificar las profesiones más favorables a la morfinomanía: se refiere a los menesterosos, las mujeres con neuropatías, los contadores, pero sobre todo a las profesiones ruines ligadas al mundo del hampa y la prostitución. Pero también llama la atención sobre algo que fue característico en el uso de las drogas durante el siglo xix: el mayor contingente de morfinómanos lo conforman los mismos médicos y dentistas, quienes tenían más fácil acceso a la sustancia³². Sin embargo, para el joven médico, la responsabilidad en la expansión del hábito entre los pacientes era en gran parte atribuible a los «médicos insuficientes o de mala fe, boticarios especuladores, dentistas cirujanos, comadronas médicas, y otra infinidad de hijos de Hipócrates que no encuentran en su reducido arsenal terapéutico otro medio de calmar el dolor de su cándida clientela, que la saturación orgánica por inyecciones hipodérmicas de morfina, son cómplices, en cuanto le abren la puerta al vicio á costa de la vida y del bolsillo de sus clientes»³³. Y entre tantos ataques, no podía faltar uno contra los boticarios. El texto de Llano es además una dura diatriba contra «la envilecida profesión farmacéutica, que aumenta día por día; la usura y la pretensión de los que poseen boticas, quienes, no contentos con el lucro de la venta de drogas, hacen de médicos para esquilmar a sus clientes, son causas poderosas para la propagación de la morfinomanía»³⁴.

En cuanto a los métodos para curar ese vicio, el autor está bien enterado. Ya sabía que el método de reducción de dosis, pensado para

evitar el dolor y postración del paciente, era muy largo e ineficaz. Aboga entonces por el método brusco, mediante el cual «en veinte días y pasados los momentos más difíciles del enfermo» desemboca en la recuperación. Rechaza el método sustitutivo de inyecciones de cocaína, «pues hace al enfermo, cocainómano. Las únicas alternativas sustitutivas serían, el sulfato de esparteína, la nitroglicerina e incluso la codeína»³⁵.

Finalmente, el autor aboga por una legislación dirigida especialmente contra boticarios y falsos médicos que propiciaban el consumo entre una población ignorante de los verdaderos riesgos de la morfina. Para prevenir la morfínomanía, Llano recomienda tratamientos más psicológicos que físicos: «los viajes, evitar el fastidio, y combatir la ociosidad».

A pesar de todo, los galenos, limitados por un arsenal terapéutico insuficiente, tuvieron que seguir recetando fármacos con sustancias estupefacientes, máxime cuando muchas de las medicinas de patente que anunciaban no tener opio o sus derivados, ocultaban el nombre de los sustitutos usados, algunas veces igual de peligrosos y de eficaces.

No se conocen estadísticas suficientemente precisas sobre la adicción a drogas en la primera mitad del siglo xx. Una primera aproximación al asunto ha sido realizada por la historiadora Malena Quintero quien ha emprendido una historia de la medicalización de la adicción en Antioquia. Analizó un conjunto de historias clínicas del Hospital mental de Antioquia y encontró que entre 1914 y 1950 hubo 561 entradas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. En esas historias se registran 440 casos (78.4% de los enfermos), cuyo motivo de internación es el alcohol; por consumo de morfina se presentaron 59 casos (10.5%); combinaciones de drogas 38 (6,8%); por Barbitúricos 5 casos (0,9%); por heroína 3 casos (0,5%); otras drogas heroicas no especificadas 3 casos (0,5%); analgésicos 3 casos (0,5%); marihuana 2 casos, (0,4%); y por nicotina, opio, café y atebriina registran solamente un caso cada una. Por lo demás, algunos de esos pacientes señalan como causa de la adicción, el comienzo de una prescripción médica por una enfermedad crónica³⁶.

Se advierte entonces que, según los registros del Hospital Mental, la principal sustancia tóxica consumida en el departamento de Antioquia no era alguna de las llamadas «drogas heroicas», cuyo uso fue muy restringido. Era el alcohol, vendido de manera legal. En otra investigación habría que estudiar la historia y las causas de ese consumo consuetudinario. Por otro lado, a comienzos del siglo xx buena

parte de la población antioqueña era gente desarraigada y por lo tanto, propensa a habituarse al consumo de sustancias susceptibles de proporcionar algún tipo de olvido o de bienestar, como la desinhibición social o cierta evasión de la realidad³⁷.

Que la tasa de entradas al hospital mental por consumo de morfina, cocaína y otras drogas heroicas haya sido relativamente baja durante la primera mitad del siglo xx, no significa que el problema de la adicción no haya sido importante. El reducido registro de adictos a drogas heroicas en el archivo de historias clínicas del manicomio departamental de Antioquia podría explicarse, en parte, por el hecho de que las reglas de ingreso a ese hospital eran muy restrictivas. En efecto, como lo señala la historiadora Catalina Reyes, en su libro sobre la historia de la vida cotidiana en Medellín, «... desde 1915 el reglamento del manicomio departamental sólo permitía recibir alcohólicos, cocainómanos y morfinómanos cuando éstos sufrieran delirios o atentanar gravemente contra sus vidas»³⁸.

La primera campaña de control a las drogas heroicas en Antioquia

En 1924 los miembros de la Sociedad de Mejoras Públicas de Medellín alertaron al alcalde de la ciudad sobre la necesidad de intensificar la vigilancia en la venta y uso de narcóticos, pues según ellos, el consumo se estaba generalizando³⁹. En 1927, el doctor Francisco Solórzano Arriaga señalaba también que las drogas heroicas, aunque casi siempre eran medicamentos bondadosos y útiles, podían también convertirse en un medio de adquisición de vicios. Según él, aunque las medidas restrictivas de la dirección de higiene eran acertadas y estrictas, faltaba mucho para vencer el mal⁴⁰.

Por su parte, el gobierno nacional, con el fin de evitar la facilidad de adquisición de tales drogas, dictó el decreto 657 de 1924 que reglamentó la Ley 11 de 1920 *sobre venta de drogas que causan hábito pernicioso*. Este sería el comienzo de una serie de decretos cada vez más represivos en materia de circulación de medicamentos, pero sobre todo de sustancias narcóticas. A partir de entonces, se prohibió en Antioquia a los boticarios despachar drogas heroicas cuya prescripción fijara dosis mayores que las necesarias para el consumo en un tiempo mayor de tres días, incluso si dichas fórmulas estuvieran autorizadas por la firma de un médico, dentista o veterinario graduados⁴¹.

Durante esos años se incrementaron los llamados de atención a médicos conocidos y respetados en la ciudad de Medellín por la prescripción de altas dosis de drogas como cocaína, morfina o heroína, lo que hacía sospechar de los fines de tales prescripciones. La necesidad de reglamentar leyes anteriores evidencia la complicidad de los médicos, odontólogos, boticarios y veterinarios en el tráfico de esas sustancias.

Al finalizar 1928, en un momento en el cual la medicalización de la ciudad de Medellín se desarrollaba en todos los frentes, los médicos de la Junta de Asistencia y Salubridad Públicas (JASP)⁴² hablaban de un sensible aumento del consumo de estupefacientes. Por eso, decidieron adelantar una primera campaña de control de drogas heroicas entre 1928 y 1931. Sin embargo, la institución sanitaria que funcionaba casi sin interrupción desde 1914, sufrió algunos cambios administrativos. Las actividades de la JASP en el campo preciso de la circulación de medicamentos no parecen haber dejado huella en los archivos para el periodo 1931-1936. Sin embargo, en 1936 hubo una refundación de la inspección de farmacias, pero sólo entre 1938 y 1942 vuelven a aparecer más sensiblemente las huellas de ese problema.

Todo indica que la primera campaña contra el tráfico de estupefacientes en Colombia se desarrolló en Medellín hacia finales de 1929. Medellín se anticipa al resto del país, tal vez no por el mayor número de consumidores que en otras ciudades, sino que por el hecho de contar con funcionarios de sanidad entrenados desde años atrás para todo lo relacionado con la regulación de la circulación de los medicamentos pudo incrementar la sensibilidad social frente a ese problema. Por eso parece como casi «natural» la intervención del aparato higienista en ese nuevo campo por controlar que revestía además un interés internacional.

Según el ya citado informe de 1916, el director departamental de Higiene de Antioquia, Juan B. Londoño, había establecido desde 1915 cierta vigilancia sobre las sustancias tóxicas, entre las cuales se encontraban las drogas heroicas. Entre 1915 y 1926 se desarrollaron algunas diligencias por parte de la Inspección 5ª de Medellín para perseguir la venta sin prescripción médica de sustancias consideradas peligrosas, como la morfina y el láudano. A los infractores se les conminaba a pagar multas hasta de \$100⁴³. Estos controles no llegaron a constituir una campaña contra las drogas heroicas. En esas dos décadas, el peligro que representaban esas drogas tenía que ver más con el hecho de ser sustancias tóxicas, que podían ser utilizadas en homicidios, abortos y envenenamientos. El temor de una epidemia de droga-

dicción denunciado por algunos, parecía ser de alcances restringidos, pues la preocupación mayor en términos de adicción era la del consumo de chicha y aguardiente. El consumo de drogas heroicas era más habitual entre gentes de cierta prestancia social, como médicos, dentistas y droguistas. Solamente a partir de 1926 la documentación comienza a registrar abundante información sobre el temor de la expansión del hábito.

Lo que los médicos higienistas llamaron «efectos perniciosos» de las drogas heroicas era la adicción y, en muchos casos, la depauperación mental y física de los habituados. El *habitué* sometido al llamado permanente de una sensación sublime, tiende a desordenar sus lazos de inserción social. El trabajo y la disciplina son prácticas obligatorias en una sociedad de producción capitalista. Sin ellos el individuo no puede insertarse en los circuitos «normales» de la vida social. La toxicomanía, como fue llamado el conjunto de los «hábitos perniciosos», incluido el alcoholismo, aparece como el reverso de ese triunfo que, desde el siglo XIX, la medicina había logrado sobre el dolor y la enfermedad.

La toxicomanía fue «patologizada» desde el siglo XIX. Desde esa época los funcionarios médicos de diversos países, como EE. UU., Francia e Inglaterra, comenzaron a concebir, como para la prostitución, formas de control. Pero en Colombia a partir del siglo XX se enfocaron en controlar la venta y la tenencia ilegal de sustancias narcóticas y de medicamentos que las contuvieran. La producción no fue perseguida directamente, pues la mayor parte de esas drogas eran importadas. En sus controles, necesariamente tenían que chocar con los intereses de los droguistas importadores y los comerciantes ilegales. Pero también, por primera vez, se enfrentaron a «las maneras de hacer» (por usar la expresión de Michel de Certeau) adquiridas por unos consumidores cuya habilidad para sortear los obstáculos de la legalidad se veía reforzada por las sensaciones indescriptibles que espoleaban sus voluntades.

El primer paso que dieron las autoridades médicas antioqueñas para controlar el tráfico de esas sustancias fue crear, a partir de noviembre de 1928, el cargo de médico visitador de droguerías y farmacias. Las visitas a farmacias, realizadas desde 1914 por el jefe de la Comisión Sanitaria, y que luego fueron encargadas al director departamental de Higiene, debían perfeccionarse. Con ese objeto, el 13 de noviembre de 1928, fue nombrado como médico visitador de droguerías y farmacias el doctor Miguel Martínez⁴⁴. A partir de entonces las visitas debían efectuarse mensualmente y no una vez por semestre.

Este funcionario con un sueldo de 150 pesos mensuales se dedicaría exclusivamente a la vigilancia de más de 50 farmacias, lo que permitiría visitarlas de modo más exhaustivo. Un formato de encuesta, diseñado con nuevas preguntas, buscaba obtener más detalles del funcionamiento de las farmacias, y por supuesto, obtener más información sobre el movimiento de las drogas heroicas⁴⁵.

Durante esta campaña, la identidad de los consumidores no pudo convertirse en un eje preciso de vigilancia, porque muchas personas ni siquiera tenían documento de identidad. Cuando las autoridades intentaron exigir la cédula de ciudadanía para anotarla en un libro copiador, los droguistas protestaron por las posibles pérdidas que ello podía generar, pues eso ponía más dificultades a la venta en los lugares legales, mientras que los vendedores clandestinos continuaban aumentando sus ganancias.

Para que el inspector pudiera constatar si la cantidad de material suministrado a los pacientes coincidía con los nombres de los médicos que las prescribían, exigieron a los boticarios llevar un libro copiador especial para las fórmulas que contenían drogas heroicas, las fórmulas originales debían dejarse en consignación⁴⁶. De esta manera, también se intervino el ejercicio de la profesión médica. Los médicos, en tanto agentes de la prescripción, reconocían de cierto modo su responsabilidad en algunos casos de toxicomanía, pues sospechaban que la mayoría de adicciones provenía de la prescripción innecesaria de dosis altas para enfermedades crónicas, como la tuberculosis, el asma, y para los dolores crónicos del cáncer, los traumatismos, las neuralgias y los problemas osteomusculares. Por eso el principal interés era saber qué médicos hacían tal prescripción y si recetaban dosis confiables y para pocos días. Esta normalización de los gestos y prácticas de los médicos pertenece a lo que hemos llamado, siguiendo a Michel Foucault, medicalización de la profesión médica⁴⁷. Esos procedimientos hicieron en parte posible que se detectara a muchos de quienes se hacían pasar por médicos, sin título ni licencia. Un ejemplo es el de un tal Montoya Mejía. En el mes de septiembre de 1930 se informó que este sujeto ejercía «la profesión médica sin estar legalmente autorizado llevando su audacia hasta formular drogas heroicas, con frecuencia y en dosis altas, como lo comprueban las fórmulas despachada en la Farmacia Moderna, se dio orden de citación con el fin de exigirle la responsabilidad legal, pero la policía no ha podido hallarlo, y en todo caso seguirá averiguando su paradero»⁴⁸.

Al cuerpo médico de la ciudad, se le pidió discreción en la receta de opio, láudano, morfina, cocaína, heroína, y otras más, pero también que controlaran el suministro de jeringuillas y agujas hipodérmicas. En el informe de las labores de la inspección de farmacias, de abril de 1929, el doctor Carlos Bustamante detalló al menos 30 establecimientos donde no se llevaba o estaba desactualizado el libro copiador de drogas heroicas⁴⁹. Al parecer, el trabajo meticuloso del doctor Bustamante logró mitigar la insubordinación de los boticarios, pues para finales de ese mismo año casi todas las farmacias habían puesto al día el nuevo libro copiador de fórmulas y no registraban mayores novedades.

El Inspector Bustamante, reseñó sus labores en un informe a la JASP:

Desde hace algunos años se ha venido observando un aumento considerable en el consumo de drogas heroicas por individuos de todas las clases sociales, los cuales las han venido consumiendo, puede decirse libremente, en los cafés, casas de mujeres públicas, y otros lugares de diversión, lo cual como se ve constituía un gran peligro social, debido como es de suponerse, a la falta de control directo, o mejor de vigilancia de los lugares destinados a la venta de dichas drogas, de lo cual se preocupó en buena hora la H. Junta, y con tal fin, y con el de reglamentar el despacho de fórmulas y otras irregularidades existentes en las boticas y droguerías, se creó esta Oficina [...] ⁵⁰.

No obstante, para las autoridades cada día era más evidente que sin un control del comercio en el resto de municipios cercanos a Medellín sería muy difícil mantener los primeros resultados. Era tan apremiante esa necesidad que rápidamente decidieron nombrar a otro funcionario para que sirviera la misma actividad en las poblaciones vecinas del Valle de Aburrá y así evitar que los traficantes de drogas explotaran la alternativa de comprar las sustancias en las boticas de otros municipios para abastecer a los revendedores al detal y venderlas clandestinamente en Medellín. Por ello a comienzos de 1929 fue creado el cargo de Inspector de farmacias para los municipios aledaños a Medellín, el cual sería ejercido por un funcionario *ad honorem*. Las autoridades pensaban que al «extender la fiscalización permanente a los municipios vecinos, ésta redundaría en beneficio para la colectividad»⁵¹. La jurisdicción del nuevo Inspector comprendía los municipios de Caldas, La Estrella, Itagüí, Envigado, Bello, Copacabana, Girardota y Barbosa. El cargo durante esa primera etapa fue ejercido por el vacunador oficial, Samuel Arango, quien renunció en junio de 1929 y fue nombrado en su reemplazo el señor Antonio Osorio⁵².

En junio de 1929 ya se había logrado cierto nivel de regulación de las farmacias y del tráfico de drogas heroicas en la ciudad, pues según Carlos Bustamante, «no hubo una sola infracción en las tres últimas semanas de mayo y la primera de junio»⁵³. Y en otro informe señalaba: «La toxicomanía hoy en la ciudad ha disminuido de una manera notable lo cual me llena de satisfacción ya que esta oficina ha tomado la mayor parte en dicha campaña»⁵⁴.

Sin embargo, algunos droguistas de la ciudad se mostraban renuentes a entregar todos los datos solicitados por el doctor Bustamante, y se sentían coaccionados por un funcionario que pretendía fiscalizar actividades que tal vez no eran de su completa competencia. Por eso Jaime Rodríguez Lalinde, socio de Droguerías Aliadas, se dirigió el 28 de octubre de 1929 al doctor Jesús María Duque, presidente de la JASP, para quejarse de la actuación del inspector:

Pero es el caso que este señor ya no contento con la fiscalización de todo lo que se trate en Medellín, fiscaliza también nuestras ventas para las poblaciones, en lo que no tenemos tampoco ningún inconveniente, pero ha llegado a exigirnos que le demos una información detallada de las ventas que hagamos a las poblaciones, anotando en una hoja muy bien especificada el nombre del cliente, la población, [municipio donde vive] y esto nos parece que perjudica nuestros intereses, ya que estamos dando a un tercero la referencia de nuestros clientes, sin ver que se logre un provecho para la campaña emprendida, pues entendemos que él no es empleado departamental y que por lo tanto no visita las poblaciones para controlarlos.

El señor Bustamante en su visita de hoy, también nos ha dicho que no podemos vender ciertas o determinadas especialidades.

Mucho le agradecería decirnos si el Sr. Bustamante está autorizado para este control, pues entendemos que esto es nacional⁵⁵.

A pesar de la inconformidad de tan prestante droguista, la inspección de farmacias y la Dirección Departamental de Higiene continuaron sus actividades, y hasta las intensificaron. Ahora exigían a los importadores el trámite de una licencia en la cual se especificaba cuáles y qué cantidad de drogas heroicas necesitaban importar⁵⁶. Con los datos de esas licencias las autoridades estaban en capacidad de conocer con exactitud cuál era el movimiento específico y global de su tráfico. Al tener conocimiento de la cantidad exacta de drogas heroicas legalmente introducidas en la ciudad, los médicos pretendían cercar cualquier forma de evasión a la norma. Ahora tendrían certeza sobre quiénes las consumían y en qué cantidad, qué médicos las recetaban, cuáles farmacias las vendían y dónde estaban situadas

las de mayor movimiento clandestino (el sector de Guayaquil y el centro, etc.), y por supuesto, quiénes eran los farmacéutas y el personal médico que rebasaban la legalidad⁵⁷.

A la Inspección de Sanidad se le encargó la coordinación de esa tarea fundamental. Una de sus principales estrategias para prevenir minuciosamente los posibles fraudes fue coordinar con la Administración de Hacienda Nacional para que el encargado de las encomiendas postales entregara mensualmente un informe a esa oficina en el que mostrara las cantidades de tales drogas introducidas en la ciudad,

... expresando el país de donde se hayan importado y la cantidad que cada importador haya introducido. Estos datos, al ser comparados con las licencias que la Dirección Departamental de Higiene haya expedido, darán a conocer si se ha introducido una cantidad mayor que la permitida; y servirán para cargar en la cuenta del introductor, como existencia, la cantidad introducida⁵⁸.

A pesar de los esfuerzos, los traficantes no cedían, lo que obligaba al equipo de la JASP a perfeccionar sus técnicas y redes, como a buscar el modo de ampliar su jurisdicción. El 20 de noviembre de 1929 en una carta al secretario de gobierno del departamento, la JASP le solicita ayuda en su campaña porque ésta «últimamente se ha vuelto casi nugatoria, debido a que muchos negociantes sin conciencia, aprovechando los fáciles transportes de las carreteras, adquieren cuantas cantidades deseen en las poblaciones, a las cuales no llega la jurisdicción de la junta, por consiguiente no hay la misma vigilancia que en la ciudad»⁵⁹. Si por «negociantes sin conciencia», entendemos a sujetos que no eran médicos ni farmacéutas se evidencia el efecto lógico de toda prohibición: el surgimiento de mafias dedicadas a traficar lo que la legalidad impide. El 12 de agosto de 1929, meses después de iniciada la campaña, el periódico *El Heraldo de Antioquia* reportaba que la policía «capturó un contrabando enorme de drogas heroicas». Se trataba de un importante pedido de morfina y de cocaína que fue decomisada cuando eran descargadas del tren⁶⁰.

El abuso de las drogas hipnóticas**

Ahora bien, si la realidad de la vida pública del medicamento fuera otra, es decir si sus usos no superaran siempre las expectativas de sus inventores y de las autoridades, tal vez el consumo no terapéutico de las drogas heroicas no hubiera llegado a ser un problema en ese momento. Pero la vida del consumo y de los consumidores es com-

pleja e impredecible. En ese Medellín de los años 1920 y 1930 la voluntad de los consumidores no fue fácil de doblegar. Frente a la escasez de jeringuillas, algunos comenzaron a consumir cocaína al rapé. Como la venta era ahora restringida, sustancias como la cocaína y la morfina, eran más difíciles de adquirir. Esto provocó la salida a la escena consumidora de otras drogas de menor calidad para el adicto, pero de efectos más perversos, como los barbitúricos o drogas hipnóticas, que en muchos casos se usaron como drogas sustitutas.

En 1864 el premio Nóbel de química A. Von Bayer, condensó la urea con ácido malónico y produjo así la molécula barbitúrica. «Desprovisto en sí de psicoactividad, la característica más destacada del ácido barbitúrico es la posibilidad de introducir nuevos radicales en su núcleo: en teoría son posibles casi tres mil variantes, de las cuales se utilizan unas cincuenta en terapéutica»⁶¹. Pero los primeros compuestos hipnóticos como el barbital sólo se descubrieron hacia 1888 por los investigadores A. von Merhing y E. Fisher (quienes por lo demás, pronto morirían por sobredosis de sus propios hallazgos) fue comercializada hacia 1903 con el nombre de veronal⁶². Muy pronto en Colombia se comercializaron marcas registradas como veronal, sulfonal, luminal, veronidia, sedol, pantopón y otras.

A pesar de que los barbitúricos eran drogas con un margen de toxicidad muy bajo y un nivel de tolerancia que no varía con el hábito—lo que significa que con una dosis relativamente baja el paciente puede envenenarse—, tuvieron durante todo el siglo xx un notable éxito. Sus productores dirigían la publicidad a las mujeres deprimidas o a los empleados estresados con dificultades para conciliar el sueño. Su éxito en Estados Unidos se debió principalmente al hecho de que durante las primeras décadas del siglo xx los barbitúricos ocuparon el espacio comercial liberado por los alcaloides y el alcohol recién prohibidos. Por otra parte, fueron ofrecidos para el tratamiento de opiómanos y alcohólicos. Según Escotado «los barbitúricos son drogas prácticamente tan adictivas como la heroína, crean dependencia física con cuatro semanas de usar dosis altas o seis semanas de usar dosis medias. Como en el caso del alcohólico el síndrome de abstinencia posee tal gravedad que exige siempre el internamiento en unidades de cuidados intensivos»⁶³.

El consumo de estas sustancias por parte de individuos habituados a la morfina y la cocaína, y la ausencia de una legislación suficiente para respaldar las medidas destinadas a controlar su uso, preocupó a las autoridades médicas antioqueñas. El 13 de febrero de 1930 el Ins-

pector de Sanidad, Alberto Arcángel, advertía a los funcionarios de la JASP sobre un cambio dramático en el consumo de estupefacientes:

Se va generalizando el uso y abuso del Veronal entre muchos individuos que acostumbrados anteriormente a las drogas heroicas y hallándose en la imposibilidad de conseguirlas, por la estricta vigilancia de las autoridades, han apelado a dicha droga, con fines diferentes al verdadero uso terapéutico.

Como dicha sustancia –y muchas otras de sus similares como Luminal, Veronidia, etc.–, no figura en la lista de las drogas que no pueden ser vendidas sin fórmula de médico, lista que se encuentra en la Resolución Departamental N^o 11 de 1915, ésta Inspección no ha podido prohibir su libre venta en las farmacias y boticas de la ciudad. Como considero el asunto de bastante trascendencia, he resuelto hablar con el Sr. Director Departamental de Higiene, a ver si se logra dictar una nueva resolución que prohíba la venta sin fórmula facultativa de buen número de sustancias hipnóticas, de las que no figuran en la lista primitiva, antes de que el mal tome mayores proporciones [...]»⁶⁴.

Mediante cartas enviadas a las instancias nacionales las autoridades antioqueñas impulsaron el endurecimiento de la reglamentación de ese tráfico, pero mientras los funcionarios de Bogotá tomaban alguna determinación, en Medellín las medidas no se hicieron esperar. Tan sólo una semana después del envío de esta carta el alcalde municipal y el director departamental de Higiene autorizaban al Inspector de Sanidad para que se emitiera una resolución en la cual se prohibía «terminantemente la venta sin fórmula médica de las drogas hipnóticas como veronal, veronidia, gardenal, luminal, limunaletas, sulfonal, dial, medical, y beatol»⁶⁵. Un mes más tarde, en una segunda resolución el cloral y la aladina serían adicionados a la lista de sustancias de uso restringido⁶⁶. Esta lista, según el Inspector de Sanidad, «fue publicada en todos los periódicos e impresa en cartelones murales repartidos en todas las farmacias de la ciudad»⁶⁷.

En este sentido Colombia, y en particular Antioquia, estaban en completa consonancia con el movimiento prohibicionista internacional. En Inglaterra, aunque con el desacuerdo de muchos farmacéutas y médicos, los barbitúricos fueron cayendo sucesivamente bajo las restricciones de la *Ley de drogas peligrosas* a partir de 1926. Dicha ley había sido creada en 1920 por el parlamento británico y «limitaba la fabricación, venta, tenencia y distribución de opiáceos y cocaína a personas autorizadas. Exigió que el traspaso de drogas quedase registrado, desde el fabricante, al suministrador, y de éste al consumidor en documentos accesibles para su inspección oficial»⁶⁸. Los británicos también se dejaban influenciar por quienes el médico escocés Walter

Elliot (1888-1958) llamaba «los bárbaros del oeste», los prohibicionistas norteamericanos⁶⁹.

Pero en otras ciudades colombianas como Barranquilla también hubo expresiones del cuerpo médico que alertaban sobre el peligro representado por la fácil habituación a los barbitúricos. En febrero de 1929 la revista *La Clínica* reporta la relación de un caso de intoxicación por sobredosis de Veronal atendido en la Clínica Kiuhan. El autor sugería a la Dirección Nacional de Higiene que:

... obligara a los agentes de casas droguistas que insinúen a sus representados que introduzcan en drogas semejantes al Veronal, como lo había aconsejado Timbal, cierta cantidad de ipeca, o sustancia similar que llegada la dosis a cierta cantidad produzca un efecto vomitivo o semejante y así se protege a millares de consumidores ignorantes y sin dirección médica alguna a terribles consecuencias de la intoxicación⁷⁰.

Los médicos de Barranquilla denunciaron «la venta libre y sin vigilancia sanitaria alguna de drogas de uso corriente pero que por su repetición y la absorción de cantidades mayores que las terapéuticas se vuelven puros venenos»⁷¹. Aludían entonces a todas las especialidades farmacéuticas que tenían por objeto «calmar el dolor o procurar el sueño artificial», las cuales deberían ser objeto de control por parte de las autoridades de la ciudad.

A partir de la publicación de este artículo, se abrió en la revista un debate sobre los problemas que para la profesión médica y farmacéutica acarrea la prescripción y venta indiscriminada de drogas heroicas y barbitúricos, pero también de medicinas de patente importadas en grandes cantidades por agentes y droguistas colombianos. Varias editoriales y publicaciones se sucedieron durante los meses siguientes, y a juzgar por la opinión de los redactores, muchas cartas fueron recibidas con impresiones diversas del cuerpo médico y de los farmaceutas⁷².

Fiscalización y coordinación

Otra de las actividades realizadas por las autoridades médicas era revisar que la marcación de las drogas estuviera de acuerdo a sus contenidos, evitando así la adulteración y reemplazo de fórmulas de drogas heroicas.

Cuando en junio de 1930 el Inspector de droguerías y farmacias visitó la Farmacia Infantil del doctor Jesús Mejía Uribe y Cía., fue encontrada «una sustancia con todos los caracteres físicos de la codeína,

pero cuyo rótulo era el de *terpina*»⁷³. El examen de esa sustancia realizado en el laboratorio departamental dio 10 reacciones características de codeína. El medicamento había sido despachado por la *Unión Française de la Droguerie*, propiedad del señor Luis Bancelín y administrado por el farmacéutico Carlos González Rubio, en Barranquilla.

Esos casos no podían ser pasados por alto. La revelación de la causa de esa anomalía en una farmacia de renombre puso en coordinación a la JASP de Medellín con la Inspección de Sanidad de Barranquilla.

El Inspector de sanidad se dirigió entonces al representante de la oficina de sanidad de Barranquilla para que tomara las medidas correspondientes y averiguara si estaban ante el caso de un comercio clandestino de drogas heroicas. El 21 de julio el Inspector de Sanidad de Barranquilla se puso al frente de la investigación y efectuó una visita sorpresa a la Droguería Unión Francesa⁷⁴ y durante la diligencia requisaron al detalle el lugar pero no encontraron ninguna de esas sustancias. Además, en la factura de venta que el farmacéutico Carlos González Rubio enseñó a los inspectores no aparecía ninguna cantidad de codeína, y negó haber recibido de la casa comercial de París la sustancia llamada *terpina*, afirmó también que en la actualidad no tenían existencia de ninguna sustancia heroica. La única explicación dada al inspector fue que nunca despacharon *terpina* al doctor Mejía Uribe, «porque no tenemos ni tuvimos en existencia esa clase de sustancia ni ninguna otra similar»⁷⁵.

Sin embargo, en el informe enviado, los funcionarios de Barranquilla anexaron una lista de precios con más de 500 productos allí ofrecidos. Este informe fue leído luego por el doctor Mejía Uribe (quien además subrayó en dicha lista, el nombre de la sustancia «codeína pura» ofrecida a un precio de \$8.00 y cocaína). Pero si se observa detenidamente, se puede ver en dicha lista que la droguería también ofrecía comprimidos de Dover y de Opio, láudano de Sydenham, cocaína, apomorfina, hojas de coca, pastillas para la garganta de cocaína, etc.

Para defender su buen nombre y el de su farmacia, el médico medellinense escribió una carta a la JASP en la cual destacó las contradicciones explícitas del farmacéutico González Rubio «... lo extraño que puede parecer el hecho de que el señor González Rubio primero dice no recordar si han despachado codeína, y luego niegue la existencia de drogas heroicas y su comercialización en dicho establecimiento, cuando en su lista de precios aparecen esas sustancias»⁷⁶.

En agosto de 1930, en sesión de la JASP, se leyeron las distintas piezas del caso y se llegó a la conclusión de que la casa de Barranquilla había sido la responsable de la introducción de la codeína. Por ello se dispuso «enviar copia de la declaración del doctor Mejía Uribe a la Dirección Nacional de Higiene, a la Dirección Departamental de Higiene de Barranquilla, y al administrador de la aduana de aquella ciudad»⁷⁷.

A pesar de este caso en julio de 1930 el inspector de droguerías y farmacias informaba al Director departamental de Higiene que «en su concepto ya se había llegado al máximo de la fiscalización del expendio, quedando únicamente pendiente la lucha contra el expendio clandestino; que sobre este punto solo podía influir la acción policiva»⁷⁸. Según los informes de esos funcionarios oficiales, desde el comienzo de sus actividades el movimiento de las drogas se va reduciendo y al cabo de uno meses de labores ya no se compraba ni vendía en las farmacias tan alta cantidad de drogas heroicas⁷⁹.

Por efecto de la recesión económica mundial, el Concejo municipal debió reducir en 1931 el presupuesto para la JASP, y esto obligó a prescindir del cargo de inspector de farmacias y sus funciones fueron nuevamente asignadas a la Inspección de Sanidad. En febrero de ese año el enérgico inspector Carlos Bustamante entregaba al parecer su último informe donde precisó algunas recomendaciones para el inspector de sanidad⁸⁰.

En 1931 la Inspección de Sanidad comenzó a hacerse cargo de las visitas a farmacias, pero las ocupaciones de esa oficina sólo permitían la visita a cinco o seis establecimientos mensuales. Por ello al año siguiente el farmacéuta Delio Alzate escribió:

La fuerte campaña de la Inspección de Sanidad establecida en otros días, hizo que el mal disminuyera enormemente y la sociedad obtuviera un beneficio tan efectivo como provechoso. Hoy, desgraciadamente por la mala situación económica y por consiguiente la falta de empleados en el ramo, el mal parece que se inicia de nuevo y no sabemos las consecuencias fatales en el futuro⁸¹.

Lo fragmentario de las huellas del archivo impide continuar el relato de lo ocurrido en los años siguientes. No obstante podemos decir que entre 1930 y 1942, los médicos antioqueños expresaron su orgullo por ser los primeros del país en emprender tan digna lucha. Sin embargo, no guardaron memoria de ello, pues cada uno de los actores de los periodos mencionados pensaba que estaba innovando sin recordar los esfuerzos realizados por los funcionarios anteriores. A finales de 1939, vuelve a registrarse información sobre el asunto, pero se trata

ya de otros funcionarios y otras instituciones: la Secretaría de Sanidad Municipal, la cual a partir de junio 17 de 1940 se llamó Secretaría Municipal de Higiene.

Según el informe de la Secretaría de Sanidad al Alcalde mayor en octubre de 1941, la inspección volvió a fundarse en 1936, pero nada menciona relacionado con la Inspección de farmacias existente desde 1928. Sin embargo, el sueldo de su funcionario seguía siendo el mismo: \$150 para el médico inspector y \$80 para el secretario. Para el cargo de Inspector de farmacias de Medellín fue nombrado Don Luis Octavio Restrepo. Este nombramiento fue un gran acierto administrativo, pues su trabajo logró centralizar el tráfico de estupefacientes y logró además que «la comisión del opio de Ginebra, se diera cuenta que Medellín se encuentra a la cabeza como la ciudad de Colombia donde hay mayor preocupación por el control de estupefacientes»⁸².

Durante esos años se visitaban 81 farmacias y 65 laboratorios donde se preparaban medicamentos con estupefacientes y algunas agencias o depósitos de drogas. La inspección hacía decomisos de muestras gratis y de productos sin licencia de la CEF; concedía licencia a enfermos incurables para la compra de drogas heroicas; fiscalizaba su circulación (desde la introducción del exterior, ventas y despachos autorizados dentro del departamento y fuera de este); controlaba las farmacias que prestaban servicio nocturno (ya eran 4 en la ciudad); recluía a los toxicómanos en el Manicomio Departamental; controlaba a los vendedores ambulantes de especialidades; fiscalizaba la venta al público de las llamadas «muestras gratis», cuando alguna droguería que fuera sancionada por venderlas, se le encontraban cantidades mayores, éstas eran puestas a disposición de hospitales y casas de beneficencia⁸³.

Abuso de los monopolios

Según algunos informes de los funcionarios de sanidad se pudo establecer que hacia 1940 la importación de estupefacientes en Colombia se había vuelto al fin un monopolio del Estado. Lo que había comenzado con el control de los pedidos de las droguerías a las casas extranjeras por parte de las direcciones departamentales, se convirtió en un dominio estatal, pues era el Laboratorio Samper Martínez el encargado del despacho de drogas heroicas para el resto del país. Sin embargo, algunos droguistas con suficiente capital terminaron por es-

tablecer el monopolio local de esos pedidos. El Laboratorio Samper Martínez de Bogotá, les vendía los estupefacientes al precio determinado por el Gobierno y luego ellos los revendían más caro al resto de farmacias de la ciudad. De esa manera, por ejemplo, el clorhidrato de morfina proporcionado por el gobierno al precio de \$2,30 el gramo, era revendido a \$4.00 el gramo a los dueños de las farmacias y éstas lo vendían al consumidor final entre \$5 y \$6⁸⁴. Las casas de beneficencia y los hospitales que contrataban el suministro de drogas con esos establecimientos también resultaron perjudicadas.

Los funcionarios de la Inspección de Farmacias de Medellín viajaron en agosto de 1941 a Bogotá para disolver el monopolio privado de Antioquia. Con esas gestiones se logró la emisión de la resolución N^o 542 del 1^o de septiembre de ese año, en la cual la DNH designó a la Botica Departamental de Medellín como agencia oficial del Laboratorio Samper Martínez, de esta manera, sería el único establecimiento autorizado para vender estupefacientes. A partir de entonces, los estupefacientes pedidos para los departamentos de Antioquia y Caldas solo podían ser vendidos allí. Los efectos no se hicieron esperar, de inmediato los droguistas del monopolio rebajaron los precios de sus drogas⁸⁵.

A partir de 1914, pero sobre todo en los años 30, Colombia se insertó en la lucha contra el tráfico y consumo de estupefacientes, obedeciendo las disposiciones internacionales sobre la materia. El departamento de Antioquia se destacó por su actividad vigilante hacia el tráfico ilegal y el consumo de esas drogas. Desde muy temprano en el siglo XX nació una sensibilidad que rechazaba el consumo de las drogas heroicas. Para ello se desarrolló una campaña de control que se extendió durante varios años. Con ese criterio, los médicos se convirtieron en verdaderos guardianes de la salubridad pública y de la moral tradicional.

Notas

1. Delio Alzate, «Drogas heroicas», *La Farmacia*, Medellín, enero y febrero de 1932, año II, (13), p. 2.
2. François Dagognet, *La razón y los remedios*, París, PUF, 1964. (Traducción al español de Luis Alfonso Paláu y Jorge Márquez, Copia dactilográfica).
3. *Ibid.*, y véase además: Philippe Pignarre, «¿Eso es entonces la medicina moderna? François Dagognet y los medicamentos», Robert Damien (dir.), *François Dagognet: médecin, épistémologue, philosophe, une philosophie à l'oeuvre*, Institut Synthélabo, 1998, pp. 131-138, (traducción al español de Jorge Márquez, copia dactilográfica, 2006); François Dagognet y Philippe Pignarre, *Cien palabras para comprender los medicamentos. Cómo os curan*, París, Seuil, 2005, (traducción al español de Luis Alfonso Paláu, copia dactilográfica).
4. Richard Davenport-Hines, *La Búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*, México, FCE, 2003.
5. Esto debería servir a los prohibicionistas y puritanos para repensar sus estrategias y tal vez inventar nuevas formas de prevención más eficaces, menos coercitivas y destinadas realmente a suprimir el problema más grave del tráfico de drogas: las mafias. Véase: Antonio Escohotado, *Historia general de las drogas*, Madrid, Alianza, 1989.
6. Eduardo Saénz Rovner, «La prehistoria del narcotráfico en Colombia», *Innovar, revista de ciencias administrativas y sociales*, Bogotá, (8), 1996, pp. 65-92.
7. Antonio Escohotado. *op. cit.*, p. 144.
8. Véase: Carlos Ernesto Noguera, *Medicina y Política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, EAFIT, 2003. Véase también del mismo autor: «La lucha antialcohólica en Bogotá: de la chicha a la cerveza», Jorge Márquez, Álvaro Casas y Victoria Estrada, *op. cit.*, pp. 159-182.
9. Véase: el capítulo «El estatuto legal del medicamento en Colombia» de esta misma investigación.
10. François Chast, «Los medicamentos», Grmek Mirko (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, v. 3 : Du romantisme à la science moderne», París, Seuil, 1999, (traducción al español de Jorge Márquez, copia dactilográfica).
11. No hay que olvidar, sin embargo, el significado del desarrollo de la prevención de la enfermedad, a través de las vacunas y la seroterapia en el campo terapéutico.
12. A. Gilbert et Ch. Michel, *op. cit.*, entrada «Opium», p. 271.
13. David Courtwright, *Las drogas y la formación del mundo moderno*, Barcelona, Paidós, 2002, p. 67.
14. Richard Davenport-Hines, *op. cit.*, p. 185.
15. Courtwright, *op. cit.*, p. 67; Escohotado, *op. cit.*
16. Escohotado, *op. cit.*, pp. 71-72.
17. *Detroit Therapeutic Gazette*, I, 6, 1880., Citado por Escohotado, p. 72.
18. Escohotado, *op. cit.*, pp. 78-81.
19. Paul Gootenberg (Comp), *Cocaine: Global Histories*, Londres, Routledge, 1999, p. 54, Citado por Courtwright, *op. cit.*, p. 85.

20. Jean Louis Brau, *Historia de las drogas*, Barcelona, Bruguera, 1973, p. 116., Citado por Escohotado, *op. cit.*, p. 54.
21. El doctor Tomas Doria de Popayán escribió un artículo en el cual describe los principales usos de las drogas heroicas y el problema de la dependencia: «Esta palabra heroica, epíteto elástico y cuya significación en este caso es muy difícil de interpretar, no puede tener otro origen que los esfuerzos verdaderamente heroicos que el enviciado a la morfina o a la cocaína pone en juego cuando la droga le hace falta. Y a la verdad que no hay consideración deontológica, no hay consideración científica, no hay vigilancia de la policía, no hay negativas de los médicos, no hay dificultades pecuniarias que no sean atropelladas y fácilmente vencidas por estos maestros de la simulación y la mentira» Tomás Doria, «Las drogas heroicas», *Revista de la Facultad de Medicina*, v. iv, Bogotá, septiembre de 1935, (3), pp. 118-125
22. Convención Internacional sobre el Opio, 23 de enero La Haya 1912, www.consep.gov.ec/pdf/COOPIO12.pdf sitio web visitado el 30 de noviembre de 2006.
23. Escohotado, *op. cit.*, p. 213.
24. Véanse las leyes en José Emilio Orozco, *Legislación farmacéutica colombiana*, Bogotá, Mundo al día, 1940.
25. *Ibid.*
26. Juan Carlos Llano, *Morfinomanía*, Tesis de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Imprenta «El Espectador», 1900.
27. *Ibid.*, p. 7.
28. *Ibid.*, p. 58.
29. Catalina Reyes, *Aspectos de la vida cotidiana en Medellín, 1890-1930*, Colcultura, 1996, p. 156. Véase también: Tomás Quevedo Álvarez, *Del alcoholismo*, tesis de grado, Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, Imprenta del departamento, 1899.
30. Como afirma Escohotado: «Hacia 1914 no había un solo médico o farmacólogo competente en todo el mundo que considerara «inútil» el opio y sus derivados, ya atreverse a prohibirlos como se prohibió el alcohol, un fármaco para el puro esparcimiento, habría producido un clamor de protesta.» *op. cit.*, p. 258.
31. Juan Carlos Llano, *op. cit.*, p. 15.
32. *Ibid.*, p. 17. Sobre este tema para la época actual véase el trabajo de Tiberio Alvarez Echeverri, «La anestesiología, profesión signada por la drogadicción», *Iatreia*, Medellín, v. 07, (03), Sep. 1994, pp. 143-147.
33. *Ibid.*, p. 15.
34. *Ibid.*, p. 17.
35. *Ibid.*, p. 57
36. Malena Quintero, *Historia de la medicalización del consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, durante el siglo xx*. Trabajo de grado en historial, Universidad Nacional de Colombia, 2005, pp. 63-64.
37. La relación entre los trabajadores asalariados, y el consumo de alcohol como resistencia a ese proceso de disciplinamiento industrial ha sido estudiada por E.P Thompson, *Tradicción, revuelta y consciencia de clase: estudios sobre las crisis de la sociedad preindustrial*, Barcelona, Crítica, 1979; y en nuestro medio por el historiador Mauricio Archila Neira, «El uso del tiempo libre entre los obreros, 1910-1945», *Anuario colombiano de historia social y de la cultura*, Bogotá, 1990, (18-19), pp. 145-184.

38. Catalina Reyes, *op. cit.*, p. 167.
39. AHM, t. 213, sin foliar, Citado por Catalina Reyes, *op. cit.*, p. 168.
40. Francisco Solórzano Arriaga, «El Abuso de los medicamentos», *Labor*, Medellín, Laboratorios Uribe Ángel, mayo de 1927, (44), pp. 297-299.
41. AHM, Alcaldía, t. 214, f. 362.
42. Debido a que en el año de 1925 la Dirección Nacional de Higiene agregó a sus funciones la de asistencia pública, en 1926 la Comisión Sanitaria Municipal tomó el nombre de Junta de Asistencia y Salubridad Pública (JASP). La JASP fue creada por el acuerdo N^o 70 de 1926 y comenzó labores el 1 de abril de ese año. Estaba compuesta por el doctor Jesús M. Duque, presidente y médico jefe municipal; doctor Gil J. Gil; doctor Baudilio Zuluaga; doctor Apolinar Villa, presidente de la Sociedad de San Vicente de Paúl, el señor alcalde, doctor Nicolás Vélez, el señor personero suplente, Agapito Betancurt, el director departamental de Higiene, doctor Vespaciano Peláez y el doctor Ricardo Willis, gerente de Obras Públicas. La oficina de la Junta estaba situada en la Carrera 2, Cundinamarca, N^o 126. AHM, Alcaldía, t. 202, f. 362
43. Véase: «Análisis del veneno del caso del delito de Manuel Osorio, 24 de agosto de 1917 en Caramanta, Antioquia», *Crónica Municipal*, marzo 9 de 1918, (196-197), p. 1.561. Véase también en el «Informe de la Inspección 5^a», *Crónica Municipal*, 23 de mayo de 1917, (160-161), p. 1.275; «Informe de la Inspección 5^a, Diligencias iniciadas para averiguar cual de las boticas de la ciudad vende morfina sin prescripción médica», *Crónica Municipal*, septiembre 3 de 1918, (196-197), p. 1.562.
44. AHM, Alcaldía, t. 209, f. 12.
45. Véase en los anexos de esta investigación el «Informe del inspector de farmacias Dr. Carlos Bustamante sobre las visitas a farmacias a partir de 1928». AHM, Alcaldía, JASP, t. 212, f. 301.
46. El 24 de abril de 1929, la Junta se dirige por medio de una misiva a cada uno de los doctores de la ciudad en la cual les explica que «los jóvenes de los centros han estado abusando de drogas heroicas, por lo tanto las fórmulas que las soliciten serán decomisadas en las boticas, y deberán llevar la firma del médico y la fecha y ojalá se suprimiese de dichas fórmulas afirmaciones del tenor siguiente: despáchese indefinidamente». AHM, Alcaldía, JASP, t. 213^a, f. 267.
47. Véase sobre todo: Michel Foucault, «Historia de la medicalización», *Medicina e historia, el pensamiento de Michel Foucault*, Washington, OMS / OPS, 1978.
48. AHM, Alcaldía, t. 214, f. 391, Otro médico sin licencia, un tal A. Zapata Serna quien se puso en evidencia después de recetar altas dosis de cocaína y no poder demostrar la existencia de su título, fue multado con la suma de \$300.
49. Carlos Bustamante «Informe del visitador de Droguerías, Boticas y Farmacias, correspondiente al mes de abril de 1929», AHM, Alcaldía, JASP, t. 212, f. 312-317
50. Carlos Bustamante «Informe del visitador de Droguerías, Boticas y Farmacias, octubre 7 de 1929», AHM, Alcaldía, JASP, t. 212, f. 323.
51. «Resolución N^o 139 del Director Departamental de Higiene, Alberto Gómez Arango, por la cual se nombra al Inspector de Farmacias», mayo 14 de 1929, AHM, Alcaldía, JASP, t. 213^a, f. 263.
52. AHM, Alcaldía, JASP, t. 213 ff., 149-151.
53. AHM, Alcaldía, JASP, t. 213, f. 153.
54. AHM, Alcaldía, t. 214, f. 298.
55. AHM, Fondo J.A.S.P. t. 213^a, f. 284.

56. La solicitud de licencia para importar esos productos era una de los puntos de los tratados internacionales firmados por Colombia.
57. Informe del inspector de sanidad correspondiente al mes de julio de 1930", AHM, JASP, t. 213a, f. 432.
58. AHM, Alcaldía, JASP, t. 213^a, f. 80.
59. El secretario de Gobierno, Miguel Moreno contestó a la JASP, que su oficina estaba dispuesta a cooperar en lo que sea necesario para la lucha contra las drogas heroicas «que ha iniciado esa importante junta y por la cual la felicito». AHM, Alcaldía, JASP, t. 213^a, f. 218.
60. »Contrabando de drogas heroicas», *Heraldo de Antioquia*, 12 de agosto de 1929, p. 15. Debo este interesante dato a la historiadora Victoria Estrada, quien por casualidad lo halló en el archivo de prensa de la Universidad de Antioquia.
61. Antonio Escohotado, *Historia general de las drogas*, t.2, Madrid: Alianza, 1989, pp. 64-65.
62. *Ibid.*
63. Antonio Escohotado, *Para una fenomenología de las drogas*, Madrid, Mondadori, 1992, p. 85.
64. AHM, Alcaldía, t. 214, JASP, f. 338
65. AHM, Alcaldía, JASP, t. 214, f. 343; t. 217, f. 158, 13 de febrero de 1930.
66. Resolución N° 2 del 17 de marzo de 1930 por la cual se adiciona a la N° 1 sobre drogas hipnóticas, AHM, Alcaldía, JASP, t. 214, f. 362.
67. *Ibid.*
68. Richard Davenport-Hines, *op. cit.*, p. 214
69. *Ibid.*
70. «Un caso de intoxicación por Veronal», *La Clínica, Revista quincenal de Medicina y Cirugía*, Barranquilla, 1° de Febrero de 1929, (4), pp. 133-134.
71. *Ibid.*
72. «Drogas extranjeras de patente», *La Clínica*, Barranquilla, 15 de marzo de 1929, (7), pp.236-238; «Drogas extranjeras de patente II», *La Clínica*, Barranquilla, mayo 15 de 1929, (11), pp. 369-370; «Drogas extranjeras de patente III», *La Clínica*, Barranquilla, mayo 15 de 1929, (11), pp. 393-395; «Drogas extranjeras de patente IV», *La Clínica*, Barranquilla, junio 15 de 1929, (13), pp. 435-436; «Drogas extranjeras de patente», *La Clínica*, Barranquilla, diciembre 1 de 1929, (24), pp. 737-739.
73. AHM, Alcaldía, JASP, t. 214, f. 297
74. AHM, Alcaldía, JASP, t. 214, ff. 297-302.
75. AHM, Alcaldía, JASP, t. 214, f. 442.
76. AHM, Alcaldía, JASP, t. 217, f. 11
77. Acta 45 sesión del jueves 28 de agosto de 1930, Introducción de una droga heroica, AHM, Alcaldía, JASP, t. 218, f. 197.
78. AHM, Alcaldía, JASP, t. 218, f. 197 Acta N° 38 sesión del 24 de julio de 1930.
79. En el informe de Septiembre de 1929 el Inspector de Farmacias y Droguerías anota que: ... «sólo a Palacio Isaza & Co., les llegó un pedido de 1000 gramos de morfina y 1000 gramos de cocaína (...) como se puede ver el expendio de drogas ha sido muy reducido con respecto a los otros meses. Ha habido una entrada de morfina de 1000 gramos y una salida de la misma de 677, 50 de los cuales 400 ha salido para las diversas poblaciones y el resto ha sido formulada en la ciudad. AHM, Alcaldía, JASP, t. 212, f. 318. Así mismo en el informe de octubre dice: «... el movimiento de las

drogas está actualmente muy limitado en relación con el existente anteriormente, como lo afirman los mismos droguistas el movimiento de las drogas restantes ha estado, puede decirse, paralizado»... AHM, Alcaldía, JASP, t. 212, f. 324. Véase la tabla y gráficos anexos sobre control de drogas heroicas.

80. AHM, Alcaldía, JASP, t. 220^a, f. 219, 24 Miguel Arango, de febrero de 1931.
81. Delio Alzate, «Drogas heroicas», *La Farmacia*, Medellín, enero y febrero de 1932, año II, (13), p. 2.
82. AHM, Alcaldía, JASP, t. 222, f. 322.
83. *Ibíd.*
84. AHM, Alcaldía, J.A.S.P. t. 222, f. 327
85. Reglamentada la venta de drogas heroicas. *Heraldo de Antioquia*, 9 de octubre de 1941, p. 6 y 8.

6. Conclusiones y perspectivas

1. La visión liberal del mercado de los medicamentos, presente en Colombia desde el siglo XIX, fue criticada e intervenida a partir de 1914, por las autoridades médico-sanitarias dentro de un proyecto nacional de medicalización. En los diversos ámbitos por medicalizar, la regulación de los medicamentos aparece como uno de los más importantes de la salud pública.

2. La ciudad de Medellín fue escenario de una nueva organización sanitaria desplegada inicialmente para enfrentar la amenaza de las enfermedades epidémicas, pero en esa tarea la escasez o presencia de remedios eficaces fue un asunto determinante que movilizó a las autoridades de higiene y a los droguistas.

3. En Antioquia, entre 1914 y 1940 la lucha oficial contra los remedios secretos y sus distribuidores, configura una discontinuidad histórica que se tradujo en una serie singular de acontecimientos, porque por primera vez convergieron los debates médico-políticos, las medidas legislativas, el interés y la sensibilidad de las autoridades y los recursos técnicos y humanos (inspecciones, laboratorios, profesionales de la química y la bacteriología), para ejercer un control sistemático de los medicamentos. Sin embargo, esta investigación ha mostrado que los distribuidores de diversa índole no aceptaron pasivamente las nuevas políticas sanitarias y crearon estrategias para resistirlas y evadirlas.

4. La década de 1930 se caracteriza por el incremento de la desconfianza hacia las medicinas de patente importadas. La prensa médica y la prensa farmacéutica colombianas registran en ese decenio abiertas críticas al comercio de medicinas importadas. La condición histórica para la transición de la confianza liberal decimonónica a la regulación biopolítica de los remedios, no dependió solamente de cambios sociales, económicos y políticos. También tuvo que ver con cambios en las condiciones de existencia de los medicamentos. Al ser intervenidas por las autoridades médico-sanitarias, las condiciones de producción y de circulación de los medicamentos comienzan a revestir un carácter más ajustado a criterios positivos y científicos tendientes a conformar procesos de normalización. Estos comprenden también los diversos oficios ligados a la circulación del medicamento (boticas, comercio y aduana, medicina, industria química), que se

fortalecen como actividades económicas, pero también como agremiaciones de intereses comunes. El proceso de normalización de los medicamentos, en tanto debate económico y político, fortaleció el posicionamiento de la naciente industria química y farmacéutica nacional, que comenzó a competir con los productos importados. Al proponer sus estrategias publicitarias, la industria local no contradujo los intereses del poder médico y gracias a ello encontró respaldo para sus proyectos y reivindicaciones.

5. La historia de la legislación farmacéutica en Colombia muestra la complejidad de juegos de intereses involucrados en la circulación del medicamento. Ese conjunto documental, rico y complejo, es la mejor prueba de que los medicamentos no son una mercancía trivial. La mercancía-medicamento requirió un lento proceso de normalización y medicalización, no exigido por ninguna otra manufactura. Ninguna mercancía ha involucrado para su existencia un debate tan rico, a la vez político, científico, ético y económico.

6. Al finalizar la década de 1920 se desarrolló en Antioquia una campaña para evitar el tráfico ilegal y el consumo de drogas heroicas, la cual sirvió a su vez, para extender y fortalecer el proceso de medicalización de la oferta terapéutica, en especial en Medellín.

7. Si todo proceso de medicalización lleva consigo el despliegue de dispositivos de coerción, la historia de la regulación de los medicamentos en Colombia muestra que el mercado de medicinas de patente y de las drogas heroicas fue intervenida desde 1920. En esta investigación se estudió ese proceso hasta 1942 aproximadamente y se observa que la cobertura de la intervención médica en los asuntos sociales no fue total. Aún hoy las prácticas terapéuticas ilegales, alternativas o tradicionales, desde sus versiones indígenas hasta las «naturistas», siguen vigentes y su resistencia a los mecanismos institucionales de legitimación las mantiene activas en el mercado de cuidados y productos de salud.

8. Finalmente podemos decir que, para hacer la historia de la regulación de los medicamentos en Colombia, habría que continuar la búsqueda de información en el resto del país, sobre todo en los archivos provenientes de las oficinas municipales y departamentales de higiene. El caso del departamento de Antioquia, muestra que esta historia también fue discontinua, fragmentaria y regional, pues los acontecimientos del orden nacional, como la legislación farmacéutica, no alcanzan a explicar por sí mismos los procesos. Además, la información suministrada por las oficinas regionales de todo el país a la Dirección

Nacional de Higiene entre 1914 y 1925 sugiere que el control de la circulación de los medicamentos en el resto del territorio nacional que estaba dispuesto entre las misiones encomendadas a esas dependencias, fue tal vez un asunto menor frente a problemas de salud pública que los médicos veían con mayor urgencia, tales como la lepra, las disenterías, la viruela, la fiebre tifoidea, la higiene de las aguas y en fin, todo lo que pudiera propiciar el despliegue de las endemias y epidemias. Esa ausencia podría sugerir cierta dificultad para realizar la historia temprana de ese proceso en todo el país, pero esto es algo que solo una investigación pertinente podrá confirmar.

7. Glosario

- **Autoridades médicas- Autoridades sanitarias:** a finales del siglo XIX, pero sobre todo durante el XX, la institucionalización de la medicina permitió que el Estado utilizara esas nuevas organizaciones de expertos como plataforma para reformar las prácticas sanitarias y promover un sistema sanitario moderno. Los médicos organizados en instituciones oficiales como las JDH, las CSM y la JCH o la CEF, ejercieron el poder de emitir resoluciones que tenían carácter de decretos y a la vez se ligaron a los proyectos gubernamentales de las administraciones locales, como alcaldías y concejos. De esa manera, los médicos organizados en instituciones oficiales, se convierten en autoridades encargadas del fomento de la salud pública.
- **Boticas-Farmacias:** la botica era el lugar donde se preparaban y expendían medicamentos por parte de un experto en el arte de la farmacia llamado boticario. Durante el siglo XIX se llamó rebotica a la oficina donde se preparaban las medicinas y donde estaban los instrumentos de preparación, y botica a la parte frontal del establecimiento donde se atendía y vendían los productos. Algunos autores (Rivero Seña) advierten que botica era el establecimiento comercial y farmacia solo se llamaba al saber, pero a veces esa diferencia parece confundirse sobre todo por los mismos farmaceutas. En Colombia a comienzos del siglo XX fue más usual el término de botica para la oficina de preparación de medicamentos y farmacia para el resto del establecimiento. Algunos locales también tenían un tercer espacio para el almacenamiento de las sustancias.
- **Boticario-Farmaceuta:** esta diferencia parece más clara en los países donde hubo un desarrollo temprano de la institucionalización de la enseñanza de la farmacia. Por ejemplo, en México, los boticarios eran quienes habían aprendido con la práctica y enseñanza particular de médicos, pero cuando se formó la escuela de farmacia a finales del siglo XIX, los graduados obtenían el título de farmaceutas, es decir expertos en el saber de la farmacia. Así comienza una historia de competencia entre las dos profesiones, una más tradicional y empírica que la otra. En Colombia, sólo parece esbozarse con alguna fuerza esa discusión en la década de 1930

cuando los recién graduados de la Escuela de Farmacia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá), exigieron que debían ser ellos los únicos encargados de la dirección de los laboratorios farmacéuticos y de las farmacias, por lo cual farmacéutas no titulados, pero con licencia) respondieron que ellos también dominaban el saber de la farmacia con la experiencia de los años y sus derechos adquiridos debían ser respetados.

- **Droguerías-Droguistas:** Las droguerías se diferencian del resto de establecimientos de venta de medicamentos porque sus dueños eran ante todo comerciantes importadores de todo tipo de productos, desde materias primas para la confección de medicamentos hasta cosméticos, máquinas, alimentos, bebidas, sombreros, porcelanas, pólvora, es decir todo lo que pudiera importarse o producirse al por mayor. Sus dueños, los llamados droguistas, gozaban de una mayor capacidad de compra de medicamentos, representaban a casas comerciales extranjeras y por ser distribuidores autorizados, tenían relaciones comerciales y agentes en los países productores. Internamente contaban con agentes en los puertos marítimos y estaciones principales de las líneas ferroviarias. Por lo general, en las droguerías no se despachaban fórmulas, sólo se vendían medicamentos ya elaborados como específicos locales y extranjeros, pero algunas droguerías también llegaron a hacerlo. En Medellín mediante gestión del químico Joaquín Escovar las droguerías que no eran del grupo LUA (luego Aliadas) se unieron en 1931 con algunas farmacias importantes y formaron la Unión de Droguistas Independientes, de la que la revista *La Farmacia* fue su órgano de difusión.
- **Droga Blanca:** Según el químico Joaquín Escovar es el conjunto de sustancias que comprende todos los ácidos, sales, y materias primas aptas para el despacho de fórmulas.
- **Drogas heroicas:** inicialmente se denominaron así a las drogas fuertes que podían en determinado momento salvar al enfermo o reconfortarlo. Pero después de la generalización del uso de la cocaína, la morfina y la heroína, y la constatación de la habituación que producían, se denominaron así a todos los estupefacientes.
- **Específicos, especialidades farmacéuticas y medicinas de patente:** eran medicamentos elaborados según una técnica diferente a las propuestas por los Codex usuales de farmacia, los cuales toman un nombre especial que generalmente hace alusión al autor

de la composición, la enfermedad a la que está dirigida o a los síntomas que alivia. Según la Ley 117 de 1913, entre las llamadas especialidades farmacéuticas había algunas que eran patentadas con fórmula conocida (registrada y patentada en Colombia, llamadas también medicinas de patente) y las especialidades no patentadas o «remedios secretos», éstos últimos pagaban mayor impuesto. Por lo general, se hablaba de específicos para los productos locales y medicinas de patente o especialidades para los importados, aunque a veces se usaban como sinónimos. Sin embargo, la diferencia fundamental entre específicos y medicinas de patente es que las últimas siempre han obtenido una patente de privilegio concedida por el Estado durante varios años para explotar el nombre de una composición, la cual no debía publicarse hasta el vencimiento de ese privilegio.

- **Remedios secretos:** medicamentos de fórmula oficialmente desconocida. Hasta comienzos del siglo XX aunque su venta no estaba prohibida de modo absoluto no se podían vender sin prescripción médica. El proyecto medicalizador tenía entre sus divisas suprimir el comercio de esa clase de productos por considerarlos un peligro para la salud pública.
- **Medicamentos genéricos:** Una vez vencidas las patentes que protegen la invención farmacéutica, los componentes y las formas de elaboración pueden ser publicados por el Estado y se autoriza la libre producción de esa fórmula especial que hoy se ha denominado «genéricos», porque su composición es una copia idéntica a la fórmula especial.
- **Medicina higienista-médicos higienistas:** según el doctor Pablo García Medina (director nacional de higiene en la década de 1920) se puede definir la higiene como «el arte de conservar la salud» a través de prácticas dirigidas a evitar las enfermedades e impedir su propagación. El saber médico habla de una higiene general, inspirada en la tradición hipocrática, en la cual se estudia las relaciones entre el hombre y el medio en que vive. La higiene especial estudia los principios de higiene aplicados al individuo o a un grupo de individuos. Comprende la higiene del hombre en sus diversas edades, la higiene de las poblaciones, de las industrias etc. La higiene pública enseña las medidas que las autoridades y los particulares deben tomar para mejorar las poblaciones y defender-

las de las enfermedades». Los médicos higienistas estarán al frente de la aplicación de ese saber.

- **Patentes:** la Ley 35 de 1869 *Sobre patentes de invención, mejora, o introducción de nuevas industrias*, la cual derogaba la Ley del 15 de mayo de 1848 *Sobre patentes de invención o mejora de máquinas o aparatos industriales*, establecía que la patente otorgaba a su inventor el derecho de aprovecharse exclusivamente de su invención o descubrimiento por un tiempo entre cinco a veinte años. Por cada año de explotación el inventor debía pagar entre 5 a 10 pesos «una sola vez y al tiempo de recibir la patente». Patentar un remedio podría costar 100 pesos en promedio. La ley se interesaba también en la protección de la invención, por eso estipulaba el castigo a los delitos de imitación y falsificación, los cuales según los avisos de algunos laboratorios extranjeros eran muy habituales. Por otra parte, hubo también un interés por el beneficio público a largo plazo: después de vencida la patente de privilegio el Gobierno tendría autonomía para hacer públicas las descripciones y modos de obtención de los inventos patentados. Luego de pagar los derechos de solicitud de la patente a la Tesorería Central, los interesados debían presentar una descripción de la fórmula o medio de obtención del nuevo invento y enviar dos muestras del producto al Ministerio de Industrias y Comercio. Aunque según la ley, la patente podía ser expedida sin examen previo de la utilidad del objeto y sin comprobar si lo que se patentaba era una invención o una mejora, se exigía que la invención estuviera de acuerdo con las normas de salud y seguridad públicas. Para «dar cumplimiento a esta disposición era imprescindible el examen previo de aquellas invenciones que tuvieran que ver directamente con la salud pública, como específicos, alimentos y bebidas, etc.» Lo que no quedaba claro era en dónde se realizarían dichos exámenes, si correrían por cuenta de los mismos interesados o si el Gobierno se encargaría de la creación y sostenimiento de los laboratorios necesarios. Sin embargo, la precariedad de la organización sanitaria nacional impidió que tal apartado de la ley de patentes se cumpliera a cabalidad. Ver también en el anexo 2 la entrada Patente.

8. Anexos

Anexo 1

Informe del inspector de farmacias doctor Carlos Bustamante sobre las visitas a farmacias a partir de 1928. AHM, Alcaldía, JASP, t., 212, f., 301.

La Inspección de las boticas y Droguerías se hace una vez o más al mes según la necesidad de dicha inspección. De estas visitas se levanta acta por duplicado y se envía una a la Junta y otra queda en esta oficina. La visita se hace más o menos así:

1. Exigir que el establecimiento tenga permiso escrito para funcionar, expedido por el señor Alcalde Municipal.

2. Que cuente con elementos necesarios para el correcto despacho e fórmulas,

3. Que el encargado o los encargados estén autorizados por certificado registrado en la Dirección departamental de Higiene.

4. Que tengan certificado de sanidad recientemente conseguido.

5. Que los libros estén abiertos y rubricados (estos son tres: uno en el cual se copian las fórmulas generales, otro en el que se copian las que tienen drogas tóxicas; y por último otro para llevar el balance de entradas y salidas de drogas heroicas.

6. Se anota la última fórmula del copiador general, así como la fecha a la cual corresponde, con el fin de ver si ha habido un retraso en el copiador.

7. Se anota la última fórmula del libro en que se copian las que tienen sustancias tóxicas, su número, el individuo que va a tomar el medicamento o la residencia del individuo, el médico que expidió la fórmula y la fecha.

8. Se observa si se han despachado fórmulas de médicos que no están legalmente autorizados y se anota si es el caso.

9. Se exigen los originales de todas las fórmulas heroicas, jeringas y agujas que se han despachado desde la visita anterior y se sellan con un sello de esta oficina para evitar que puedan presentarse en otra posterior

10. Se exige que estén copiadas en el libro correspondiente.

11. Se exige el libro de entradas y salidas de drogas heroicas, jeringas y agujas para uso hipodérmico, y se anota si la cantidad de éstas si

coincide con o nó a la que da el libro. (Esto se hace después de contar estas sustancias y pesar las drogas lo más exactamente posible; pero como en el despacho siempre se pierde pequeñas cantidades como es natural he resuelto según el movimiento de la farmacia que se visite aceptar diferencias de hasta por 20 centigramos). En el libro de la farmacia anoto siempre, como puede verse en todas la cantidad que queda en cada una de ellas con letra mía para así evitar errores en la visita siguiente. Si alguna farmacia necesita de otra alguna sustancia de esta clase la farmacia que desea comprar le da un recibo a la que le vende para que esta lo tenga en el momento de la visita y así justificar la salida de la droga. Dicho recibo también es anulado.

12. Se observa que las sustancias tóxicas estén colocadas en sitio apartado y que tengan tiquete especial.

13. Si en general las drogas están en buen estado.

14. Si se emplea agua esterilizada para el despacho de fórmulas y si se usa papel adecuado es decir limpio y blando para la envoltura de papeletas, paquetes etc.

15. Si el despacho de fórmula se hace de manera correcta (cuando llego a una farmacia y están despachando espero a que esto termine con el fin de observar si esta bien o mal despachada y hacer las insinuaciones al respeto.

16. Vigilar que no exista en el lugar propaganda pública de especialidades destinadas a combatir enfermedades venéreas.

17. Vigilar si existen en el establecimiento especialidades sin licencia de la comisión de Especialidades Farmacéuticas de la República de Colombia y anotarlas para que la Inspección de Sanidad haga su decomiso (con este envío a esta oficina la Dirección Departamental de Higiene una lista de las especialidades licenciadas tanto las extranjeras como las nacionales por orden alfabético en el cual se encuentran también las que están negadas o suspendidas; si alguna nueva hubiere no podrá venderse sino mediante presentación de licencia respectiva).

18. Exigir que los carteles que contienen disposiciones legales sobre farmacias, la resolución N^o 102 de la Dirección Departamental de Higiene y de la Inspección de Sanidad están fijados en lugar conveniente.

19. Anotar si se han despachado drogas tóxicas sin fórmulas de médico.

20. Anotar si el visitador tiene noticia de que el boticario ejerza en cualquier forma la profesión de medicina o sus auxiliares sin autorización del caso.

21. Anotar la existencia en el acta de visita de las siguientes drogas: Morfina, cocaína. Sedol, pantopón, jeringas, agujas, dionina, codeína, ampollas de morfina, de cocaína, de sedol, de pantopón, comprimidos de estas sustancias, láudano de Sydenham y veronal.

La oficina de encomiendas postales me envía cada vez que es el caso una nota en la cual me da aviso de que a uno u otro establecimiento ha llegado esta clase de sustancias: se compra con licencia expedida y se la carga al establecimiento responsable para luego controlarlo. Cuando una droguería vende a las farmacias me envía la lista de las drogas vendidas y las farmacias que compran para cargarlas a ella. Otro libro, es el de los pedidos al extranjero el cual debe estar de acuerdo con el legajo de la Dirección Departamental de Higiene [...].

Anexo 2:

Tabla 1. Dependencia de las instancias rectoras de la higiene en Colombia 1886-1953

Periodos	Instancia	Dependiente de
1886-1913	Junta Central de Higiene	Ministerio de Instrucción Pública
1913-1914	Consejo Superior de Sanidad	Ministerio de Gobierno
1914-1918	Junta Central de Higiene	Ministerio de Gobierno
1918-1920	Dirección Nacional de Higiene	Ministerio de Instrucción Pública
1920-1923	Dirección Nacional de Higiene	Ministerio de Agricultura y Comercio
1923-1925	Dirección Nacional de Higiene	Ministerio de Instrucción Pública
1925-1931	Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública	Ministerio de Instrucción Pública
1926-1931	Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública	Ministerio de Instrucción Pública y Salubridad Pública
1931-1931	Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública	Independiente
1931-1934	Departamento Nacional de Higiene	Presidencia
1934-1935	Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Gobierno
1935-1936	Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Agricultura y Comercio
1936-1938	Departamento Nacional de Higiene	Ministerio de Educación Nacional
1938-1945	Dirección Nacional de Higiene	Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión social
1945-1946	Dirección Nacional de Salubridad	Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión social
1946-1953	Ministerio de Higiene	Presidencia de la República
1953- 1975	Ministerio de Salud Pública	Presidencia de la República
1975-	Ministerio de Salud	Presidencia de la República

Tomado de: César Moreno, *Visión histórica de la farmacia*, Trabajo de grado de Químico Farmacéutico, Universidad Nacional de Colombia, 2003.
<http://www.farmacia.unal.edu.co/historia.htm>

Bibliografía

- Alegre, María Esther y María Esther Gil, *La farmacia en el siglo XIX*, Madrid, Akal, 1992.
- Anderson, Stuart (editor), *Making Medicines. A brief history of pharmacy and pharmaceuticals*, London, Pharmaceutical Press, 2005.
- Álvarez, Víctor, *Gonzalo Restrepo Jaramillo. Familia, empresa y política en Antioquia 1895-1966*, Medellín, FAES, 1999.
- Álvarez, Víctor, «De las sociedades de negocios al «Sindicato Antioqueño». Un camino centenario.» Carlos Dávila L. de Guevara (Compilador), *Empresas y empresarios en la historia de Colombia. Siglos XIX y XX*, Bogotá, Norma / Uniandes, 2003, pp. 213-246.
- Arango Loboguerrero, Leonidas, «Alias El Tegua», *Repertorio Boyacense*, (339), Tunja, Academia Boyacense de Historia, diciembre de 2003.
- _____, «Los específicos: un prodigio en cada frasco», Jorge Márquez y Víctor García (directores de edición), *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2006, pp. 99-126.
- Archila, Mauricio, «El uso del tiempo libre entre los obreros, 1910-1945», *Anuario colombiano de historia social y de la cultura*, Bogotá, 1990, (18-19), pp. 145-184.
- Bejarano, Jesús Antonio, «La economía colombiana entre 1922 y 1929», Álvaro Tirado Mejía (director), *Nueva historia de Colombia*, Bogotá, Planeta, 1989, t. v.
- Bell, P. L. *Colombia: a Commercial and Industrial Handbook*, Washington, Government Printing Office, 1921.
- Bonah, Christian et Anne Rasmussen (dir.), *Histoire et Médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Gliphe, 2005.
- Botero Herrera, Fernando, *La industrialización en Antioquia: génesis y consolidación 1900-1930*, Medellín, Universidad de Antioquia, 1985. Hay edición reciente de Hombre Nuevo Editores.
- _____, *Medellín 1890-1950. Historia urbana y juego de intereses*, Medellín, Universidad de Antioquia, 1996.
- Botero Restrepo, Juan, *La Academia de Medicina de Medellín, fundadores y presidentes*, Medellín, 1988.

- Cardona, Álvaro, *Problemática médica antioqueña y su contexto sociohistórico a comienzos del siglo xx en Antioquia*, Universidad de Antioquia, 1985.
- Carvajal, Juan Fernando, Abel Martínez, Bernardo Meléndez, Francisco Manrique, Gustavo Fred, «La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. Aproximación histórico epidemiológica», *Perspectiva, salud-enfermedad*, v. 13, n° 1, junio-diciembre de 2006, Universidad Pedagógica de Tunja, pp. 19-32.
- Castro, Edgardo, *El vocabulario de Michel Foucault*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes, 2004.
- Courtwright, David, *Las Drogas y la formación del mundo moderno*, Barcelona, Paidós, 2002.
- Collin, Johanne, «Entre discours et pratiques : la pharmacie montréalaise face à la thérapeutique», *Revue de l'Amérique française*, v. 53, 1999, pp. 61-92.
- Chast, François, «Los medicamentos», Grmek Mirko (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, v. 3 : Du romanticisme à la science moderne, Paris, Seuil, 1999.
- _____, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte, 2002.
- Chauveau, Sophie, «El estatuto legal del medicamento en Francia, siglos XIX y XX», Christian Bonah et Anne Rasmussen (dir), *Histoire et Médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Gliphe, 2005, pp. 87-114 (copia dactilográfica, traducción al español de Jorge Márquez, 2006).
- Chauveau, Sophie, «Marché et publicité des médicaments», Christian Bonah et Anne Rasmussen (dir), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Gliphe, 2005.
- Chauveau Sophie, *L'invention pharmaceutique, La pharmacie française entre l'État et la société au XXe siècle*, Les Émpecheurs du penser en rond, Paris, 1999.
- Dagognet, François, *La razón y los remedios*, París, PUF, 1964 (traducción al español de Luis Alfonso Paláu y Jorge Márquez, copia dactilográfica, 2006).
- _____, *Savoir et pouvoir en médecine*, Le Plessis Robinson, Synthélabo, 1998.
- _____, y Philippe Pignarre, *Cien palabras para comprender los medicamentos. Cómo os curan*, Paris, Seuil, 2005 (traducción al español de Luis Alfonso Paláu, copia dactilográfica).

- Davenport-Hines, Richard, *La búsqueda del olvido. Historia global de las Drogas, 1500-2000*, México, FCE, 2003.
- Duque Hernández, Óscar, «Biografía de J. M. Duque» (manuscrito).
- Escotado, Antonio, *Historia general de las drogas*, Madrid, Alianza, 1989.
- _____, *Para una fenomenología de las drogas*, Madrid, Mondadori, 1992.
- Eslava, Juan Carlos, *La emergencia de la salud pública como campo profesional en Colombia*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Colombia, 2002.
- Faure, Olivier, «Los farmacéuticos y el medicamento en Francia en el siglo XIX», Christian Bonah et Anne Rasmussen (dir.), *Histoire et Médicament aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Gliphe, 2005, pp. 65-85
- Faure, Olivier, «El éxito del medicamento en Francia en el siglo XIX y sus significaciones», Jean-Claude Beaune (dir.), *La philosophie du remède*, Lyon, Champ Vallon, 1993.
- Faure, Olivier, *Les français et leur médecine au XIXe siècle*, Paris, Belin, 1993.
- Foucault, Michel, *Estrategias de poder*, Barcelona, Paidós, 1999.
- _____, «Historia de la medicalización», *Medicina e historia, el pensamiento de Michel Foucault*, Washington, OMS / OPS, 1978.
- García, Víctor y Jorge Márquez, «Estrategias publicitarias del medicamento en Colombia 1850-1930», Jorge Márquez, Álvaro Casas y Victoria Estrada, (directores de edición), *Higienizar, medicar, gobernar: Historia, medicina y sociedad en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2004, pp. 111-126.
- Gilbert Augustin-Nicolas y Charles Michel, *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie*, Paris, Octave Doin, 1925.
- Gomes Temporão, José, *A propaganda de medicamentos o mito da saúde*, Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- Gómez, Fernando y Arturo Puerta, *Biografía económica de las Industrias de Antioquia*, Medellín, Bedout, 1946.
- González Ramón, Jordi, *Propaganda y medicamentos: antecedentes históricos de un fraude a la sociedad*, Barcelona, Base, 1977.
- Goozner, Merrill, *La píldora de los 800 millones de dólares*, Bogotá, Norma, 2004.
- Henderson, James, *La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1869-1965*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2006.
- Hinke, Nina, «Entre arte y ciencia: la farmacia en México a finales del siglo XIX», *Relaciones*, 88, otoño 2001, v. XXII, pp. 50-78.

- López Michelsen, Alfonso, «La guerra con el Perú», *Credencial Historia*, Bogotá, (4), abril de 1990.
- Marks, Harry, *Le médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques 1900-1990*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1999.
- Márquez, Jorge y Víctor García (directores de edición), *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2006.
- Márquez Valderrama, Jorge, «Medicamentos, médicos y boticarios en el siglo XIX en Colombia», Jorge Márquez y Víctor García (directores de edición), *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2006, pp. 127-153
- _____, *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*, Medellín, Universidad de Antioquia / Universidad Nacional de Colombia, 2005.
- Márquez Valderrama, Jorge y Felipe Gutiérrez, CD Base de Datos, *Prácticas, discursos y mitologías de terapéuticas y terapeutas en la publicidad del remedio en Colombia, 1850-1930*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 2005.
- Márquez Valderrama, Jorge, «¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa Atlántica de Colombia», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. VIII (1), may-jun-2001, pp. 133-171.
- Martínez, Rafael y Guillermo Hernández de Alba, *Contribución para la historia de la medicina colombiana*, Shering Corporation USA, Bogotá, 1966.
- Mejía, Inés, Adriana Alzate y Gloria Cecilia Acevedo, «La química farmacéutica en Antioquia: cincuenta años de labores», *Vitae: Revista de la Facultad de Química Farmacéutica de la Universidad de Antioquia*, (2), marzo de 1993.
- Miranda, Néstor, Emilio Quevedo y Mario Hernández, *Historia social de la ciencia en Colombia*, t. VIII, Medicina, Bogotá, Colciencias, 1993.
- Molnoy, Michel, *Une multinationale pharmaceutique au début du XXème siècle : stratégie-marketing la mondialisation déjà...*, 2003 (manuscrito).
- Montoya, Jorge William, *Profilaxis antivenérea y dispositivos de control social en Antioquia 1886-1935*, trabajo de grado para optar al título de magíster en historia, Medellín, Universidad Nacional de Colombia, 1998.
- Moreno César, *Visión histórica de la farmacia*, Trabajo de grado de Químico Farmacéutico, Universidad Nacional de Colombia, 2003.

- <http://www.farmacia.unal.edu.co/historia.htm>
- Noguera, Carlos Ernesto, *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo xx en Colombia*, Medellín, Eafit, 2003.
- Noguera, Carlos Ernesto, «La lucha antialcohólica en Bogotá: de la chicha a la cerveza», Jorge Márquez, Álvaro Casas y Victoria Estrada, (directores de edición), *Higienizar, medicar, gobernar: Historia, medicina y sociedad en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2004, pp. 159-182.
- Pérez Gil, Mauricio (editor), *El arte de curar. Un viaje a través de la enfermedad en Colombia 1898-1998*, Bogotá, Afidro, 1998.
- Pignarre, Philippe, *El Gran secreto de la industria farmacéutica*, Barcelona, Gedisa, 2005.
- _____, «¿Eso es entonces la medicina moderna? François Dagognet y los medicamentos», Robert Damien (dir.), *François Dagognet : médecin, épistémologue, philosophe, une philosophie à l'œuvre*, Institut Synthélabo, 1998, pp. 131-138 (traducción al español de Jorge Márquez, Copia dactilográfica, 2006).
- Puerto Sarmiento, Francisco, *El mito de Panacea, compendio de historia de la terapéutica y de la farmacia*, Madrid, Doce Calles, 1997.
- Quintero, Malena, «Historia de la medicalización del consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, durante el siglo xx», Trabajo de grado, Universidad Nacional de Colombia, 2005.
- Rasmussen, Anne, «La résistible ascension du comprimé. Pharmaciens, médecins et publics face aux nouvelles formes pharmaceutiques», Patrice Bourdelais et Olivier Faure, *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (xviii-xx siècles)*, Paris, Belin, 2005.
- Restrepo Zea, Estela (compiladora), *La Universidad Nacional en el siglo xix, documentos para su historia. Escuela de Medicina*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- Restrepo, Libia. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875-1930*, Medellín, La Carreta Editores, 2004.
- Restrepo, Libia, *Médicos y comadronas o el arte de los partos. La obstetricia y la ginecología en Antioquia, 1870-1930*, Medellín, Idea, 2004. Hay edición reciente de La Carreta Editores, 2006.
- Restrepo, Pastor, *Primer centenario de la Farmacia Román y Laboratorios Román S. S.*, Cartagena, Editorial el Mercurio, 1935.
- Reyes, Catalina, *Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín: 1890-1930*, Bogotá, Colcultura, 1996.

- Riveño Seña, Maryelis, *Laboratorios Román: origen de la Industria Farmacéutica en Colombia, 1835-1900*, Cartagena, Universidad Tecnológica de Bolívar, 2005.
- Saavedra, Juan José, *De los medicamentos y aledaños a través de los tiempos y los años*, Bogotá, Lafranco, 1999.
- Silva, Renán, *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada*, Medellín, La Carreta, 2007.
- Silva, Renán. *Sociedades campesinas, transición social y cambio cultural en Colombia*, Medellín, La Carreta, 2006.
- Sotomayor, Hugo, Estela Restrepo, Augusto Gómez y Mauricio Pérez, *El medicamento en la historia de Colombia*, Bogotá, Laboratorios Schering-Plough, 1997.
- Saézn Rovner Eduardo, «La prehistoria del narcotráfico en Colombia», *Innovar, revista de ciencias administrativas y sociales*, Bogotá, (8), 1996, pp. 65-92.
- Thompson, E. P, *Tradición, revuelta y consciencia de clase: estudios sobre las crisis de la sociedad preindustrial*, Barcelona, Crítica, 1979.
- Tirado Mejía, Álvaro, «El Estado y la política en el siglo XIX», Jaime Jaramillo Uribe (director), *Manual de Historia de Colombia*, Bogotá, Instituto Colombiano de Cultura, 1978, pp. 326-384.
- Tovar Zambrano, Bernardo, «La economía colombiana (1886-1922)», Álvaro Tirado Mejía, (director) *Nueva historia de Colombia*, Bogotá, Planeta, 1989, t., V., pp. 9-50.

Fuentes publicadas

- Alzate, Delio, «La Academia de Medicina aprueba dos proposiciones», *La Farmacia*, Medellín, julio de 1931, (7), pp. 249-251.
- _____, «Asteriscos», *La Farmacia*, Medellín, septiembre de 1931, (9).
- _____, «Drogas heroicas», *La Farmacia*, Medellín, enero y febrero de 1932, año II, (13), p. 2.
- Angulo, Francisco de (Compilador), *Compilación sobre propiedad industrial*, Ministerio de Agricultura y Comercio Bogotá, 1937.
- Arango, Miguel, *Cartilla preventiva de la tuberculosis, para el uso de escuelas y familias*, Barranquilla, Tipografía Mogollón, 1925.
- Bejarano, Jorge. *El Estado y las medicinas de patente, ante la Federación Médica Colombiana*, Bogotá, Imprenta nacional, 1936.

- Botero de la Calle, Néstor, «La manía especificquera», *El Médico colombiano*, v. II, año II, febrero de 1939, (11), pp.14-25.
- _____, «Por una industria nacional», *Progreso farmacéutico*, Bogotá, febrero de 1939, (60), pp. 21-22.
- Colombia. Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública. *Laboratorio Nacional de Higiene Samper Martínez*, Bogotá, Cromos, 1940.
- Doria, Tomás, «Las drogas heroicas», *Revista de la Facultad de Medicina*, v. IV, Bogotá, septiembre de 1935, (3), pp. 118-125.
- Duque, Rafael H., «Resolución de la Gobernación y Sentencia de la Jefatura General de Policía», *Gaceta Departamental de Antioquia*, Medellín, 6 de noviembre de 1916, (1158).
- Duque, Jesús María, *Contribución al estudio de la tuberculosis en Antioquia*, Medellín, Imprenta del Departamento, 1899.
- Coni, Emilio, *La higiene pública y la organización sanitaria en Colombia*, Bogotá, Minerva, 1921.
- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria de agosto y septiembre de 1914», *Crónica Municipal*, Medellín, 28 de junio de 1915, (80, 81, 82 y 83), pp. 622-623.
- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad», *Crónica Municipal*, Medellín, 8 de abril de 1916, (117).
- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad», *Crónica Municipal*, Medellín, 8 de abril de 1916, (117), p. 672.
- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria de abril y mayo de 1915», *Crónica Municipal*, Medellín, 28 de junio de 1915, (80, 81, 82 y 83), p. 629.
- _____, «Documentos relativos a la epidemia de disentería», *Crónica Municipal*, Medellín, 24 de julio de 1915, (86), pp. 669-676.
- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad», *Crónica Municipal*, Medellín, 8 de abril de 1916, (117).
- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad, correspondiente al mes de mayo de 1917», *Crónica Municipal*, Medellín, 10 de septiembre de 1917, (171), pp. 1.344-1.352.

- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal al Concejo de la ciudad, correspondiente al mes de febrero de 1918», *Crónica Municipal*, Medellín, 31 de mayo de 1918, (207 y 208), p. 1.642.
- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria Municipal correspondiente al mes de septiembre de 1918», *Crónica Municipal*, Medellín, 26 de marzo de 1919, (235), p. 1.866.
- _____, «Informe de la Comisión Sanitaria del mes de diciembre de 1918», *Crónica Municipal*, Medellín, mayo de 1919, pp. 1.923-1.925.
- Ehresperger, Enrique, «Informe de los trabajos realizados durante el mes de junio de 1915 en el Laboratorio Químico Municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 30 de octubre 1915, (94 y 95), pp. 744-745.
- _____, «Informe de los trabajos realizados durante el mes de julio de 1915 en el Laboratorio Químico Municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 14 de enero de 1916, (103, 104, 105, 106, 107, 108), pp. 851-852.
- Escovar, Joaquín, «La eterna muletilla», *La Farmacia*, Medellín, octubre de 1932, (20), pp. 235-237.
- Fernández, Ángel, *Conferencias sobre legislación farmacéutica dictadas en la Facultad de farmacia de la Universidad Nacional*, Bogotá, 1946, manuscrito.
- García Medina, Pablo, *Cartilla de Higiene. Para las escuelas públicas y las familias*, Bogotá, editorial Santa Fe, 1927.
- Gil J. Gil, «Boletín Clínico. Dr. Jesús María Duque», *Boletín Clínico*, septiembre de 1935, (15), año II, pp. 99-100.
- Hubler, E. F, «La Adalina en la práctica privada», *Labor*, Medellín, Laboratorios Uribe Ángel, año II, diciembre de 1924, pp. 404-405.
- Jaramillo, Carlos Arturo, *Higiene y asistencia pública*, Manizales, Imprenta Departamental, 1929.
- Jaramillo Madarriaga, Guillermo, «La Dirección Nacional de Higiene ha declarado la guerra a la industria nacional de drogas» *La Farmacia*, Medellín, septiembre de 1932, (19), p. 204.
- Laverde, Jorge, *Contribución al estudio de la epidemia de Gripe de 1918 en Bogotá*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1918.
- Leyes, Carlos Martín, *Higiene: obra de estudios y de consulta, útil para médicos, farmacéuticos, higienistas, abogados, viajeros, comerciantes en general, droguistas en particular, oficinas públicas, especialmente*

- sanitarias, alcaldías, inspecciones de policía, centros escolares, etc., etc., Barranquilla, Talleres Mogollón, 1936.
- Londoño, Juan B., «Datos para la historia de la fundación del dispensario llamado hoy Instituto Profiláctico», *Boletín Clínico*, Medellín, II (1), junio, 1935.
- _____, *Informe de la Dirección Departamental de Higiene*, Medellín, Imprenta Oficial, 1916.
- _____, Resolución N^o 26 de la Dirección Departamental de Higiene, *Gaceta Departamental de Antioquia*, Medellín, 23 de mayo de 1916 (1080), p. 7.558.
- _____, «Resolución N^o 29, 9 de julio de 1916», *Gaceta Departamental de Antioquia*, Medellín, 22 de julio de 1916 (1112), p. 7.810.
- López y López, Leonidas, *Del empirismo en Colombia*. Tesis para el doctorado en medicina, Bogotá, Arboleda y Valencia, 1914.
- López, Marco A., «Tetracloruro de carbono Estovarsol», *Labor*, Medellín, Laboratorios Uribe Ángel, año III, octubre de 1925, (25), p. 788.
- Llano, Juan Carlos, *Morfinomanía* (tesis de medicina), Medellín, Imprenta «El Espectador», 1900.
- Lleras Codazzi, Ricardo, *El juez de instrucción pública y el laboratorio de toxicología*, Bogotá, Imprenta Oficial, 1914.
- Mejía Uribe, Jesús, «Las farmacias en 1932», *La Farmacia*, Medellín, Septiembre de 1931, v. 1, (9), pp. 291-292.
- _____, «Baratillo de drogas», *La Farmacia*, agosto, 1931, (8), pp. 292-294.
- Mesa y Posada, Samuel Arturo, «La farmacia en Antioquia», *Labor*, (17-18), 1925, pp. 407-480.
- Muñoz, Laurentino, «Los remedios milagrosos», *Revista de la Facultad de Medicina*, Bogotá, v. 1, N^o 8, enero de 1933, p. 622.
- Muñoz, Laurentino, «El negocio con la salud», *El Médico colombiano*, v. II, año I, de marzo de 1939, (12), pp. 5-6.
- Orozco, José Emilio, *Legislación Farmacéutica Colombiana*, Bogotá, Mundo al día, 1940.
- Osorio, A., «Ideas, no palabras», *La Farmacia*, Medellín, diciembre de 1931, (12), pp. 406-409.
- Pareja, Manuel, *Cuantioso, pero imaginario contrabando de drogas, atribuido a la casa norteamericana The Sydney Ross Company de New York*, Cartagena, Tipografía Mogollón, 1916, (folleto, 78p.).
- Restrepo, Ricardo, *Proyecto de Ley de Tarifa de Aduanas y exposición de motivos*, Bogotá, Imprenta nacional, 1912.

- Robledo, Emilio y Juan B. Londoño, «Escuela de farmacia: prospecto para 1927», *Labor*, Medellín, Laboratorios Uribe Ángel, (40), p. 141.
- Rodríguez, Jorge, «Apuntes estadísticos: Mortalidad en Medellín», *Crónica Municipal*, Medellín, 13 de septiembre de 1916, (137), p. 1082.
- Silva, Isidoro, *Directorio General de Medellín*, 1906, (s.d), p. 187.
- Sáenz, Jorge, «Informe del médico y practicante municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 2 de Junio de 1912, (3).
- _____, «Informe sobre la chicha y el chichismo», *Crónica Municipal*, Medellín, 12 de septiembre 1912, (13 y 14), p. 109.
- _____, «Conferencias dictadas por el médico jefe municipal en las escuelas públicas: El agua como bebida», *Crónica Municipal*, Medellín, 25 de septiembre 1912, (15), p. 115
- _____, «Conferencias dictadas por el médico jefe municipal en las escuelas públicas: Bebidas», *Crónica Municipal*, Medellín, 15 de marzo de 1913, (21), pp. 134-135.
- _____, «Conferencias de higiene: bebidas alcohólicas», *Crónica Municipal*, Medellín, 26 de julio 1913, (26), p. 199.
- _____, «Informe del médico y practicante municipal», *Crónica Municipal*, Medellín, 25 de septiembre 1912, (15), p. 114.
- Colombia. Leyes Decretos autor, *Compilación sobre propiedad industrial / Codificada y ordenada por Francisco de Angulo B.*, Bogotá, Ministerio de Agricultura y Comercio, Bogotá Imprenta Nacional, 1937.
- Laboratorios Uribe Ángel, mayo de 1927, (44), pp. 297-299.
- Torres, José, «Se necesita un código de farmacia», *La Farmacia*, Medellín, abril de 1931, (3), pp. 135-139.
- _____, «Ya es tiempo de estar laborando», *La Farmacia*, Medellín, octubre de 1931, (10), pp. 329-331.
- Trujillo, Carlos E., «In Memoriam», *Labor*, Medellín, noviembre de 1925, (26), pp. 811-826.
- Uribe, Guillermo, «Conferencia inaugural en el curso de legislación farmacéutica», *Revista de la Facultad de Medicina*, Bogotá, v. I, abril de 1933, (11), p. 878.
- Vincent, André, «El gran negocio de las medicinas de patente», *El Médico colombiano*, v. II, año II, marzo de 1939, (12), pp. 31-34.
- Zuluaga, Tobías, «Informe de la Inspección 5ª del mes de noviembre de 1915», *Crónica Municipal*, 31 de mayo de 1916, (123 y 124), p. 966.

_____, «Informe de la Inspección 5^a del mes de agosto de 1916, *Crónica Municipal*, Medellín, 16 de noviembre de 1916, (141 y 142), pp. 1.129-1.120.

Archivos y bibliotecas consultados

Archivo Histórico de Antioquia (AHA)

Archivo Histórico de Medellín (AHM)

Archivo Histórico Judicial de Medellín (AHJM)

Biblioteca de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

Biblioteca Luis Ángel Arango (Bogotá) (BLAA)

Biblioteca Nacional (Bogotá) (BN)

Sala de Patrimonio Biblioteca Universidad de Antioquia

Sala de Prensa Biblioteca Universidad de Antioquia (Medellín)

Abreviaturas usadas:

AHJM: Archivo Histórico Judicial de Medellín

AHM: Archivo Histórico de Medellín

CEF: Comisión de Especialidades Farmacéuticas

CSM: Comisión Sanitaria Municipal

DDH: Dirección Departamental de Higiene

DNH: Dirección Nacional de Higiene

JASP: Junta de Asistencia y Salubridad Pública

JCH: Junta Central de Higiene

JDH: Junta Departamental de Higiene

